



AARNO TAHVANAINEN

Terveyspolitiikka Helsingissä ja Uudellamaalla

Tutkimus Helsingin ja Uudenmaan alueen terveyspolitiikasta ja sairaanhoitopiirin hallinnollisista muutoksista, niihin johtaneista syistä sekä toiminnan järjestämisestä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston
Paavo Koli-salissa, Kanslerinrinne 1, Tampere,
29. päivänä lokakuuta 2004 klo 12.

AARNO TAHVANAINEN

Terveyspolitiikkaa Helsingissä ja Uudellamaalla

Tutkimus Helsingin ja Uudenmaan alueen terveyspolitiikasta ja sairaanhoitopiirin hallinnollisista muutoksista, niihin johtaneista syistä sekä toiminnan järjestämisestä

Acta Universitatis Tampereensis 1040

Tampere University Press

Tampere 2004

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto

Yhdyskuntatieteiden laitos

Myynti



Tampereen yliopiston
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 1040
ISBN 951-44-6111-8
ISSN 1455-1616

Puh. (03) 215 6055
Fax (03) 215 7685
taju@uta.fi
<http://granum.uta.fi>

Sähköinen väitöskirja
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 387
ISBN 951-44-6112-6
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2004

Kiitokset

Lähes puolivuosisataa kestäneen työhistoriani aikana ja politiikassakin mukana olleena olen joutunut tai osunut sattumalta sellaisiin tehtäviin, jotka eivät ole olleet suunnitelmistani, mutta ovat sitten osoittautuneet hyvin antoisiksi ja kiinnostaviksi. Samanlainen ”ajautuminen” on jatkunut eläkepäivinäkin. Ensin minut ”houkuteltiin” kirjoittamaan pari paikallista historiateosta. Toinen käsitteli Vantaan terveystointia ja toinen Vantaan Sos.-dem. kunnallisjärjestön historiaa. Molemmat työt olivat mielenkiintoisia. Sitten olin tilaisuudessa, jossa käsiteltiin Pääkaupunkiseudun terveydenhuoltoa. Lännä olevat pitivät sen järjestelyjä huonoina, mikään ei ollut enää ”hyvää” entisenlaista. Entisenä terveydenhuollon hallintovirkamiehenä minua rupesi tarkemmin kiinnostamaan kysymys, mitkä ja miksi ovat olleet sairaanhoidon hallinnollisten muutoksien takana. Se johdatti minut tähän työhön, joka on ollut yhtä kiinnostava kuin A. J. Croninin *The Citadel* -kirjan teema.

Kiitän sydämellisesti professori Ari-Veikko Anttirokoa, joka ensin opasti työtäni, ja professori Arto Haveria, joka huolehti työni ohjauksesta ja niistä hyvistä neuvoista, joita hän antoi työni saattamiseksi valmiiksi. Työni esitarkastajat professori Juhani Nikkilä ja professori Jari Stenvall ovat antaneet arvokkaita ohjeita työni täydentämiseksi.

Työlleni arvokkaita tietoja antoivat keskusteluissa kanssani puheenjohtajat Ritva Laurila, Heikki S. von Hertzen ja Erkki Veräjänkorva sekä lääkintöneuvos Eero Ervasti, lääkintöneuvos Urpo Alanko, sosiaalineuvos Esko Hänninen, professori Martti Kekomäki, sairaalaneuvos Arvo Relander, varatoimitusjohtaja Seppo Tuomola, varatoimitusjohtaja Aune Brotherus-Kettunen, hallintojohtaja Iikka Kauppinen, toimitusjohtaja Matti Toivola, terveysjohtaja Ilkka Sahi ja tutkimuspäällikkö Reijo Heliö. Heille lausun parhaat kiitokseni. Samoin työni laajan ja moniportaisen toimintakentän ymmärtämiseen toivat valoa keskustelussa lääninlääkäri Arto Alanko, johtava lääkäri Kari Virta, terveyskeskuslääkäri Mirja-Leena Kenttä, hallintoylihoitaja Marketta Helenius, hallintoylihoitaja Anja Seppälä, erityissuunnittelija Pekka Koskinen, talousjohtaja Reijo Turtiainen, hallintolakimies Jaana Vento ja talousjohtaja Anne Karikumpu. Esitän heille kiitokseni.

Kiitokseni osoitan myös kaikille niille henkilöille, joita sain haastatella. Heidän ajatuksensa avarsivat näkökenttäni ja toivat uutta ymmärrystä.

Kiitän myös maisteri Sakari Jääskeläistä tiivisteiden englanninkielisestä käännöstyöstä.

Erityisen lämpimät kiitokseni saavat erityissuunnittelijat Heli Keinänen ja Berit Malmberg, samoin kuin sihteerit Seija Palmroos ja Eila Alisalo. Heidän korvaamaton apunsa auttoi minua tarvittavien tietojen ja lähdeaineiston hankkimisessa.

Nöyrät kiitokseni Vantaan kaupunginkirjaston ystävälliselle henkilökunnalle, joka auttoi minua saamaan tarvitsemani kirjat viivytyksettä.

Suurimman kiitokseni ansaitsee vaimoni Pirkko, joka neljä kuudetta vuoden aikana on jaksanut olla mukanani ja tukenut vielä tätäkin työtäni.

Vantaalla syyskuussa 2004

Aarno Tahvanainen

SISÄLLYSLUETTELO

KIITOKSET

TIIVISTELMÄ	11
SUMMARY	13
1. JOHDANTO	15
1 Tutkimuksen tausta	15
2 Tutkimustehtävä	17
2. TUTKIMUKSEN AVAINKÄSITTEET	20
1 Hallinnon kehittäminen ja uudistaminen	20
.1 Hallintorakenteiden käsite	20
.2 Poliittis-hallinnollinen ohjaus	22
.1 Tulosohtaus ja -johtaminen ohjauksen välineenä	24
.2 Sopimusohjaus ohjauksvälineenä	25
.3 Terveyspolitiikan ohjauksen kehittämisen vaiheet	26
2 Hallinnon kehittämisen vaiheet suomalaisessa yhteiskunnassa	29
.1 Hyvinvointivaltion kausi	29
.2 Managerialistinen kausi	31
.3 Ristiriitaiset suunnat: kansanvaltaisuuden edistäminen ja managerialismin syventäminen	33
3 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen rakenne	35
.1 Lähdekritiikki	38
3. SUOMEN TERVEYSPOLITIIKAN KEHITTÄMISEN PÄÄPIIRTEITÄ	40
1 Terveyspolitiikka	40
2 Terveyspolitiikkaa 1800-luvulta 1900-luvulle	41
.1 Kunnallinen terveydenhuolto	41
.2 Sairastupia ja sairaaloita	42
.3 Mielisairauden ja tuberkuloosin hoito	42
.4 Lääninsairaala keskussairaalaksi	43
.5 Yleissairaanhoidon järjestäminen	46
3 Kokonaisvaltaiseen kansanterveystyöhön	47
.1 Terveydenhoito	47
.2 Terveyspoliittisia tavoitteita	51

4.	HYVINVOINTIVALTION KAUSI	55
1	Kliinisestä instituutista Helsingin Yleiseen Sairaalaan	55
2	Helsingin yliopistollinen keskussairaalapiiri 1957 - 1990	57
	.1 Kuntainliitto aloittaa	57
	.2 Hallinnon muutokset	59
	.3 Uudenmaan sairaanhoitolaitokset ja toimintatausta	61
	.4 Sairaalatoiminnan muutokset	63
3	Alueellinen sairaanhoidon suunnittelu	66
	.1 Uudenmaan alueen sairaanhoito	66
	.2 Helsingin kaupungin sairaalat	73
4	Yhteenveto	76
5.	MANAGERIALISTINEN KAUSI	79
1	Ehdotuksia sairaanhoitopiirin muuttamisesta	79
	.1 Sairaanhoitopiirin yhtenäistäminen	79
	.2 Ministeriön tekemä ehdotus	80
	.3 Uudenmaan Maakuntaliiton ehdotus	82
	.4 Mielipiteitä ja lausuntoja	87
	.5 Hallituksen esitykset sairaanhoitopiirien perustamisesta ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan asemasta	89
2	HYKS itsenäisenä palvelujen tuottajana	90
	.1 Hallintojärjestelmä	90
	.2 Erityistason sairaanhoidon järjestäminen	92
	.3 Sairaanhoitopiirien ja Hyksin työnjakojen toteutuminen 1996 - 1999	95
	.4 Lastenlinnan kuntainliitto liitetään Hyksiin	99
3	Helsingin sairaanhoitopiiri	102
	.1 Hallinnon rakenne	102
	.2 Toiminta ja sen kehittyminen	106
4	Uudenmaan sairaanhoitopiiri	110
	.1 Hallintorakenne	110
	.2 Toiminta ja sen järjestäminen	113
5	Kysyntää, käyttöä ja kustannuksia	120
6	Yhteenveto	125
6.	RISTIRIITAISET SUUNNAT: KANSANVALTAISUUDEN EDISTÄMINEN JA MANAGERIALISMIN SYVENTÄMINEN	130
1	Kustannukset karkaavat	130

2	Kunnat ryhtyvät toimenpiteisiin	131
3	STM asettaa Puerto-työryhmän	134
.1	Alueen ongelmia	135
.2	Erikoissairaanhoidon toteuttamistavoitteet	137
4	Hallituksen ehdotus ja laki	138
5	Etelä-Suomen lääninhallituksen valmisteluryhmät	139
.1	Helsinki-Hyks-Uusimaa -yhteisvalmistelu	139
.2	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän, HUS, perustamistoimenpiteiden valmisteluryhmä	140
.1	Muutosprosessin suunnitteluryhmä (Mupro)	141
.2	Omaisuusjärjestely- sekä hallinnon ja huollon tukitoimintojen organisointilinjaukset (OMAHUS-työryhmä)	142
.3	Toiminta- ja kapasiteettilinjausten (TOKA) -työryhmä	143
6	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä	146
.1	Kuntayhtymän hallintorakenne	146
.2	Kuntayhtymän sisäinen organisaatio ja toiminnan organisointi	150
.3	HUSin suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä	152
.1	Strateginen ohjaus	153
.2	Terveyssuunnittelu	153
.3	Talousarvio ja taloussuunnitelma	154
.4	Sisäinen ohjaus ja johtaminen	154
.4	Sairaalahoitajaksojen luokitusjärjestelmä	155
.5	Lääketieteellisen koulutuksen toteuttaminen	158
.6	Yliopiston aseman selkeyttäminen	158
.7	Hallintosääntöä täydentävä toimintaohje ja opetusta- ja tutkimustoimintaa koskevat ohjeet	160
7	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin toiminta	160
.1	Toiminta ja sen järjestelyt	161
.2	Sairaanhoitopiirin talous	168
8	Yhteenvedo	169
7.	TAPAHTUMIEN JA HALLINNOLLISTEN RATKAISUJEN ARVIOINTIA	173
1	Erikoissairaanhoidon kuntapohja vahvistuu	173
2	Aktiiviseen terveyspolitiikkaan	175
3	Sairaanhoitopiirien ja Hyksin yhteistyö	178

4 HUSin terveystoiminta ja toiminta	184
.1 Hallinnon järjestäminen	184
.2 Päätäjien ja toimijoiden keskinäisestä luottamuksesta	190
.3 Valmius yhteistoimintaan	191
.4 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajan arviointi	194
.5 Lääkäreiden koulutus	195
.6 Toiminnan järjestelyt	196
5 Johtopäätökset	200
LÄHDELUETTELO	206
LIITTEET	220
Luettelot ja tilastot	220
Liite 1: Hyksin jäsenkunnat 1957	220
Liite 2: Hyksin klinikat ja sairaansijat 1958 ja 1968	221
Liite 3: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1958	222
Liite 4: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1960	224
Liite 5: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1968	226
Liite 6: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1974	228
Liite 7: Helsingin yliopistollisen keskussairaalan piiriin sairaanhoidolliset vastuualueet	229
Liite 8: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1976	231
Liite 9: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1979	232
Liite 10: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1983	233
Liite 11: Uudenmaan kuntien kuuluminen sairaalakuntainliittoihin, niiden hoitopaikat (Hp) ja etäisyydet (km:nä kunnan keskustasta) sairaaloihin (Et) 1984	234
Liite 12: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1985	235
Liite 13: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1988	236
Liite 14: Keskussairaalat ja Uudenmaan läänin vastuualueet väestöpohjan mukaisessa järjestyksessä (1984)	237
Liite 15: Jäsenkuntien äänimäärät ja jäsenten lukumäärät Uudenmaan sairaanhoitopiiriin liittovaltuustossa	238
Liite 16: Yhteenveto Uudenmaan sairaanhoitopiirihankkeesta	239
Liite 17: Kunnalliset sairaalat Uudellamaan alueella 1992	240
Liite 18: Kunnalliset sairaalat Uudellamaan alueella 1994	241
Liite 19: Helsingin kaupungin terveysvirasto	242
Liite 20: STM:n työryhmä (Puerto) Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamiseksi; jäsenet ja toimihenkilöt	243
Liite 21: Kunnalliset sairaalat Uudellamaan alueella 1999	244
Liite 22: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin väestö	245
Liite 23: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	246

Liite 24: Terveydenhuollon menot kunnittain mk/as. 1999 ja vertailu koko maahan (= 100).	247
Liite 25: HUSin henkilöstö ammattiryhmittäin 1.1.2000 - 1.7.2001	248
Liite 26: Sairaansijat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tulosalueittain ja erikoisaloittain	249
Liite 27: Erikoissairaanhoidon henkilökunnan ja menojen kehityksestä sairaanhoitopiireittäin	252

TIIVISTELMÄ

Tutkimus kohdistuu Uudellamaalla vuosina 1957-2001 tapahtuneisiin sairaalahallinnon muutoksiin. Tarkastelun kohteina ovat muutoksien syyt, asetetut tavoitteet ja muutoksien jälkeinen toiminnan järjestäminen sekä tapahtuneen vastaavuus tavoitteisiin. Tutkimuksen nimenä on Terveyspolitiikkaa Helsingissä ja Uudellamaalla. Tutkimus on hallintotieteellinen case-alueen hallintohistoriallinen kuvaus. Siinä kerrotaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidon historiaa ja nykytilaa. Taustalla heijastelee myös muukin kunnallisen terveydenhuollon tila ja toiminta.

Tässä tapaustutkimuksessa käsitellään Helsingin yliopistollisen keskussairaalaapiirin (nykyisin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) alueella vuosina 1957 - 2001 tapahtuneita hallinnollisia järjestelyjä saada (entisen) neljäntoista sairaalakuntainliiton ja Helsingin kaupungin sairaaloiden toimintaan ohjattavuutta, tehokkuutta, taloudellisuutta sekä tarkoituksenmukaista työnjakoa sairaaloiden kesken sekä sairaaloiden ja terveyskeskusten kesken.

Tutkimuksen empiirinen osa jaettiin yhteiskunnallisen kehityksen mukaisesti Hyvinvointiyhteiskunnan kauteen, Managerialistiseen kauteen ja Ristiriitaiset suunnat: kansanvaltaisuuden edistäminen ja managerialismin syventäminen.

Uudellamaalla olleiden yhteiskunnallisten ja alueellisten mielipiteiden ristiriitaisten käsityksien aiheuttamien lykkäysten vuoksi vasta hyvinvointiyhteiskunnan aikana päästiin perustamaan Helsingin yliopistollinen keskussairaala (ja sen kuntainliitto). Keskussairaala korkeatasoisena sairaalana vastasi sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon järjestämisestä ja koko maassa eräiden erikoissairauksien hoitamisesta. Korkean toimintatasonsa ja opeuksellisen tehtävänsä perusteella sairaala ei ollut yhteistyössä Uudenmaan alueen muiden sairaaloiden kanssa eikä ohjannut niiden toimintaa ennen lakisääteistä alueellisen sairaanhoidon suunnittelua. Yliopistollisessa keskussairaalassa hoidettiin merkittävä määrä myös kroonikkopotilaita, pääasiassa helsinkiläisiä, joille kaupungin sairaaloissa ei ollut jatkohoitopaikkaa. Koska sairaala sijaitsi Helsingissä, hakeutuivat helsinkiläiset halukkaasti Hyksin poliklinikalle. Sairaalalla oli laaja vastaanotto toiminta.

Muun Uudenmaan alueen kuntiin alettiin hyvinvointiyhteiskunnan ajan tavoitteiden mukaisesti perustaa lainmukaisia aluesairaaloita, joita valmistui Tammisaareen, Lohjalle, Hyvinkäälle, Porvooseen, Espooseen ja viimeisenä Vantaalle. Aluesairaaloiden rakentamisen aikana valtion ohjaustoiminnan vuoksi ei Uudellamaalla päässyt syntymään tarvetta vastaavasti terveyskeskusten toimintaa. Terveydenhuolto painottui erikoissairaanhoidon suurelta osin.

Alueellisella sairaanhoidon suunnitelmalla Uudellemaalle kehitettiin sairaanhoitoalueet ja alettiin yhdenmukaistaa piirissä olevien alueiden sairaaloiden toimintaa. Kun Uudenmaan muut sairaalat noudattivat toiminnassaan varsin hyvin vahvistettua alueellista sairaanhoitosuunnitelmaa, oli Hyksin toiminnallisessa johdossa siitä itsenäisiä tulkintoja ja toteutuksia, jotka eivät aina sopeutuneet yhteistoimintaan muiden sairaaloiden kanssa ja Hyksin jäsenkuntien käsityksiin.

Helsingin kaupungilla olivat korkeatasoiset kaupunginsairaala ja sosiaalitoimen sairaala, jotka vastasivat niin kaupunkilaisten erikoissairaanhoidosta kuin myös kroonikkohoidosta. Kun kansanterveyslaki säädettiin, siirrettiin Helsingin sairaalat kaupungin tahdon mukaisesti kansanterveyslain alaisiksi sairaaloiksi. Niiden toimintaa ei yhdenmukaistettu alueelliseen sairaanhoidon suunnitelmaan.

Siinä vaiheessa, kun ryhdyttiin suunnittelemaan yhtenäisiä kaikki erikoisalajat käsittäviä sairaanhoitopiirejä, tehtiin vastaavia suunnitelmia myös Uudellamaalla. Tavoitteena oli palvelutoiminnan tehostaminen ja kunnallisen päätäntä- ja ohjauksvallan lisääminen. Keskusteluissa olleiden sairaanhoitopiirien lukumäärä vaihteli yhdestä seitsemään ja päätöksenteko keskityksestä hajautukseen sekä toiminnan järjestäminen koko läänin käsittävää alueelliseen.

Poliittisten tahojen ja kuntien eri pyrkimysten vuoksi ajaututtiin siihen, että oli perustettava Helsingin sairaanhoitopiiri ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri sekä erillisenä kuntien omistama Helsingin yliopistollinen keskussairaala, jonka tehtävänä oli antaa kunnille ja sairaanhoitopiireille palveluksia. Hyksin ja sairaanhoitopiirien kesken solmittiin työnjakosopimukset. Ne eivät toteutuneet. Potilasohjaus ja hoitoketjut eivät toimineet. Sairaaloissa tehtiin toistuvia peräkkäisiä kalliita tutkimuksia. Hyksissä oli Helsingin kroonikkopotilaita.

Helsingin sairaanhoitopiirin toiminnassa ei aikaisempaan verrattuna tapahtunut muutoksia. Kustannukset olivat korkeita. Vaikka Helsingissä oli osa sairaansijoista merkitty terveyskeskuksen käyttöön, oli myös erikoissairaansijoilla pitkäaikaispotilaita, jotka eivät tarvinneet erikoissairaanhoidoa. Potilasjonot ja kustannukset kasvoivat. Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallinto teki toimintaa ohjaavat päätökset. Hoidon järjestelyistä huolehtivat sairaanhoitoalueiden lautakunnat yhdessä alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa. Sairaaloilla oli keskinäistä yhteistyötä. Väestön kasvun vuoksi potilasjonoja alkoi syntyä ja kustannukset kasvaa. *Managerialistisen kauden* tavoitteena olleet erikoissairaanhoidon tehokkuuden lisääminen ja taloudellisuus jäivät lähes toteutumatta. Uudenmaan alueen kunnat olivat tyytymättömiä kustannusten kasvuun, etenkin Hyksin, ja liian vähäiseen kuntien ohjausvoimaan.

Erikoissairaanhoidon saamiseksi paremmin kuntien ohjausvoimaan, tehokkaammaksi ja taloudellisemmaksi perustettiin lailla yksi yhteinen sairaanhoitopiiri, johon yhdistettiin myös Hyks. Näin toivottiin päästävän toteuttamaan valtiovallan tavoitteeksi ottamia sinänsä *ristiriitaisia suuntia: kansanvaltaisuuden edistämistä ja managerialismin syventämistä*. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin säännöissä kuitenkin kuntayhtymän hallitukselle keskitettiin lähes kokonaan poliittinen valta. Alueellista lähidemokratiaa ja sen valtaa jäi vähäinen määrä sairaanhoitoalueiden lautakunnille. Pääkaupunkiseudun johtokunnille tuli keskustelumahdollisuus, ei päätäntävaltaa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin perustamisen tavoitteena olleen kuntien ohjausvoiman lisäämisen sijaan kuntayhtymän kunnallinen demokratia etäännyttiin entisestään.

Kunnallisen ohjausvoiman lisäämisen sijaan viranhaltijavaltaa korostettiin. Yliopiston vaatimuksesta hyväksyttiin toimialakohtainen (diagonaalinen) johtamismalli, jossa Helsingin sairaaloiden toimialajohtajat ovat koko piirin oman toimialansa johtajia. Tällä ei kuitenkaan managerialismi syventynyt.

Sairaaloiden keskeinen työnjako saatiin aikaan. Toiminnallinen rationalisointi jäi vähäiseksi eikä potilasjonoja kyetty lyhentämään. Hoitoketjujen toimintaa ole saatu tarpeeksi toteutumaan. Kustannukset ovat edelleen kasvaneet. Sairaanhoidon painopisteen siirtäminen terveyskeskustasoiseen hoitoon (etenkin Helsingissä) ei ole edennyt.

Sairaaloissa toimintakulttuurin uudistamisessa olisi hyväksyttävä koko HUS-kuntayhtymän sairaanhoitotoiminta yhtenäiseksi yhteiseen tavoitteeseen pyrkiväksi, minkä tulisi olla hyvässä toista osapuolta kunnioittavassa yhteistyössä alueen terveyskeskusten kanssa.

SUMMARY

This study concentrates on the changes in hospital administration in the Uusimaa region between 1957 and 2001. The reasons for these changes, the goals that were set, the organization of the operation after the changes, and how well these goals were met were all subjects of this study. The name of the study is Health Politics in Helsinki and Uusimaa (Terveysspolitiikkaa Helsingissä ja Uudellamaalla). The study belongs to the field of administrative science and is a description of the subject from the administrative historical perspective. It describes the history and current state of health care in Helsinki and the Uusimaa region. In addition, other aspects of municipal health care are also reflected in the background.

This case study discusses the administrative measures in the Helsinki University Central Hospital District area (presently the Hospital District of Helsinki and Uusimaa) that were taken in order to make the operation of (former) fourteen Hospital Associations of Local and Regional Authorities, and hospitals of the City of Helsinki more manageable, efficient, and economical. Furthermore, the measures intended to create an appropriate division of labour that would serve the purpose between hospitals themselves on the one hand, between the hospitals and municipal health centres on the other hand.

The empirical part of this study was divided according to the societal development into the Affluent Society period 1957 - 1990, the Managerialistic period 1991 - 1999, and Contradictory Directions period 2000 - 2001. The Contradictory Directions period concentrates on the improvement of democracy on one side and deepening the managerialism on the other.

Due to delays caused by contradictory views of societal and regional opinions in Uusimaa, the Helsinki University Central Hospital (and its Association of Local and Regional Authorities) was first founded during the period of Affluent Society. Being a high quality hospital, the central hospital was responsible for organizing specialized health care within the hospital district, and treating certain special illnesses in the whole country. On the basis of the Helsinki University Central Hospital's high operational level and instructional function, the hospital did not cooperate with other hospitals in the Uusimaa region, and did not direct other hospitals' operation before the statutory planning of the regional health care. A significant number of chronic patients were also treated in the Helsinki University Central Hospital. These patients were mostly Helsinki inhabitants, for whom there was no place for continuation treatment. Because the hospital was located in Helsinki, the inhabitants readily looked for treatment in the HYKS (Helsinki University Central Hospital) outpatient clinic. The hospital had extensive reception activity.

According to the aims of the period of Affluent Society, statutory regional hospitals were being built in the other municipalities of the Uusimaa region. These regional hospitals were built in Ekenäs (Tammisaari), Lohja, Hyvinkää, Porvoo, Espoo and the last one in Vantaa. While regional hospitals were being built with the state's support, the operation of municipal health centres was not considered a priority. Therefore, their operation could not develop according to the general needs. Largely, the emphasis of health care lay in specialized health care.

Hospital areas were developed in Uusimaa region with a regional health care plan, and the unification of the operation of hospitals in the hospital areas within the hospital district was begun. While other hospitals in Uusimaa followed the confirmed health care plan fairly well, the operational management of HYKS (Helsinki University Central Hospital) had independent interpretations and realizations about the plan, which did not always adapt to cooperation with other hospitals, and to the views of HYKS' member municipalities.

The City of Helsinki had a high quality city hospital and a social services hospital, which were responsible for inhabitants' specialized health care as well as for chronic health care. When the Primary Health Care Act was made, the Helsinki hospitals were transferred, according to the city's wish, to be under the Primary Health Care Act. Their operation was not unified to the regional health care plan.

As the planning for uniform hospital districts covering all specialties was begun, respective plans

were also made in Uusimaa. The aim was to make services more efficient and increase the decision power and directive power of the municipality. The number of hospital districts under discussion varied from one to seven. In addition, the decision making power was under discussion and varied from centralization to decentralization. Furthermore, views on the organization of operation varied from province-wide to regional organization.

Due to the different aspirations of the political sides and the municipalities, it became necessary to found the Helsinki hospital district and the Uusimaa hospital district. Separately the municipality owned Helsinki University Central Hospital was founded, which was to offer services to the municipalities and hospital districts. Contracts dividing the work were signed between HYKS and the hospital districts. They were not realized. Patient education and the chain of care did not work. Repeatedly, expensive consecutive researches were conducted. Chronic patients of Helsinki were in HYKS.

No changes took place in the operation of the Helsinki hospital district in comparison to the earlier. Expenses were high. Although a part of the hospital beds in Helsinki were designated for the use of health centres, specialized health care hospital beds were used by long-term patients who did not need specialized health care. Expenses and lines of patients increased. The hospital district administration of Uusimaa made decisions that directed operation. Boards of hospital areas together with region's municipalities and health centres took care of organizing treatment. Hospitals had mutual cooperation. Due to the growth of population, lines of patients began to build up and expenses began to increase. Aims of the managerialistic period, increasing efficiency and economy, were almost not realized. Municipalities in the Uusimaa region were dissatisfied with the increasing expenses, especially those of HYKS, and the low directive power of the municipalities.

In order to increase the directive power of the municipalities in specialized health care, a joint hospital district was founded under the law. HYKS was also incorporated into the new hospital district. The goal was to be able to start materializing the government's contradictory goals: the improvement of democracy and deepening the managerialism. In the rules of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, however, the political power was given almost entirely to the joint municipal board. Little regional close-democracy and its power was left to the boards of the hospital areas. The boards of the capital region received the possibility to discuss, but no decision power. Instead of increasing the directive power of municipalities, as had been the goal when founding the Hospital District of Helsinki and Uusimaa, the joint municipal board's municipal democracy was further estranged.

Instead of increasing the municipal directive power, the power of the holder of the office was emphasized. In response to the university's demand, a diagonal leadership model was accepted. In this model, the heads of each line are the leaders of their lines in the whole district. However, managerialism was not deepened by this.

Mutual division of labour between the hospitals was accomplished. Operational rationalization remained small and lines of patients could not be shortened. The operation of chains of care has not been managed to work sufficiently. Expenses have further increased. Moving the emphasis from hospital care to health centre-level care (especially in Helsinki) has not proceeded.

In the renewal process of the hospital operational culture, the entire operation of health care in the Hospital District of Helsinki and Uusimaa should be accepted as uniform and with a shared goal. Furthermore, it should work in good cooperation, respecting the other party, with the health centres in the region.

1. JOHDANTO

1 Tutkimuksen tausta

Historiallisissa kehitysvaiheissa valtiovallan vallankäyttö ja sitä edustavan julkisen hallinnon käytössä olevat hallinnolliset ja toiminnalliset periaatteet ilmentävät valtion käytäntöjä suhteessa yhteiskuntaan ja sen ilmiöihin. Kunkin ajanjakson hallintoprosesseissa noudatetaan ajalle tyypillisiä hallitsevia periaatteita ja niistä johdettuja käytäntöjä, joiden mukaisesti julkista hallintoa kehitetään. Hallintoprosessit ohjaavat hallinnon asioiden tekemistä, käytäntöä ja periaatteita. Hallinnon käytännössä säilyy hallintotradition perinne, joten vanhat käytännöt ja periaatteet elävät jossakin määrin uusien piirteiden rinnalla. Hallinnon kehittämisen impulssit ovat usein tulleet poliittisen päätöksenteon toimeksiannosta ja tarkoituksena on ollut edistää hallinnon toiminnan tarkoituksenmukaisuutta. (Stenvall 2000, 20-22.) Yhteiskunnassa etenkin kuntakentässä toteutettavalle toiminnalle antaa valtiovalta erilaisin ohjaustoimin hallinnolliset ja toiminnalliset tavoitteet ja periaatteet. Niiden avulla valtiovalta ohjaa toiminnan kehittämistä yhteiskunnallisesti haluttuun suuntaan.

Julkisen terveyden- ja sairaanhoidon järjestäminen perustuu valtiovallan ohjaukseen. Ohjauksen on yhtäältä katsottu rajoittaneen kuntien mahdollisuuksia terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä oman harkintansa ja toimintatapansa mukaisesti parhaaksi katsomallaan tavalla. Toisaalta valtiovallan ohjauksen, kun se on ollut kytkeytyneenä valtionapujärjestelmään, on nähty antavan yleisesti hyväksytyyn ja sopivaksi todetun tavan ja riittävän taloudellisen tuen toiminnan järjestämiseksi. Valtiovallan terveystaloudellisen ohjauksen ja valtionapujärjestelmän taustalla on ollut keskeisenä tavoitteena eri alueiden ja väestöryhmittäisen tasa-arvon edistäminen. Julkisen terveydenhuollon kentässä sairaalalaitoksella on ollut omalta osaltaan tehtävänä toteuttaa valtiovallan hyväksymän terveystaloudellisen ohjelman tavoitetta. Sairaanhoidopiirien perustaminen ja niiden toimintojen ohjaaminen oli eräs osa samaan päämäärään tähtäävistä toiminnoista. Sairaanhoidopiirien järjestelyissä oli tarkoitus päästä samankaltaisiin hallinnollisiin ja toiminnallisiin puitteisiin ja tavoitteisiin kaikilla alueilla Suomessa. Pääasiassa niin tapahtuikin, mutta Uudenmaan alueen suuren asukasmäärän ja sairaaloiden lukuisuuden vuoksi sairaanhoidopiirijärjestelyissä tehtiin muusta maasta poikkeavia hallinnollisia sovellutuksia. Viimeinen hallinnollinen muutos tapahtui vuoden 2000 alussa erikoissairaanhoidolain tultua voimaan. Vasta silloin saatiin perustetuksi viimeisenä Suomessa Uudenmaan alueelle yhtenäinen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri, HUS. Keskustelua ja vilkasta mielipiteiden vaihtoa Uudellamaalla sairaanhoidopiirijärjestely ja niiden toimivuus ovat aiheuttaneet vuosien mittaan ja keskustelua käydään tämän uusimmankin muutoksen ja sen järkevyyden johdosta vieläkin.

Silloin, kun valtiovalta talouden nousukaudella kehitti keskitetysti hyvinvointivaltion terveyden- ja sairaanhoidon voimakkaasti normatiivisella ohjauksella ja sitten suunnitelluilla ohjauksella sekä myönsi toiminnan järjestämiseen korvamerkittyä valtionapua, käydyt keskustelut olivat maltillisia ja keskittyivät pääasiassa Helsingin yliopistollisen sairaalan, Hyks, toiminnan määrään ja sen kunnille osoittamaan lisälaskutukseen. Hyvinvointivaltion jouduttua kriisiin taloudellisen laman isettyä 1990-luvun alussa työttömyys lisääntyi, taloudellinen toimeliaisuus aleni ja sen seurauksena valtion sekä kuntien verotulot vähenivät. Sairaanhoidon palvelujen kysyntä kasvoi potilaiden hakeuduttua aikaisempaa enemmän

julkisen sairaanhoidon palvelujen käyttäjiksi ja näin sairaaloiden menot kasvoivat. Julkinen erikoissairaanhoito joutui taloudelliseen kriisiin. Valtion ja kuntien tavoitteena oli sopeuttaa terveyden- ja sairaanhoidon menot taloudellisiin edellytyksiin vähentämällä niiden menoja. Eräänä tähän tähtäävänä keinona valtiolta pyrki ohjaamaan sairaanhoitoa aikaisempaa enemmän erikoissairaaloiden ulkopuolella tapahtuvaksi. Muutoinkin uusien rationaalisten toimintatapojen ja hoitomuotojen käyttöönotolla pyrittiin palvelurakenteen muutoksiin ja siten kustannuksien vähentämiseen. Valtionosuus muutettiin asukasluokapohjaiseksi kunnille suoraan maksettavaksi ei-korvamerkityksi valtionavuksi. Yksityiskohtaisesta valtiovallan johtamasta toiminnan suunnittelusta luovuttiin ja muutettiin se yleisiä tavoitteita ja suuntaviivoja painottavaksi ohjelmatyöksi. Kunnille tuli suurempi mahdollisuus taloutensa puitteissa toteuttaa palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla ja suuruudessa toteuttaa sairaalopalvelut. Järjestämistapaan ei puututa, jos vain palvelujen laatu ja määrä vastaavat sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa asetettuja tavoitteita. Näillä ohjaus- ja toimintaohjelman muutoksilla ei näyttänyt olevan kovinkaan paljon myönteistä taloudellista vaikutusta Uudenmaan erikoissairaanhoiton toteuttamisessa. (Mielonen 2000, 24-26, Salmela 1988, 1-3, Leskinen 2001, 19-20, Stenvall 2000, 217, Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992:17.)

Kun aikaisemmin ns. hyvinä aikoina tyytymättömyyttä suurimmalta osalta kohdistettiin pääasiassa Helsingin yliopistollisen sairaalan (Hyksin) (ei-hoidollisessa) toiminnassa esiintyviin ongelmiin, kuten kuntien esityksien heikkoon huomioonottamiseen ja kustannuksien ylittymiseen, laajentui tyytymättömyys lähes koko sairaanhoitopiirin organisaation toimintaan. Etenkin nyt, kun on perustettu Helsingin ja Uudenmaan erikoissairaanhoiton kuntayhtymä (HUS) ja kaikki sairaalat on saatettu yhteen hallinnolliseen organisaatioon, ovat keskustelut voimistuneet. Sairaaloiden työnjakoa on muutettu ja tämä on aiheuttanut muutoksia niiden entiseen ”aluejakoon” ja siten sairaalaan hakeutumiseen. Muutokset sairaanhoidon järjestelyissä ja niihin liittyvissä teknisissä asioissa ovat lisänneet erikoissairaanhoiton kustannustasoa merkittävästi. Potilasjonot ovat huomattavan pitkiä. Yhä edelleen tehdään toistuvasti päällekkäisiä töitä sairaaloissa potilaiden tutkimisessa, vaikka tutkimustulosten pitäisi olla samantasoisia eri paikoissa. Sairaaloiden keskinäinen yhteistyö ei ole toiminut suunnitellulla tavalla. Vaikka ennakoita HUSin terveystaloudella arvioidaan ja sovitetaan yhteen kuntien palvelutilauksia, on ulospäin vaikuttanut siltä, että HUSin toiminnan sopeuttaminen peruskuntien varaamiin talousarviolukuihin saa hyvin vähän huomiota. Budjettiylityksiä on tullut ja uudetkaan HUSin menot eivät näytä pysyttelevän edes HUSin itsensä hyväksymissä saati sitten kuntien asettamissa raameissa. On herännyt epäily siitä, että nyt kysymys ei ole enää yksinomaan potilasjonoista ja kustannuksista, vaan onko kuntien omistama Uudenmaan alueen sairaalalaitos enää kuntien hallittavissa ja ohjattavissa vai tapahtuuko päätöksenteko ohi kuntayhtymän hallintoelinten. Kuntien ohjausvoima ei näytä toimivan.

Vaikka Uudenmaan alueen sairaanhoitopiirijärjestelyt on tehty kolme kertaa tarkoituksena saada aikaan tehokkuutta ja kustannustietoisuutta, eivät alueen sairaalalahallinto ja -toiminta ole vastanneet niitä vaatimuksia, joita siihen valtio ja kunnat asettivat muutoksia tehdessään. On ruvettu etsimään vastausta siihen, miksi näin on? Sisältyykö näihin ongelmiin jotakin sellaista, jota ei ole tullut esiin riittävän voimakkaasti, jotta siihen olisi voitu puuttua korjaavasti. Ongelmakohtia ei varmaankaan ole ainoastaan yksi, vaan siihen liittyy monia toisiaan täydentäviä tekijöitä. Niiden kokonaisvaikutus antaa sitten palvelujen toteuttamiseen kielteisen tai hidastavan vaikutuksen. Voi vain arvailla, että asiaan saattanee sisältyä eri

toimintayksiköiden työskentelytavoista ja toiminnasta johtuvia seikkoja. Siinä voi olla johtamiseen liittyviä tekijöitä. Voi olla, että myös hallinnolliset jäykkyudet ja tiukka ohjeeseen tai säädökseen kiinnittyminen sekä kenties toimintakulttuuri ovat niitä syitä, jotka vaikeuttavat työyhteisöjen ja eri sairaanhoitoyksiköiden joustavan yhteistoiminnan toteuttamisen.

Tämä oli syynä siihen, että halusin tutkia koko Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon järjestelyjä, ja yrittää selvittää niitä hallinnollisia ja toiminnallisia seikkoja, joilla voi katsoa olevan merkittävää vaikutusta toiminnan järjestelyihin ja kustannuksiin.

2 Tutkimustehtävä

1943 säädetyn ja 1948 uudistetun sairaalalain mukaisesti Suomessa alettiin perustaa keskussairaalapiirejä. Kielellisten ja hallinnollisten ongelmien sekä valtiontalouden ja kunnallispoliittisten seikkojen vuoksi Uudenmaan alueella ratkaisu siirtyi aina vuoden 1956 sairaalalain ja yliopistollista keskussairaala koskevan lain säätämiseen saakka. Vasta silloin perustettiin Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntainliitto, jolle tuli velvollisuus sairaanhoidon (sairaalahoidon) järjestämisestä.

Helsingin kaupungin asemaa Uudenmaan sairaalalaitoksen kehittämisessä on voitu pitää ratkaisevana. Alueen muut kunnat ovat pienempiä ja tarvinneet kuntien keskinäistä yhteistyötä järjestäessään sairaanhoitoon ja sairaalan ylläpitämiseen liittyviä asioitaan. Niinpä Uudenmaan sairaanhoidon ylläpidosta ja hallinnosta oli pääasiallisesti järjestetty kuntainliittopohjaisesti. Helsingin yliopistollisen keskussairaala-alueella (silloinen Uudenmaan lääni) oli kuntien ja kuntainliittojen sairaaloita perustettu jo aikaisemminkin yleissairauksien, keuhkotaudin (keuhkotuberkuloosin) ja mielisairausten hoitamiseksi. Niiden toimintaratjat ulottuivat toistensa alueille ja omistajakunnat saattoivat olla ”hajallaan” useassa kuntainliitossa eri puolella läänin tai jopa läänin ulkopuolella. Hallinnolliset vastuualuerajat olivat monessa tapauksessa päällekkäisiä. Helsingin kaupunki oli kaikissa tuberkuloosi- ja mielisairaaloiden kuntainliitoissa suhteellisen suurena osaomistajajäsenenä päättämässä ja siten merkittävästi vaikuttamassa alueen muunkin sairaanhoidon kehittämiseen. Helsingin kaupungilla oli asukkaitensa sairauksien hoitamiseksi tarkoitetut omat sairaalansa.

Tämän tutkimuksen tarkasteluajanjaksolla (1957 - 2001) tapahtui monia yhteiskunnallisia ja lainsäädännöllisiä uudistuksia, joilla oli vaikutuksia Helsingissä ja Uudellamaalla olevien eri sairaanhoito-organisaatioiden toimintaan. Osa lainsäädännöllisistä uudistuksista oli valtakunnallisia, mutta osa kohdistettiin suoraan Helsingissä ja Uudellamaalla erikoissairaanhoidon järjestämiseen liittyviin hallinnollisiin ratkaisuihin ja järjestelyihin.

Aluksi Uudenmaan kaikki sairaalatahot - Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Hyks, Helsingin sairaalat ja muut alueella olevat sairaalakuntainliittojen sairaalat - toimivat omista hallinnollisista ja toiminnallisista lähtökohdistaan olematta varsinaisesti yhteistyössä keskenään. Vasta sen jälkeen, kun kuntien/kuntainliittojen sairaalat veloitettiin vuonna 1972 laatimaan sairaanhoidon viisivuotissuunnitelma ja yliopistollinen keskussairaala kokoamaan niistä alueellinen sairaanhoitosuunnitelma, alettiin kehittää valtakunnallisen suunnitelman edellyttämää kokonaisvaltaista alueellista sairaanhoitotoimintaa.

Maan hallitus asetti esityksessään (HE 94/1988) tavoitteeksi sairaanhoitotoiminnan kehittämisen tehokkaammaksi ja taloudellisemmaksi ja esitti koko maahan perustettaviksi sairaanhoitopiirit, jotka sulkisivat hallintaansa ja toimintaansa kaikki alueensa kuntien tai

kuntainliittojen omistamat erikoissairaanhoitoa antavat sairaalat. Koska Uudellamaalla eivät kunnat päässeet yksimielisyyteen asiasta, antoi hallitus esityksensä (HE 95/1988), jonka mukaisella lailla perustettiin kaksi sairaanhoitopiiriä - Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja Helsingin sairaanhoitopiiri - sekä erillinen Helsingin yliopistollinen keskussairaala itsenäiseksi sairaanhoitopiireille palveluja antavaksi laitokseksi. Uusi hallinnollinen ja organisatorinen järjestelmä tuli voimaan 1990.

Kuntien aloitteesta hallituksen antamien esityksien (HE 164/1988 ja HE 165/1988) mukaisten lakien perusteella Uudellemaalle tehtiin yksi sairaanhoitopiiri, johon liitettiin myös Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Uusi sairaanhoitopiiri Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri aloitti toimintansa vuoden 2000 alusta.

Tutkimustehtävänä on kuvata, miten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallinnollinen rakenne on uudistettu hyvinvointivaltion ajalta 2000-luvulle.

Tutkimus on kuvaileva ja tarkastelun kohteena ovat sairaanhoitopiirin uudistaminen ja sitä koskevat taustakeskustelut. Tutkimuksessa tarkastellaan siis sairaanhoitopiirin uudistamiseen liittyviä kehittämismenetelmiä, joita kulloisessakin vaiheessa on pidetty rationaalisina sairaanhoitopiirin hallinnon kehittämiseksi. Tässä työssä lähestytään muutostaustaista syytä. Aikaisempaa sairaanhoitopiirin muutostutkimusta ei ole, joten tutkimusaihe on perusteltua. Työn oletus on, että kehitysvaiheet ja erityisesti niissä tapahtuva ohjaus luovat yleiset puitteet sairaanhoitopiirin kehitykselle. Tästä johtuen sairaanhoitopiirin muutosvaiheita jäsenetään ja kuvataan muutosvaiheittain. Työn lähtökohtana on, että nykyisin esiintyviä ongelmia voidaan ymmärtää historiallisesti ja kehitysvaiheittain. Siksi tutkimuksessa tarkastellaan sairaanhoitopiirin muutoksia suhteessa historialliseen kehitykseen. Tutkimuksessa tarkastellaan myös sitä, minkälaisia toimintaympäristössä muita muutoksia on liittynyt sairaanhoitopiirin uudistamiseen. Toimintaympäristön osalta kiinnitetään huomiota ohjaukseen ja terveyspolitiikkaan ja sitä koskeviin vaatimuksiin. Ohjauksessa tarkastellaan terveyspolitiikan osalta tavoitteiden asettelua. Huomiota kiinnitetään terveyspolitiikan ja ohjauksen osalta vain niihin tekijöihin, jotka kulloinkin ovat oleellisia sairaalahallinnon hallinnon uudistamisessa.

Sairaanhoidon muutoksia tarkastellaan suhteessa yhteiskunnalliseen kehitykseen ja erityisesti hallinnon kehityksen vaiheisiin. Erityisesti huomio kiinnitetään siihen, miten terveydenhuolto on pyritty eri aikoina ohjaamaan ja mitä merkitystä tällä on ollut Helsingin ja Uudenmaan terveyspolitiikan toteuttamiselle. Uudistukset esitetään kehitysvaiheiden mukaisesti jaotelluissa luvuissa. Hallintohistoriallisina kehitysvaiheita vuosien 1957 - 2001 kehitys jaetaan seuraaviin vaiheisiin:

1. Hyvinvointivaltion kausi
2. Managerialistinen kausi
3. Ristiriitaiset suunnat: kansanvaltaisuuden edistäminen ja managerialismin syventäminen

Yhteiskunnallisessa ajattelussa vahvistui 1950-luvun jälkimmäisellä puoliskolla käsitys, että valtion on edistettävä taloudellista kasvua ja huolehdittava kansalaisten hyvinvoinnista ja sosiaalisesta turvallisuudesta. Sen mukaisesti valtion tuli edellä mainittuun pyrkiessään aktiivisesti ohjata kehittymistä ja kantaa vastuuta keskeisten arvojen vahvistamisesta esim.

kansalaisten tasa-arvosta ja hyvinvointiin liittyvistä asioista. Valtiovalta asetti poliittis-hallinnollisesti yhteiskunnallisia tavoitteita joko normatiivisilla tai tavoitteellisilla säädöksillä taikka määräyksillä. Tätä aikaa nimitetään hyvinvointivaltion kaudeksi. Hyvinvointiin liittyviä tehtäviä olivat mm. sosiaali- ja terveyssektorin ja koulu- ja kulttuuritehtävien asiat. Terveyspoliittinen sektoriohjaus oli yhdenmukainen yleisten valtakunnallisten tavoitteiden kanssa. Tämän kauden hallitsevana hallintotoiminnallisena piirteenä oli poliittisesti johdettu tasa-arvoinen järjestelmä, jossa valtio huolehti yhteiskunnan taloudesta ja hyvinvoinnista. (Stenvall 2000, 26-31, Temmes 1994 b, 292-294, Paasivaara & Nikkilä 2003.)

1980 luvun lopulla kansainvälisen hallinnon kehittämisen mallin mukaisesti siirryttiin Suomessa uuteen hallinnon kehittämisen vaiheeseen. Kehittämissuuntauksena oli managerialistinen hallinto, johon kuuluvat mm. tuottavuuden ja tehokkuuden edistäminen, johtajuuden korostaminen, tulossuuntautuneisuus, kilpailuttaminen. Managerialistiseen kauteen sisältyi sääntelyn purkaminen, hallintotehtävien ja vastuun hajauttaminen ja organisaatiolle mahdollisuus toimia tehokkaammin järjestämällään tavalla. Managerialistiseen kauteen katsotaan kuuluu poliittisesti johdettu rationaalinen hallinto, jossa toiminta suuntautuu aikaansaannoksiin ja palvelujen kilpailukykyyn. (Stenvall 2000, 28-31, Haveri 1997, 32-34, Temmes 1994 a, 292-294, Laadukkaat palvelut...1998, Paasivaara & Nikkilä 2003.)

Managerialistisella kaudella siirryttiin hallinnossa lähemmäksi yksityissektorin käytäntöjä ja korostettiin ammatillista johtamista ja ohjauksen tulos- ja strategiakeskeisyyttä. Samanaikaisesti, kun hyvinvointipalvelut ovat pääsääntöisesti julkisen vallan järjestämisvastuuseen, on haluttu edelleenkin vahvistaa kansalaisten mahdollisuutta olla vaikuttamassa ja valvomassa julkisten palvelujen toteuttamista. Tavoitteeksi otettiin hallinnon kansanvaltaisuuden vahvistaminen eli lisätä kunnallista demokratiaa palvelujärjestelmän ohjauksessa. Informaatio- ja tieto-ohjauksella valtiovalta antoi kunnille vastuun terveystieteellisen ohjelman toteuttamiselle. Pyrkimyksenä on, että palveluorganisaatio voisi järjestää toimintansa parhaiten vastaamaan toiminta-alueensa vaatimuksia. Nämä kaksi johtamistavaltaan erilaista hallinnollista suuntaa - managerialistinen ja kansanvaltainen - ovat ajatuksellisesti toisiinsa nähden ristiriitatilanteessa, ellei käytännössä löydetä yhteisesti hyväksyttävää menettelytapaa. (Haveri 1995, 31-35, Stenvall 2000, 25-32, Haveri 1997, 20-21, Ryyänen 1996, Laadukkaat palvelut...1998, Paasivaara & Nikkilä 2003.) Näiden kaikkien edellä mainittujen hallinnon ja toiminnan kehittämissuuntauksiin sisältyivät terveystieteellisen ohjauksen kehittämissuuntauksia.

Hallintohistorian tutkimuksen kohteina ovat hallinnon menneisyyden, sen muutoksen tai muuttumattomuuden tapahtumat. Hallinnon tehtävien määrittelyä ja tavoitteiden asettamista ohjaa poliittisessä kentässä käyty keskustelu. Julkisten palvelujen kannalta ovat mielenkiintoisia yhteiskunnalliset arvot ja niitä seuraavat muuttuvat painotukset yhteiskunnan velvollisuudesta palvelujen järjestämisestä kansalaisilleen. (Tiihonen 1995, 4, 38, Haveri 1997, 3-5, Mälkiä 1995, 97-119, Haveri-Majoinen 2000, 18-20, Salmela 1988, Mielonen 2001, 81-82.)

Tutkimus on tapaustutkimus. Se kuuluu hallintohistoriallisiin tutkimuksiin empiirisenä kehityskuvauksena. Tarkoitukseni on tutkimuksella löytää ne kohdat, jotka johtavat sairaanhoitotoiminnan niin suureen poikkeamaan, etteivät ne sovi ennakolta suunnitellun toimintaohjelman taloudellisiin tai toiminnallisiin puitteisiin. Toivomukseni on, että tutkimuksesta saaduilla tiedoilla voitaisiin kehittää sairaanhoidon hallintoa ja ohjausta sellaiseksi, että sairaanhoidon ammattilaiset ja luottamushenkilöhallinto ymmärtäisivät yhdenmukaisesti niitä vaatimuksia, rajoituksia ja mahdollisuuksia, joita siinä on hallinnollisesti, toiminnallisesti ja taloudellisesti.

2. TUTKIMUKSEN AVAINKÄSITTEET

1 Hallinnon kehittäminen ja uudistaminen

.1 Hallintorakenteiden käsite

Herbert A. Simon toteaa hallinnon olevan sitä, että asiat saadaan tehdyiksi. Käytännössä hallintoon sisältyy kaksi toimintaa eli päätöksentekoprosessi ja aktiivinen asioiden toteuttaminen mahdollisimman hyvin. Hallinnosta on kyse silloin, kun työn tekeminen vaatii ihmisten ja/tai organisaatioiden keskeistä yhteistoimintaa ja sen ohjaamista. Julkisella hallinnolla tarkoitetaan valtion keskus-, väliasteen- ja paikallishallinnon lisäksi myös kuntien ja kuntayhtymien hallintoa. Julkisen hallinnon piiriin luetaan valtion tai kuntien taloudellisen tuen avulla muiden kuin valtion ja kuntien organisaatioiden toteuttamana myös yleishyödyllisten tai yhteiskunnallisesti merkittävien tehtävien suorittaminen. Hallintoon kuuluvat oleellisesti päätöksenteko, organisointi, ohjaus, tavoitteen mukainen toiminta ja valvonta ja näihin liittyvä informaatiojärjestelmä. Tavoitteensa mukaista toimintaa toteuttaessaan hallinnolliset yksiköt ovat rakenteiltaan ja toiminnoiltaan systeemiajattelun mukaisesti yhteydessä keskenään, mutta myös ympäristönsä kanssa. (Simon, 1965, 1, Salminen 2001, 13, Sinkkonen-Nikkilä, 1988, 14, Ahlstedt-Jahnukainen-Vartola 1983, 10, 13, 18-24.)

Salminen (2001, 13) määrittelee hallintoon ja sen järjestämiseen rationaalisen hallinnon perusideoiksi seuraavat:

- hierarkioiden olemassaolon
- johtamisen korostamisen ja
- tehokkuuden imperatiivin.

Hallinnossa käytettävissä olevat voimavarat, esimerkiksi henkiset, henkilöstö- tai taloudelliset voimavarat, muodostavat keskenään suhteen, jonka puitteissa koetetaan saavuttaa mahdollisimman suuri hyöty. Julkisen hallinnon päätökset ovat poliittisia, kun kysymys on toiminnan suuntaamisesta, palvelujen priorisoinnista ja toiminnan pitkän aikavälin suunnittelusta. Edustuksellisen hallinto-organin päätöksentekovaiheessa on kysymys useinkin arvoarvostukseen liittyvästä valintakysymyksestä. Edustuksellinen demokratia tekee mahdolliseksi tehdä yhteiskuntaa koskevia päätöksiä ja tuottaa asiaa tuntevien tekemiä ratkaisuja, joista voi olla erilaisia yhteiskunnallisia käsityksiä. (Kaasalainen 1982, 43, Salminen 2001, 16, Vartola 1995, 25, Geyer 1929, 94-95, Iklé 1967, 1, 39, Roseman-Mayo-Collinder 1966, 95, 253, Ryytänen 1996, 56, 61-62, Simon 1965, 5-7, Sundberg 1964, 35, 225, Stewart 1983, 15.)

Sinkkonen ja Nikkilä määrittelevät hallinnon olemuksen (1988) niin, että: ”...hallinto voidaan määritellä rakenteista ja toiminnoista koostuvaksi, ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa olevaksi järjestelmäksi, jonka avulla organisoidaan ja ohjataan perustehtävien toteutusta niille asetettujen tavoitteiden toteuttamiseksi. *Terveystieteiden hallinto* käsittää terveydenhuollon varsinaisia perustoimintoja tukevaa ja edistävää organisointia ja ohjausta sekä näitä ohjaustoimintoja toteuttavat hallintorakenteet.”

Hallinto rakenteena ja sisällöltään voidaan ilmaista monin eri tavoin. Tässä tutkimuksessa nojaututaan Nikkilän ja Sinkkosen määrittelyyn hallinnosta, sen rakenteesta ja voimavaroista. Määritelmä sisältää luottamushenkilöorganisaatioiden osuuden ja sairaaloiden

välisen suhteen järjestelmän kehittämisperiaatteena. Tässä työssä keskitytään niihin tekijöihin, jotka oleellisesti ovat vaikuttaneet sairaanhoitopiirin uudistamisessa hallintoon ja määritty aineistolähtöisin.

Terveydenhuollon hallinto on osa julkista hallintoa, joka voidaan jakaa vertikaalisesti kolmeen eri tasoon: keskushallintoon, väliportaan hallintoon ja paikallishallintoon. Terveydenhuollon sektorilla keskushallintoa, valtion hallintoa, edustavat valtioneuvosto ja terveydenhuoltoasioita käsittelevät ministeriöt, väliportaan hallintoa lääninhallituksen sosiaali- ja terveydenhuolto-osasto sekä paikallishallintoa (perushallintoa), kunnallista itsehallintoa, kunnat ja kuntayhtymät (ennen kuntainliitot), joista kuntayhtymät ovat ylempien asteista itsehallintoa.

Terveydenhuollon hallinnon tehtävänä on toteuttaa julkiseksi terveystaloudeksi määritettyä valtion ja kuntien sekä kuntayhtymien jatkuvaa toimenpiteiden sarjaa, jonka tavoitteena on kansalaisten terveydentilan ylläpitäminen ja kohottaminen. Aikaisemmasta sosiaalipolitiikkaan kuuluneesta erityisen suojelun tarpeessa olevien sosiaalisesta (terveyden) suojelusta on terveyden näkökulma laajentunut hyvinvoinnin keskeiseksi tekijäksi ja terveyden edistäminen ja sairauden hoito laaja-alaiseksi yhteiskunnalliseksi tehtäväksi. Terveystaloudeksi edistävien ja vahvistavien tekijöiden huomioon ottamisella kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa mahdollistetaan parhaiten ihmisen elämisen perusedellytykset. Ensisijaisesti on huolehdittava yksilöiden, väestöryhmien ja kansalaisten tasa-arvoisista, yhtäläisistä mahdollisuuksista käyttää terveyspalveluja, ennaltaehkäisyä ja sairauksien hoitoa, etteivät taloudelliset tekijät muodosta esteitä niiden käytölle. Terveystaloudeksi tavoitteena on sairauksien ehkäisy ja, mikäli se ei ole mahdollista, taudin hoito sekä ihmisten sosiaalisten yhteyksien järjestäminen niin, että taudista johtuvat häiriöt ovat mahdollisimman vähäiset. (Kuusi, E. 1931, 769-770, 940-941, Puro 1981, 10-13, 47, Leichter 1979, 6, Terveystaloudeksi kaikille... 1986, 12, 21, Hallituksen terveystaloudeksi... 1985, 11-12, 24-25, Salmela 1988.)

Kaikissa organisaatioissa on omaa sisäistä hallintoa, joka on samalla yhteistyössä ja vaikutussuhteessa ympäristöönsä. Ympäristönä ovat esim. toiset sairaalat, yhteiskunta, luottamusmieliset ja niiden ohjausmenetelmät ja -tavat. Sairaanhoitopiirin organisaation tavoite on tarjota väestölle terveyden- ja sairaanhoidon palveluja. Osa organisaatioon kuuluvista toimintayksiköistä ja henkilöstöryhmistä antaa palveluja väestölle, osa toimii "taustalla" avustamassa suoranaista palvelua antavia henkilöstöryhmiä ja osa ohjaa ja suunnittelee palvelujen antamista väestön mahdollisesti tulevien tarpeiden mukaisesti. (Kasalanen 1982, 6-19, Ryyänen 1996,10, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 14, Sipponen 1967, 18, 28.)

Hallinnossa toimivalta- ja vastuukysymykset ovat tulleet monimutkaisemmiksi ja monitasoisiksi, mitä pisimmälle organisaation osat ovat erityistoiminnassaan kehittyneet. Monimutkaistuminen ja eriytyminen ovat vaatineet tehtävien myötä uudenlaisia toiminnallisia järjestelmiä. Muutostekijät vaikuttavat hallinnollisen organisaation sisäisissä ja ulkoisissa suhteissa. Systeemijärjestelmä kokoaa ohjausmallin mukaan organisaation eri osat, niiden väliset vuorovaikutukset ja prosessit yhdeksi kokonaisuudeksi. Jos systeemin eri osilla on suhde ja vuorovaikutus vain keskenään, sanotaan järjestelmää suljetuksi. Avoimessa järjestelmässä on systeemi tai sen osat vuorovaikutuksessa systeemirajojen ulkopuolella olevan maailman kanssa. Avoimessa järjestelmässä organisaatiot ovat eriasteisesti tavoitteellisia ja avoimia sekä osittain itseohjautuvia järjestelmiä. Itseohjautuvan organisaation perusominaisuuteen kuuluu, että se säilyttää ja uudistaa järjestelmän rakenteen, perusominaisuudet ja toimintakyvyn järjestelmän ja ympäristöstä välisessä vuorovaikutuksessa toteuttaessaan tavoitteensa mukaista toimintaa. (Ahlstedt-Jahnukainen-Vartola 1983, 20-21, Arbnor-Bjer-

ke 1977, 21-22, 72-73, Kaasalainen 1982, 16-17, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 15, Salmela, 1988, 12-14, Haveri 1995, 35-37.)

Hallintorakenteet voidaan määritellä vertikaalisiksi tai horisontaalisiksi organisaatioiksi, joiden avulla ohjataan ja toteutetaan tavoitteenmukainen toiminta. Systeemijärjestelmässä organisaation eri osat ja prosessi muodostavat kokonaisuuden joko suljetun, jos systeemin osat ovat kosketuksissa vain keskenään, tai avoimen, jos osat ovat vaikutuksessa myös ympäristön kanssa.

.2 Poliittis-hallinnollinen ohjaus

Yhteiskunnan kehittyessä ja julkisen hallinnon merkityksen kasvaessa on hallintokoneiston toimintaan kohdistettu erilaisia vaatimuksia. Hallintojärjestelmä ja myös julkinen terveydenhuolto on poliittis-hallinnollisen ohjauksen piirissä. Poliittisen ohjauksen kanavoimisessa julkisen sektorin organisaatioihin, kuten yksittäisiin virastoihin ja laitoksiin, on käytettävissä useita erilaisia ohjausmuotoja. Ohjauksella tarkoitetaan niitä välittömiä tai välillisiä päätöksiä tai toimenpiteitä, joilla suunnataan toimintayksikön toiminta joko välittömästi tai välillisesti halutun tavoitteen tai tuotoksen saavuttamiseksi. Ohjausjärjestelmä muodostuu niistä osista tai vaikutussuhteista, jotka järjestelmän osina ovat vaikuttamassa ohjattavan organisaation yksikön tai yksiköiden toiminnan tai tavoitteiden suuntaamiseen. Ohjauksella pyritään saavuttamaan haluttuja tuloksia ohjausreaktioiden kautta esim. säätelämällä voimavaroja, informaatiota, toimintaperiaatteita ja -prosesseja. Organisaation ohjaus tapahtuu päätöksenteon välityksellä, jolloin tahdonmuodostaja ohjauskeinoja käyttämällä pyrkii tavoitteiden saavuttamiseen. Ennusteisiin perustuvat ohjauspäätökset rakentuvat ohjattavan organisaation tilasta ja organisaation ympäristön muutosten ennakoimisesta saatavasta tiedosta. Palauteohjauksessa käytetään ennustettavuutta, jota tarkennetaan palautteen antamalla ohjaavalla tiedolla. Se on tarkistus, kontrolli, joka vaikuttaa toimenpiteiden tekemiseen tai niistä luopumiseen. (Hoikka 1984, 11, Haveri 1995, 155-158, Kaasalainen 1982, 18-19, Leskinen 2001, 50, Möttönen 1997, 24, Salmela 1988, 12-14.)

Julkisen hallinnon poliittis-hallinnollisia ohjausmuotoja on useita:

Normiohjaus sisältää lait ja asetukset, valtioneuvoston ja ministeriön päätökset, muut yleissäädökset ja tuomioistuimen ja hallintoviranomaisen päätökset. Normatiivisessa ohjauksessa normin asettaja määrää toimijaa velvoittavat toiminta-alueen rajat ja kohteet. Normiohjauksessa ylempi viranomainen asettaa toimijalle säädökset tai muut velvoitukset ja valvoo niiden vaikutusta ja toteuttamista.

Resurssiohjauksessa ylempi hallintotaso jakaa resursseja alemmille tasoille haluttujen tuotosten aikaansaamiseksi. Resurssit voivat olla taloudellisia resursseja tai henkilöresursseja. Yhteistä niille on, että niillä vaikutetaan järjestelmän rakenteisiin ja taloudelliseen liikumavaraan.

Tavoitesuunnitelmien ja -ohjelmien avulla ohjataan näyttämällä halutun toiminnan suuntaviivoja. Nämä ovat usein julkilausumia ja kehysluonteisia. Tavoitteet voivat olla ohjaavuudeltaan yleisluonteisia tai ulottua yksityiskohtaisiin tavoitemäärittelyihin ja niiden lisäksi määritellään saavuttamiskeinot. Viime aikoina ns. strategiasuunnitelmat ovat yleistyneet tämän tyyppisen ohjauksen muotona. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelmaa voidaan pitää esimerkkinä tavoiteohjauksesta, mutta myös oh-

jelma- ja informaatio-ohjauksesta.

Rakenneohjauksessa voidaan luoda, muuttaa tai lakkauttaa sosiaalisia toimintarakenteita ja antaa siten muoto ja rakenne ihmisten toiminnalle tietyssä organisaatiossa tai muussa yhteisössä. Rakenneohjauksessa henkilö- ja prosessiohjauksella pyritään vaikuttamaan hallintokoneiston toimintaan päätöksenteossa menettelytapoja ja henkilöstösuhteita säätelämällä.

Informaatio-ohjaus on vapaaehtoista ja epävirallista ohjausta, joka voi tapahtua kaikkiin suuntiin hallinnon sisällä. Informaatio-ohjauksessa säädellään ohjattavan toiminnan tietoperustaa, jota toimeenpanija soveltaa oman harkintansa mukaan. Informaatio-ohjauksessa on tavoitteena saada luoduksi hallinnonalaa tai tehtävälää koskeva informaation hankinta-, käsittely- ja jakelujärjestelmä, joka palvelee suunnittelua, päätöksentekoa ja valvontaa. Hallinnon ohjaus voi olla pysyvää tai kertaluonteista ja sitovaa tai ei-sitovaa. Pysyväisluonteisia ohjauksen muotoja ovat toimintapolitiikkaa, toimintaperiaatteita ja toiminnan resursseja koskevat ohjauksäännöt. Ohjauksen keskeisimpänä ongelmana on poliittisten päämäärien epämääräisyydestä johtuen ohjauksen osittainen yleisluonteisuus ja selvien tavoitteiden puuttuminen. (Leskinen 2001, 52-58, Mielonen 2000, 32-34, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 178-182, Ahlstedt-Jahnukainen-Vartola 1983, 83,110-115.)

Suomalainen poliittis-hallinnollinen järjestelmä omaa piirteitä, joista käytetään nimitystä korporatiivinen valtio. Tällä tarkoitetaan sitä, että hallinnon ohjausta tapahtuu myös kansalaisjärjestöjen ja painostusryhmien kautta ohi normaalin edustuksellisen demokratian. Organisoidut ryhmät ja liittymät näyttelevät suurta osaa yhteiskunnallisessa politiikassa, mahdollisuudessa vaikuttaa painostusryhmänä yhteiskunnallisiin päätöksiin ja poliittiseen päätöksentekoon. Yhteiskunnallisen organisaation toiminnalla voi olla suuri laajuus ja vaikuttavuus sekä merkitys, mikä riippuu kulloinkin esiin nousevasta intressistä. Painostusryhmien hallintoon suuntaaman toiminnan muodostaa niiden osallistuminen hallinnolliseen toimintaan eri hallinnonalojen sivuorganisaatioiden välityksellä. Painostusryhmät esiintyessään asiantuntijaorgaaneina pohjaavat vaikuttamisedellytyksensä siihen, että niiden (professionalistien, asiantuntijoiden) mielipidettä kuullaan asioiden valmistelussa. Newton (1976) toteaa, että ne, joilla on rahaa ja aikaa antautua politikoimaan ja on enemmän poliittista taitoa ja informaatiota sekä tehokas organisaatio puolustamaan heidän intressejään, voivat saada suuremman vaikutuksen hallintoon. Painostusryhmien tarkoituksena ei ole pyrkiä varsinaisesti päättämään ja ottamaan vastuuta päätöksestä, vaan vaikuttamaan päätöksentekijöihin, miten päätetään. Vaikutuksen suuruus riippuu ryhmän asemasta yhteiskunnassa, yhteiskunnallisessa organisaatiossa ja edustavuudesta, luotettavuudesta, painostuksen tehokkuudesta ja laajuudesta sekä myös ajettavan asian kulloisestakin aktualisuudesta yhteiskunnallisten asioiden valtavirrassa. Asioihin vaikuttamaan pyrkivinä painostusjärjestöinä voivat olla aina asian luonteesta riippuen esimerkiksi julkiset järjestöt, potilasjärjestöt, sosiaaliset järjestöt, poliittiset järjestöt, ammatilliset järjestöt ja muut etujärjestöt, mutta myös teollisuuden ja liike-elämän järjestöt sekä ns. yhden asian liikkeet. Elinkeinoelämä osallistuu monin keinoin yhteiskunnalliseen päätöksentekoon ja määrää monessa suhteessa, mihin suuntaan yhteiskunta kehittyy. Päätäjiin kohdistamansa painostuksen lisäksi on painostusryhmän suunnattava tiedotustoimintansa kannattajiinsa ja yleisöön voidakseen saada laajan ja riittävän kannatuksen omalle asialleen. Omaan tarkoitukseensa tavoitellessaan painostusryhmän on yleisluontoisesti, kansantajuisesti esiteltävä omat näkökantansa päätäjille ja yleisölle. (Helander 1971, 15-16, 88, Hoikka 1984, 41, Huuska 1976, 2-5, Jyränki 1971, 16, Nousiainen 1959, 69-85, Newton 1976, 76-77.)

Klassisen hallintoteorian mukaan puhtaan *hierarkkisen ohjausmallin* mukaisesti jokaisella toimintayksikön jäsenellä on vain yksi välitön ohjausta antava taho (esim. esimies), joka määrittelee tehtävät ja tavoitteet. Organisaatioiden toimintojen monipuolistumisen vuoksi ohjaustoimintaan voivat panoksensa antaa asiantuntijat, esim. atk-asiantuntijat, joilla ei ole varsinaista käskyvaltaa ohjattaviin yksiköihin tai yksilöihin nähden, antaessaan palveluksia, neuvoja ja ohjeita. Kyseessä silloin on *hierarkkinen ohjausmalli sekä puhdas esikunta* eli asiantuntijalta tuleva ohjaus, mutta se tapahtuu linjaesimiehen kautta ilman välitöntä ristikkäisohjausta. *Funktionaalinen ohjausjärjestelmän* malli on kyseessä silloin, kun esikunnan edustaman (esim. suunnittelu-) toiminnon, funktion, koordinointi on tarpeen yli koko organisaation. Tällöin esikunnan taholta tulee järjestelmän muihin osiin välitön ohjaus (ristikkäisohjaus), ja se kohdistuu useampaan ohjauspisteeseen. *Matriisimallissa* hallinnonalan ohjaus on vertikaalista, mutta alueista ja yksiköistä vastaavien ohjaus on horisontaalista, ja käytössä on silloin ristikkäisohjaus. *Sekaohjausmallissa*, usein keskikokoisissa ja suurissa organisaatioissa, joissa toiminta on nopeasti muuttuvaa, voi olla yhdistelmänä esimiesohjaukseen perustuva esimies ohjaus, toimintoon perustuva funktionaalinen ohjaus sekä alueisiin ja projekteihin perustuva ristikkäisohjaus.

.1 Tulosohjaus ja -johtaminen ohjauksen välineenä

Tulosohjaus käynnistyi vuonna 1988. Sen rooli hallinnon ohjauskeinona tuli merkittäväksi, kun valtiovarainministeriössä tehtiin vuonna 1989 päätökset virastojen ja laitosten vaiheittaisesta siirtymisestä uuden budjettirakenteen piiriin vuosina 1990-1994. Uudistuksella siirryttiin kehysbudjetointiin aikaisemman hyvin yksityiskohtaisen budjetoitinkäyttämisen sijasta. Organisaatioille, virastoille ja laitoksille siirrettiin vastuuta taloutensa ohjauksesta. Tulosohjauksessa organisaatioissa sovitaan tavoitteet, joihin organisaation jäsenten katsotaan sitoutuvan ja tulos on toiminnan tuotos. Tämä merkitsee myös johtamisen ja käyttämisen muuttumista. Tarkoituksena oli, että tulosohjauksessa laajentunut taloudellinen liikkumavara käytettäisiin toiminnan tuottavuuden ja tehokkuuden lisäämiseen. Yksittäisistä julkisista organisaatioista ja niiden toiminnallisista ja hallinnollisista johtamisalueista muodostettiin *tulosyksiköjä*. Uuteen budjettimalliin kuuluu toiminnan tavoitteita kuvaavia tulostavoitteita, jotka mahdollisuuksien mukaan pyritään ilmaisemaan konkreettisesti ja numeerisesti. Eräiden organisaatioiden (ml. yliopistot) osalta ollaan järjestelmässä, jossa ministeriö ja organisaatiot vuosittain tekevät **keskenään** tulosopimuksen. Tulosjohtamis uudistus oli merkittävä hajautus hallintokoneiston talusohjausjärjestelmässä. (Haveri 1997, 32, 34, Temmes 1994 a, 43–46, 52, Temmes 1994 b, 45–47.)

Tulosohjaus on päättäjän ja ohjattavan neuvottelema tulosopimusmenettely, jolla tapahtuvat ohjattavan tulostavoitteiden määrittely, tavoitteiden toteuttamiseksi tarvittavien voimavarojen osoittaminen ja toteuttamisen seuranta yhdessä sovitujen kriteerien mukaisine arvioiteineen. Tulosohjausprosessissa alue- ja paikallistason organisaatioiden toiminnan tuntemus parantaa niiden toimintamahdollisuuksia. Tulosohjaus luo perustan ohjauskohteen toiminnalle ja valtasuhteille. Organisaation ja johtamisen menettelyn järjestämiseen ei tulosohjauksessa puututtu. (Stenvall 2000, 214–216, 218.)

Tulosjohtaminen terveydenhuollossa merkitsee tulosalueitten määrittelyä, tavoitteiden asettamista, tulosten mittaamista ja henkilökunnan palkitseminen edellyttää tuloksellisuus-

den määrittelyä. Julkisessa terveydenhuollossa tulosohjaus tapahtuu yhteiskunnan asettamissa raameissa. Johtamistapojen ja -keinojen uudistamisella etsitään vastauksia siihen, miten voitaisiin säilyttää poliittisten päättäjien ja viranhaltijoiden välinen demokraattinen tehtäväjako ja miten eri tason esimiehet ja alaiset voisivat olla mukana vaikuttamassa omien tavoitteidensa asiasisältöön. Johtamistavan uudistamisessa ei sinällään luoda mitään täysin uutta, vaan pikemminkin arvioidaan olemassa olevia johtamistapoja ja -keinoja paremman tuloksen aikaansaamiseksi. Uudistustyö sisältää pyrkimyksen tehokkaampaan resurssien käyttöön, missä otetaan huomioon suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja tulosvaatimukset. Organisaation johdon kannalta sen voidaan katsoa sisältävän myös systemaattisuutta ja antavan yksilölle enemmän osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia hänen omaa työtään koskevista kysymyksistä. Johtamistapojen uudistamiseen liittyy valtasuhteiden muuttamisen arviointia. (Ahlsted-Jahnukainen-Vartola 1983, 143–144, Haveri 1997, 17–18, Kaasalainen 1982, 26–30, Möttönen 1997, 23–24, Mielonen 2000, 31–32.)

Tulosjohtaminen edellyttää organisaation riittäviä valmiuksia. Sen toteuttamistuloksen määrittely vaatii suunnittelujärjestelmää ja hyvää informaatio- ja seurantajärjestelmää. Siihen sisältyvät myös johtamisen päättäjien ja toimijoiden ohjaussuhteet, johtamistavan uudistamisen tavoitteet sekä käsitykset virkakoneiston vallan lisäämisestä tai muuttumisesta. Tuloksellisen johtamisen ja uudistamisen vaatimuksena on, että luottamushenkilöt ja henkilöstö ymmärtävät ja mieltävät hallinnon käsitteet samansuuntaisesti ja pystyvät soveltaen konkretisoimaan sitä jokapäiväisessä työssään. (Ahlsted-Jahnukainen-Vartola 1983, 144, Möttönen 1997, 25–26, Haveri 1995, 87–93, Temmes 1991, 184.)

Johtamisen uudenaikaistamisessa on otettava huomioon yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset ja niiden mahdollinen vaikutus organisaation toimintaan ja sen tuloksellisuuteen. Toiminnallisten uudistusten tarkoituksena tulee olla siirtyminen parempaan resurssien hyväksikäyttöön ja suorituskyvyn lisääntymiseen. Voimavarojen rajallisuudesta johtuen on selvitettävä toiminnan toteutumisessa olleita puutteita ja kitkaa. Tehtävänä on selvittää myös tavoitteiden toteuttamismahdollisuudet tai mistä johtuvat tavoitteiden ja toteutuneen väliset erot. Markkinaohjaus vaatii herkkää mukautumista poliittiseen ohjaukseen ja yhteiskunnalliseen moniarvoisuuteen. (Möttönen 1997, 27, Väänänen 1971, 21, 32.)

Suunnittelu- ja johtamisjärjestelmän vakiintuessa on ryhdytty keskustelemaan, miten johdetaan toimintaa ja suunnittelua. Onko se henkilöiden kautta tapahtuvaa tulosjohtamista, leading-johtamista, vai asioiden kautta tapahtuvaa tulosjohtamista, managering-tulosjohtamista. Managerialististen ja leadership-valmiuksien käyttöönotto edellyttää määritietoista ja kriittistä soveltamistyötä, jotta julkisen johtamisen tarpeet tulevat otetuiksi huomioon. (Möttönen 1997, 49, Ahlstedt-Jahnukainen-Vartola 1983, 143–145, Stenvall 2000, 191–193, Temmes 1991, 201.)

.2 Sopimusohjaus ohjausvälineenä

Julkisessa hallinnossa sopimusohjausmenettely (kutsutaan myös nimellä tilaaja-tuottaja -malli) on julkisen sektorin (viraston) pilkkomista tilaajiin ja tuottajiin. Jako tilaajiin ja tuottajiin kuuluu osana pitkälle vietyihin tulosjohtamismalleihin. Palvelujen myyjät voivat olla julkisen sektorin osia tai yksityisiä tuottajia. Liikelaitos tai yritys voidaan pilkkoa samalla tavalla. Tässä mallissa julkisen sektorin ei tarvitse tuottaa itse palveluja, vaan se voi ostaa

ne ja toimia palvelujen valvojana. Vastuu palveluista on kuitenkin viranomaisilla. Se vastaa palveluiden tilaamisesta ja niiden laadusta, tuottaja palvelujen tuottamisesta. (Salminen-Niskanen 1996, 57.)

Julkisessa terveydenhuollossa sopimusohjaus on kahden sopijapuolen toimintatapa, jolla sopijapuolet yhteistoimin - sekä palvelujen tilaaja (kunta) että palvelujen tuottaja (kuntayhtymä) - määrittelevät toimintaa ja tavoitteita. Tilaaja-tuottaja-ajattelua voidaan pitää yhtenä NPM-ajattelun innovaatioista. Se liittyy julkisen sektorin uudistamiseen kytkeytyneiden tehokkuuden lisäämiseen, palvelujen tuottamiseen ja asiakkaan näkökulmaan. Se ei ole sellaisenaan tulosjohtamista, koska terveydenhuolto perustuu asiantuntemukseen ja tapauskohtaiseen palveluun, jota ei voida tuottaa aina samalla tavalla, eikä kysymyksessä sellaisenaan ole markkinaohjattu tavarantuottaja.

Leskisen (2001, 56) mukaan sopimusohjaus on nähty yhtenä keinona hallita terveyspalvelujen ostoa. Sopimusohjauksessa kunta ja erikoissairaanhoidon kuntayhtymä yhteistoimin vuosittain asiantuntijoiden avulla selvittävät kuntaprofiliiin perustuvan kuntalaisten erilaiset terveyden- ja sairaanhoidon tarpeet, hoito- ja palvelupaikat sekä yhteistyön sosiaalishallinnon ym. yhteistyökumppanien kanssa. Tarkastelu käsittää kunnan tarvitsemat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut ja tuotantomahdollisuudet sekä niistä aiheutuvat kustannukset. Tarkoituksena on antaa tilaajalle, kunnalle, mahdollisuus vaikuttaa tarvittavan terveydenhuollon palvelujen tuotantoon, määrään ja kustannustasoon, ennakoida menojen kehittymistä, tuloksellisuutta ja tehokkuutta. Sopimusohjausmenettely on käytössä mm. Pirkanmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiireissä (Sopimusohjaus ..., Yhteistyötä ...). Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin lähes vastaavanlaisen sopimukseen perustuvan menettelyn nimenä on terveystuunnittelu, joka sisältyy HUS-kuntayhtymän suunnittelu- ja ohjausjärjestelmään.

.3 Terveyspolitiikan ohjauksen kehittämisen vaiheet

Yhteiskunnallisen ajattelun ja mielipiteen kentässä tapahtuneen muutoksen seurauksena on hallinnon kehittämisessä ollut eri vaiheita ja ohjaustapoja. Ohjaus luo hallinnon ja toiminnan yleiset puitteet, joita voidaan soveltaa kulloisenkin muutostilanteen mukaan. Ohjauksen osuus ja vaikuttavuus tulee ilmi sairaanhoitopiirien muutoksissa. Hyvinvointivaltion kaudella hallintoa ja palvelutoimintoja kehitettiin voimakkaasti valtiovallan tiukassa ohjauksessa. Managerialistisella kaudella purettiin normistoa, korostettiin johtajuutta ja palvelujen tuloksellisuus asetettiin tavoitteeksi. Tämän jälkeen tahdottiin lisätä demokraattista ohjattavuutta ja antaa kansalaisille mahdollisuus vaikuttaa palvelujen tuotantoon vastaamaan alueen tarvetta. Syntyi ristiriitainen tilanne: haluttiin edistää kansanvaltaisuutta ja samanaikaisesti syventää managerialismia. Nämä samat vaiheet hallinnon ja palvelutuotannon kehittämisen osana ovat tapahtuneet myös julkisessa terveystuunnittelu- ja ohjausjärjestelmässä. Julkinen terveystuunnittelu on prosessi, jonka avulla ohjataan yhteiskunnan huostaan kuuluvaa terveydenhuoltoa, sen järjestämistä, laatua ja riittävyttä. Terveystuunnittelu- ja ohjausjärjestelmän muodostavat valtionhallinnossa sekä poliittiset päätöksentekijät, eduskunta ja valtioneuvosto, että keskushallinto, ministeriö ja lääninhallitus. Terveystuunnittelu- ja ohjausjärjestelmällä poliittis-hallinnollisilla ohjausmuodoilla pyritään saavuttamaan tavoiteltuja tuloksia. Sosiaalipoliittisten näkökohtien soveltaminen liittyy myös

terveyspolitiikkaan. (Paasivaara & Nikkilä 2003, 105–106, Pesonen 1980, 53–55, Stenvall 2000, 26–34), Vauhkonen 1978, 3).

Paasivaara & Nikkilä (2003) ovat kuvanneet vanhuspolitiikan heijastumista kunnalliseen toimintaan ja ryhmittäneet ohjauksen ajallisesti kolmeen vaiheeseen. Kun terveyspolitiikan ohjaustoimintaa tarkastellaan, on se hyvin läheistä vanhuspolitiikan mukaiselle ohjaustoitinnalle. Ajallisilta vaiheiltaan se voidaan jakaa kolmeen jaksoon: 1) yhdenmukaistavan normiohjauksen, 2) tavoiteohjauksen ja 3) informaatio- ja tieto-ohjauksen jaksoon.

Valtion kunnille kohdistaman terveyden- ja sairaanhoidon kehittämisen ohjauksen lähtökohtia löytyy jo 1800-luvun loppupuolella. Terveyspoliittinen ohjaus oli alkuaikoina laajuudeltaan varsin suppeaa ja kohdistui pääosiltaan avoterveydenhuoltoa hoitavien henkilöiden (esim. rokottajan, sairaanhoitajan, kättilön, lääkärin) palkkauskehotukseen halutun toiminnan saavuttamiseksi ja siihen liitetyllä tapauskohtaisella valtionavun myöntämisellä. Sairaaloimintaa ohjattiin myös yksittäisillä valtionapupäätöksillä. Näillä kannanotoilla valtiovalta ilmaisi kunnalliselle toiminnalle sen terveyspoliittisen tahtotilan, mihin toivottiin pyrittävän. Yleisenä terveyspoliittisena tavoitteena oli sairauden torjuminen ja hoitaminen sekä terveydentilan ylläpitäminen. (Vauhkonen 1978, 23–44, Paasivaara & Nikkilä 2003, 105–106, Pesonen 1980, 124, 264–267.)

Yhdenmukaistavan terveyspolitiikan kehittäminen oli aluksi verkkaista. Terveydenhoitolailla (1927/192) annettiin säädökset yleisestä terveydenhoidosta ja sen järjestämisestä ja kumottiin 1800-luvulta oleva terveydenhoitosääntö. 1940-luvulta lähtien ohjattiin kunnallista terveydenhuoltoa aikaisempaa enemmän äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan sekä yleistä terveyden- ja sairaanhoidon työtä kehittämällä ennakolta ehkäisevään työhön. Varsinaiseen sairaalalaitoksessa tehtävään terveydenhuoltotyöhön saatiin yhdenmukaistavaa ja eri alueitten tasa-arvoisuuteen pyrkivää toimintaa keskussairaalalailalla 1943 ja sen tarkistuksella 1948. Kuntien tehtäväksi siirtyneessä terveyden- ja sairaanhoidossa 1960-luvulta lähtien panostettiin sairaalaverkoston rakentamiseen. Sen seurauksena terveyden- ja sairaanhoito muodostui laitoskeskeiseksi. (Laki 1944/220, 1944/224, 1944/223, 1939/197, 1951/141, 1948/312, 49/1956, 392/1956, Vauhkonen 1978, 51, 57–59, 60–61, 78–81, Kuusi, 1961, 4–14, Pesonen 1980, 636–641, 687, Paasivaara & Nikkilä 2003, 109, Terveyttä kaikille 1986, 16.)

Vaikka terveydenhuoltopolitiikan toteuttaminen ja ohjaaminen tapahtui eri sairauksista ja hoitomuodoista annettujen säädöksen puitteissa normi- ja resurssiohjauksena, oli tavoitteena luoda tasa-arvoisia edellytyksiä palveluverkoston kehittämiseksi.

Terveyspolitiikan ohjauksen vaiheet

Valtion terveyspoliittisen ohjauksen vaiheet	Yhdenmukaistava normiohjaus (1940 -1972)	Tavoiteohjaus (1972 - 1993)	Informaatio- ja tieto-ohjaus (1993-)
Terveyspolitiikan erillisilmiot	<ul style="list-style-type: none"> – palveluverkosto kehittyi terveyden- ja sairaanhoito eri sairauksia ja hoitoja koskevien säädösten mukaisesti – sairaalakeskeinen palvelujärjestelmä 	<ul style="list-style-type: none"> – voimakas valtiollinen toiminnallinen, taloudellinen ja tavoitteellinen ohjaus – kansanterveystyö yhdentyy puitelaim mukaisesti 	<ul style="list-style-type: none"> – terveydenhuollon suunnittelu- ja järjestämistäsi vastuu siirtyi kunnille, valtiolla valvontavalta
Ohjauksen tavoite	<ul style="list-style-type: none"> – yleisten edellytysten luominen ja toiminnan vakiinnuttaminen ja kehittämisen aikaansaaminen – sairaanhoitopiiri-järjestelmä kehittyi – panostettiin sairaalalaitoksen rakentamiseen 	<ul style="list-style-type: none"> – alueellisen eriarvoisuuden vähentäminen – kansanterveyden kohottaminen – kehittää kansanterveystyö ja sairaalatoiminta yhtenäisesti toimivaksi terveydenhuolto-organisaatioksi 	<ul style="list-style-type: none"> – kunnallista päätös- ja ohjauksvallan lisääminen – palvelusten järjestämisessä mahdollisuus sopeuttaa ne alueellisen ja paikallisen tarpeen mukaisesti

Tavoiteohjauksessa valtio otti käyttöön voimakkaan terveystalouden ohjauksen uudistaessaan terveysalan perusrakenteita ja toimintapolitiikkaa. Yhdenvertaistavan ja monipuolistavan ohjauksen vedenjakajaksi muodostui Paasivaaran & Nikkilän (2003, 109) mukaan kansanterveyslaki (66/1972) sekä laki kuntien ja kuntainliittojen valtionosuuksista ja -avustuksista (35/1973) sekä kuntalaki (953/1976). Tähän luetteloon kuuluu myös lakiin kunnallisista yleissairaaloista tehty muutos (1972/550). Kunnat/kuntainliitot velvoitettiin tekemään terveyden- ja sairaanhoidon toteuttamissuunnitelma sopeutettuna vastaavaan valtakunnalliseen suunnitelmaan ja alistamaan se valtion viranomaiselle tarkastamista ja vahvistamista varten. Kansanterveystyön palveluverkosto kehittyi nopeasti. Suhteellisen yksityiskohtainen resurssi-, tavoite- ja suunnitteluohjaus (1982/677) ja sen valvonta kohosi keskeisimmäksi terveystalouden ohjausmuodoksi. Pitkjänteisenä suunnitteluna se kehitti toimintaan ennustettavuutta ja vakautta. (Paasivaara & Nikkilä 2003, 110.)

Informaatio- ja tieto-ohjaukseen siirryttiin taloudellisen laman tultua. Muutettiin valtionosuuslakia (1992/688) ja leikattiin kunnille maksettavaa valtionapua. Palvelujen järjestämisvastuu jäi kunnille. Samalla korostettiin kuntien velvollisuutta subjektiiviseen oikeuteen perustuvan palvelun järjestämisestä. Kun kiinnitettiin huomiota toiminnan tulokellisuuteen ja taloudellisuuteen ja alettiin etsiä palvelutoiminnalle uusia ratkaisuja. Kunnille tuli mahdollisuus sopeuttaa palvelujen järjestäminen paikallisiin oloihin ja tarpeisiin. Valtiovalta luopui voimakkaasta resurssi- ja tavoiteohjauksesta ja muutti sen informaatio-, tieto- ja arviointiohjaukseksi. Kunnille annettiin palvelujen suunnittelussa, järjestämisessä ja toteuttamisessa itsenäinen päätöksenteko, kunhan palvelujen laatu ja määrä ovat yleisesti hyväksyttävällä ja tasolla. Valtiovalta ei ilmaise valtionhallinnon ja poliittisten päättäjien tahtotilaa, vaan terveystalouden tavoite- ja toimintaohjelman, jonka tulkinta jää paikalliselle tasolle. Valtion ohjaustehtävä painottuu palvelujen arvioinnin suuntaan. (Paasivaara & Nikkilä 2003, 110.)

2 Hallinnon kehittämisen vaiheet suomalaisessa yhteiskunnassa

.1 Hyvinvointivaltion kausi

Toisen maailmansodan jälkeen, kun valtakunnan taloudellinen tila parani, vauraus lisääntyi, myös vaatimukset yhteiskunnallisten palvelusten saamisesta ja lisäämisestä kasvoivat. Alueelliset taloudelliset ja sosiaaliset erot olivat kasvaneet ja niiden tasoittaminen nousi yhteiskuntapolitiikan päämääräksi. Keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin alueellisten ja väestöryhmien tasa-arvon edistäminen. Vastuu kansalaisten hyvinvoinnista ja sosiaalisesta turvallisuudesta tuli merkittäväksi. Tätä kehitystä, jonka voidaan sanoa alkaneen 1950-luvun lopulla, on kutsuttu *hyvinvointivaltion kaudeksi*. Hyvinvointivaltio on voimakkaasti valtiokeskeinen ja kehitystä ohjaava. Tavoitteisiin kuului yleisesti edistää taloudellista kasvua ja samanaikaisesti tuottaa lisää hyvinvointipalveluja, joiden painoalueina olivat sosiaali- ja terveydenhuolto sekä opetus- ja kulttuurisektorit. Hyvinvointivaltiolla ja sen toimintaperiaatteilla oli talouden myönteistä kehitystä vahvistavia vaikutuksia.

Hallinnon ohjauksessa itsenäisyyden alusta aina 1900-luvun puoliväliin asti oli koros-

tunut normatiivinen ohjaus; julkinen hallinto oli pitkälti lainsäädännön suoraa toimeenpanoa ja vallitsevin periaate oli hallinnon lainalaisuus. Hyvinvointivaltion kaudella julkinen hallinto laajeni voimakkaasti, toiminnan keskeiseksi periaatteen muodostui sen tehokas organisoiminen. Poliittiset päättäjät (eduskunta, hallitus) asettivat eritasoisia normeja yhteiskunnan ja sen osien kehittämiseksi ja keskusjohto (ministeriöt, keskushallitukset) määrittivät strategiat normien toteuttamiseksi. Erilaiset ohjausmuodot alkoivat yleistyä samalla, kun hallinto politisoitui. Hallintoa ohjattiin erityisesti hierarkkisella rakenteella ja resurssiohjauksella, joka tarkoitti toimintojen yksityiskohtaista budjetointia ja suunnittelua ja poliittista ohjausta. Hyvinvointivaltion olemukseen on sisällynyt vahva usko keskushallinnon voimaan hallinnon ohjaajana, koordinoijana ja uudistusten alkupisteenä. Tasa-arvoisuuspyrkimys edellytti vahvaa keskushallintoa, toimintojen keskitettyä ohjausta ja säätelyä. Kehittämällä asiantuntemusta keskushallinnossa ja parantamalla sen käytön edellytyksiä uskottiin voitavan edistää yleistä yhteiskunnallista hyvinvointia. (Niemivuo 1979, 1-4, Salmela 1988, 1-3, Stenvall 2000, 26–28, 152–154, Vartola 1985, 14–15.)

Poliittiseen kielenkäyttöön nousi keskustelu suunnitelmallisesta politiikan tekemisestä. Lähtökohtana oli edistää poliittisen päätöksenteon edellytyksiä yhteiskuntaan kohdistuvassa vallankäytössä. Suunnittelu ja selvitys nähtiin keinoksi saada selvityksiä kansalaisten käsityksistä hyvinvoinnista ja sen arvoista sekä mahdollisuuteen yhteiskuntaolojen muuttamiseen tähtäävästä yksityiskohtaisesta selvittelystä. Suunnittelijoiden ja tutkijoiden tuli valmistella poliittisille päätöksentekijöille eri vaihtoehtoja sisältäviä ratkaisuja. Suunnitelmallisuus ja suunnitelmien tekeminen nousi 1960-luvulla valtionhallinnossa toiminnan keskeiseksi välineeksi. Suunnittelun avulla hallintoon katsottiin voitavan tuoda tieteellinen lähestymistapa, joka toisi yhteiskunnallisten muutosten hallintaan rationaalisen analyysin ja erilaisia tieteellisiä ongelmaratkaisumenetelmiä. Vuosina 1967–1975 hallinnon toiminnalle luonteenomaisia piirteitä olivat suunnittelutietoisuuden lisääntyminen, atk:n käyttöönotto ja ensimmäiset yritykset kehittää julkista hallintoa liikkeenjohdon periaatteiden mukaan. Se muodosti vastakohdan menneisyydestä ja säädöksistä ohjautuvalle byrokraattiselle hallintotavalle. Suunnittelun lähtökohtana olivat tulevaisuus, tekninen kehitys, suunnitelmallisen kansantalouden kehittämisen asettamat vaatimukset, tulosten ja suoritteiden aikaansaaminen sekä tehokkuus. Suunnittelutarve korostui erityisesti eri toimintojen koordinoimisessa, jossa hallinnon eriytymisen myötä oli alettu kohdata yhä suurempia ongelmia. Suunnittelulla ajateltiin myös voitavan yhdistää hallinnossa eri organisaatioissa ja eri puolilla maata tehtäviä päätöksiä. Käsityksellä julkisen vallan normeilla yhteiskunnan taloudellisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäjänä oli laaja tuki keskusteltaessa yhteiskuntapoliittisen kehityksen tavoitteista ja suuntaviivoista. Keskitetyn hallinnon kehittämisen mahdollisuudet nähtiin liian optimisesti. (Stenvall 2000, 156–159, 202–204, Temmes 1994 a, 32, 34, 46.)

Heiskasen (1977, 46) mukaan suunnitteluideologian leviämisen ja vakiintumisen taustalla Suomen julkisella sektorilla vaikuttivat seuraavat seikat:

- 1) Taloudellisen kasvun ideologia
- 2) Julkisen sektorin hyvinvointitehtävien laajentamisen kehittämisen filosofia
- 3) Tasaisen alueellisen sosiaalisen ja taloudellisen (aluepolitiikan) ideologia ja
- 4) Edustuksellisen ja osallistuvan demokratian kehittämisen ideologia.

Suunnittelun ansiosta otaksuttiin voitavan tietoisesti valita, mitä asioita organisaatiot tekivät ja mikä oli niiden tulevaisuuden suunta. Suunnitteluprosessissa kerätyn tiedon informaation tuli mahdollistaa valintojen tekeminen. Ohjausvälineenä olivat suunnitelmat siitä, mitä halutaan tehdä ja kuinka tullaan toimimaan, muodostivat eräänlaisen hierarki-

an. Ylempiasteiset suunnitelmat ohjasivat alempiasteisten suunnitelmien valmistelua. Näin mahdollistui julkisen hallinnon keskitetty keskusjohtoinen ohjaus. (Stenvall 2000, 204, Haveri 1997, 10.)

Suunnittelu ja suunnittelujärjestelmät joutuivat voimakkaan kritiikin kohteeksi 1980-luvun lopussa. Kehityksen suunnaksi muotoutui suunnittelun keventäminen. Suunnitteluajattelusta alettiin luopua. Arvostelun mukaan suunnittelun tuottama pätevyys ei vastannut siihen kohdistuvia odotuksia. Keskeisenä käännekohtana olivat 1970-luvulla ollut öljykriisi ja siihen liitetty talouslama. Toisaalta suunnittelu jäykisti toimintaa ja hidasti muuttumista. Suunnittelu ei ollut muodostunut erikoisalojen pätevyyttä hyödyntäväksi luovaksi toiminnaksi. (Stenvall 2000, 204–205, Temmes 1994 a, 44.)

Hyvinvointivaltiossa kehittyi palveluita hallinnoimaan monimutkainen ja sektoroitunut hallintokoneisto, joka ulottuu keskushallinnosta paikallishallintoon saakka. Hallinnon muutos on ollut hyvinvointijärjestelmissä jatkuvaa aina 1990-luvulle saakka. Tälle muutokselle on ollut tyypillistä kasvuluonteisuus:

- henkilöressurssien jatkuva kasvu,
- hyvinvointitehtävien kasvu valtion budjetissa sekä koko kansantaloudessa,
- hyvinvointipalveluiden määrän ja valikoiman kasvu sekä palveluita tuottavien organisaatioiden määrällinen kasvu ja niiden rakenteellinen (frakmentoituminen) ja ammatillinen eriytyminen (spesialisoituminen). (Salminen 1995, 44–45, Haveri 1997, 11–12.)

1980-luvun lopulta hyvinvointivaltiollinen kehitys vaihtui managerialistiseen kauteen. Hyvinvointivaltiollinen kehitys saavutti huippunsa ja julkisen vallan rooli lähti supistumaan. Tähän ovat vaikuttaneet sekä poliittiset ja taloudelliset että kansainvälistymiseen liittyvät tekijät. Eniten nopeaan muutokseen vaikutti julkisen talouden rahakriisi 1990-luvulla, joka ei enää antanut tilaa julkisen sektorin kasvulle. Taloudellisen laman seurauksena tulot pankkikriisi ja sen rahoittaminen sekä sosiaalimenojen kasvu toivat julkiseen talouteen todellisen ahdingon, jonka myötä hyvinvointipalveluja alettiin karsia ja hallintoa keventää sekä valtio- että kuntaorganisaatioissa. Hyvinvoinnin johtamista alettiin uudistaa ja korostettiin hallinnon kansalaisia palvelevaa luonnetta. Uudistuksen kohteina olivat mm. tulohyväksyntä (hyväksyttiin käyttöön informaatio-ohjaus), henkilöstöpolitiikka, markkinatyypiset mekanismit, sääntely sekä julkisten palvelujen parantaminen. Kansainvälistymisprosessin kautta mukautettiin hallintoa kansainvälisiin pelisääntöihin. Markkinataloudelliset hallintouudistukset, kuten yksityistäminen, ostopalvelut, tulosityksiköittäminen ja erilaiset liikelaitos- ja yhtiömallit ovat käytössä useissa Euroopan maissa. Uudistuksissa nähtiin kuitenkin uhkia, jotka liittyivät yhteiskuntien demokraattiseen päätöksentekoon, kansalaisten tasatarvoon ja julkisen toiminnan etiikkaan. (Haveri 1997, 11–12, 16, Salminen 2001, 49–50, Temmes 1994 a, 48, Temmes 1994 c, 285–288.)

.2 Managerialistinen kausi

Hyvinvointivaltion kritiikki ohjelmastui ns. markkinaohjautuvaisuus-ajattelussa. Konkreettinen muutos kohti markkinaohjattavuutta (managerialismia) alkoi Suomen julkisessa hallinnossa 1980-luvulla. Salminen ja Niskanen antavat kirjassaan ”Markkinoiden ehdoilla” markkinaohjautuvuudelle seuraavanlaisen (työ)määritelmän:

”Markkinaohjautuvuudessa julkinen sektori jättäytyy toteuttamaan markkinoiden vaih-

televia tarpeita tulosjohtamisen ja muiden markkinaperustaustaisten toimintamuotojen avulla. Kyseessä on muutosprosessi, jossa markkinaohjautuvuudesta eräällä tavalla muodostuu vaihtoehto tietoiselle poliittiselle ohjaukselle.” (Salminen-Niskanen 1996, 15).

1980-luvun lopulla syntyi pyrkimys julkisen päätösvallan hajauttamiseen ja sen kautta markkinaohjautuvaisuuteen eli *managerialistiseen kauteen*. Haluttiin joustavoittaa hallintorakennetta, vähentää hallintotasoa ja uudistaa hallintovalvontaa sekä lupajärjestelmää yksinkertaistaa. Valtiolta edellytettiin aktiivisuutta ja tehokkuutta toiminnassa, joka ylittää kansalliset rajat. Keskushallinnon toiminnassa vaikuttivat yhä enemmän kansainvälisen ja kansallisen tason asiat ja niiden yhteensovittaminen. Tämä merkitsi, organisaatorakenteiden ja niiden työnjaon kehittämistä sekä julkisessa hallinnossa normien ja yksityiskohtaisesti toimintaa määrittelevien ohjeiden väljentämistä ja purkamista. Organisaatioiden keskeisten hallinnollisten säännöksiä vähentämällä ja organisaatioiden yhteistyöllä haluttiin saada käytettävissä olevilla resursseilla enemmän aikaa. Hallinnon organisaatioiden osalta se merkitsi asiakaskesteiden toimintatapojen käyttöönottoa sekä toimivallan ja vastuun hajauttamista ylemmiltä hallintotasoilta alemmille, eli päätösvaltaa on siirrettävä mahdollisimman lähelle päätöksenteon kohteita. Tiedonkulun lisäämistä eri toimijoiden kesken ja nykyaikaisen tietotuotannon kehittämistä palvelujen tuotannon toiminnan mittaamisessa ja valvonnassa pidettiin tärkeänä. Palvelujen järjestämisen tehostamiseksi ja joustavoittamiseksi hyväksyttiin toimintamuodoksi markkinaperuste. Sen mukaisesti hallinnolla itsellään ei tarvitse olla kaikkea tietoa ja taitoa palvelujen tuottamisessa, vaan on mahdollista ostaa niitä ulkopuolisilta. Ajatuksena oli luoda edellytyksiä kansalaisyhteiskunnan kasvuun ja vähentää virkamiehistön ohjaavaa vallankäyttöä. (Oulasvirta ym. 2000, 16–19, Stenvall 2000, 209–211, Salminen 2001, 167–181, Haveri 1977, 20–21, Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpiteistä ... 1993, Laadukkaat palvelut ... 1998.)

Uuden yhteiskunnallisen roolin mukaisesti valtiolta takaa edelleen yhteiskunnallista hyvinvointia, mutta asioiden tärkeysjärjestystä muuttamalla harkitaan niiden vähentämistä vähemmän tärkeillä aloilla painottaen samalla kuitenkin yhteiskunnallisesti tärkeitä aloja, kuten terveydenhoitoa ja koulutusta. Valtioneuvosto määritteli valtion yhteiskunnallista valtakäyttöä koskevan linjauksensa vuonna 1998 seuraavalla tavalla:

”Valtioyhteisö huolehtii sellaisista tehtävistä, jotka ovat välttämättömiä kansalaisten tasavertaisuuden, turvallisuuden, hyvinvoinnin sekä talouselämän ja yhteiskunnan toimintaedellytysten kannalta. Valtioyhteisö vastaa siitä, että kansalaisille tärkeät palvelut ovat saatavilla kaikkialla maassa ja muut välttämättömät tehtävät tulevat tehokkaasti hoidetuiksi.” (Laadukkaat palvelut...1998).

Kun julkisen sektorin ei ole välttämättömyyttä tuottaa itse kaikkea palvelua, on sen kuitenkin huolehdittava palvelujen saatavuudesta ja laadusta. Managerialismin kaudella yhteiskunnallisen kehityksen edistäminen vaatii muutoksia. Hallinnon kehittämisessä tämä merkitsi etenkin tulosohjauksen, strategisen johtamisen ja arvioinnin käyttöönottoa. Tavoiteltavaksi ohjausmuodoksi tuli tulosohjaus ja tulosjohtamista alettiin soveltaa yhä useammassa virastoissa ja laitoksissa. Taustalla on käsitys hajautetuista valtasuhteista. Hajautettujen valtasuhteiden mukaisesti organisaatiot voivat vaikuttaa jossakin määrin itse omaan toimintaansa, kun liikkumavaraa on tietoisesti laajennettu säädöksiä väljentämällä. Muutoksen pätevyyden normi samastuu erityisesti joustavampien organisaatorakenteiden ja tehokkaampien toimintaprosessien aikaansaamiseen. Työnjakoon perustuvan eettisen periaatteen mukaan virkamiehistö on pätevyytensä perusteella poliittiseen päätöksentekoon vaikuttava toimija, joka edustaa toimialansa näkökulmaa. Päätäjien ja toimijoiden keskinäinen vuorovaikutus

on välttämätöntä monimutkaisissa ympäristöissä toimiessa korostettaessa hallituksen keskeytyttä poliittisena päätöksentekijänä. (Stenvall 2000, 212-215, Temmes 1994 a, 60-66, Laadukkaat palvelut... 1998.)

Pyrkimyksiä on lisätä julkisen sektorin joustavuutta, tehokkuutta ja tuottavuutta. Uuden julkisen johtamisen (New Public Managementin) soveltamista alettiin pitää tärkeänä keinona vastata supistuneen julkisen talouden ja taloudellisen laman aiheuttamiin ongelmiin. Samalla, kun on haluttu muuttaa julkisen hallinnon palvelujen tuottamismenetelmää ja käytäntöä, on haluttu lisätä kuntalaisten valintamahdollisuuksia palvelujen käyttämisessä. Huomiota on kiinnitetty siihen, että vahvalla johtamisella saataisiin julkiseen talouteen enemmän tehokkuutta taloudellisemmin. Julkisessa intressissä markkinaohjaus vaatii herkkää mukautumista poliittiseen ohjaukseen ja yhteiskunnalliseen moniarvoisuuteen. (Lähdesmäki 2000, 31, Salminen 1996, 27, Temmes 1994 c, 297-302, Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpiteistä... 1993, Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992:17.)

Managerialistinen kausi on korostanut julkisen sektorin pienentämistä, yksityistämistä ja kansalaisen valinnanmahdollisuuksia palvelujen käyttäjänä. On haluttu nähdä, että kuntalaisille tulisi antaa enemmän valinnanvapautta, nähdä heidät kuluttajina, jotka valinnoissaan pyrkivät hyödyn maksimointiin.

Managerialismin kauden hallinnon kehittämisen strategioissa keskeiseksi ongelmaksi nousi poliittisen vallan käyttö ja johtajuus hallinnossa. Tulosoajasta kehitettäessä tavoitteena on, että siinä yhdistyvät samaan aikaan poliittisen päätöksenteon poliittiset linjaukset sekä hallinnon toimeenpanon tieto palvelutilanteesta ja siellä kertynyt asiantuntemus. Kun palvelujen kysyntä ylittää voimavaroilla tarjottavan palvelujen määrän, on ryhdyttävä etsimään joko hallinnollisia tai taloudellisia ratkaisuja osto- tai tuotantotoiminnan sovittamisesta keskenään. Keskeiseksi tässä ongelmatilanteesta muodostuu se, miten voidaan aikaisemmasta toiminnasta ja sen tuloksista vetää selkeää arviointia toiminnan arvon ja tavoiteltavan hyödyn ottaen huomioon muuttuneet olosuhteet ja toimintarakenteet. Tulosoajuksen tavoitteen on mahdollistaa poliittiselle päättäjälle suunnitelmien ja yhteiskunnallisten analyysien perusteella budjetointiin liittyvä arvokeskustelu, priorisointi, jotta poliittisessa päätöksenteossa voitaisiin keskittyä suurempiin kokonaisuuksiin. (Stenvall 2000, 216-217, Laadukkaat palvelut ... 1998, Brommels ja Korhonen 1991, Laukkanen 1995.)

.3 Ristiriitaiset suunnat: kansanvaltaisuuden edistäminen ja managerialismin syventäminen

Valtiovallan vähennettyä sääntöohjausta 1990-luvulla saivat kunnat ja kuntayhtymät aikaisempaa enemmän toimintavapautta. Samalla se kuitenkin tasapainottaessaan valtiontaloutta tiukensi kuntien makrotaloudellista ohjausta. Kansalaisten lisääntyvien vaatimusten ja heikentyvien taloudellisten resurssien tila johti kunnallisten hyvinvointipalveluiden turvaamisessa ristiriitaiseen tilanteeseen. Palveluiden erilaisuus lisääntyi, mitä ei voitu pitää hyväksyttävänä. Suomalaisen julkishallinnon uudistamisessa ja yksityisen liikkeenjohdon menetelmien ja johtamisen käyttöönotto on herättänyt ristiriitaisia mielipiteitä ja jopa tunteita. Lähdesmäki (2000, 35) epäilee NPM:n (New Public Management) yksioikoista soveltamista paikallishallintoon ja näkee kunnilla olevan monenlaisia rooleja demokratian

toteuttajina, palvelujen tuottajina ja viranomaisvallan käyttäjinä. Hän pitää uusien toimintamallien kehittämistä mahdollisena, mutta ei näe mitään kaikenkattavaa suositusta siitä, miten sitä tulisi soveltaa erilaisiin paikallisiin julkisiin hallintoihin.

Julkisten palveluiden saatavuuden ohella otettiin painopisteeksi asiakasläheisyys ja valinnanvapaus. Hyvinvointiyhteiskunnan peruspalveluiden turvaamiseksi tasapuolisesti maan eri alueilla toimintaperiaatteeksi *Hallinnon kansanvaltaisuuden vahvistaminen* otettiin tavoitteeksi lisäämällä poliittista ohjausta paikallisella tasolla kunnallisen demokratian kautta ja valtiollisella tasolla eduskunnan ja valtioneuvoston asemaa vahvistamalla. (Haveri 1997, 20-21, Laadukkaat palvelut ... 1998.)

Haverin (2000, 17, 26-27) toteaa julkishallinnon modernisaatiossa korostettavan mm. sen roolin muuttamista niukentuvissa oloissa toimiessa autonomisia tulosityksiköitä ja kansalaisten ja johtajien vaikutusvallan lisäämistä, mutta näkee tehokkuuden määrittelyn olevan vaikeaa julkisten palvelujen poliittisten ja sosiaalisten tarkoituserien vuoksi. Julkishallinto edellyttää suhteiden hallintaa verkostoissa, joissa on erilaisia toimijoita valtion ja yhteiskunnan välissä ja sisällä.

Kun julkisia palveluja tarjotaan kaikille tasapuolisesti, ovat ne saattaneet osoittaa yksityisten tarjoamia palveluja kalliimmiksi, vaikkakaan palvelujen tasoa ei ole verrattu toisiinsa. Palvelujärjestelmä uudelleenarviointia voidaan perustellusti pohtia toiminnallisten argumenttien perustalta. Tehottomuuden karsiminen ja yhteistyökohteiden etsiminen ovat auttamassa voimavarojen oikeaan kohdentamiseen. Samalla niiden mukana on mahdollista korjata virheellisiä rakenteita ja yhteistoimintaa rajoittavia kulttuurillisia mielipiteitä ja käsityksiä. Yksityisten palvelujärjestelmien mukainen toiminta voi tuoda sirpaleisuutta yhteistoimintaan ja haitata kokonaisvaltaista palvelutuotantoa. Toisaalta yksityiset palvelutuottajat voivat lisätä julkisen palvelun tuottavuutta ja tehokkuutta, kun on selkeä, tasoltaan ja laadultaan samanarvoinen vertailukohta. Mutta niin kauan kuin kunnilla on toiminnallinen ja taloudellinen vastuu palveluiden järjestämisestä kuntalaisille, on myös hyväksyttävä se, että ne tekevät päätöksensä poliittisesti johdettuina organisaatioina paikallisia mielipiteitä heijastaen valinnan mahdollisuuksia ja joustavuutta käyttäen. (Ryynänen 1996, 101-102, Stewart 1983, 14-15, Perttula 1995.)

Hallinnon kehittämisen uusimmasta vaiheesta ei ole vielä selvää näkemystä. Näkyvissä on useita keskenään ristiriitaisia pyrkimyksiä. Hallintoa kehitettäessä pyritään syventämään managerialismia, mutta samanaikaisesti painotetaan hallinnon kansanvaltaisuutta. Kuntien itsehallintoa vahvistetaan ja lisätään niiden taloudellista päätösvaltaa ja vastuuta palvelujen jatkuvassa kehittämisessä. Tavoitteena oli lisätä kunnallista päätäntävaltaa, tehostaa hallinnon toimivuutta ja ohjattavuutta sekä parantaa palvelukykyä ja tuottavuutta. Tässä kehitystyössä otetaan huomioon yhteiskuntarakenteen muutokset, tietoyhteiskunnan synty, tehtävien muutokset ja hyvinvointiyhteiskunnan synty. Palveluja kehitettäessä otetaan huomioon asiakkaiden tarpeet ja siirretään päätösvaltaa sille tasolle, missä palvelut tuotetaan. Kuntalaisten laaja osallistuminen päätöksentekoon lisää kansalaisten luottamusta palveluja kohtaan. Sen voidaan katsoa merkitsevän paikallisella organisaatiotasolla mahdollisuuksia järjestää toiminta käytännöllisellä ja tehokkaalla tavalla. Tämä suo mahdollisuuden kehittää tehtäviä ja niiden toteuttamista sekä lisää vastuuta toimintojen toteuttamisesta. Toimintoja tuottavan palvelurakenteen tehokkuutta ja tuottavuutta on arvioitava paikallisten ongelmien, asutuksen rakenteen ja väestön koostumuksen pohjalta ja pyrkiä sopeuttamaan palveluorganisaatio sellaiseksi, että se parhaiten vastaa alueen vaatimuksia. (Laadukkaat palvelut ... 1998, Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992:17, Ryynänen 1996.)

Mikäli kahden hallinnollisen suunnan - managerialistisen ja demokraattisen - käytännön sopeuttamisessa ei löydetä yhteisesti hyväksyttävää toteuttamistapaa, syntyy niiden kesken ristiriitatilanne. Demokraattisessa hallintotavassa edellytetään kansalaisten osallistuvan poliittisin päätöksin toimintaohjelman kehittämiseen ja täytäntöönpanon sekä toiminnan valvontaan. Managerialistisessa hallintotavassa tavoitteena on hallinnon supistaminen, ammatillinen johtaminen ja tulossuuntautuneisuus sekä sääntelyn purkaminen. Hallinnon kehittämisessä on etsittävä uusia joustavia organisointitapoja, jotka edistävät organisaation riittävää tiedon välittymistä, vuorovaikutusta, keskinäistä yhteistyötä ja organisaation itseohjautuneisuutta ympäristön vaatimuksiin ja muutoksiin sopeutumisessa. Demokraattisen osuuden korostaminen tavoitteellisen ohjelman laatimiseen osallistumisessa ja sen toteuttamispuitteiden hyväksymisessä antaa organisaatiolle toimintavapautta ja suo mahdollisuuden innovaatiisuuteen. (Stenvall 2000, 25-32, Haveri 1995, 31-37.)

3 Tutkimusaineisto ja tutkimuksen rakenne

Tutkimuksen lähdeaineistona ovat tutkimuskirjallisuuden lisäksi taloudelliset ja toiminnalliset selvitykset ja tilastot sekä lehtikirjoitukset ja haastattelut.

Terveysthuollon hallintoteoreettisessa osassa käytetään tutkimuskirjallisuutta, joka käsittelee organisaatioita, niiden rakennetta ja ohjattavuutta sekä hallinnon olemusta yhteiskunnallisena toimintana. Näitä asioita ovat tutkineet mm. Salminen 2001, Sinkkonen-Nikkilä 1988, Ahlsted-Jahnukainen-Vartola 1983, Ryytänen 1996, Simon 1965. Hallintoon kohdistuvien julkishallinnon erilaisten ohjausmuotojen rakennetta ja toimintaa, joiden avulla koetetaan suunnata organisaation työtä haluttuun suuntaan ja kohteeseen, ovat käsitelleet mm. Haveri 1995, 1997 ja Leskinen 2001. Hallinnon kehittämisen vaiheita ja niiden jakaantumista hyvinvointivaltion ja managerialistiseen kauden ja ristiriitaiseen kauden: kansanvaltaisuuden edistämistä ja managerialismin syventämistä koskevassa aineistossa on käyty mm. Haverin 1997 Stenvallin 2000 ja Temmeksen 1994 aihekirjoja sekä terveyspolitiikan ohjauksen vaiheita koskevassa osassa Paasivaara & Nikkilän 2003 kirjoitusta.

Suomen terveyspolitiikan kehittämisen pääpiirteitä käsittelevän luvun rakentamisessa Pesosen kirja *”Terveysthuollon puolesta sairautta vastaan”* (1980) antaa perusteellisen ja historiallisesti pitkän ajan kuvauksen terveydenhuollon hallinnon ja toimintaympäristön muutoksista. Kirja kertoo suomalaisen terveydenhuollon kehittymistä hallintomuotoineen ja niistä ehdotuksista, lausunnoista, tarkastuskertomuksista ja mietinnöistä, jotka ovat vaikuttaneet terveydenhuollossa sen toiminnassa ja sen hallinnossa tapahtuneisiin muutoksiin. Pesonen projisoi myös terveydenhuollon toiminnassa vaikuttaneiden henkilöiden käsityksiä hallinnon ohjauksesta ja sen merkityksestä sekä heidän asennoitumisesta terveydenhuollon kehittämiseen ja sen suuntaukseen.

Jutikkala & al. 1984 kuvaa julkisen hallinnon ja sen toiminnan muutokset kaupunkilaitoksen historiassa yhteiskunnalliseen taustaan sijoitettuna aihealioittain ajallisessa järjestyksessä. Heiniö teoksessaan *”Kuumelasaretti eli kunnan julkinen kunnallissairaala kolerasairaala”* (1968) ja Soininen *”Helsingin sairaalaloista ennen kunnallisen sairaalalaitoksen syntyä”* (1968) käsittelevät kirjoituksissaan omilta osiltaan Helsingin sairaalalaitoksen rakentamista ja kehittämistä ja sen vaikutusta koko Uudenmaan sairaalalaitoksen kehittä-

miseen. Vauhkonen antaa teoksessaan ”*Yleiskatsaus lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin ja nykytilaan*” (1978) yleiskatsauksen Suomen lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin ja muutoksiin.

Sinkkonen ja Nikkilä (1988) kuvaavat terveydenhuollon hallintoa ja rakennetta, sen keskinäisiä ja sisäisiä suhteita ja toimintaa sekä terveydenhuollossa käytettyä ohjausvoimaa ja suunnittelua. Niemivuo (1979) on tutkinut julkishallinnon ohjausvoimaa ja sen toteuttamista aluehallinnon ja aluepolitiikan välineenä. Terveydenhuollon voimavaraohjauksen toteutusta ja siihen liittyviä ongelmia on selvittänyt Salmela väitöstutkimuksessaan vuonna 1988.

Viimeaikaisia terveydenhuollon hallinnollisia ja sisällöllisiä muutoksia käsittelevissä väitöstutkimuksissa Mielonen ”*Psykiatrinen hoito: mistä ja mihin suuntaan*” (2000) on tutkinut Pohjois-Pohjanmaan alueellisen psykiatrisen erikoissairaanhoidon integroitumista osaksi sairaanhoitopiirin toimintaa. Leskinen (2001) on selvittänyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelupolitiikan toimeenpanoa ja arviointi sen muuttuvassa toimintaympäristössä.

Tässä osassa käytetyn lähdeaineiston tietoja on hyödynnetty myös tutkimuksen empiirisessä osassa.

Tutkimus jakaantuu teoreettiseen ja empiiriseen osaan.

Tutkimuksen empiirisen evidenssin hankinnassa hyödynnetään alkuperäisasiakirjoja, pöytäkirjoja, suunnitelmia, tilastoja, poliittisen päätöksen ja hallinnon kehittäjien tekemiä ehdotuksia. Lisäksi tutkimusaineistona käytetään lakeja, komiteanmietintöjä, sairaanhoidon järjestämistä ohjaavia valtakunnallisia suunnitelmia, keskussairaalan ja sairaanhoitopiirien toimintakertomuksia ja -suunnitelmia, sairaanhoitopiirien perussopimuksia sekä keskussairaalan ja sairaanhoitopiirien välisiä sopimuksia. Oman osuutensa muodostavat sairaanhoitopiirien kehittämisessä ja uudistamisessa syntyneet työryhmien mietinnöt ja saadut lausunnot sekä julkisuudessa olleet kirjoitukset. Tarkastelussa ovat mukana myös Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa tehdyt potilaiden ja henkilökunnan kysymyshaastattelut, joissa oli tutkittu potilastyytyväisyyttä, sairaalan toiminnallista joustoa ja muutostarvetta.

Lisäksi käytetään empiirisen osan lähteinä sanomalehdissä olleita kirjoituksia, henkilöiden lausuntoja ja mielipideilmaisuja. Nämä antavat asiallista taustaa hallinnon kehittämiseen ja toiminnan järjestämiseen vaikuttaneista tekijöistä, kunnallisten toimijoiden ja viranomaisten pyrkimyksistä sekä kuntien ristiriitaisista tavoitteista.

Kirjallisesta materiaalista saadun tietopohjan täydentämiseksi tein 47 haastattelua vuonna 2001, jolloin haastattelin tutkimusajanjaksoilla uusmaalaisessa terveydenhuollossa vaikuttaneita henkilöitä. Haastateltavina oli kuntainliittojen/kuntayhtymien hallitusten puheenjohtajia ja jäseniä, kaupunginjohtajia, Hyksin sairaalanjohtaja, sairaanhoitopiirien johtajia ja sairaaloiden (ylilääkäri-) johtajia sekä (johtavia) ylihoitajia ja hallintojohtajia, sosiaali- ja terveystoimenjohtaja, terveyskeskusten ylilääkäreitä, erikoissairaanhoidon ja alueellisen sairaanhoidon suunnittelijoita ja erikoissuunnittelijoita, erikoissairaanhoidon selvityshenkilöitä, lääninlääkäri ja sosiaalineuvos sekä Suomen kuntaliiton terveydenhuollon asiantuntijoita. Heillä on tietoa ja kokemusta kunnallishallinnosta Uudenmaan ja koko valtakunnankin terveydenhuollon ja sen hallinnon järjestelyistä. Haastattelupyyntöä varten lähetin kirjeen, jossa selostin pääpiirteissään kunkin tutkimusjakson tapahtumia. Kysymyksiä ei ollut ennakolta esitetty. Kukin haastateltava kertoi omia havaintojaan ja käsityksiään sekä mielipiteitään hallinnon päätöksistä, organisaation ja toiminnan kehityksestä ja tehdyistä järjestelyistä sekä niihin johtaneista syistä. Haastateltavien aktiiviset toiminta-ajat kattoivat koko tutkimusjakson, joten kultakin ajanjaksolta sain runsaasti valaisevaa tietoa.

Haastattelun aikana tein vain tarkentavia kysymyksiä. Haastattelunauhoitukset kestivät puolesta tunnista yli kahteen tuntiin. Kustakin nauhoituksesta kirjoitin tiivistelmän. Haastattelunauhat ja tiivistelmät on tallennettu Vantaan kaupunginarkistoon. Haastatteluista, jotka sisällöllisesti olivat toisiaan tukevia, saaduilla tiedoilla ja haastateltujen käsitysten ja kokemuspohjaisten arviointien perusteella täydensin asiakirjoista saatuja tietoja ja muutoksiin johtaneiden argumentointien perusteluja.

Tutkijan oma osuus. Terveystieteiden hallinnon, ohjauksen ja kehittämisen kokemusta ja tunteista olen saanut virkatehtävissäni 25 vuoden ja luottamustoimissani muutaman vuoden pitempänä aikana. Olen peruskoulutukseltani sosionomi ja yhteiskuntatieteiden maisteri. Aloittaessani virkaurani Vantaan (Helsingin mlk.) apulaiskunnansihteerinä ”rooteliini” kuuluivat sosiaali- ja terveydenhuollon asiat. Kunnansihteerin tehtävien lisäksi toimin sairaalatoimikunnan (sairaalan suunnittelu) sihteerinä. Siirryttyäni kaupungin taloussuunnittelijaksi tehtäviini kuului edelleenkin osallistuminen sairaala- ja terveydenhuollon kehittämistä ja suunnittelua käsittelevien toimikuntien ja työryhmien työskentelyyn. Vantaan terveystoimen johtajana toimin 15 vuoden ajan. Tänä aikana täydensin opintojani ja laajensin tietomäärääni suorittamalla Master of public health -tutkinnon ja hallintotieteiden lisensiaatin tutkinnon.

Terveystieteiden luottamustoimissani olen ollut vuosien ajan mm. keskussairaalan, Hyks, liittohallituksen jäsen, alueellisen sairaanhoidon suunnittelun yhteistoiminta-elin ja sen työjohtaja, Peijaksen, Kiljavan ja Paloniemen (psykiatrisen) sairaaloiden liittohallituksen jäsen ja Kiljavan liittohallituksen puheenjohtaja sekä Uudenmaan mielisairaalan sairaanhoitopiirin sairaansijatarvetta ja hoidon kehittämistä tutkivien työryhmien jäsen.

Tutkimuksen empiirinen osa noudattelee kehitysvaiheiden mukaista järjestystä.

Hyvinvointivaltion kausi. esitetään tutkimuskohteena olevan Helsingin yliopistollinen keskussairaalaapiirin (Hyksin) perustaminen, toimintatausta ja siinä tapahtuneita muutoksia lakeihin ja toimintakertomuksiin sekä tilastotietoihin perustuvana. Sairaansijatarpeen tyydyttämiseksi aluesairaaloita perustettiin Uudenmaan alueella. Valtakunnallisten sairaanhoitotuosuunnitelmien mukaisesti alueen sairaaloiden yhteistyön ja toiminnan ohjaamiseksi suunnitellaan eri sairaaloiden välistä työnjakoa. Helsingin kaupungin sairaaloiden tila ja asema alueelliseen suunnitteluun nähden ei sopeutunut alueellisten sairaanhoidon suunnitelmiin.

Managerialistinen kaudessa kerrotaan Helsingin sairaanhoitopiiriin sekä Uudenmaan sairaanhoitopiiriin perustamiseen johtaneita syitä sekä Hyksin muuttamisesta näiden palvelulaitokseksi ja kaikkien näiden organisaatioiden hallinnollisista järjestelyistä. Luvussa selostetaan sairaanhoitopiiriin toimintaa, sen kehittymisestä, sairaaloiden toimintaa ja kustannuksia toiminta- ja tarkastuskertomuksiin sekä tilastotietoihin perustuen. Poliittisen päätöksenteon käsityksinä hallinnon ja toiminnan järjestämiseksi kuvaavat ministeriön ja Uudenmaan Maakuntaliiton laatimat ehdotukset ja niistä annetut lausunnot. Sanomalehtikirjoitukset ja poliittisten tahojen mielipiteet ilmaisevat epäilyjä uudistuksen onnistumisesta.

Ristiriitaiset suunnat: kansanvaltaisuuden edistäminen ja managerialismin syventäminen luvun aineisto perustuu toimikuntien mietintöihin ja sairaanhoitopiiriin kirjalliseen materiaaliin ja asiantuntijalausuntoihin. Aineisto kertoo kuntien tyytymättömyydestä sairaanhoidon ja hallinnon järjestämiseen sekä kustannuksien kasvuun. Kunnat yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön ja Etelä-Suomen lääninhallituksen kanssa useissa asiantuntijatyöryhmissä suunnittelevat ja muotoilevat uuden yhdistetyn (HSHP-USHP-HYKS) sairaanhoitopiiriin hallintoa ja toimintatapaa koskevia esityksiä. Uusi sairaanhoitopiiri, HUS, aloittaa

toimintansa vuoden 2000 alusta. Sairaanhoidopiirin hallinnon ja toiminnan järjestäminen saa kuntayhtymän päätöksissä valmisteluehdotuksista poikkeavia muotoja.

Kussakin tarkasteluajanjaksossa kuvataan alkutilanne, johon sisältyy organisaatiota koskeva muutos. Tarkastellaan, miten kunnallinen demokraattinen hallinto ja päätöksenteko on järjestetty. Arvioidaan toiminnan järjestämisestä vastaavien ja johtavien henkilöiden muodollista ja tosiasiallista asemaa ja vaikuttavuutta sekä merkitystä palvelurakenteen muuttamisessa ja toimintapolitiikan kehittämisessä ja sen ympäristöön sopeuttamisessa. Erityisesti pyritään arvioimaan ohjauksen toimivuutta kussakin ajallisessa kaudessa.

Tapahtuneiden hallinnollisten ja hallinnollisten ratkaisujen arviointia käsittelevässä luvussa kerrotaan toimintojen kehittämisestä, siihen liittyvistä tekijöistä ja ohjaustoimien vaikuttavuudesta sekä palveluja lähellä olevan kunnallisen päätöksenteon asemasta. Tutkimuskirjallisuutta ja haastattelulausuntoja on käytetty hallinnon ja hallintomallien sekä niiden toimivuuden arvioinnissa.

Muutoksen arviointi rakennetaan muutoksen tavoitteista ja niiden saavuttamisesta. Koska Uudenmaan alueen sairaalalaitos on hallintorakenteeltaan moniosainen - kuuluvathan siihen Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Helsingin sairaalalaitos ja Uudenmaan muun alueen sairaalalaitos - tarkastellaan sen pääosia erikseen. Työssäni keskityn kuitenkin niihin tekijöihin, jotka ovat oleellisia hallinnon poliittisen päätöksenteon, organisaation rakenteen, sen toimivuuden ja talouden sekä kuntien tahdon huomioon ottamisen kannalta. Organisaation arvioinnissa verrataan muutetun poliittisen päätöksenteko-organisaation muutoksen toimivuuden vastaavuutta asetettuun tavoitteeseen. Toiseksi arvioidaan toimeenpano-organisaatiota ja sen prosesseja. Haetaan vastausta kysymykseen, tuottaako organisaatio halutun määrän palveluksia ja onko se sopeutunut toimintaympäristöönsä ja asetettuihin taloudellisiin rajoihin. Arvioitavana on siis toteutetun muutoksen toimeenpanon oikeellisuus tavoiteltuun tilaan. Lopuksi johtopäätöksenä esitetään ratkaisumalleja hallinnon ja toiminnan järjestämiseksi.

.1 Lähdekritiikki

Alkuperäislähteinä käyttämäni aineisto pöytäkirjat, poliittisen päätöksentekijän ehdotukset ja lausunnot, toiminnalliset tilastot ovat luotettavia. Pöytäkirjat, lausunnot ja ehdotukset ovat monijäsenisessä toimielimessä käytyjen keskusteluissa syntyneiden yhteiseen kannanottoon johtaneiden mielipiteiden kirjauksia. Kokousasiantuntijat ovat ne viimeistelleet ja vastuulliset pöytäkirjantarkastajat tarkastaneet. Toiminnalliset tilastot pohjaavat tapahtuneisiin tosiasioihin ja niiden vakiintuneisiin merkitsemistapoihin. Lakisäätteiset terveyden- ja sairaanhoidon suunnitelmat ilmaisevat luotettavasti valtiovallan asettaman julkisen terveyden- ja sairaanhoidon ohjaustavoitteen ja sen painotuksen. Niihin pohjautuvat valtion viranomaisen hyväksymät sairaaloiden (sairaanhoitopiirien) toimintasuunnitelmat osoittavat, kuinka ja missä määrin toiminta ja talous on sopeutettu noudattamaan ohjaustavoitetta. Sairaaloiden (sairaanhoitopiirien) toimintakertomuksien uskottavuutta ei voi asettaa kyseenalaiseksi, perustuvathan ne tapahtuneeseen toimintaan ja siitä tehtyyn sanalliseen ja tilastolliseen selvitykseen. Sen sijaan eri sairaaloiden (sairaanhoitopiirien) toimintakertomuksien yksityiskohtaisuus on vaihteleva, mutta siltä osin ne eivät tässä tutkimuksessa aiheuta oleellisia virheitä. Toimintakertomukset ovat kuvanneet niitä tekijöitä, joita niiden

laatijat ovat pitäneet tarpeellisena.

Sairaanhoitopiirien toiminnan kehittämiseksi ja uudistamiseksi laaditut työryhmien mietinnöt ovat asiantuntijatietoihin perustuvat ja niihin annetut myös asiantuntijoiden käsitteisiin pohjautuvat lausunnot ovat uskottavasti luotettavia. Potilaiden ja henkilökunnan haastattelut ovat kysymyshaastatteluihin perehtyneiden henkilöiden tekemiä ja antavat selkeän vastauksen ongelmanasetteluun.

Sanomalehdissä olleet kirjoitukset ja lausunnot hallinnon kehittamisestä ja muuttamisesta ovat sairaaloiden luottamustoimielimien johtavissa asemissa, kunnallisjohtajien tai valtion virkamiesten mielipiteen ilmaisuja hallinnon uudistamisen moninaisuudesta ja niihin kytkeytyneistä vaihtoehdoista. Niitä ei ole otettu tutkimuksen käytetyiksi tosiasioiksi, vaan osoitukseksi erilaisten vahvojen mielipiteiden kentäksi, missä hallinnon uudistaminen joudutaan toteuttamaan.

Uusmaalaisessa terveydenhuollossa johtavassa ja merkittävässä asemassa vaikuttaneiden henkilöiden haastattelututkimus auttoi tulkitsemaan asiakirjatiedoissa olevia niukkoja kohtia. Haastateltavat kertoivat omia näkemyksiään ja kokemuksiaan toiminnassa ja hallinnossa olleista tapahtumista. Heidän antamansa haastattelut olivat poikkeuksetta hyvin asiantuntevia ja ”kylmän” tasapuolisia. Haastattelut litteroin ja siten oli mahdollisuus lukea ne kirjallisena ja tarkastella lähemmin niiden asiasisältöä. Lausunnot selkeyttivät ja antoivat lisävalaistusta tutkijalle Helsingin ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon hallinnon ja toiminnan muutokseen johtaneita taustatekijöistä, asetetuista tavoitteista ja niiden toteutumisessa olleista moninaisista tekijöistä.

3. SUOMEN TERVEYSPOLITIIKAN KEHITTÄMISEN PÄÄPIIRTEITÄ

1 Terveyspolitiikka

Terveyspolitiikan tavoitteena on edistää kansalaisten ja koko väestön terveyttä ja hyvinvointia. Terveyspolitiikan tavoitetta ilmaisevat samaan tavoitteeseen tähtäävät lait tai muut päätökset, yhdenmukainen tavoitteellinen toiminta, terveyspoliittiset ohjelmat ja niiden strategiasuunnitelmat. Tavoitteeseen pyritään lisäämällä tasa-arvoa ja luomalla yhtäläisiä mahdollisuuksia ennaltaehkäisyyn ja sairauksien hoitoon. Terveyspolitiikassa huomiota kiinnitetään terveyttä suosiviin yhteiskunnallisiin ja yksilöllisiin valintoihin. (Hallituksen terveyspoliittisen... 1985, 5, 11-12.) Terveyspolitiikkaan sisältöön kuuluu terveydenhuollon painopisteiden asettaminen, niiden kehittäminen ja sopeuttaminen muihin yhteiskuntapolitiikan lohkoihin. Julkisen terveydenhuollon toteuttamisessa on nähty merkittäväksi paikallisen (kunnallisen) hallinnon ja siinä terveydenhuollon hallinnon järjestäminen (Terveyttä kaikille vuoteen 2000, 13).

Yleisen terveystalouden ja terveydenhuollon kehittyminen on kulkenut samaa tahtia muun yhteiskunnallisen kehityksen ja uudistumisen kanssa. Muutokseen johtaneena impulssina on saattanut olla maassa sattunut tapahtuma (sota, yhteiskunnallinen levottomuus, laaja tautiepidemia, työläisten ja sotaväkeen otettavien alikuntoisuus tms.), joka on synnyttänyt tarpeen lieventää haittoja ja varautua torjumaan mahdollisesti vastaisuudessa esiin nousevia vastaavanlaisia ongelmia, taikka yhteiskunnallisessa ajattelussa tapahtunut muutos, joka on lisännyt valtion ja muun yhteiskunnan velvollisuutta huolehtia kansalaistensa terveydellisistä ja sosiaalisista oloista. Nämä näkökohdat ovat vaikuttaneet Pohjoismaiden, Englannin ja Saksan julkisen terveystalouden ja terveydenhuollon kehittämiseen. Aluksi terveydenhuoltoa pidettiin taloudellisena kysymyksenä ja arvostettiin sen tarpeellisuutta ensisijaisesti sen vuoksi, että taloudellisessa tuotannossa ei työntekijöiden sairastumisen ja työkyvyttömyyden vuoksi syntyisi häiriöitä. Aikaa myöten se sai sitten mukaansa myös kansanterveydellisiä näkökohtia. On parannettu sosiaalisia oloja ja kehitetty sosiaalipolitiikkaa, johon myös terveydenhuolto kuuluu. Valtiollinen tarkoituksenmukaisuus määritteli sosiaalisten toimenpiteiden sisällön ja laajuuden. Edellä tarkoitettujen maiden terveystaloudelliset ongelmat ovat toisistaan poikkeavia, joten toimintaohjelmat on kehitetty alueiden olosuhteiden mukaisesti. Terveydenhuoltojärjestelmien ja terveydenhuollon kehittyminen voidaan pääpiirteissään jakaa kahteen lohkoon, joko (1) yksityisen yritteliäisyyden tai hyväntekeväisyysjärjestöjen toimintaan pohjautuneeseen palvelujärjestelmään taikka (2) valtion omaksumasta määrätietoisesta ja tavoitteellisesta sosiaalisten olojen ja siten myös terveydellisten olojen ja terveystalouden parantamiseen tähtäävään toimintaan. Pohjoismaissa, Englannissa ja Saksassa WHO:n suositusta noudattaen laadittujen terveystaloudellisten ohjelmien mukaisesti terveydenhoito- ja terveystaloudelliset järjestelmät perustuu julkisen vallan ohjaamaan tai järjestämään sektoriin, jota on yksityinen sektori täydentämässä. (Kuusi, E. 1931, Sinkkonen-Nikkilä 1988, Vauhkonen 1978, Bäckman & Jakobsson 1982, Lindgren 1995, Health Care Systems in the European Union 1994, Stjernberg and Wennerberg 1980, Terveyttä kaikille ... 1986.)

2 Terveyspolitiikkaa 1800-luvulta 1900-luvulle

.1 Kunnallinen terveydenhuolto

Suomalaiselle terveydenhoidolle on ollut luonteenomaista, että julkinen valta on kantanut ja kantaa pääasiallisen vastuun sen järjestämisestä.

Kun Suomi joutui 1809 Venäjän vallan alaisuuteen, ryhdyttiin järjestämään suomalaista hallintolaitosta. Terveydenhuollosta vastaavaksi elimeksi perustettiin Collegium medicum, minkä nimi myöhemmin muuttui lääkintöhallitukseksi. Alueellisesta terveydenhoidosta vastasivat piirilääkärit, jotka antoivat ohjeita yleisestä terveydenhoidosta ja seurasivat etenkin tartuntatautilannetta. Läänineläinlääkärin tehtäviin kuului torjua ja hoitaa karjassa esiintyviä eläintauteja, tarkastaa elinympäristön terveydellistä tilaa ja jakaa kansantajuista tietoa asukkaille oman alansa terveydenhuollollisista asioista. (Pesonen, 1980 49-55, 86-87, 184-185, Vauhkonen 1978, 17-19.)

Vuoden 1865 kunnallislaki asetti kunnalle velvollisuuden huolehtia yhteisistä järjestys- ja talousasioista. Näihin luettiin mm. terveydenhoito ja ”rokonpanon yleisempi käyttäminen (sekä kättilöiden asettaminen”. Terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat määräykset olivat varsin yleisluontoisia. Vasta vuoden 1879 terveydenhoitosääntö velvoitti kunnan perustamaan terveydenhoitolautekunnan, jonka tehtäviin kuului terveydellisten olojen valvonta sekä avun antaminen kiireellisissä tapauksissa. Terveydenhoitosääntö ei merkinnyt kovin paljon maalaiskunnissa, koska valtion valvonta puuttui. Silloisessa lainsäädännössä pyrittiin välttämään valtion sekaantumista itsehallintoyhdyskuntain asioihin. (Itkonen 1946, 26, 37, Pesonen 1980, 393, Vauhkonen 1978, 23-24.)

Kunnalliseen terveydenhuoltoon kuului valvoa terveydenhuollosta annettujen määräysten noudattamista, valvoa asuntojen ja työpaikkojen terveellisyyttä sekä tehdä tarvittaessa esityksiä terveydenhuollon parantamiseksi. Kaupunkikunnissa ammatillisesti olivat nämä asiat kaupunginlääkärin velvollisuutena, maalaiskunnassa piirilääkäri valvoi terveydellisten asioiden hoitoa kunnanlääkärin lisäksi. (Pesonen 1980, 328, Salo, 1968, 9-10, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 39-40, Vauhkonen 1978, 26-27.)

Kunnallisen terveydenhuollon kehittäminen oli riippuvainen kunnan omasta tahdosta ja halusta. Kättilön palkkaamisesta oli lääkintökollegio antanut toivomuksen jo vuonna 1827, mutta vasta sen jälkeen, kun isorokon rokotus määrättiin pakolliseksi ja kunnalliseksi toimenpiteeksi ja rokottajaksi oikeutettiin erikoiskoulutuksen saanut kättilö, lisääntyivät kättilöiden virat. Synnytyshuollon alueellisten erojen tasoittamiseksi valtio ryhtyi osallistumaan kättilöiden palkkauskustannuksiin. Myös maaseudun kiertävien koulutettujen sairaanhoitajien palkkaukseen alettiin maksaa kunnille valtionapua. Ehtona oli virkaa varten vahvistettu ohjesääntö ja että kunnassa on kunnanlääkäri tai muun lääkärin kanssa on sovittu kunta-laisten sairaanhoidosta. (Pesonen 1980, 140, 265-266, 354, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 40, Vauhkonen 1978, 27-28.)

Maaseudun sairaanhoidon parantamiseksi oli vuoden 1885 valtiopäivillä hyväksytyt ehdotukset kunnanlääkärien palkkaamiseksi ja kunnallisten sairastupien perustamiseksi myönnettävästä valtionavusta. Kunnanlääkärin tehtäviksi määrättiin huolehtia alueensa väestön sairaanhoidosta ja lääkärin tehtävistä kunnan sairastuvassa. Kun vuonna 1890 maassa oli 18 kunnanlääkärin virkaa, oli vuoden 1904 lopussa maamme 474 maalaiskunnassa lääkärinhoidosta huolehdittu 50,6 % maalaiskuntien lukumäärästä laskettuna ”enemmän

tai vähemmän tyydyttävällä tavalla” valtion, kuntain tai yksityisten lääkäreiden toimin. Maaseudun terveyden- ja sairaanhoito oli kuitenkin kehittynyt ilman yhtenäistä ohjaavaa lainsäädäntöä. Ainoat valtiovallan antamat määräykset koskivat kunnanlääkäreitä, kiertäviä sairaanhoitajia ja kunnallisia sairastupia. Nämäkin määräykset oli annettu vain valtionapua myönnettäessä (Pesonen 1980, 393-405, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 40-41, Vauhkonen 1978, 27-28.)

.2 Sairastupia ja sairaaloita

Kaupungeissa sijainneet valtion ylläpitämät sairaalat yhdessä pienempien kaupunkien sairaaloiden kanssa olivat aina 1880-luvulle tyydyttäneet väestön sairaanhoidon tarpeen. Valtionapua maalaiskuntien sairastupien perustamiseen myönnettiin ensimmäisen kerran vuonna 1881. Seuraavana vuonna lääkintöhallitus suositteli rakennettavaksi kaupungin ylläpitämä sairastupa niihin kaupunkeihin, joissa ei ole sairaalaa. Samoin maalaiskuntia, joissa oli kunnanlääkäri, yritettiin houkutella perustamaan sairashuoneita myöntämällä valtion apurahoja. Vuoden 1885 valtiopäiville jätettyjen anomuksien johdosta sairaanhoidon parantamiseksi olivat säädyt, silloisen tavan mukaan, ”anoneet” valtionavun myöntämistä sairastupien perustamiseksi ja ylläpitämiseksi. Siitä lähtien oli maalaiskunnille alettu myöntää valtionapua sairaaloiden perustamiseksi. Sairaalarpeen tyydyttämiseksi kunnat olivat esittäneet valtion viranomaisille valtion sairaaloiden rakentamista. Lääkintöhallitus anomuksia vastustaessaan viittasi vuoden 1869 asetukseen, jolla kunnat oli velvoitettu huolehtimaan sairaiden hoidosta ja sairaaloiden perustamisesta. Se totesi asian olevan periaatteellisesti suuri ja katsoi, että sairaanhoito niin suuressa määrin kuin mahdollista, olisi tehtävä kunnalliseksi asiaksi. Vuonna 1904 maassamme oli käytössä 27 sairastupaa, kunnansairaalaa. (Sinkkonen-Nikkilä 1988, 29, Pesonen 1980, 406-407, 589-591.)

.3 Mielisairauden ja tuberkuloosin hoito

Mielisairaiden hoitoon ei valtakunnallisesti ollut kiinnitetty kovinkaan paljon huomiota. Tavallisesti sairaita hoidettiin vanhusten hoitolaitoksissa tai kotioloissa. Seilin hoitolan (perustettu vuonna 1619) jälkeen ensimmäisenä perustettiin Helsinkiin Lapinlahden mielisairaala. Siinä hoidettiin myös levottomia potilaita ja otettiin käyttöön uusia hoitomuotoja. Tämän jälkeen rakennettiin kaksi mielisairaala ja kuuden lääninsairaalan yhteyteen rakennettiin pienehköjä äkillisesti mielisairastuneiden vastaanotto- ja hoitolaitoksia. (Pesonen 1980, 278-285, Vauhkonen 1978, 31-32.)

Tuberkuloosihoidon järjestämisestä olivat säädyt vuonna 1897 olleet sitä mieltä, että valtion olisi perustettava tuberkuloosihoitoloita pääasiassa varattomia potilaita varten ja että valtion olisi avustettava yksityisiä keuhkotautisten hoitoloiden rakentamisessa. Senaatin asettama komitea käsitteli asiaa ja ehdotti rakennettavaksi valtion varoilla kaksi parantolaa risautaisia (tuberkuloosin aiheuttama krooninen tauti) lapsia varten ja ryhdyttäväksi toimenpiteisiin lasten suojelemiseksi tuberkuloositartunnalta sekä koululaisten fyysisen kunnan kohottamiseksi. Lapsia varten olisi rakennettava keuhkotautiparantoloita ja val-

tion yleisiin sairaaloihin olisi perustettava osastoja keuhkotaudin hoitamiseksi sekä olisi annettava avustuksia yksityisille keuhkotautihoitoloita varten. Säädöt olivat kuitenkin sitä mieltä, että yksityinen yritteliäisyys työskentelee lasten hoitamiseksi, joten risatautisten lasten hoitoloiden rakentamiseen tuli kielteinen kanta. Vuoteen 1903 mennessä oli perustettu kaksi yksityistä parantolaa, joille myönnettiin valtionapua. (Pesonen 1980, 473-480, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 30-31.)

.4 Lääninsairaala keskussairaalaksi

1800-luvun alkuun mennessä oli maassamme seitsemän valtion rakentamaa lääninsairaala. Hoito potilaille oli maksutonta. Täyshoidosta oli varakkaiden maksettava, köyhien puolesta maksoi seurakunta. Lääninsairaalat olivat kaukana toisistaan ja potilaiden matkat niihin olivat pitkän ja hankalan tien päässä. Kun lääninsairaaloiden sairassijojen lukumäärä ei kyennyt tyydyttämään sairaansijatarvetta, ryhdyttiin perustamaan kokonaan valtion ylläpitämiä yleisiä sairaaloita. Yleisiä sairaaloita perustettiin kaupunkeihin vuoteen 1889 mennessä 13. Helsingin yleisessä sairaalassa ja yliopiston klinikassa annettiin myös lääketieteellistä opetusta. (Pesonen 1980, 421-428.)

Maamme sairaalalaitos perustui pääasiallisesti valtion ylläpitämiin sairaaloihin ja kuntien sairaaloihin ja sairastupiin. Hoitopaikkojen tarve asukasmäärän lisääntyessä kasvoi. Samalla kasvoi myös paine valtiota kohtaan uusien sairaaloiden ja sairaansijojen rakentamiseen. Lääkintöhallitus vastusti näitä ajatuksia ja tahtoi antaa sairaanhoidosta huolehtimisen kuntien tehtäväksi. Eduskunnalle antamassaan lausunnossa vuonna 1920 lääkintöhallitus ilmoitti, että sen mielestä sairaiden hoito olisi siirrettävä etupäässä kuntien hoidettavaksi. Vähävaraisille paikkakunnille voitaisiin sairaaloiden kunnostamista varten myöntää valtionapua. Valtion omistamat sairaalat tulisi varata ja varustaa vaikeimpia sairaustapauksia varten. Eduskunta vastauksessaan hallituksen vuoden 1922 tulo- ja menoarvioon lausui, että hallituksen on pidettävä huolta varojen sallimissa puitteissa siitä, että maan sairaalalaitosta kehitetään ja pidetään kunnossa. (Eduskunnan vastaus 1921, No 22, Pesonen 1980, 589-591.)

Kun tilanne jatkui ennallaan eikä asiassa ei tapahtunut myönteistä kehitystä, Suomen lääkäriliitto vuonna 1927 kiinnitti huomiota sairaalapalvelujen alueelliseen epätasaiseen jakaantumiseen ja toivoi valtion yhdessä kuntien tai kuntainliittojen kanssa yhteisvoimin rakentavan koko maan kattavan sairaalaverkoston. Eduskunnan lausumasta huolimatta lääkintöhallituksen mielestä valtion tulisi vain ottaa osaa kunnallisen sairaalalaitoksen kehittämiseen aiheutuviin kustannuksiin. Sairaalalaitoksen tarkoituksenmukaisen kehittämisen vuoksi maa olisi jaettava sairaanhoitopiireihin ja päätettävä sairaalan paikka ja sairaansijojen lukumäärä sekä sairaaloille myönnettävästä valtionavusta. Myös asiaa pohtineen komitean mietinnön valmistuttua vuonna 1931 ehdotti lääkintöhallitus mm. ”Eräät valtion sairaalat laajennetaan ja muutetaan kaikki erikoisalat käsittäviksi keskussairaloiksi siten, että asianomaisten sairaalain ympäristökunnat ottavat osaa uusien sairassijojen perustamis- ja vuotuisiin ylläpitokustannuksiin sairaalain jäädessä edelleen valtion omistukseen ja hallintaan”. (Jutikkala & al. 1984, 449-458, Pesonen 1980, 592-594.)

Turun seudun kansanedustajat jättivät vuonna 1932 aloitteen määrärahan saamiseksi valtion tulo- ja menoarvioon Turun lääninsairaalan ja Porin yleisen sairaalan laajentamiseksi.

si. Aloitteen tultua hylätyksi olivat kyseiset kunnat tarjoutuneet maksamaan osan sairaalan laajentamis- ja käyttökustannuksista, jos ne saavat sairaalasta pysyvästi käyttöönsä sairaansijoja. Vuonna 1934 eduskunta hyväksyi periaatteen valtion ja kuntien välisestä yhteistoinnasta myöntäessään talousarviossa varoja Turun lääninsairaalan ja Porin yleisen sairaalan laajentamista varten. Määrärahat oli myönnetty siten, että aiheutuvista perustamis- ja käyttökustannuksista valtio maksaisi puolet ja kunnat toisen puolen. Sen ratkaisun pohjalta tehtiin kuntien kanssa sopimuksia sairaaloita rakennettaessa ja laajennettaessa. Kehitys oli kuitenkin varsin verkkaista ja sairaalalaitos pysyi toiseen maailmansotaan saakka lähes sellaisena, millaisena se oli 1900-luvun vaihteessa. (Hallituksen esitys 1935, N:o 77, Jutikkala & al. 1984, 449-458, Pesonen 1980, 589-595.)

Pyrkimys taata kansalaisille alueellisista eroista huolimatta tasapuoliset sairaalapalvelut johti sairaalainsäädännön uudistukseen. Eduskunta hyväksyi 1943 keskussairaallain. Sen mukaan, milloin valtio perustaa yleistä sairaanhoitoa varten keskussairaaloita, jotka käsittävät vähintään kolme lääketieteen erikoisalaa, kunnat ottavat osaa keskussairaaloiden rakentamiseen, ylläpitoon, hallintoon ja käyttöön. Valtio määräsi ne kunnat, jotka kuuluivat keskussairaalan toiminta-alueeseen. Lyhyesti sanottuna kunta oli velvollinen hankkimaan sairaansijoja keskussairaalasta siten, että maalaiskunnalla oli yksi sairaansija 750 asukasta kohti ja kauppalalla ja kaupungilla yksi sairaansija 375 asukasta kohti. Hankkimaansa sairaansijaan kunta sai pysyvän käyttöoikeuden. Keskussairaalan omisti valtio. Sairaalan taloudellisesta hallinnosta päätti johtokunta, jossa puheenjohtajana oli sairaalan ylilääkäri ja neljä muuta jäsentä, joista kuntien edustajain kokous valitsi kaksi ja lääkintöhallitus määräsi kaksi. Tosiasiallinen taloudellinen päätäntävalta oli siis lääkintöhallituksen kahden määräämän edustajan ja sairaalan ylilääkärin käsissä. Sairaalassa noudatettiin valtiovoimalla hyväksymää talousarviota. Toiminnallisesta järjestämisestä vuorostaan vastasivat sairaalan ylilääkärit. Kuntien edustajain kokouksen valitsevat jäsenet osallistuivat sairaalan rakennustöiden suunnitteluun ja valvontaan. Kunta oli velvollinen maksamaan 50 % perustamiskustannuksista sekä hoitopäiväkustannuksista. (Keskussairaallaki 413/1943, Pesonen 1980, 598, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 33.)

Kulkutautisten hoidon puutteellisuuksia tutkineen komitean ehdotuksen mukaan kulkutautisten hoitoa koskevat määräykset sisällytettiin vuoden 1948 keskussairaallakiin. Kunnan oli aikaisemmin mainittujen sairaansijojen lisäksi hankittava pysyviä kulkutautisairaansijoja keskussairaalassa tai kunnallisessa kulkutautisairaalassa maalaiskunnan yksi sairaansija alkavaa kahtatuhatta asukasta kohti ja kauppalan ja kaupungin yksi sairaansija alkavaa tuhatta henkikirjoitettua asukasta kohti. Myös sairaalan johtokunnan kokoonpanossa oli pieni muutos. Johtokunnan puheenjohtajana oli lääkintöhallituksen sairaalan ylilääkäreistä määräämä sairaalan johtaja ja johtokunnan muista jäsenistä ja lisjäsenistä oli puolet lääkintöhallituksen määräämiä. Enää ei laissa määrätty johtokunnan jäsenlukua. Kuntien edustajain kokouksen valitsemien jäsenten ja varajäsenten tuli olla tasapuolisesti toiminta-alueen eri osista. Keskussairaallailailla sidottiin kunnat yhteistyöhön valtion kanssa ja maksamaan osuutensa sairaalakustannuksista. (Keskussairaallaki 312/1948, Pesonen 1980, 600-601.)

Keskussairaallakikomitea mietinnössään totesi voimassa olevan lain lähteneen siitä periaatteesta, että keskussairaalan ylläpitämisestä aiheutuva taloudellinen rasitus jaetaan valtion ja kuntien kesken. Valtion oli ottanut perustamistaan keskussairaaloista laissa säädetyn vähimmäismäärän eli yhden kolmanneksen sairaansijamäärästä. Kun kunnat olivat maksaneet varaamiensa hoitopaikkojen perustamiskustannuksista lain mukaan puolet ja

valtio toisen puolen ja valtio omien paikkojensa osalta kaiken, oli valtion kustannusosuudeksi tullut sairaalan perustamiskustannuksista kaksi kolmasosaa. Tätä komitea ei pitänyt oikeana, kun vielä kunnilla oli oikeus osallistua sairaalan hallintoon, vaikka sairaala oli valtion omistama. Komitean mielestä kuntien (kuntainliittojen) omistamien erikoisaloiden sairaaloiden, tuberkuloosi- ja mielisairaaloiden, omistus ja hallinto sekä talous oli paremmin järjestetty. Niihin valtio oli antanut valtionapua. Kuntainliittojen toiminta oli ollut joustavaa ja valtion niihin osoittama valvonta oli toteutettu vähäisellä henkilökunnalla. Sen sijaan valtion omistamissa sairaaloissa taloushallinto oli ollut kankeaa ja siinä tarvittavat muutokset oli jouduttu hakemaan aina ministeriötä myöten. Näillä perusteilla komitea ehdotti valtakunnan jakamista keskussairaalapiireihin, joissa olisi kuntien omistama keskussairaala. Myös ne sairaansijat, joita valtio merkitsi perustamisasiakirjan mukaan keskussairaalaan, jäisivät kuntainliiton omistukseen. (Komiteanmietintö 1949:25.)

Valtio tahtoi kääntää sairaaloiden omistus- ja hallintosuhteet aikaisempaan verrattuna päinvastaiseksi. Syrjäseuduilla valtion ylläpitämät sairaalat ja kunnalliset sairasmajat siirtyivät yksin kunnan hallintaan aluesairaaloiden ja sairasmajojen lakkauttamisen yhteydessä vuonna 1951. Luotiin kunnansairaalajärjestelmä. Sairaalalaila (1956/49) siirrettiin koko sairaalalaitoksen ylläpitäminen ja sairaanhoito valtionapua saavaksi kunnalliseksi tehtäväksi. 1960-luku oli sairaaloiden rakentamisen vuosikymmen. Tuberkuloosin ennakolta ehkäisy ja hoito oli kehittynyt tuberkuloosipiiriin ja tuberkuloosiparantoloiden perustalle ja kuntainliittopohjaiseksi valtion tukea saavaksi toiminnaksi. Mielisairaanhoidon ehkäisy ja hoidon järjestelyssä noudatettiin samanlaista yhtenäisyysperiaatetta kuten tuberkuloosin osalta. (Kuusi 1961, 254, Vauhkonen 1978, 61-63.)

Lisäksi komitea totesi erillisessä lausunnossaan, että ”on nykyinen lääkärin yksityis-
potilaspaikkajärjestelmä valtion sairaaloissa johtanut niin suuriin kohtuuttomuuksiin, että komitean käsityksen mukaan nykyisestä järjestelmästä olisi mahdollisimman pian päästävä. Tämän kysymyksen kiireellisyyttä alleviivaa se, että mm. parhaillaan jo suunnittelun alaisina olevissa keskussairaaloissa esitetään erilaisia vaatimuksia näiden ‘yksityisosastojen’ suhteen, minkä vuoksi olisi tärkeätä ennen suunnitelmien lopullista vahvistamista saada selvä periaateratkaisu asiassa. Koska keskussairaalapiireihin osallistuvilla kunnilla ei myöskään ole minkäänlaisia mahdollisuuksia rakennussuunnitelmien tarkistamiseen tässä mielessä, olisi valtion toimenpitein tämä kysymys mahdollisimman pian ratkaistava. Muutoin jatkuvat ‘yksityisosastojen’ suunnitelmissa nykyiset kohtuuttomuudet.” Tämä ongelma on vieläkin ratkaisematta. (Komiteanmietintö 1949:25.)

Keskussairaalalain tultua hyväksytyksi, perustettiin valtioneuvoston päätöksellä vuoteen 1950 mennessä 20 keskussairaalapiiriä, joiden perustamisasiakirjat allekirjoitettiin vuosina 1947-1950. Keskussairaaloita koskevia kysymyksiä selvitelletty komitea oli sitä mieltä, että Uudenmaan kuntien keskussairaalarveys olisi ratkaistava Helsingin yleisen sairaalan rakentamisen yhteydessä.

Uudellemaalle suunniteltiin rakennettavaksi yliopistollinen keskussairaala Helsinkiin. Alueen ruotsinkielisiä kuntia tämä ei tyydyttänyt, vaan ne vaativat ruotsinkielistä keskussairaala, jossa annettaisiin yliopistollista lääketieteellistä opetusta ruotsinkielellä. Kun tämä hanke ei menestynyt, oli seuraavana suunnitelmana rakentaa valtion omistama keskussairaala ruotsin- ja kaksikielisiä kuntia varten. Kaikesta tästä olisi ollut seurauksena, että Helsinkiin olisi tullut kaksi keskussairaala, toinen ruotsin- ja kaksikielisiä kuntia varten ja toinen olisi ollut yliopistollinen keskussairaala. Tällöin olisi ruotsinkielisen opetuksen järjestämisen vuoksi jouduttu rakentamaan sairaansijoja yli silloisen tarpeen. Kun todettiin,

että ruotsinkielistä opetusta voidaan antaa ruotsinkielisessä osastoryhmässä, määräsi valtioneuvosto vuonna 1951, että Helsinkiin rakennetaan yksi keskussairaala, jossa annetaan myös ruotsinkielistä opetusta. Näin, kun Uudenmaan keskussairaalakysymys ei ratkennut, Helsingin yleinen sairaala jatkoi toimintaansa valtion omistamana ja hallitsemana sairaalana. Sairaalan talous ratkaistiin valtion tulo- ja menoarviossa yhteydessä ja toiminnasta päätti sairaalan osastojen ylilääkäreistä valittu sairaalahallitus. (Komiteanmietintö 1949:25, Pesonen 1980, 602-603, Valtioneuvoston pöytäkirja 6.9.1951.)

.5 Yleissairaanhoidon järjestäminen

Vuonna 1956 annetun sairaalalain (1956/49) perusteella maa jaettiin sairaaloiden perustamista ja ylläpitämistä varten (21) keskussairaalapiireihin, joihin kuuluvat kunnat määräsi valtioneuvosto. Jokaisessa keskussairaalapiirissä oli oleva keskussairaala, jossa oli osastoja vähintään kolmea (sittemmin neljää) yleisen sairaanhoidon lääketieteellistä erikoisalaa varten ja lisäksi tartuntatautien osasto. (Myöhemmin tartuntatautien osasto ”sulautettiin” sairaalan ”tavalliseksi” osastoksi.)

Samana vuonna annetulla lailla yliopistollisista keskussairaaloista (1956/392) säädettiin, että keskussairaalana niissä keskussairaalapiireissä, joiden alueella Helsingin, Turun ja Oulun yliopistot sijaitsevat, on yliopistollinen keskussairaala. Sittemmin yliopistollisiin keskussairaaloihin lisättiin Tampereen ja Kuopion yliopistolliset keskussairaalat Tampereen yliopiston ja Kuopion korkeakoulun tultua perustetuksi. Kullakin yliopistosairaalalla on vaativan tason sairaanhoitopalvelusten järjestämisvelvollisuus usean keskussairaalapiirin väestölle. Yliopistollinen keskussairaala järjestää yliopisto-opetuksen sekä muun sairaala- ja terveydenhoitohenkilökunnan koulutuksen. Sairaalalain mukaan keskussairaaloiden ohella oli kuntainliittojen (sittemmin kuntayhtymiä) perustamia ja ylläpitämiä aluesairaaloita ja kuntien paikallissairaaloita.

Yleisen sairaanhoidon antamista varten maalaiskunnalla tuli olla yksi hoitopaikka seitsemäsataaviittäkymmentä ja kaupungilla ja kauppalalla yksi hoitopaikka täyttä kolmeasataaseitsemääkymmentä henkikirjoitettua asukasta kohti.

Vasta vuonna 1979 keskussairaaloita (rakennusohjelman ajoitetun rakentamisen vuoksi) oli 21. Vuonna 1977 aluesairaaloita oli 22, paikallissairaaloita 19 ja terveyskeskusten vuodeosastoja 153. Tavoitteena oli porrastetun sairaanhoidon järjestäminen sairauden laadun edellyttämässä sairaalassa. Näiden edellä mainittujen sairaaloiden lisäksi oli valtion omistama sotilassairaala Tilkka, Kätilöopiston sairaala ja Helsingin Lastenlinna. Julkisten sairaaloiden lisäksi oli 51 yksityistä sairaalaa. (Pesonen 1980, 687.)

Sairaaloiden ylläpitämiseksi annettiin valtionapua, minkä suuruus noudatti kullekin sairaalan jäsenkunnalle kuntien kantokykyluokituksessa määrättyä prosentuaalista suuruutta. Valtionapu maksettiin suoraan sairaalakuntainliitolle tai, jos sairaala oli yhden kunnan omistama ja ylläpitämä, ylläpitäjäkunnalle.

Sairaalalaki uudistettiin vuonna 1965 (1965/561). Lakiin lisättiin vuonna 1972 sairaalalle velvollisuus laatia sairaanhoitosuunnitelma ja keskussairaalalle velvoite alueellisen sairaanhoidon suunnitelman tekemisestä ja hyväksymisestä. Keskussairaan tuli antaa (1983/673) alueellaan oleville muille yleissairaaloille, mielisairaaloille sekä keskusparantoloille ja terveyskeskuksille laboratorio- ja röntgenpalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen

ja muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisen ohjaamisesta ja laadun valvonnasta.

Lailla (1978/30) sairaanhoitoalan kuntainliittojen uudelleenjärjestämisestä tehtiin mahdolliseksi keskussairaalaapiirin alueella toimivien eri sairaaloiden yhdistäminen siten, että keskussairaalaapiirille voitiin siirtää tuberkuloosipiirin tehtävät, mielisairaanhuoltopiirin tehtävät ja aluesairaalan kuntainliiton tehtävät. Piiri- jaon muuttaminen kävi eri alueilla omaan tahtiinsa, mm. Uudenmaan läänissä yhdistäminen tapahtui vasta sitten, kun perustettiin Uudenmaan sairaanhoitopiiri vuonna 1990.

3 Kokonaisvaltaiseen kansanterveystyöhön

.1 Terveydenhoito

Yksilöön kohdistuvan terveydenhuollon osuutta väestön terveydentilan parantamiseksi oli tutkittu ja suunniteltu jo pitemmän aikaa, mutta sota-aikana siitä saatiin kokemuksiin perustuvaa tietoa. Esimerkiksi Helsingin mlk:ssa oli 1940-1944 Rockerfeller-säätiön kustantama ja lääkintöhallituksen johtama terveydenhuoltotyön kehittämis- ja opetuskokeilu. Kokeilutyöhön sisältyi keskitetysti johdettuna alan lääkäreiden, hammaslääkäreiden, terveydenhoitajien, kättilöiden, huoltotyön johtajan (sosiaalihoitajan) sekä terveydenhoidon opettajien toteuttamana äitiys- ja pikkulastenhuolto, koululaisten terveyden- ja hampaistonhoito, psykiatrinen huolto, tuberkuloosin vastustaminen, kotisairaanhoito ja sosiaalihuolto sekä terveydenhuollon oppilaiden opetus. (Vauhkonen 1978, 55-59, Tahvanainen 1996, 30-31.)

Terveydenhuollon tehostamista ajan mittaan oli tapahtunut ja siihen tähtäävää lainsäädäntöä oli toteutettu, mutta se oli tapahtunut hajanaisesti ja yksittäisiin osaongelmiin kohdistuvana. Lainsäädännöllisesti toimelias aika alkoi 1950-luvulla ja jatkui seuraavalle vuosikymmenelle. Annettiin tai uudistettiin lakeja, jotka koskivat mm. yleistä lääkärinhoitoa (1951/141), kunnallisia äitiys- ja lastenneuvoloita (1944/224), kunnan kättilöitä (1944/223), kansakoulujen lääkärin- ja hammaslääkärintointia (1952/362, 1956/297), yliopistoissa ja korkeakouluissa opiskelevien lääkärintarkastusta (1958/142), rokottamista (1951/361), tuberkuloosin ja mielisairausten hoitoa (1966/355, 1952/448), yleissairaaloita ja yliopistollisia keskussairaaloita (1956/49, 1956/392). Vuonna 1927 annettu terveydenhoitolaki todettiin vanhaksi ja annettiin uusi terveydenhoitolaki (1965/469), joka tuli voimaan 1967 alusta. Se koski ensisijaisesti ehkäisevää terveydenhoitoa. Lisäksi oli säädetty tarttuvien tautien ja erinäisten muiden tautien hoitoa ja järjestämistä koskeneita lakeja. Laeilla veloitettiin kunnat perustamaan virkoja ja siten huolehtimaan laissa määrätyn toiminnan järjestämisestä tai hankkimaan kuntalaistensa tarpeellisen hoidon järjestämiseksi säädetty määrä hoitopaikkoja.

Näillä lakiuudistuksilla kunnanlääkärilaitos ulotettiin koko maahan, luotiin kattava äitiys- ja lastenneuvolaverkko, järjestettiin kansakoululaisen terveyden- ja hammassairauksien hoito ja monia muita kansanterveyden kohottamiseksi tarkoitettuja toimia. Eri lakeihin perustuvalla toiminnalla saatettiin väestön tietyt ikäryhmät terveyden- ja sairaanhoidon piiriin. Vaikka toimintojen järjestämisvastuu oli kunnalla ja se sai siihen valtionapua, olivat toiminnat hajanaisia eikä kunnalla ollut hallinnollisesti yhtenäistä organisaatiota toiminnan ohjaamisessa. Osa toiminnoista oli kunnan terveydenhoitolautakunnan toimialalla ja osa sosiaalilautakunnan vastuulla. Terveydenhuollosta vastaavilla kunnallisilla viranhaltijoilla

oli valtion viranomaisen vahvistama ohjesääntö, jonka perusteella valtion viranomainen pääasiallisesti ohjasi toiminnassa työskenteleviä viranhaltijoita. (Sinkkonen-Nikkilä 1988, 41-42.)

Voimaansaatetun terveydenhoitolainsäädännön perusteella kunnallinen avoterveydenhuolto kohdistui synnyttäjiin, lapsiin ja koululaisiin. Kättilöt antoivat synnytysapua ja neuvoja äitiyshuollossa sekä tarkkailivat äidin terveydentilaa. Terveysisarien tuli huolehtia kotien yleisten terveydellisten olojen parantamisesta ja kiinnittää huomiota tuberkuloosin leviämisen torjumiseen ja kansakoululaisten terveydentilaan sekä antaa neuvoja sairaanhoidosta. Kaikessa oli tarkoituksena jatkuvuuden periaate. Järjestelmä pohjautui siihen, että näitä palveluja saavat kaikki varallisuuteen tai asuinpaikkaan katsomatta. Näiden kohdistettujen toimintojen ulkopuolelle jäivät aikuisryhmät. Sosiaalihuollon laitoksissa olevien ”hoidokkien” terveydenhuollosta vastasi erikseen sosiaalilautakunta.

Kansanterveystyö kehittyi eri lakien puitteissa osajärjestelmien pohjalta. Yhtenäistä, suunnitelmallisuuteen pohjautuvaa, koko kansanterveystyön kenttää koskevaa lainsäädäntöä ei ollut. Terveyspoliittisessa keskustelussa kiinnitettiin huomiota lääkäripulaan. Sen olemassa olon nähtiin hidastavan sairaalalaitoksen kehittämistä ja kahlitsevan avoterveydenhuollon vastaanotto toiminnan laajentumista. Lääkäripalvelusten vähäisyys ja yksityissektorin palvelusten hintataso asettivat esteitä hoitoon hakeutumiseen. Myös sairaudenajan toimeentulon puutteet olivat niitä epäkohtia, jotka olivat keskusteluissa esillä. Ratkaisun toi sairausvakuutuslaki (1963/364). Sitä voidaan pitää 1960-luvun merkittävimpänä terveyspoliittisena lakina. Lain mukaan yhteiskunta ryhtyi osittain antamaan korvausta maksetuista lääkäripalveluksista, lääkkeistä, tutkimus- ja hoitokustannuksista sekä matkakustannuksista aiheutuneita kustannuksia ja maksamaan sairastuneelle päivärahaa toimeentuloturvana. Laki sellaisenaan ei lisännyt terveyspalvelujen määrää eikä korjannut niiden alueellisessa jakautumassa ollutta epäsuhtaisuutta (Sinkkonen-Nikkilä 1988, 43).

Sosiaalisen ajattelun voimistuessa yhteiskunnassa odotettiin valtiovallalta aikaisempaa enemmän palveluksia kansalaisille. Kansalaisten hyvinvointi asetettiin 60-luvulla yhteiskuntapolitiikan toimintaperiaatteeksi. Yhteiskuntapolitiikan toiminta tuli ihmiskeskeiseksi. Sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja yhteiskunnallisten erojen tasoittaminen nousivat vallitsevaksi yhteiskuntapolitiikan saralla. Sosiaalisten erojen vähentämisen nähtiin tuovan yhteiskunnallista turvallisuutta. Terveystaloudellisesti sairauden aikaisen taloudellisen tuen antamista pidettiin tervehtymismahdollisuuksia lisäävänä. Yhä selkeämmin yhteiskunnan kehittyessä huomattiin kansanterveystyötä koskevien lakien jääneen jälkeen yhteiskunnassa liikkuvista käsityksistä. Lääkintäpalvelukset eivät jakaantuneet kysynnän mukaisesti, vaan siihen vaikuttivat muut kuin terveydelliset seikat (Kuusi, 1961, 4-14).

Maailman terveysjärjestön tutkimusohjelmaan kuuluvana tehtiin 1960-luvulla seitsemässä maassa samanaikaisesti Haastattelututkimus terveydenhoitojärjestelmästä, sairastavuudesta ja terveyspalvelujen käytöstä. Euroopassa tutkimus tehtiin Englannissa, Tshekoslovakiassa, Puolassa ja Suomessa. Muut tutkimuksen maat olivat Amerikan mantereen maita. Pääkaupunkiseutu oli täällä tutkimuskohteena sen vuoksi, että siinä voitiin selkeästi määritellä terveydenhoitopalveluksiin pääsymahdollisuus ja ne tekijät, jotka olivat sidoksissa sairastavuuteen ja hoitokulutukseen. Suomessa oli alhainen avoterveydenhoitopalvelusten tarjonta. Korkea sairastavuus oli yli 45 vuotta täyttäneillä, 15-44 vuotiaiden ikäryhmässä miesten sairastavuus oli yli keskitason ja naisilla juuri hieman alle keskitason. Erityisesti yli 65-vuotiaiden naisten sairastavuus oli korkea. Lääkärin vastaanotolle hakeutui 77 % sairauden vuoksi ja terveystarkastukseen vain 12 %. Sairaalapalveluksia käytti (vä-

hintään yksi yö sairaalassa) vain 12 % haastatelluista. Suomessa oli yleensä huono palvelusten saanti. Kansainvälisessä tutkimuksessa saatuja tuloksia käytettiin hyödyksi kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisessä. Yhä laajemmin vakiintui käsitys yhteiskunnan sosiaalipoliittisiin velvollisuuksiin kuuluvana huolehtia siitä, että terveydenhuoltopoliittiset näkökohdat ovat etusijalla lääkintäpalvelujen jakautumisessa. Haluttiin uudistaa ja yhtenäistää kansanterveystyötä ja ottaa huomioon alalla tapahtunut edistyminen. (Kaitaranta 1977, Kuusi 1961, 252-253.)

Tämänkaltaisten mielipiteiden ollessa taustana asetettiin 1960 kansanterveyskomitea selvittämään mahdollisuuksia kansanterveystyön tehostamiseksi. Asiaa tutkiessaan komitea totesi kansanterveystyötä koskevien lakien ja säännösten sisältyvän moniin lakeihin, olevan hajanaisia ja vaikeasti hallittavia, vanhentuneita ja muuttuneisiin yhteiskunnallisiin oloihin soveltumattomia. Voimassa olevaa lainsäädäntöä voidaan, komitean mielestä, huonosti soveltaa taloudellisten olojen, liikenteen järjestelyjen ja tiedonvälityksen parantumisen vaikutusta. Tämä tulisi ottaa huomioon kansanterveystyön järjestelyissä ja mahdollisuudet sen edelleen kehittämisessä. (Kansanterveyskomitean mietintö 1965: B 72, 14-15.)

Komitea määritteli kansanterveystyöllä tarkoitettavan kaikkea sitä toimintaa, mikä tavalla tai toisella liittyy maassa harjoitettavaan terveydenhuoltopoliittikkaan sen pyrkiessä terveydentilan jatkuvaan kohottamiseen ja ylläpitämiseen. Koko väestöön kohdistuvana on tarkoituksenmukaisella ja riittävän tehokkaalla tavalla järjestetyllä kansanterveystyöllä katsottava olevan keskeinen asema maan sosiaalipoliitikassa yleensä. Komitea totesi siihenastisen terveydenhuollon kohdistuneen pääasiassa nuorempiin ikäluokkiin, mutta väestön terveydentilan jatkuvan kohoamisen turvaamiseksi olevan tarpeellista ulottaa järjestelmällinen terveydenhuolto myös varttuneempiin ikäluokkiin. Väestön ikärakenteessa tapahtuvat kehitykset ja muutokset olisi voitava kansanterveystyön järjestämisessä ottaa huomioon. (em. mietintö 1965: B 72 8.)

Komitea rajasi tehtävänsä kansanterveystyön alue- ja paikallishallintoa koskevaksi sekä yksilöön kohdistuvaan terveyden- ja sairaanhoitoon ja lääkinnälliseen kuntouttamiseen. Työn ulkopuolelle jäivät sairaaloiden ja sairaanhoitolaitosten toimesta annettava sairaanhoito ja lääkinnällinen kuntouttaminen.

Kansanterveystyön yleisen hallinnon järjestämisessä todettiin lääkintöhallituksen olevan se keskushallinto, jonka tehtäviin kuuluu johtaa, ohjata ja suunnitella koko maan kansanterveystyötä. Kansanterveystyön aluehallinnon järjestämistä varten on lääninhallitukseen perustettava kansanterveystoimisto, jonka päällikkö lääninlääkäri, läänineläinlääkäri ja tarpeellinen muu henkilökunta antaisivat määräyksiä ja ohjeita sekä valvoisivat kansanterveystyön paikallista toteuttamista (em. mietintö 1965: B 72, 20-23). Komitea ehdotti, että kuntaan on perustettava terveyslautakunta huolehtimaan kansanterveystyön tehtävistä, mutta kunnat voisivat perustaa tarvittaessa kansanterveystyön kuntainliittoja vastaavaa työtä varten. Terveydenhoitolaissa (1965/469) säädettiin kunnallinen terveydenhoitolausakunta pakolliseksi.

Mietinnön mukaan kansanterveystyöhön kuuluvana on järjestettävä terveysneuvontaa jo olemassa olevan äitiys- ja lastenneuvolatoiminnan lisäksi yleisiä terveystarkastuksia ja huolehdittava tarkoituksenmukaisesta varhaisraanhoidosta, jotta pitkäaikaisen sairaanhoidon tarvetta voitaisiin vähentää sekä hammashoitoa laajennettava ikäryhmittäin ja kohdistettava työ hammassairauksien vastustamiseen. Siihen saakka kouluhallituksen valvonnassa ollut kouluterveydenhoito on siirrettävä lääkintöhallituksen alaiseksi toiminnaksi. Komitea katsoi yleislääkärijohtoisen pitkäaikaissairanhoidon järjestämisen kuuluvan

terveyskeskukselle. Sen sijaan erikoislääkärijohtoinen sairaaloissa tapahtuva sairaanhoito vaatii suurempaa väestöpohjaa ja siten myös sairaalalain mukaista kuntien yhteistoimintaa erikoislääkärijohtoisten alue- ja keskussairaaloiden ylläpitämisessä.

Vielä komitea määritteli väestöpohjaan perustuvat normit eritasoisen kvalifoidun henkilökunnan palkkaamiseksi ja totesi kansanterveystyötä suorittavien viranhaltijoiden olevan oikeuksiensa ja velvollisuuksiensa osalta samassa asemassa kuin kunnan muutkin viranhaltijat. Tämä merkitsi huomattavaa muutosta vallinneeseen käytäntöön. Kansanterveystyön järjestämistä varten on uudistettava valtionapuseränsäntö kuntamuodosta riippumatta siten, että valtionapu määräytyisi kunnan taloudellisen kantokyvyn mukaan. (em. mietintö 1965: B:72, 66, 73.)

Saamiensa lausuntojen jälkeen sisäasiainministeriö asetti kansanterveystoimikunnan tarkistamaan kansanterveyskomitean mietintöä, millä tavoin siinä olevat ehdotukset voitaisiin toteuttaa kokonaisuutena. Mietinnössään toimikunta lausui, että pienet paikallissairaalat on kiinteästi liitettävä kunnanlääkäriin johtamaan avosairaanhoitoon. Kansanterveystyö monista alalohkoistaan huolimatta on muodostettava toiminnalliseksi kokonaisuudeksi niin, että erilaiset osatoiminnot tukevat toisiaan. Kunnan vastattavana olevaa kansanterveystyötä on kehitettävä järjestelmällisesti ja sen kehittämiseksi on laadittava toimintasuunnitelma ja siinä selvitettävä toimintoja koskevat yksityiskohdat. Suunnitelma on alistettava valtion viranomaisen vahvistettavaksi, jotta saavutettaisiin alueellista yhtenäisyyttä koko maassa. (Kansanterveystoimikunta 8, 10, 12.)

Kansanterveystoimikunnan ehdotus kansanterveyslaiksi oli luonteeltaan puitelaki, jollaista ei aikaisemmin lainsäädännössämme ollut käytetty. Yleisen hallinnollisen järjestelyn lisäksi lakiehdotuksessa annettiin kunnan velvollisuudeksi tuottaa yleisluonteisesti määriteltäviä terveyspalveluja terveyskeskuksessa, jonka henkilökuntaan kaikki kunnan terveydenhuollon henkilöstö kuuluu. Valtakunnallista terveydenhuoltotyötä varten lääkintöhallituksen tulee laatia kansanterveystyölle 5-vuotissuunnitelma ja alistaa se sosiaali- ja terveysministeriön vahvistettavaksi.

Hallituksen esityksessä kansanterveyslain tavoitteeksi asetettiin siirtää terveyspolitiikan painopiste terveydenhoitoon ja avosairaanhoitoon luomalla hallinnolliset ja taloudelliset edellytykset kunnalliselle perusterveydenhoidolle ja sen suunnitelmalliselle kehittämiselle. Yksinomaan sairaaloissa annettavan sairaanhoidon ei nähty olleen riittävä parantamaan kansan yleistä terveydentilaa. Sairaalahoidon voimakas tukeminen oli osaltaan johtanut siihen, ettei terveydenhuolto ollut laajentunut sairauksien ennakolta ehkäisyyn ja terveydenhoitoon siinä määrin, kuin kansanterveydentilan yleinen kohottaminen olisi vaatinut. Yhteiskunnan pyrkimyksenä ja tehtävänä katsottiin olevan edistää väestön terveydentilaa. (Kuusi 1961, 274, Sintonen 1981, 4-5, Vauhkonen 1978, 67.)

Kansanterveyslaki (28.1.1972/66) tuli voimaan saman vuoden huhtikuun alusta. Lain yleisenä periaatteena on, että kunta vastaa ja toteuttaa kansanterveystyön. Sen itsensä on tuotettava (muutettiin myöhemmin järjestämisveloitukseksi) terveyskeskuksessa tarjottavat palvelukset vahvistetun kansanterveystyön viisivuotissuunnitelman mukaisesti.

Ennen lain voimaantuloa valtioneuvosto vahvisti jo maaliskuussa lain mukaisen (3 §) valtakunnallisen suunnitelman kansanterveystyön järjestämisestä viittä seuraavaa vuotta varten. Suunnitteluvollisuus laajennettiin sairaalalain (561/65, 6a §) muutoksella (550/72) koskemaan myös sairaalalaitosta. Valtioneuvosto vahvisti valtakunnallisen viisivuotissuunnitelma sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä, että se yhdessä kansanterveystyön järjestämisestä muodostaa kokonaisvaltaisen ohjelman terveydenhuollon järjestämisestä.

Kansanterveyslain mukaan ”Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä siihen liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.” (1972/66 1§).

.2 Terveyspoliittisia tavoitteita

Vuoden 1974 aikana valtioneuvosto antoikin yhtenäiset valtakunnalliset suunnitelmat kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä vuosina 1975-1979 ja siten vuosittain uuden viisivuotissuunnitelman. Valtakunnallisten suunnitelmien tavoitteena oli ohjata kuntien yhteistoimintaa ja kehittää kansanterveystyötä ja sairaanhoitolaitosten toimintaa, jotta niistä muodostuisi saumattomasti toinen toisiaan täydentävä yhtenäisesti toimiva terveydenhuolto-organisaatio. Toisaalta terveydenhuoltojärjestelmän perustana on kuntien ja valtion keskinäinen yhteistyö. Kunnat edustavat paikallista ja toteuttavaa asian-
tuntemusta, valtio taas antaa toimintaan pitkäjännitteisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta. (Niemelä-Laurinkari-Elo 1979, 45.)

Valtakunnallisissa suunnitelmissa kansanterveystyön järjestämisestä olivat väestön terveydentilan parantamiseksi terveyspoliittisina tavoitteina

1. lisätä terveyden- ja sairaanhoidon peruspalveluksia
2. tehostaa merkittävimpien kansantautien ehkäisyn ja hoidon järjestämistä sekä
3. vähentää palvelusten tarjonnassa alueellisia eroja.

Suunnitelman mukaisesti terveyskeskuksen tehtävänä oli järjestää palveluksia kunnalliskodin asukkaille, päivähoidossa oleville lapsille, koululaisille ja työterveydenhuollossa oleville. Palvelusten kehittämisessä annettiin etusija terveydenhuollolle ja avosairaanhoidolle. Terveysneuvonta oli kehitettävä kaikkia ikäryhmiä koskevaksi, raskauden ehkäisyneuvonta oli toteutettava ja väestön yleisiä terveystarkastuksia järjestettävä. Järjestelmällistä hammashoitoa laajennettiin vuosittain uusiin ikäluokkiin ja kouluterveydenhoidon piiriin otettiin oppi- ja ammattikoululaiset sekä opiskelijat. Kotisairaanhoidon edellytyksiä piti parantaa. Terveydenhuollon tavoitteena oli auttaa terveyttään vaalivia kansalaisia ja tarjota sairauksia ennakolta ehkäiseviä palveluksia terveyden ylläpitämiseksi. (Kuusi 1961, 275, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 44-48, Valsu 1972-86.)

Sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisessä kehoitettiin

1. poliklinikoiden, tuberkuloosi- ja huoltotoimistojen toimintaa kehittämällä lisäämään terveyden- ja avosairaanhoidon palveluksia
2. turvaamaan tavallisimpien sairauksien hoitamisessa tarpeellisten palvelusten saanti kaikille niitä tarvitseville
3. vähentämään palvelusten tarjonnassa vallitsevia alueellisia eroja sekä
4. kehittämään yhteistoimintaa ja sairaanhoidon porrastusta eri sairaanhoitolaitosten sekä niiden ja terveyskeskusten välillä.

Pääperiaatteena sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisessä oli, että sairaalat järjestivät väestölle erikoislääkärijohtoisen sairaanhoidon. Keskus- ja aluesairaaloitten velvollisuutena oli olla terveyskeskusten kanssa yhteistyössä siten, että väestölle voitiin tarjota erikoislääkärin tutkimuksia ja hoitoa tarkoituksenmukaisesti välttäen asiakkaiden kohtuuttomia matkakustannuksia ja työajan menetyksiä.

Sairaanhoidon porrastamisella odotettiin päästävän tarkoituksenmukaiseen, adekvaatisen hoidon mukaiseen sairaansijojen käyttöön sekä keskussairaalan, tuberkuloosi- ja mielisairaaloiden keskeisellä yhteistyöllä pyrittiin pääsemään keuhkosairauksien ja psykiatristen sairauksien hoitopaikkojen vähentämiseen. Sairaaloissa tehtävän kansanterveystyön osa-alueeksi otettiin turvallisiin ja terveellisiin elintapoihin ohjaava terveyskasvatus, työterveyshuolto, lääkinnällinen kuntoutus ja yhteistyön tehostaminen terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. (Valsu 1972-86.)

Keskussairaalan kuntainliitolle annettiin velvollisuudeksi keskussairaalapiiriikohtaisessa toimintasuunnitelmassa koordinoita alueen kuntien ja kuntainliittojen kansanterveystyön toimintasuunnitelmat. Erityisesti laboratorio- ja röntgenpalvelusten sekä patologian palveluksia oli voitava tuottaa alueen terveyskeskuksille ja sairaaloille tarkoituksenmukaisella tavalla ja joustavasti. Keskussairaalan laatimassa alueellisessa viisivuotissuunnitelmassa tuli sopeuttaa alueen erikoissairaaloiden ja keskussairaalan suunnitelmat valtakunnallisessa suunnitelmassa esitetyllä tavalla läänikohtaisiin taloudellisiin ja toiminnallisiin mahdollisuuksiin.

Valtakunnallisissa suunnitelmissa vuosittain kehitettiin ja laajennettiin niin terveyskeskusten kuin sairaanhoitolaitostenkin työtä ja toimintaa sopeutumaan paremmin terveydenhuollon yleisiin tavoitteisiin ja taloudellisiin mahdollisuuksiin. Terveyspolitiikan toimintaperiaatteena on ollut suunnitelmallisesti tavoite korjata palvelujärjestelmän epäkohtia, sopeuttaa toiminta taloudellisiin resursseihin, ottaa huomioon väestön ikärakenteessa ja sairastavuudessa tapahtuneet muutokset. Lähtökohtana on ollut terveyden edistäminen eikä vain terveyspalvelusten lisääminen. (Valsu 1975-79.)

Yleinen terveyspolitiikka osana keskeistä sosiaalipolitiikkaa piti tavoiteltavana kansalaisten hyvää terveydentilaa ja otti huomioon siihen tähtäävät toimenpiteet yhdessä terveyteen vaikuttavien muiden toimien kanssa. Terveyspalvelujen katsottiin olevan sosiaalisia perushyödykkeitä, joita tulee voida antaa tasa-arvoisesti kaikilla yhteiskunnallisilla tasoilla. Tähän tähtäävää pyrkimystä tuki hyvin niin kansanterveystyön kuin sairaanhoitolaitostenkin toiminnan suunnittelua koskenut viisivuotissuunnitelma, jossa oli otettava huomioon väestön ikärakenne ja väestölle annettavien palvelusten aktiivinen toteuttaminen aikatauluineen. Terveyspolitiikka koettiin tärkeäksi kunnallisen sosiaalisen politiikan lohkoksi. Kuntien yhteistoiminnan onnistumisen edellytyksenä nähtiin olevan asianmukaisesti järjestetty väliportaan hallinto ja sen ohjaava vaikutus. Kansanterveystyötä koskeneen lainsäädännön kokoaminen yhteisen puitelain alaisuuteen ja kansanterveyslaissa olevat hallintoperiaatteet toivat merkittäviä muutoksia peruskuntien terveydenhuoltoon. (Aer 1974, 23-24, Niemelä-Laurinkari-Elo 1979, 45.)

Terveydenhuollon suunnittelun alalla päästiin vähitellen muotomääräysten purkamisessa varsin pitkälle. Taloudellisten voimavarojen riittävyyteen sopeutuminen ja toiminnan suunnitelmallisuus ja yhtenäisyys edellyttivät, että terveydenhuollon sisällä terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä sekä sairaaloiden kesken toteutettiin rationaalista työnjakoa. Tärkeänä tavoitteena pidettiin sairaalahallinnon hajanaisuuden vähentämistä. Sairalahallinnon kokonaisvaltaisessa kehittämisessä nähtiin tarpeellisenä luoda yhtenäinen hallintojärjestelmä, jossa yhtenäinen aluehallinto vastaisi terveydenhuollon järjestämisestä alueella. Keskitetty alueellinen hallinto antaisi yhtenäiset tavoite- ja toimintaohjeet ja laitoksien hallinto päätösvaltansa rajoissa ratkaisi, miten tulokseen päästään. Toisaalta, vaikka terveydenhuollossa nähtiin monia hyviä hallinnollisia uudistuksia, valtakunnallisten suunnitelmien mukaisen menettelyn seuraaminen oli varsin kahlitsevaa ja sidottua, suunnitelman vahvistuksella ja

sen noudattamisella vähennettiin valtakunnassa terveydenhoidossa olevia alueellisia eroja, mutta joissakin paikoissa se hidasti palvelujen kehittämisen nopeutta. (Laine 1975, 12-15, Leppo 1975, 28-29, Niemelä-Laurinkari-Elo 1979, 47-48, Pitsinki 1975, 31-38, Sorsa 1975, 9.)

Hallituksen vuonna 1986 hyväksymässä terveystoliittisessa ohjelmassa ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” todetaan kansanterveystyön ja myös erikoissairaanhoidon järjestelmän vakiintuneen. Erikoissairaanhoidon osaaminen ja kokemus ovat välittyneet kansanterveystyöhön sitä täydentäen. Terveyskeskuksen ja eri sairaanhoitolaitosten kesken hoidon porrastus oli vapauttanut sairaansijoja tarpeenmukaiseen hoitoon. Sen sijaan erikoissairaanhoidon antavien yleissairaaloiden, mielisairaaloiden ja tuberkuloosisairaaloiden hallinto oli ollut hajanainen ja se oli estänyt henkilökunnan ja voimavarojen rationaalisen käytön. Sairaaloimintojen uudelleen arvioinnissa oli otettava huomioon hoitokäytäntöjen muutokset ja avosairaanhoidon aikaisempaa suurempi käyttäminen.

Eritoten mielisairaiden hoidossa tuli ottaa huomioon hoitokäytäntöjen muutos ja avosairaanhoidon käyttö. Psykiatrista avosairaanhoidon tuli kehittää ja mielenterveyden sairaanhoidon painopiste siirtää sairaalahoidosta avohoitoon. Psykiatrisen sairaanhoidon järjestämisessä oli siirryttävä alueellisen väestövastuun periaatteeseen muodostamalla mielenterveyspalveluista toiminnallinen kokonaisuus yhdessä perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kanssa. Mielenterveystyössä ja psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa akuuttisairaanhoidon tehostamisella ja avosairaanhoidon lisäämisellä pyritään vähentämään sairaalapaikkoja. Vuoden 1996 valtakunnallisessa suunnitelmassa voitiinkin todeta psykiatristen laitoshoitopaikkojen määrän vähentyneen vastaamaan väestön tarvetta monissa sairaanhoitopiireissä. Sen sijaan psykiatrista avohoitoa ei ollut vielä onnistuttu järjestämään tyydyttävästi, koska sen rakenteen korjaamista ja avohoitopalvelujen kehittämistä pidettiin edelleen välttämättömänä jatkaa. (Terveyttä kaikille 1986, 114-121, Valsu 1996.)

Keskussairaaloiden asema alueen sairaanhoidon kehittäjänä tuli aikaisempaa voimakkaammaksi, kun valtakunnallisissa suunnitelmissa annettiin keskussairaalapiiriä koskevia ohjeita myös eri sairauksien hoidon järjestämisestä.

Vuosien 1993-1996 valtakunnallisessa suunnitelmassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä todettiin kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmän uudistuneen. Vastuu jäi kunnille. Käyttökustannusten valtionosuus maksettiin kuntien valtionosuuslain mukaan (1992/688) 1993 lähtien vain kunnille, ei kuntainliitoille. Samanaikaisesti valtiovalta leikkasi kunnille maksettuja valtionosuuksia ja korosti kuntien velvollisuutta subjektiiviseen oikeuteen perustuvan palvelun järjestämistä. Lainsäädäntö velvoitti kunnat järjestämään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja asukkaille, mutta se ei säännellyt aikaisemmin olleen tavan mukaan yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä ja järjestämistapaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon erityislakien hallintosäännöksiä kumottiin.

Vuodesta 1993 lähtien valtakunnallisissa suunnitelmissa on esitetty sosiaali- ja terveystoliittisiä tavoitteita, jotka pohjautuivat suurelta osin ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000” Suomen terveystoliittisen selonteon eduskuntakäsittelyyn 26.-27.3.1985. Vaikka terveydenhuollon järjestämisvastuu, ilman valtionohjausta, jäi yksinomaan kunnalle, pidettiin selvänä, että asukkaille järjestetyt erityislaeissa tarkoitetut välttämättömät peruspalvelukset vastaavat maassa yleisesti hyväksytyä tasoa. Ellei näin ole, ja kunnasta johtuvista syistä on vakavia puutteita, voi sosiaali- ja terveystoliittisen perusturvalautakunta antaa suosituksia palvelu-

järjestelmän saattamiseksi asianmukaiselle tasolle. Valtion viranomaisen velvollisuus seurata kuntien asukkailleen antamien palvelujen tasoa säilyi edelleen. Tästä on esimerkkinä Etelä-Suomen lääninhallituksen määräys Hämeenlinnan kaupungille kohottaa vanhainkodin hoitotasoa. (Valsu 1993-1996, Helsingin Sanomat 17.9.2000.)

Hoidon porrastamiseen kiinnitettiin huomiota, että ihmiset saisivat elämäntilanteensa kannalta tarkoituksenmukaisinta perus- ja erityispalveluja kuntien taloudellisten voimavarojen puitteissa. Avohoidon monipuolistamisella ja lisäämisellä on mahdollista vähentää tarpeetonta laitoshoidoa lisäämällä lyhytjaksoista sairaanhoitoa ja avosairaanhoidon käynnittämiä.

Erikoissairaanhoidolaki yhdisti somaattiset ja psyykkiset sairaudet saman lain alle yhdeksi sairauskokonaisuudeksi. Tavoitteena oli alentaa psyykkiseen hoitoon hakeutumisen kynnystä ja lähentää se osaksi muuta sairaudenhoitoa sekä olla osana palvelujärjestelmän uudistusta. Sairaanhoidon koskevan lainmuutoksen aikoihin alkoi Suomessa taloudellinen lama. Laman seurauksena kuntien verotulojen väheneminen ja valtionapujen kokonaismäärän pieneneminen johtivat kunnallisten palvelujen leikkaamiseen. Valtakunnallisen sairaanhoidon suunnitelman mukaisesti psykiatrista sairaalahoitoa supistettiin ja potilaita siirrettiin avohoitoon, mutta avohoidon henkilökunnan lisäystä ja hoidon kehittämistä ei tapahtunut samassa määrin. Kaikki nämä - lama, työttömyys, sairaalahoidon supistaminen - aiheuttivat vähennyksen mielenterveyspalveluissa ja eivät siten vastanneet todellista tarvetta. Myöskään lasten ja nuorten psykiatristen palvelujen tarve ei ollut riittävä eikä vanhusten mielenterveyspalveluihin ollut varauduttu ennakolta. Etenkin vanhemmat ihmiset ovat kokeneet kontaktien puutteen vuoksi turvattomuutta. On tarpeen lisätä kokonaisvaltaista, yksilön huomioon ottavaa ihmisläheistä yhteistyötä kotihoidossa, perusterveydenhoidossa ja sairaalahoidossa. Vanhus ikäluokkien hyvinvoinnin lisäämisellä ja heidän palvelujensa parantamisella voidaan ennakolta ehkäistä ongelmien syntyä. (Valsu 1999-2000, Taipale 1996, Biaudet 2000, 30.)

4. HYVINVOINTIVALTION KAUSI

1 Kliinisestä instituutista Helsingin Yleiseen Sairaalaan

Vahvistaessaan Turun yliopiston erioikeudet 1809 keisari oli kehottanut konsistoria tekemään ehdotuksensa yliopiston laajentamiseksi ja vahvistamiseksi. Ehdotuksessaan konsistori esitti lääketieteellisen tiedekunnan vahvistamiseksi perustettavaksi sen yhteyteen kliinisen instituutin sairaiden hoitoa ja lääketieteellistä opetusta varten. Sairaansijoja olisi neljää erikoisalaa varten ja potilaiden hoidosta olisivat vastanneet lääketieteen ja kirurgian professorit. Ylin valvonta olisi ollut lääketieteellisellä tiedekunnalla. Keisari hyväksyi vuonna 1824 ehdotuksen. Vuonna 1827 tapahtuneen Turun palon jälkeen, kun pääkaupunki siirrettiin Helsinkiin, tuli keisarin määräys siirtää myös yliopisto ja sen yhteyteen perustettu kliininen instituutti Helsinkiin. Kliininen instituutti avattiin Helsingissä 1833. Kun instituutin potilasmäärä oli liian pieni lääketieteellistä opetusta varten, määräsi keisari vuonna 1835 Helsinkiin rakennettavan valtion omistaman ja kustantaman lääninsairaalan ja veneerisen hoitolan yhdistettäväksi yliopiston kliiniseen laitokseen. (Heiniö 1968, 17, Kauppinen 1987, 17-19, Pesonen 1980, 188-196.)

Yliopiston kliinisen instituutin, opetussairaalan, ja lääkintöhallituksen välille ilmaantui muutaman vuoden kuluttua toimivaltakiista. Lääkintöylihallituksen (lääkintöhallituksen) velvollisuuteen kuului huolehtia sairaanhoidon järjestämisestä maassa kaikille sitä tarvitseville. Opetussairaalan ylilääkärien, professoreiden, virkatehtäviin kuului opetuksen järjestämisen lisäksi opetussairaalaan otettujen potilaiden hoitaminen. Kun lääkintöhallituksen pääjohtaja oli pyytänyt sairaalan johtajaa antamaan hänelle tietoja sairaalassa hoidetuista potilaista, oli ylilääkäri ilmoittanut olevansa velvollinen antamaan tietoja sairaalan toiminnasta vain yliopiston johdolle, ei lääkintöviranomaisille. Samaa mieltä oli myös lääketieteellinen tiedekunta, joka ehdotuksessaan opetussairaalan henkilökunnalle annettaviksi johtosäännöiksi oli lausunut, että kliinisen instituutin ja synnytyslaitoksen tuli kuulua yliopistolle. Johtosääntöehdotuksien edettyä senaattiin hankittiin siihen lääkintöhallituksen lausunto. Sen mukaan sairaalakompleksi olisi erotettava yliopistosta ja yliopiston opetustoimintaa varten tulisi rakentaa uusi sairaala. Senaatti yhtyi lääkintöhallituksen lausuntoon ja niin keisari päätöksessään vuonna 1841 määräsi kliinisen instituutin, synnytyslaitoksen ja lääninsairaalan erotettavaksi ”Alexanderin yliopistosta” ja asetettavaksi lääkintöhallituksen ”alaiseksi” ja sen valvontaan. Päätöksen mukaan tuli valtion kustantamana rakentaa lääketieteellisen opetuksen järjestämistä varten ”välittömästi yliopiston alainen” yliopiston klinikka, joka oli lääketieteellisen tiedekunnan valvonnassa. Myöhemmin kirjoitettiin asianomaisiin lakeihin lääkintöhallitukselle kuuluva terveyden- ja sairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta. (Helsingin Yleisen Sairaalan järjestelykomitea 1841, Soininen 1968, 7-8, Pesonen 1980, 196-207.)

Lääkintöhallituksen alaisiksi siirretyistä sairaaloista muodostettiin (1841) yleinen sairaala. Sen ohjesäännön mukaan jokaisella Uudenmaan läänistä olevalla oli mahdollisuus päästä sairaalaan hoidettavaksi, mikäli tilat sen sallivat. Läänin ulkopuolelta olevalla potilaalla ja ulkomaalaisellakin oli samoin edellytyksin mahdollisuus päästä sairaalaan. Sairaala toimi siten kaupungin, Uudenmaan läänin ja koko maan asukkaiden sairaanhoitolaitoksena. (Heiniö 1968, 17, Pesonen 1980, 201, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 28-29.)

Kun kävi ilmi, että opetustarkoituksiin rakennettu uusi kliininen instituutti, opetussairaala, oli liian pieni opetustarkoituksiin, ehdotti von Haartmanin johdolla toiminut komitea, että yleistä sairaalaakin tulisi käyttää lääkäreiden kouluttamiseen. Sen mukaisesti Senaatin päätöksellä medisiininen opetus annettiin myös yleiseen sairaalaan. Lääkintöhallituksen pääjohtajan johdolla toiminut komiteakin totesi parhaimmaksi ja valtiolle vähiten kustannuksia aiheuttavaksi, että kliininen instituutti ja yleinen sairaala yhdistettäisiin yhdeksi laitokseksi. Komitean ehdotuksen mukaisesti annetulla asetuksella ”Uudenmaan lääninsairaalan Helsingin yleinen sairaala saadaan yhdistää Helsingin yliopiston kliiniseen sairaalaan ja Helsingin yliopiston alaiseksi”. Näin asetuksen mukaisesti yleinen sairaala sai nimen Helsingin Yleinen Sairaala. Vuonna 1861 siinä oli 350 sairaansijaa ja viisi osastoa: sisätautien, kirurginen, synnytys- ja lastentautien, veneerinen (sukupuolitautien) ja patologis-anatominen osasto. Sairaalassa annettiin myös polikliinista hoitoa. Osastojen esimiehinä olivat vastaavien alojen professorinvirkojen haltijat. Sairaalan taloudellis-hallinnollinen johto oli sairaalalautakunnalla, jonka puheenjohtajana oli lääkintöhallituksen pääjohtaja ja muina jäseninä sairaalan osastojen esimiehet, ”minkä lisäksi laitos yleisenä sairaanhoitolaitokseksi sekä sairaanhoidon että hallinnon puolesta kuuluu pääjohtajan ylimpään valvontaan”. Vuonna 1872 perustettiin sairaalaan 25 vuodetta käsittävä silmäosasto. (Pesonen 205-207, Soinin 10-11, Helsingin sairaalakomitea 1858-1860, Asetus 17/1860 Helsingin yleisen sairaalan siirtämisestä yliopiston kliinisen instituutin alaiseksi.)

Helsingin yleisen sairaalan toiminta laajeni ja sairaansijojen määrä lisättiin, kun rakennettiin kirurginen sairaala. 1900-luvun alussa sairaalan eri rakennuksissa oli 559 sairaansijaa. Sairasosastoja oli seuraavasti: sisätauti-, kuppatauti-, kirurginen, lapsenpäästö-, lasten-, naisten tautien ja silmätautien sekä patologis-anatominen osasto. Sairaalahallituksen puheenjohtaja ja varapuheenjohtaja määrättiin vuonna 1900 valittavaksi sairaalan osastojen esimiesten joukosta. Sairaalan talous oli määritelty valtion tulo- ja menoarviossa ja sairaalan toiminnallisista seikoista vastasi sairaalahallitus. (Pesonen 1980, 445, 564.)

Vuonna 1922 Helsingin yleisessä sairaalassa, jonka osastot olivat vanhassa ja uudessa klinikassa sekä Unioninkatu 38:ssä, olivat sisätautien, patologis-anatominen, iho- ja kuppatautien, silmätautien, ”klinillisen-propedeuttinen” (käytännölliseen lääketieteeseen valmistava), naistentautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien ja kirurginen osasto sekä synnytysosasto ja lastenosasto. Näissä oli yhteensä 702 sairaansijaa. Lisäksi olivat röntgenlaitos ja sisätautien poliklinikka. (Suomen vakinainen menoarvio vuodelle 1922.)

Kun yliopiston käytössä olleet Helsingin yleisen sairaalan tilat tulivat vanhoiksi ja eivät vastanneet tarkoitustaan opetusta antavalle laitokselle, herättivät yliopiston opettajat kysymyksen, voisiko Helsingin kaupunki ryhtyä yhteistoimintaan yliopiston kanssa uusien sairaalarakennuksien saamiseksi. Asiaa selvittämään asetettiin vuonna 1926 komitea, jonka mielestä yhteistyöstä olisi hyötyä. Se ehdotti, että Helsinki rakentaisi omistamalleen keskussairaala-alueelle sairaalan ja valtio antaisi avustusta tieteellisten laitosten aiheuttamiin lisäkustannuksiin. (Komiteanmietintö 7/1933.)

Suunnitelma Helsingin kaupungin sairaalalojen kehittämistä varten valmistui vuonna 1933. Sen mukaisesti Helsinki rakentaisi, jos valtio osallistuisi kustannuksiin, ”Helsingin keskussairaalan” kaupungin sairaansijatarpeen tyydyttämiseksi ja yliopiston lääketieteellistä opetusta varten. Kun eduskunta samana vuonna oli sitä mieltä, että valtion on rakennettava ja ylläpidettävä lääketieteen kandidaattien opetuksessa tarvittavat laitokset, piti lääkintöhallitus parhaimpana, että valtio rakentaisi yliopistoklinikoiden sairaalat ja luovuttaisi niistä sairaansijojen Helsingin kaupungin käyttöön, raukesi Helsingin tarjous. Tilanteessa ei

siis tapahtunut mitään muutoksia. Asia kuitenkin kypsyi valtion puolella ja niin se lopulta ilmoitti suostuvansa yhteistoimintaan ja rakentavansa Meilahden alueelle yliopistosairaalarhman ehdolla, että Helsingin kaupunki varaa sovittavan määrän sairaansijoja ja sitoutuu maksamaan niiden perustamiskustannuksista 50 % ja osallistumaan vuosittain kunnossapito- ja käyttökustannuksiin 50 %:lla käyttämäänsä hoitopäivää kohti. Sopimus tehtiin vuonna 1939. Se raukesi, kun Helsingin yliopistollinen keskussairaalaliitto perustettiin.

2 Helsingin yliopistollinen keskussairaalapiiri 1957 - 1990

.1 Kuntainliitto aloittaa

Eduskunta hyväksyi 20.1.1956 sairaalalain, jossa säädettiin, että yleisten sairaaloiden perustamista ja ylläpitämistä varten valtakunta jaetaan keskussairaalapiireihin, joihin kuuluvat valtioneuvoston määräämät kunnat. Laki edellytti, että yliopisto-opetuksen sekä muun sairaala- ja terveydenhoitohenkilökunnan koulutuksen järjestämistä varten on yliopistollisia keskussairaaloita niissä keskussairaalapiireissä, joissa on lääketieteellinen tiedekunta, siis mm. Helsingissä. Jotta yliopisto olisi riittävän itsenäinen johtaessaan yliopistollisessa sairaalassa suoritettavaa lääketieteellistä työtä ja opetusta, oli sen varattava itselleen sellainen määrä hoitopaikkoja, että potilaita voidaan tieteellisten ja opetuksellisten näkökohtien mukaan ottaa keskussairaalapiiriin ulkopuoleltakin kuntien sairaansijojen käyttöoikeutta vähentämättä. (Komiteanmietintö 1956:51.)

Lain mukaan valtion oli määrä rakentaa Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Hyks, ja luovuttaa se valmiina kuntainliitolle, johon kuuluvat Helsingin kaupungin ohella Uudenmaan läänin kunnat sekä Helsingin yliopisto. Seuraavan vuoden helmikuussa valtioneuvosto määräsi perustettavaksi Helsingin kaupunkiin keskussairaalan. Sairaalan tuli omistamaan ja sitä hallitsemaan keskussairaalaliitto, jonka jäseniä ovat keskussairaalapiiriin kuuluvat kunnat ja keskussairaalapiirissä sijaitseva yliopisto. Sairaalan perustamiseksi allekirjoittivat 15.2.1957 Suomen valtion puolesta lääkintöhallituksen, Helsingin yliopiston ja keskussairaalapiiriin kuuluvan 44 kunnan edustajat Helsingin yliopistollisen keskussairaalan perustamiskirjan.

Liite 1: Hyksin jäsenkunnat 1957, ja niiden varaamat sairaansijat.

Sairaalan nimeksi tuli Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Hyks. Helsingin yliopistollinen keskussairaalaliitto, jonka perussääntöä oli valmisteltu ja käsitelty kesästä alkaen, aloitti toimintansa 5.10.1957. (Helsingin kaupungin sairaalalaitoksen historia, 690-691, Hyks-kertomus 1957-58, Pesonen 1980, 564-575, sairaalalaki 1956/49, laki yliopistollisista keskussairaaloista 1956/392.)

Perustamiskirjan mukaan keskussairaalassa oli oleva, sitten kun sen oli määrä tulla valmiiksi rakennetuksi vuoden 1972 loppuun mennessä, vähintään 3.277 sairaansijaa, joista olisi Helsingin yliopiston opetuspaikkoja 400, kuntien merkitsemiä sairaansijoja yhteensä 1918 sekä valtion kustantamana 959 sairaansijaa. Valtion varaamien sairaansijojen määrän tuli olla vähintään puolet kuntien sairaansijojen määrästä. Aloittaessaan toimintansa

1.3.1957 keskussairaalan sairaansijojen määrä oli 1.897 ja vuoden 1958 lopulla 1.923. Niistä oli yliopiston sairaansijoja 33 %, Helsingin sairaansijoja 47 % ja muiden kuntien sairaansijoja 19 %. Valtio vastasi kustannuksista yliopiston omistamien hoitopaikkojen osalta suhteutettuna keskussairaalan hoitopaikkojen kokonaislukuun ja jäsenkunnat omistamiensa hoitopaikkojensa osalta suhteessa sairaansijojen kokonaislukuun. Täten laskennallisesti valtion kustannusosuus yliopiston 400 hoitopaikan osalta oli 17,3 % ja kuntien kustannusosuus 1918 hoitopaikan osalta 82,7 %. (Sairaalalaki 1956/49 8, Hyksin toimintakertomus 1958.)

Helsingin yliopistollisen keskussairaalaapiirin perustamisella valtio siirsi maan johtavan, yliopistollista opetusta ja korkeatasoista hoitoa antavan Suomen suurimman keskussairaalan ylläpito- ja toimintavastuun kunnille. Sairaalakokonaisuus muodostui puitteiltaan ja rakenteiltaan hyvin eritasoisista kiinteistöistä, joista jotkin rakennukset olivat ”Alexanderin yliopiston” alkuajoilta, joten ne eivät, eivätkä myöhemminkään valmistuneet, vastanneet ajan vaatimuksia. Suurelta osin käyttöön annetut tilat olivat vuokratiloja, joista valtio vielä peri itselleen vuokran kuntainliitolta.

Suomen valtio luovutti 28.2.1958 Helsingistä entisen Helsingin yleisen sairaalan sairaalat ja irtaimistot tontteineen Helsingin yliopistolliselle keskussairaalaliitolle – omaksi

Meilahdesta: – naistentautien - ja synnytysklinikan (valmistunut 1934)
– lastentautien klinikan (valmistunut 1945)
– silmä-, korva- ja kurkkutautien klinikan (valmistunut 1951)

Kasarmikadulta: – kirurgisen sairaalan (valmistunut 1888)

Lapinlahdentieltä: – Lapinlahden sairaala (valmistunut 1841)

Kumpulasta: – Kumpulan sairaalan

Töölöstä: – entisen SPR:n sairaalan (Töölön sairaalan)
(valmistunut 1932)

ja – vuokrasi

Helsingin yleisen sairaalan I ja II osastoryhmän sairaalat ja vanhan klinikan:
– Unioninkatu 33:ssa (1821 valmistuneet) rakennukset
– Unioninkatu 33:ssa (1848 valmistuneen) rakennuksen
– Snellmaninkatu 14:ssa (1833 valmistuneen) ”vanhan klinikan” rakennuksen.

Keskussairaalan käyttöön annetut sairaansijat merkitsivät 58 % perustamisasiakirjassa mainitusta sairaansijojen kokonaismäärästä. Huonetilojen määrä oli riittämätön. Kesti kymmenen vuotta ennen kuin saatiin rakennetuksi Töölön sairaalaan lisärakennus, Meilahteen sädehoitoklinikka ja Meilahden sairaala. Eri aikoina luovuttiin eräistä sairaalarakennuksista. Vuoden 1968 lopussa oli Hyksissä 3.170 sairaansijaa.

Liite 2: Hyksin klinikat ja sairaansijat 1958 ja 1968 antaa numeraalisen kuvan eri klinikoissa tapahtuneesta sairaansijamuutoksista ja sairaansijojen lisäyksestä. Sairaalan osastot toimivat varsin monessa eri rakennuksessa.

Kun Meilahden klinikka valmistui, tutkittiin tämän merkittävän saavutuksen kunniaksi vanhoja valtioneuvoston arkistopapereita. Niissä todettiin lokakuun 19 päivänä 1908 tapahtuneessa esittelyssä, että ”päätettiin Hänen Keisarillinen Majesteettinsa Nikolai II, että Keisarillisen Aleksanterin yliopiston tulevia klinikoita varten on varattava Meilahden alue.” Ehdotuksen mukaan Meilahden alueelle, joka ostettiin 1.4.1909 päivätyllä kauppakirjalla, oli päätöksen mukaan rakennettava 645 sairaansijaa (Hyksin toimintakertomus 1965-68).

Meilahden sairaalan käyttöönotto lisäsi sairaalan sairaansijoja 45 %:lla, mutta vielä vuonna 1968 oli valtion rakennusvelvollisuutta toteuttamatta 465 sairaansijaa. Näiltä osilta yliopistollinen sairaala toimi edelleen vuokralaisen asemassa Helsingin yliopiston tiloissa ja Suomen Pankille luvatuissa tiloissa. Valtio jatkoi sairaalatiilojen vuokrasopimusta. Vielä vuonna 1978 Suomen sairaalalaitosrakentamisen 10-vuotisohjelman ollessa käsittelyssä ei siihen ollut varattu ainoatakaan Hyksin hanketta. Sen sijaan valtiovarainministeriön edustaja neuvotteluissa kehotti sairaalaa luovuttamaan vuokratilat pois. Vasta sen jälkeen, kun sairaalanjohtaja Relander ilmoitti sairaalan voivan luopua kyseisistä tiloista aikaisintaan silloin, kun valtio on rakentanut lupauksensa mukaisesti vastaavat tilat Meilahden alueelle, saatiin rakentamishjelmaan ensin neljä Hyksin kiireellisintä hanketta. Myöhemmin tarvittavat lisärakentamiset käsiteltiin valtioneuvoston hyväksymässä valtakunnallisessa suunnitelmassa.

Keskussairaalapiiriin asukasluvun kasvaessa ja sen vuoksi, että keskussairaalapiiriin ulkopuoliset kunnat käyttivät keskussairaalaa, lisääntyi kiireellisen hoidon tarve, mutta sen lisäksi myös pitkäaikaispotilaiden, jotka eivät olleet yliopistosairaalan hoidon tarpeessa, määrä lisääntyi. Myös kandidaattiopetusta tarvittiin lisää. Sairaansijamäärää lisättiin sairaalan sisäisiin järjestelyihin ja kunnostuksiin niin, että vuoden 1969 lopussa oli sairaansijoja 3178. Pelkästään Helsingin seutukaava-alueen kahdeksan kunnan sairaansijatarve jo olemassa olevien lisäksi olisi vaatinut 420 sairaansijaa vuoteen 1975 mennessä. Näiden ohella olisi tarvittu mielisairaspaikkoja ja pitkäaikaisairaansijoja. Tarvittavan hoidon aloittamiseksi ja laadun parantamiseksi muodostettiin leuka- ja plastiikkakirurgia, tapaturmapotilaiden paineen kasvaessa perustettiin tapaturma-asema, ostettiin Allergiasäätiöltä allergiasairaala vuonna 1970 ja kytkettiin allergiatutkimus sairaalan toimintaan, ostettiin Radium-koti ja liitettiin se sädehoitoklinikkaan vuonna 1972, Sotainvalidien Veljesliitto ry:ltä ostettiin aivovammasairaala neurologian klinikan kuntoutusyksikköä varten ja samoin vuonna 1978 Helsingin Munuaistautiyhdistykseltä avohoitodialyysiasema. Kotidialyysitoiminta voitiin aloittaa. Vuoden 1972 lopussa oli sairaansijamäärä 3237. (Hyksin toimintakertomus 1965-73.)

.2 Hallinnon muutokset

Silloin, kun sairaala oli vielä Helsingin yleinen sairaala, päätti eduskunta sen talousarviosta valtakunnan tulo- ja menoarvion yhteydessä. Päättävä elin oli siis varsin kaukana toiminnasta ja siltä osin taloudesta päättäminen oli kankeaa. Muutoksien saaminen, ylityksien tai uusien määrärahojen hakeminen talousarvioon oli ajallisesti pitkällisen prosessin tulos sairaalasta eduskuntaan. Yleisen sairaalan taloutta ja hallintoa hoiti sairaalahallitus, jonka jäseniä olivat sairaalan osastojen esimiehet ja lääkintöhallituksen määräämä puheenjohtaja.

Kun sairaalan omistajaksi ja ylläpitäjäksi tuli kuntainliitto, muuttui hallinto muodollisesti, mutta ei kovinkaan paljon tosiasiallisesti. Helsingin yliopistollisen keskussairaalali-

ton päättävä elin on liittovaltuusto, johon kukin kunta valitsi varaamiensa hoitopaikkojen mukaan 1-3 jäsentä ja lääketieteellinen tiedekunta enintään kolme jäsentä. Liittohallituksessa oli yhdeksän jäsentä, joista viisi oli lääketieteellisen tiedekunnan edustajaa ja neljä kuntien edustajaa.

Sairaalan toiminnallinen suunnittelu, ohjaus ja taloushallinto olivat klinikkakohtaiset. Yliopistollisista sairaaloista annetun lain mukaan keskussairaalan lääketieteellistä ja sairaanhoidollista toimintaa johti sairaalahallitus. Sen muodostivat klinikoiden ylilääkärit, jotka valitsivat keskuudestaan sairaalan johtajaylilääkärinä toimivan puheenjohtajan. (Hyksin toimintakertomus 1964, laki yliopistollisista keskussairaaloista 1956/392 8-9 §.)

Ruotsinkielistä yliopisto-opetusta varten olevien osastojen asioita käsittelemässä oli liittohallituksen alaiseksi asetettu liittovaltuuston valitsema johtokunta. Sen jäseninä olivat ruotsinkielisten ja kaksikielisten kuntien ruotsinkielistä väestöä edustavat henkilöt sekä ruotsinkielistä opetusta antavia yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opettajia (Hyksin toimintakertomus 1964, Ask. 1956/392, 6-7 §.)

Kun sairaalan lääketieteellistä ja sairaanhoidollista toimintaa johti klinikoiden ylilääkäreistä kokoonpantu sairaalahallitus, jonka velvollisuus oli antaa lausuntoja ja tehdä aloitteita liittohallitukselle ja -valtuustolle, ja kun liittohallituksessa oli lääketieteellisen tiedekunnan edustajilla enemmistö, oli yliopistolla (klinikoiden ylilääkäreillä) sairaalan toiminnallisessa johtamisessa huomattava ammatillinen ja tosiasiallinen määräysvalta. Kun vielä lääkintöhallituksella oli mahdollisuus määrätä niin liittohallitukseen kuin sairaalalautakuntaankin edustajansa ottamaan osaa keskusteluun, mutta ei päätöksen tekoon, oli nähtävissä valtiovallan yhdessä yliopiston kanssa pitävän hallussaan voimakkaan otteen ja tosiasiallisen päätösvallan kunnallisesta sairaalahallinnosta.

Vuonna 1966 muutettiin liittohallituksen jäsenten valintaa siten, että liittovaltuusto valitsi liittohallitukseen yhdeksän jäsentä kahdeksi vuodeksi kerrallaan. Yliopiston edustajien jäsenluku ja suhde muuhun kokoonpanoon pysyi ennallaan.

Vuoden 1976 kunnallislain 112 §:n säädöksen vuoksi tehtiin Hyksin perussääntöön muutos, jossa liittohallituksen jäsenmäärä nostettiin 9:stä 12:een. Se helpotti suhteellisuusperiaatteen toteuttamista. Kun kunnallislaki velvoitti ottamaan huomioon jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien ryhmien kunnallisvaaleissa saaman ääniosuuden kuntainliiton alueella, noudatettiin samaa suhteellisuusperiaatetta liittohallituksen asettamien toimikuntien vaaleissa ottaen huomioon myös yliopiston osuus, mikä oli ulkopuolella poliittisen suhteellisuusperiaatteen. Vasta nyt tulivat kunnalliset luottamushenkilöt voimakkaammin mukaan asioiden valmisteluvaiheeseen ja päätöksentekoon. Se merkitsi kunnallisen demokratian tuloa sairaalamailmaan. (Hyksin toimintakertomus 1977.)

Muutos tapahtui myös vuonna 1981 uudessa yliopistollisia keskussairaaloita koskevassa laissa (1981/244). Laki lisäsi kunnallisten elinten päätösvaltaa. Siinä annettiin yliopistolle oikeus nimetä liittohallitukseen kaksi jäsentä. Myös sairaalahallituksen jäsenten valintaa koskevat säädökset muuttuivat siten, että sairaalahallituksessa on puheenjohtajana ja varapuheenjohtajana liittovaltuuston toimikaudekseen valitsemat keskussairaalan johtajaylilääkäri ja hänen varamiehensä sekä liittovaltuuston päätöksen mukaan liittovaltuuston toimikaudekseen valitsemaa 7-9 ylilääkärinä. Sairalahallituksesta tuli vasta nyt liittohallituksen alainen toimielin. Ruotsinkielistä opetusta antavien yksiköiden asioita käsittelevän johtokunnan jäsenten osalta tapahtui muutos siten, että yliopiston määräämillä lääketieteellisessä koulutusyksikössä opetusta antavilla opettajilla jäsenyys johtokunnassa muuttui läsnäolo- ja puheoikeudeksi. Valinnat tapahtuivat liittohallituksen esityksestä. Laki antoi vasta nyt

sairaalanjohtajalle, hallintoylihoitajalle ja johtavalle ylihoitajalle (sittemmin hallintoylihoitajalle) sairaalahallituksen kokouksissa läsnäolo- ja puheoikeuden. Laissa lueteltuja asioita lukuun ottamatta sovellettiin sairaalahallitukseen kunnallislain lautakuntaa koskevia säännöksiä ja sairaalalautakunnan asioita voitiin siirtää liittohallituksen käsiteltäväksi. (Hyksin toimintakertomus 1977,7, Ask. 1981/244, 7, 9-10 §.)

.3 Uudenmaan sairaanhoitolaitokset ja toimintatausta

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan aloittaessa toimintansa vuoden 1958 alussa oli Uudenmaan väkiluku vajaat 786 000 henkeä. Näistä asui Helsingissä (liitteessä käytetty lyhennystä ”HSHP”) 56 % ja muun Hyks-piirin alueella 44 % (Orimattila ja Ruotsinpyhtää eivät kuuluneet sairaanhoitopiiriin). Vuoteen 1960 mennessä se oli kasvanut 830 000 henkeen, josta Helsingin väkiluku oli edelleen 56 %. Vuoteen 1968 mennessä Hyks-piirin väkiluvun kasvu oli 18 % eli asukasluvu nousi vajaaseen 983 000 henkeen. Suurin väestömäärän kasvu keskittyi Helsinkiin, 50 000, ja etenkin Helsingin ympäristöön, pääasiassa Espooseen ja Helsingin maalaiskuntaan (Vantaalle) 85 000 henkeä eli 23 % kasvusta. Hyks-piiriin väkiluku saavutti 983 000 asukkaan määrän, josta Helsingissä asuvia oli 54 %. Muuttoliike jatkui edelleen voimakkaana ja kohdistui ensisijaisesti Helsingin ympäristökuntiin sekä pääradan varren taajamiin. Hyks-piiriin väestö ylitti 1974 miljoonan rajan ja saavutti vajaan 1 064 000 asukkaan määrän, kasvua oli 8 % vuodesta 1968 vuoteen 1974. Helsingin asukasmäärä väheni ja muun Hyks-piiriin (liitteessä käytetty lyhennystä ”USHP:n”) väkiluku kasvoi 108 500 hengellä.

Vuonna 1958 sairaansijat olivat keskittyneet pääosaltaan Helsinkiin. Hyksillä oli käytössä 1 718 yleissairauksien sairaansijaa ja psykiatrian hoitopaikkoja 180. Helsingillä oli omissa sairaaloissaan 1 331 sairaansijaa. Muista Uudenmaan eritasoisista sairaansijoista suurin osa oli läänin länsi- ja pohjoisosissa.

Liite 3: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1958 kertoo tarkemmin Uudenmaan sairaaloista, sairaansijoista, hoitopäivien lukumäärästä, keskimääräisestä hoitoajasta ja sairaansijojen kuormituksesta. Yleissairauksissa keskimääräinen hoitoaika varsin pitkä ja kuormitus korkea, joten potilasvaihto hidas.

Hyksin sairaansijoja lukuun ottamatta Helsingillä oli 84 % keskussairaalapiiirin yleissairausajoista. Mielisairausajoja Helsingillä oli eri sairaaloissaan kaikkiaan 1 743 sairaansijaa eli 59 % Hyks-piiriin vastaavista sairaansijoista ja muilla Hyks-piiriin kunnilla mielisairausajoja yhteensä 1 218. Tuberkuloosiparantoloiden hoitopaikkoja muun Hyks-piiriin kunnilla oli 658 eli 58 % ja Helsingillä omissa sairaaloissaan 495 hoitopaikkaa. Helsingillä oli sairaansijaosuuksina hoitopaikkoja muun Uudenmaan mielisairaloissa ja tuberkuloosiparantoloissa. Etelä-Suomen mielisairaanhoidopiiriin Tammiharjun sairaalan ja Etelä-Suomen tuberkuloosipiiriin Meltolan sairaalan hoitopaikkoja käytti myös Turun saariston ruotsinkielinen väestö. Valtion sairaalana olivat Kätilöopiston sairaala sekä Sotilassairaala Tilkka. Allergiasäätiö oli vuonna 1947 perustanut allergiasairaalan yksityisenä hoitolaitokseksi, josta kunnat saivat ostaa sairaanhoito-osuuksia (sairausajoosuuksia), mutta sairaala oli säätiön omistuksessa.

Vuoteen 1960 mennessä huomattavimmat sairaansijamuutokset olivat Länsi-Uudenmaan aluesairaalan perustaminen Tammisaareen ja Porvoon aluesairaalan perustaminen Porvooseen ja paikallissairaalan avaaminen Loviisassa ja Lohjalla. Hyksin sairaansijojen määrä kasvoi 2045 hoitopaikkaan.

Liite 4: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1960 esitetty Hyksin sairaansijat sekä Helsingin ”HSHP” että muun Uudenmaan ”USHP” väestö sekä niiden sairaansijat ja käyttö. Edelliseen (liite 3) tilastoon verrattuna yleissairaaloiden hoitoaika hieman lyhentynyt ja kuormitus vähentynyt. Väestön määrä oli lisääntynyt.

Vuoden 1968 tilastojen mukaan Hyksin sairaansijat 3 170 olivat saavuttaneet suunnitellun määrän ja Lohjan sairaala oli saanut aluesairaalan oikeudet. Uudellamaalla hoito muuttua vähitellen aluesairaalataseiseksi.

Liite 5: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1968. Kahdeksan vuoden kuluessa hoitotavoissa ei ole kovin paljon tapahtunut muutoksia, sillä yleissairaaloiden hoitoajat ja kuormitus (sairaansijan käyttötensiteetti) ovat lähes ennallaan.

Terveyskeskustoiminnan alettua entiset kunnansairaalat muuttuivat terveyskeskusten sairaaloiksi tai, kuten silloin sanottiin, terveyskeskuksen vuodeosastoiksi. Varsinaisena muutoksena Hyks-piirin sairaansijoissa oli se, että Lastenlinna oli aloittanut toimintansa 78 kunnan kuntainliittona vuonna 1968. Sen suurimmat käyttäjäkunnat olivat Helsinki ja muut Uudenmaan kunnat. Vantaa oli saanut Helsingin Diakonissalaitokselta vuokrattuihin sairaansijoihin perustaa erikoislääkərijohtoisen paikallissairaalan, jonka vähäisestä alusta sairaansijamäärä kohosi sadan hoitopaikan vaiheille. Espoo puolestaan vuokrasi sisätautien ja kirurgian hoitopaikkoja Mehiläisen sairaalasta ennen Jorvin sairaalan avaamista.

Tarkasteltaessa Hyksin keskimääräisiä hoitoaikoja ja kuormitusta (sairaalan sairaansija/potilasvuorokautta) vuodesta 1958 lähtien on todettavissa, että hoitoaika oli varsin pitkä ja kuormituksessa (sairaansijan käyttöfrekvenssi) olisi ollut nostamisen varaa. Tosiasiallista muutosta ei tässä suhteessa tapahtunut ennen vuotta 1974, jolloin alueellisissa sairaanhoitosuunnitelmissa ryhdyttiin paremmin ohjaamaan hoitokäytäntöjä. Hoitoajan pituuteen lienee ollut vaikuttamassa se, että sairaalassa hoidettiin suhteellisen paljon pitkäaikaispotilaita, joiden palauttamisessa peruskunnan hoitoon lienee ollut hidasteita eikä potilasvaihdon suunnittelussa ollut yhteistyötä peruskunnan kanssa. Suurin piirtein samanlainen käytäntö oli myös Helsingin kaupungin ja muidenkin kuntien sairaaloissa. Ainoan poikkeuksen muodosti Hyvinkään sairaala, jossa hoitoaika oli huomattavasti lyhyempi ja kuormitus suurempi.

Liite 6: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1974. Väestömäärä kasvanut. Hyksissä kuormitus ja hoitoaika vähentyneet edelliseen tilastoon verrattuna. Aluesairaaloissa kuormitus suuri, hoitoaika lyhentynyt.

Ajalle ominaisesti psykiatrinen sairaalahoido perustui pitkään sairaalassa oleskeluun, jonka aikana potilaissa tapahtui ”hospitalisoitumista” ja avosairaanhoidon ja itsenäiseen asumiseen sopeuttamisen mahdollisuudet heikkenivät. Tuberkuloosisairaalahoidossa tapahtui tarkasteluajankohtana hoitoajan pituudessa lyhennystä, josta suurin ansio liittyi uusien lääkkeiden käyttöönotosta ja samalla hoitotavan varovaisesta muutoksesta. Vähitellen siirryttiin ”makuuttamisesta” aktiiviseen hoitoon.

.4 Sairaaloiminnan muutokset

Koko maassa oli sairaanhoitopaikoista puutetta keskussairaalaapiirin perustamisenkin jälkeen. Niin oli myös Helsingin yliopistollisessa keskussairaalaossa ja keskussairaalaapiirin alueella, etenkin Helsingin seudulla. Tätä hoitopaikkojen pulaa lisäsi vielä se, että kaikkia Hyksin peruskirjan mukaisia hoitopaikkoja ei ollut rakennettu. Osa oli rakennettu, mutta kokonaistoteuttamisen osalta valtiolta oli lyönyt sittemmin laimin velvollisuutensa. Lain mukaan valtion olisi pitänyt aikaisemmin rakennettujen lisäksi rakentaa vielä 465 hoitopaikkaa. Maan hoitopaikkojen vähyys aiheutti sen, että Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan tuli potilaita ulkopuolelta Uudenmaan läänin hakemaan hoitoa. Hoitoon hakeutuneet olivat keskimäärin vaikeammin sairaita, jotka vaativat aikaisempaa enemmän hoitoa. Vasta vuonna 1971 voitiin todeta keskussairaalaapiirin ulkopuolisten kuntien osuuden vähentyneen ja arveltiin muualla maassa saadun omia sairaaloita rakennetuksi. Lääketieteellisen toiminnan edistymisen vuoksi hoitoaikoja voitiin lyhentää ja tehostaa hoitoa. Muun muassa kirurgiseen sairaalaan perustettiin leuka- ja plastiikkakirurgiset yksiköt. Tapaturmapotilaiden määrän lisääntyä ei Töölön sairaala kyennyt selviytymään kasvaneesta paineesta, joten tapaturma-asema rakennettiin myös kirurgiseen sairaalaan. Sairaalaapiirin väestön määrä kasvoi 1970-luvun alussa voimakkaasti ja etenkin kiireellisen hoidon tarpeessa olevien määrä kasvoi jatkuvasti. Samalla myös pitkäaikaispotilaiden osuus lisääntyi. Oli pelättävissä, että ellei tälle ongelmalle löydetä käyttökelpoista ratkaisua, pitkäaikaispotilaat täyttävät sairaansijat, jolloin toiminnallinen teho ja paikkamäärä alenee ja henkilöstö ja laitteisto jää vajaakäytölle. (Hyksin toimintakertomus 1964 - 1972.)

Uudenmaan sairaalakeskusten parantuneiden hoitomahdollisuuksien vähitellen lisääntyä, joskaan ei riittävästi, voitiin porrastettua sairaanhoitoa yrittää toteuttaa Hyksissä aikaisempaa paremmin. Samanaikaisesti Helsingin seudulla asuvien vanhusten määrän lisääntyä kasvoi Hyksissä hoidettavien pitkäaikaispotilaiden määrä. Vuosina 1972-1977 Hyks-piirin sairaaloissa hoidettujen potilaiden määrä väheni 155-147/1000 asukasta kohti, mutta samanaikaisesti oli hoitopäivien lukumäärä lisääntynyt. Muutos oli yhtenäinen vanhusten sairaalakäytön kanssa ja johtui pitkäaikaispotilaiden hoitopaikkojen vähyydestä. Vaikka valtakunnallisten terveydenhoidon suunnitelmien mukaan terveyskeskuksissa hoidettiin mahdollisuuksien mukaan pitkäaikaispotilaita, vanhusiän sairauksien hoidosta (geriatriasta) jäi huomattava osa Hyksin järjestettäväksi. Kun Hyks-piirin väestöstä 10 % vuonna 1975 oli yli 65-vuotiaita, oli saman ikäluokan potilaita hoidetuista potilaista 1977 14,2 %, mutta hoitopäivistä heidän osuutensa oli 23,4 %. Ratkaisun löytämiseksi tähän ongelmaan perustettiin Hyksiin geriatrian tutkimus-, opetus- ja hoitoyksikkö, jolla oli mahdollisuus kuntoutus- ja poliklinikkatoimintaan. Pitkäaikaispotilaita hoitavalla kuntouttavalla osastolla suoritetun kokeilun jälkeen todettiin lääkäreiden koulutuksen kannalta olevan parempi, jos geriatrian osastoilla voisi hoitaa myös akuutteja sairaita eikä vain kuntoutettavia vanhuksia. Hyksin yli 75-vuotiaista potilaista vuonna 1980 oli lähes 40 % pitkäaikaisairaita, joiden osalta olisi tullut noudattaa terveydenhuollon työnjaon mukaista porrastusta, mutta laitospaikkojen niukkuuden vuoksi se ei ollut mahdollista. Perustason sairaanhoitopalvelusten osalta Hyks-piiri oli muuta maata huonommassa asemassa, kun mm. terveyskeskussairaansijoja oli huomattavasti vähemmän. Tämä vaikutti Hyksin toimintaan pitkäaikaisairaiden suurena määränä ja raskaana päivystystoimintana. Alueellisessa sairaanhoitolaitosten suunnitelmassa pyrittiin poliklinikkatoimintojen lisäämiseen. (Hyksin toimintakertomus 1977, 1980.)

Selvitettäessä eri kuntien osuutta Hyksin sairaanhoitopalvelujen käytöstä havaittiin siinä olevan suurta vaihtelua. Useat kunnat käyttivät sekä sairaalapalveluja että avohoitopalveluja kaksi kertaa enemmän asukasta kohti eräiden muiden kuntien vastaavaan käyttöön verrattuna. Avohoitokäyntien vaihtelu oli yhdestä käynnistä kolmeen käyntiin ja hoitopäivien käyttö 3-7 asukasta kohti verrattuna. Sairaalapalvelujen suurkäyttäjiä olivat pienkunnat, joiden muutosvauhti oli hyvin hidas. Hoitopäivien käyttäjäkunnat olivat myös avohoitopalvelujen suurkäyttäjiä. Sairaalahoido ei siis välttämättä korvannut avohoitopalveluja. Sairaalapalvelujen pienkäyttäjiä olivat taas kasvukunnat. Avohoitopalvelut eivät kuitenkaan korvanneet sairaalapalveluja. Ikärakenteessa vanhusten osuus merkitsi hoitopäivien käyttöä, joskaan se ei selittänyt suurkäyttöä. Johtopäätöksenä tutkimuksesta oli, että terveydenhuollon palvelujen käyttöä oli ohjattava vastuualuekohtaisesti. Sairaaloissa perittävä ylikäyttömaksu ohjasi terveydenhuoltoa epätarkoituksenmukaisella tavalla. Avoterveydenhuollon palvelujen tarpeen mukaista tarjontaa ja terveydenhuollon ja sosiaalitoimen saumaton yhteistyötä olisi sen vuoksi lisättävä. (Kunta terveystalouden käyttäjänä 1981.)

Alueellisen sairaanhoidon kehittämissuunnitelman järjestämiseksi Hyksin lääketieteellisiä asiantuntijoista kootut komiteat laativat mietintönsä erikoisaloittain silmätauti-, sisätauti-, kirurgian, keuhkosairauksien hoidon, lastenpsykiatrian, nuorisopsykiatrian, verenpainetaudin, sokeritaudin hoidon, allergisten sairauksien, iho- ja sukupuolitauti-, patologisten ja lääkinällisen kuntoutuksen alueelliset kehittämissuunnitelmat. Näin saatiin Hyksiin sairaaloiden käyttöön asiantuntijoiden suosittelemat yleiset hoitoperiaatteet. (Hyksin toimintakertomus 1975 - 1980.)

Hyksin velvollisuutena oli antaa oman piirinsä lisäksi Etelä-Saimaan ja Kotkan keskussairaalapiirien väestölle sekä Vaasan sairaanhoitopiirin ja Keski-Pohjanmaan keskussairaalapiirien ruotsinkieliselle väestölle erityistason palveluja, kuten neurokirurgiset tutkimukset ja leikkaukset, aikuisten avosydänleikkaukset, leukemiapotilaiden luuydinsiirrot, lapsivesitutkimuksia (tehtiin myös Oulun yliopistosairaalassa), lasten avosydänleikkauksia (koko maahan). Sosiaali- ja terveysministeriön 1991 päätöksen mukaan ainoana sairaalana Suomessa Hyksille kuuluivat elinsiirrot, huuli-suulakihalkiopotilaiden leikkaushoito, imeväisikäisten avosydänkirurgia, sydämen rytmihäiriöiden leikkaushoito, eräiden hemofiliapotilaiden vuotojen hoito ja leikkaushoito. (Hyksin toimintakertomus 1982, 1991.)

Maassa tapahtuneen muuttoliikkeen johdosta Hyksin piirin väestömäärä oli vuonna 1981 kasvanut jo 1,2 miljoonaan asukkaaseen ja kasvu oli jatkuvaa. Vanhusten osuus kasvoi ja heistä etenkin yli 75-vuotiaista suuri osa oli pitkäaikaissairaita, jotka tarvitsivat laitoshoidoa. Tämä aiheutti vilkasta keskustelua Hyksin mitoituksesta ja etenkin Helsingin kaupungin terveydenhuollon ja Hyksin välisestä työnjaosta. Vaikka valtakunnallisilla terveydenhuollon suunnitelmilla oli voitu ohjata voimavaroja sellaisiin peruspalveluihin, joista Hyks oli osin kantanut vastuun, oli Hyksin toiminnan laajentamista ja laadun kehittämistä hidastanut henkilökunnan niukkuus. Kun oli näkyvässä, että valtion ja jäsenkuntien taloudelliset voimavarat terveydenhuoltoon ovat rajalliset, nähtiin tilanteen hallitukseksi ratkaisuksi se, että Hyksin oli otettava vuoteen 2000 ulottuvan pitkän tähtäyksen toimintasuunnitelman tavoitteeksi toiminnan muuttaminen ja sairaansijojen vähentäminen oleellisesti siten, että vuonna 2000 niitä on 1900. Vapautuneilla henkilöstövoimavaroilla oli tarkoituksenaan kehittää Hyksiä korkeatasoisena yliopistosairaalana. (Hyksin tavoiteohjelma 2000, 1987.)

Sairaansijojen vähentäminen oli merkitsevä hoidon porrastuksen lähes täydellistä toteuttamista ja se taas vuorostaan vaati ennen kaikkea pitkäaikaissairaiden hoitomahdollisuuksien luomista Hyksin piiriin muihin laitoksiin. Se edellytti etenkin sitä, että Helsingin

kaupungin olisi tullut vähentää oleellisesti Hyksin käyttöä eli järjestää pitkäaikaispotilaiden hoito porrastuksen mukaisesti ja että muiden sairaaloiden suunnitelmat voivat toteutua. Tätä käsitystä tuki osin Göteborgissa tehty asukkaiden terveystutkimus, joka Hyksin suunnitelmien laadinnassa otettiin huomioon. Ihmisten eliniän kasvaessa terveydentilassa tapahtuu muutoksia ja vanhusikäluokissa muutokset ovat yleensä suurempia. Normaali vanheneminen tuo mukanaan kunnan heikentymistä ja toiminnallisia muutoksia. Somaattisessa sairaalahoidossa pitkäaikaisairaiden osuus osoitti iän kasvaessa hallitsevampaa osaa ja pitkäaikaisairaila lähes puolella oli verenkiertosairauksia. Sen lisäksi tulivat mielenterveyshäiriöt ja hengitystiesairaudet. Tilanteeseen oli nähtävissä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistoimilla saada muutosta hoitokäytäntöä jonkin verran muuttamalla ja tarjoamalla sosiaalihuollon tukemana tasokasta kotihoitoa, palvelutalosuomista ja parantamalla asukkaiden olosuhteita ja elämäntilanteita. Eri terveyden- ja sosiaalisektoreiden välisen yhteistyön positiivista merkitystä oli painotettu myös Köhlerin ja Martinin toimittamassa konferenssikoosteessa. Potilaille, jotka sairauden hoitamiseksi eivät tarvitsisi aktiivista sairaalahoitoa ja voisivat siten lähteä sairaalasta, täytyy tehdä mahdolliseksi lähteä. Tämä edellyttää kuitenkin julkisten sosiaalisten ja potilaan yksilöllisen tilan huomioon ottavien palvelujen varmistamista. Perusterveydenhuollolla on tärkeä rooli selvittää elinolosuhteet ja terveyden säilyttämisen uhkakuvat. Näiden selvitysten pohjalta kehitettiin Hyksin toimintoja uudelleen, pyrittiin kehittämään yhteistyötä ja työnjakoa keskussairaalapiirin muiden laitosten kanssa. Hyks keskittyi entistä enemmän vaativimpien ja kalleinta hoidon varustelutasoa tarvitsevien hoitoon. Sisäisin järjestelyin voitiinkin osoittaa voimavaroja avosydänkirurgian ja sydäntutkimusosaston kapasiteetin lisäämiseen. Kun jäsenkuntien verotulot yleisen taloudellisen tilanteen vuoksi jäivät ennakoitua pienemmiksi, pyrittiin Hyksin toiminta sopeuttamaan kuntien taloudellisiin mahdollisuuksiin. Tätä voitiin kompensoida uusia hoitomuotojen kehittämällä ja siten hoitoaikoja lyhentämällä. (Hyksin toimintakertomus 1982-1988, Alsu 1980-1984, Göteborgarnas hälsa 1979, 4-17, Köhler ja Martin 1984, 12-15.)

Hyksin liittovaltuuston jäsenet tahtivat saada enemmän tietoa sairaalan toimintaan liittyvistä asioista. Tämän vuoksi tehdyn aloitteen pohjalta liittovaltuusto 1979 kehotti suorittamaan kyselyn Hyksin työntekijöiden keskuudessa sisäiseen byrokraatiaan liittyvistä tarpeettomiksi ja epämielikkäiksi koetuista tehtävistä sekä ongelmista ja antamaan siitä selvityksen liittovaltuustolle. Saaduissa vastauksissa *henkilökunta piti Hyksiä varsin jäykänä ja byrokraattisena laitoksena, jossa menettelytavat ovat tärkeitä ja määrämuotojen noudattaminen tarkkaa. Päätösvalta oli selvästi mielletty keskitetyksi koko sairaalassa ja klinikoissa liian korkealle*. Tästä johtuen päätöksenteko oli hyvin hidasta. Hoitohenkilökunta piti kaikkein byrokraattisimpana organisaatiota ja päätöksen tekoa. Lääkärit katsoivat vain päätöksenteon byrokraattiseksi.

Yleensä ammatillisen eriytymisen, professionalismin, katsottiin menneen liian pitkälle. Potilaan saama hoito oli viipaloitu liian monille asiantuntijoille, joiden kesken esiintyi joustamattomuutta keskinäisissä työasioissa. Pitäydettiin tiukasti oman ammatin toimenkuvassa eikä siitä joustettu esimerkiksi ”alaspäin” tai ”sivulle”. Asiaan liittyi monia epäkohtia potilaan näkökulmasta katsottuna. Siitä huolimatta pidettiin yhteistyötä ammattiryhmien ja klinikoiden välillä hyvänä. Työmoraalia pidettiin hyvänä ja parhaimpana sen katsottiin olevan lääkäreillä ja hoitohenkilökunnalla. Nämä vuoroistaan olivat sitä mieltä, että työajasta kuluu tarpeettoman suuri aika tuottamattomaan paperityöhön, kun pitäisi hoitaa sinäkin aikana potilaita. Työn pakkotahtisuutta pidettiin suurena ja kun tähän otettiin mukaan vaikeat työasennot, vaikuttivat ne työtyytyväisyyttä heikentävästi. (Miten HYKS toimii, Osa 1, 1981.)

Hyksin klinikoissa tehdyssä potilashaastattelussa tiedusteltiin potilaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä hoitoon ja palveluihin sairaalassa. Siinä 14 % haastatelluista joutui mielestään odottamaan hoitoon pääsyä liian kauan, joskin vastaajat katsoivat päivystyspotilaiden liian pitkän odotusajan johtuvan osittain päivystyspoliklinikan potilasruuhkista. Suurin osa potilaista oli tyytyväinen saamaansa vastaanottoon. Ainoastaan 3 % kuvasi vastaanottoa negatiivisväyisest ja henkilökunnan käyttäytymistä sanoilla ”töykeästi”, ”yliolkaisesti” ja ”epäystävällisenä”. Vastaanotolla ei potilaalle selostettu kovinkaan paljon tehtävää hoitoa. Vasta sen jälkeen, kun potilas oli tullut sairaalan vuodeosastolle, 74 % potilaista ilmoitti saaneensa tietoa siitä, mitä hänen hoitoonsa kuuluu. Eri klinikoihin, niiden yksiköihin ja henkilökuntaryhmiin potilaat olivat yleensä tyytyväisiä. Potilaat pitivät henkilökuntaa ammattinsa osaavana ja auliina keskustelemaan asioista myös potilaiden kanssa. (Miten HYKS toimii, Osa 3, 1982.)

3 Alueellinen sairaanhoidon suunnittelu

.1 Uudenmaan alueen sairaanhoito

Kun oli tietoa siitä, että kansanterveyslaissa tulee määrättäväksi toiminnan suunnitteluvollisuus ja sama velvollisuus myös keskussairaalalle, asetti Hyksin liittovaltuusto vuonna 1971 sairaalasuunnittelutoimikunnan, jolle sitten tuli lakisääteinen keskussairaalapiirin alueella toimivien sairaanhoitolaitosten toimintaa koskevan alueellisen sairaanhoidon viisivuotissuunnitelman laatiminen. Tämä merkitsi Hyksin velvollisuuksien lisääntymistä ja osallistumista koko keskussairaalan toiminta-alueen sairaaloiden toiminnan kehittämiseen ja suuntaamiseen.

Suunnitteluvollisuuden piiriin kuuluvan kuntainliiton (sairaalan) tuli laatia oma viisivuotissuunnitelma, jota käytettiin osana koko keskussairaalapiirin suunnitelmaa valmistettaessa. Tähän työhön Hyksin liittohallitus asetti laajapohjaisen suunnittelutoimikunnan, jossa olivat edustettuina keskussairaalapiirin sairaalakuntainliitot, kunnat ja yliopisto, ja jonka työhön osallistuivat myös lääninhallituksen ja seutukaavaliiton edustajat. Lisäksi asetettiin useita työryhmiä laatimaan erikoisalakohdaisia sairaanhoidon kehittämissuunnitelmia. Alueellisen suunnittelun kehittämiseksi Hyks järjesti neuvottelutilaisuuksia piirin sairaanhoitolaitoksiin ja laitosten johtaville ja suunnittelusta vastaaville viranhaltijoille sekä laati käsikirjan helpottamaan sairaanhoitolaitoksissa suunnittelutehtäviin osallistuvien henkilöiden töitä. (Hyksin toimintakertomus 1971-74.)

Alueelliseen sairaanhoidon suunnitelmaan kuuluivat sairaalalain mukaiset yleissairaalat, mutta myös tuberkuloosi- ja mielisairaalalakiin mukaiset tuberkuloosipiirin (Kaavio 1) sairaaloiden ja -toimistojen sekä mielisairaanhuoltoapiirin (Kaavio 2) ja huoltotoimistojen toiminta. Suunnitelmaan sisällytettiin väestön sairaanhoidon tarpeiden mukaiset aluesairaaloiden laajentaminen, uusien perustaminen ja rakentaminen. Se, että valtakunnallisissa suunnitelmissa annettiin kehoitus tukea terveyskeskusten toimintaa laboratorio- ja röntgenpalveluksien ym. vastaavanlaisten palvelusten osalta, johti siihen, että sairaanhoitosuunnitelmissa otettiin huomioon terveyskeskustenkin toiminta.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tehtäviin kuului vaativan tason sairaanhoito- ja palvelusten järjestämisvelvollisuus Kotkan keskussairaalapiirin ja Etelä-Saimaan keskus-

sairaalapiirin väestölle sekä ensisijaisesti ruotsinkieliselle väestölle Vaasan ja Keski-Pohjanmaan keskussairaalapiireissä. Tämä osuus otettiin myös sairaanhoitosuunnitelmiin.

Sairaanhoidon alueellisen toiminnan eri tasojen yhteistyön lisäämiseksi ja porrastetun sairaanhoitojärjestelmän toteutumiseksi kehitettiin sairaalatoiminnan porrastusta ja järjestelyä sekä suunnittelua varten Hyks-piiriin (Kaavio 3) kaikkiaan 7 vastuualuetta, joilla jokaisella tuli olla sairaalakeskuksena toimiva alue- tai muu sairaala, ja joiden sairaalat ja sairaalakuntainliitot voisivat keskenään päästä kiinteään yhteistyöhön.

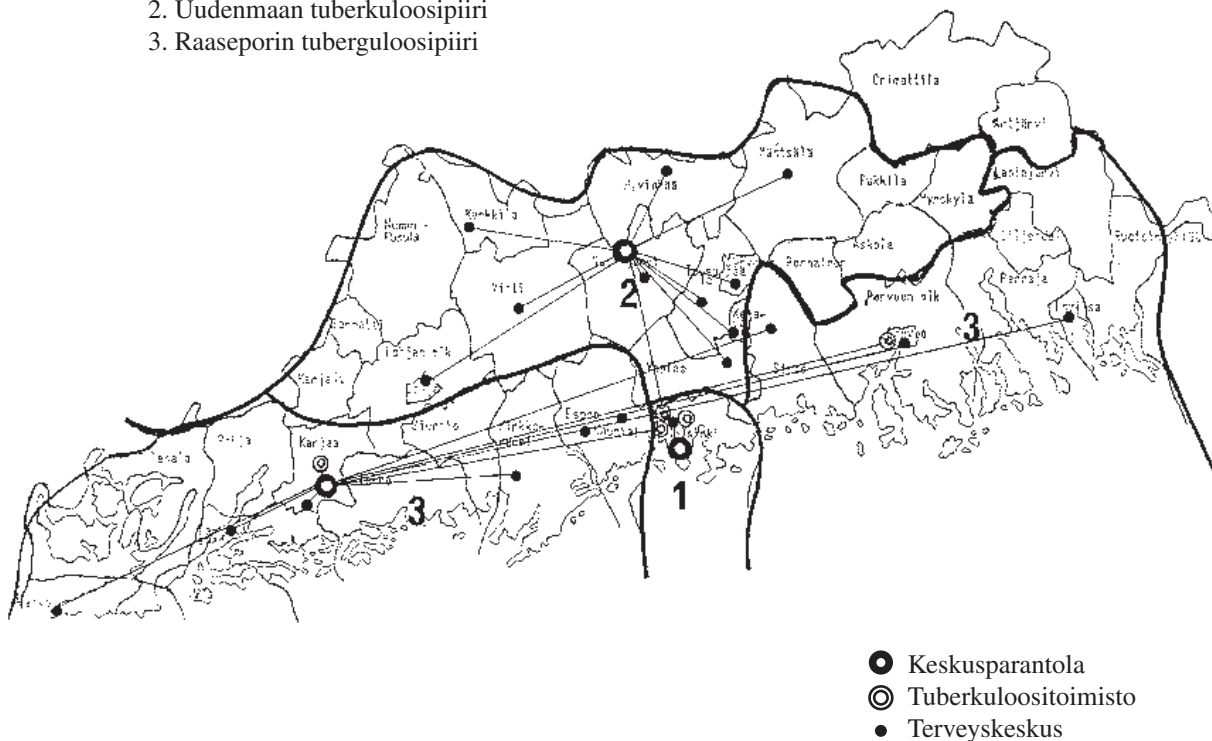
Liite 7: *Helsingin yliopistollisen keskussairaalapiirin sairaanhoidolliset vastuualueet* on selostettu yleissairaanhoidon vastuualueet, niiden kunnat ja sairaalat ja sairaalakuntainliitot sekä tuberkuloosi- ja mielisairaanhuoltopiirit sekä tuberkuloositoimistojen ja mielenterveystoimistojen sijaintipaikkakunnat.

Kaavio 1: Tuberkuloosihoidon vastuualueet Hyks-piirissä

Kartta 2

Tuberkuloosihoidon vastuualueet HYKS-piirissä

1. Helsingin tuberkuloosipiiri
2. Uudenmaan tuberkuloosipiiri
3. Raaseporin tuberkuloosipiiri



Kaavio 2: Psykiatrisen hoidon vastualueet Hyks-piirissä

Kartta 3

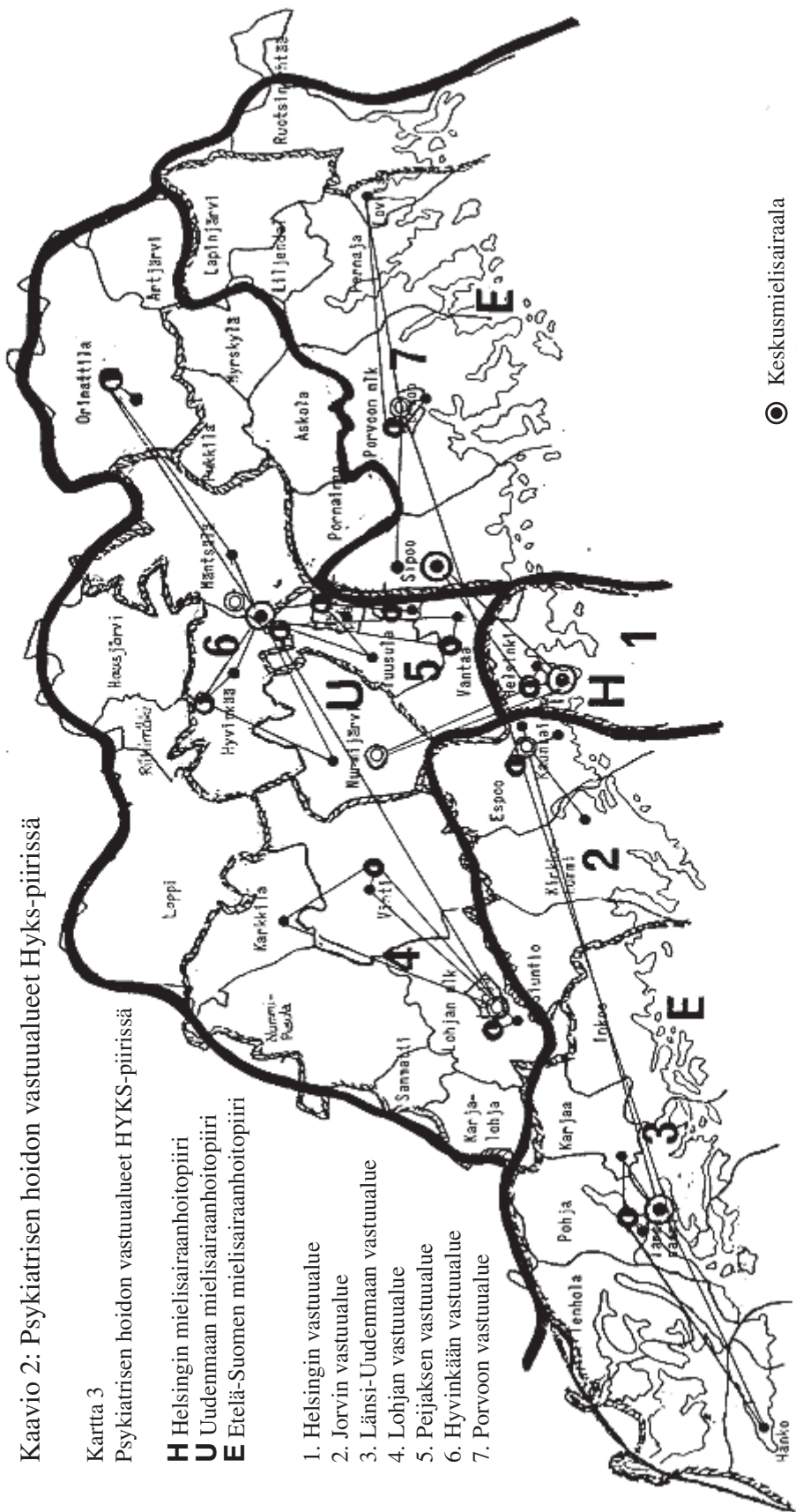
Psykiatrisen hoidon vastualueet HYKS-piirissä

H Helsingin mielisairaanhoidopiiri

U Uudenmaan mielisairaanhoidopiiri

E Etelä-Suomen mielisairaanhoidopiiri

1. Helsingin vastualue
2. Jorvin vastualue
3. Länsi-Uudenmaan vastualue
4. Lohjan vastualue
5. Peijaksen vastualue
6. Hyvinkään vastualue
7. Porvoon vastualue



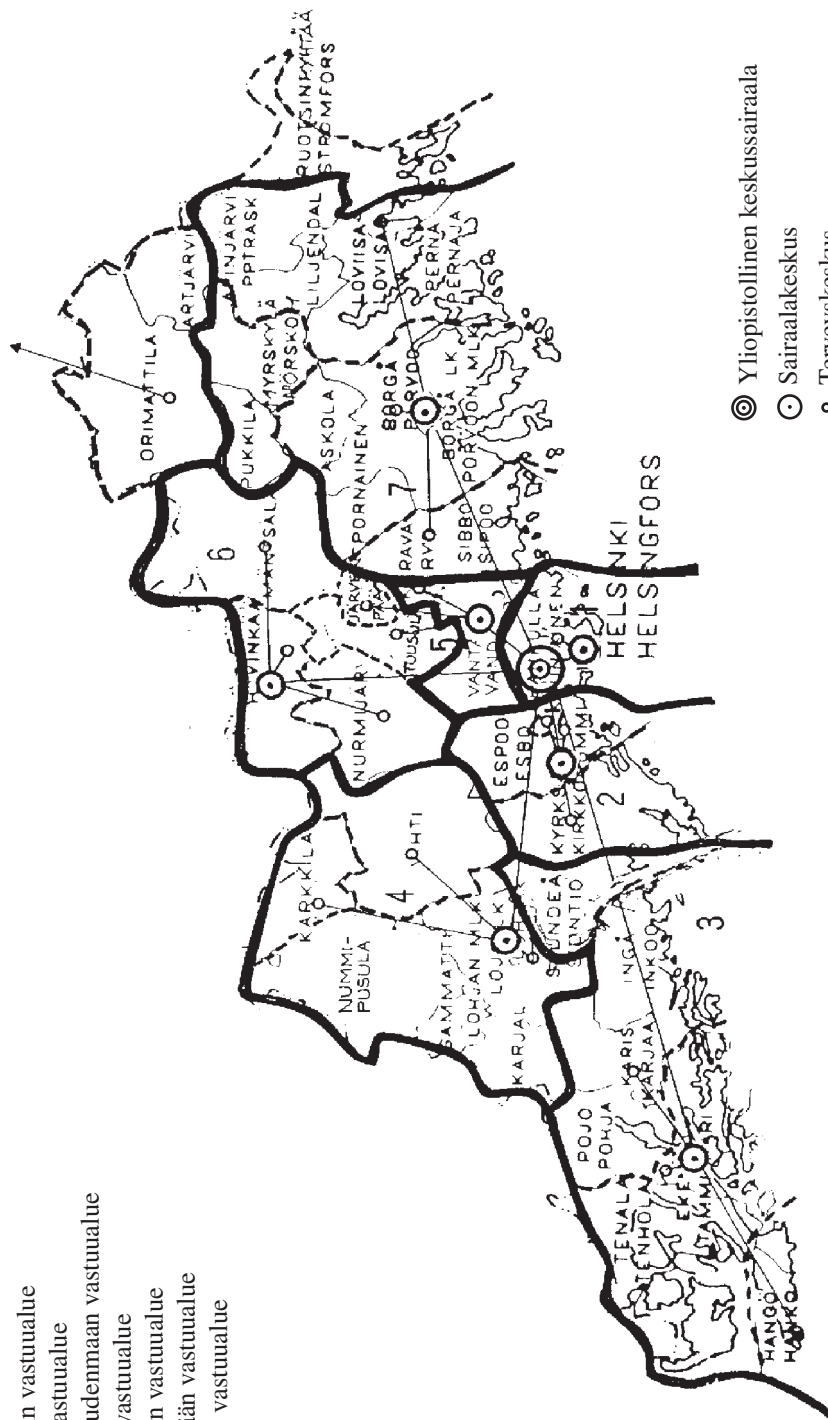
- Keskusmielisairaala
- ◐ Entinen B-mielisairaala
- ◑ Mielenterveys toimisto
- Terveyskeskus

Kaavio 3: Sairaanhoidon alueellinen järjestelmä Hyks-piirissä

Kartta 1

Sairaanhoidon alueellinen järjestelmä HYKS-piirissä

1. Helsingin vastuualue
2. Jorvin vastuualue
3. Länsi-Uudenmaan vastuualue
4. Lohjan vastuualue
5. Peijaksen vastuualue
6. Hyvinkään vastuualue
7. Porvoon vastuualue



Alueellisen sairaanhoidon piiriin kuuluvat sairaalat Hyks-piirissä vastuualueittain ovat seuraavat:

1. Helsingin vastuualue: (Helsingin kaupungin erikoissairaanhoido kuuluu kansanterveyslain piiriin ja Helsinki muodosti myös oman mielisairaanhoido- ja tuberkuloosipiirinsä. Kaupungin erikoissairaanhoido ei kuulunut Hyksin suunnitteluvollisuuden piiriin.);

2. Hyvinkään vastuualue: Hyvinkään aluesairaala (valmistui 1976), Kellokosken mieli sairaala, Ohkolan mielisairaala ja Kiljavan tuberkuloosisairaala;

3. Jorvin vastuualue: Jorvin sairaala (valmistui 1976);

4. Lohjan vastuualue: Lohjan aluesairaala (valmistui 1979) ja Paloniemen mielisairaala;

5. Länsi-Uudenmaan vastuualue: Länsi-Uudenmaan aluesairaala, Meltolan tuberkuloosisairaala ja Tammiharjun mielisairaala;

6. Peijaksen vastuualue: Peijaksen sairaala (osa valmistui 1990);

7. Porvoon vastuualue: Porvoon aluesairaala.

Näiden sairaaloiden lisäksi olivat vastuualueisiin kuulumattomina Helsingin yliopistollinen keskussairaala ja Lastenlinnan sairaala. Uudenmaan sairaalakuntainliitoissa oli Hyks-piirin ulkopuolisia kuntia noin 70.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalapiiirin, Hyks-piirin, jäsenkunnat olivat vain Uudenmaan läänin kuntia. Hyksin kuntainliiton lisäksi oli läänin alueella kaikkiaan 13 sairaalakuntainliittoa. Näistä vain aluesairaalakuntainliitoilla oli pelkästään uusmaalaisia kuntia jäseninä, mutta neljällä mielisairaalakuntainliitolla, kahdella tuberkuloosisairaalakuntainliitolla ja Lastenlinnan sairaalan kuntainliitolla oli Uudenmaan läänin ulkopuolisiakin jäsenkuntia. Uudenmaan läänin kunnista Orimattila ja Ruotsinpyhtää eivät olleet Hyksin jäseniä.

Hyks-piirin alueellinen suunnitelma muodostui keskeisimmäksi ohjausvälineeksi Uudenmaan erikoissairaanhoidon kuntainliitoille. Väestöpohjaltaan suurin vastuualue, Helsinki, jäi alueellisen suunnittelun ulkopuolelle. Alueellisen suunnitelman laatimisessa otettiin huomioon valtioneuvoston vuosittain hyväksymä valtakunnallinen suunnitelma, missä oli määritelty painopistealueet, läänikohtaiset virka- ja hankekiintiöt, merkittävät investointihankkeet sekä valtionosuuden maksamisen perusteet. Mikäli kuntainliitot halusivat valtionosuutta käyttö- ja pääomamenoihinsa, niiden tuli sisältyä lääninhallituksen vahvistamaan alueelliseen suunnitelmaan. Käytännössä Hyksin liittovaltuuston hyväksymää ja lääninhallituksen vahvistamaa alueellista suunnitelmaa jouduttiin kaikissa kuntainliitoissa noudattamaan.

Suunnittelutyöryhmissä ja toimikunnissa sovitteliin Hyksin suunnittelijoiden (lääkärit, ylihoitajat, ekonomistit) kanssa eri sairaaloiden toimintojen suunnittelua niihin puitteisiin, joita valtakunnallisessa suunnitelmassa oli annettu tai valtion viranhaltijoiden kanssa neuvottelujen pohjalta oli pidetty mahdollisena hyväksyä. Suunnitelmassa otettiin huomioon läänin eri alueiden tarpeesta johtuva sairaanhoidotoimen kehittämisen ja oikean ajoittamisen tarve. Tämä koski myös rakennushankkeisiin varattujen määrärahojen kohdentamista. Yhteistyö vahvisti Hyksin, sairaalakuntainliittojen ja peruskuntien suunnitteluyöhön perustuvan keskeisen yhteistyön tiivistymistä. Yleensä alueellinen sairaanhoitolaitosten toiminnan suunnitelma hyväksyttiin Hyksin liittovaltuustossa yksimielisesti. Valtion viranomaisen joko sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämistä koskevan valtakunnallisen tai alueellisen suunnitelman vahvistamisen yhteydessä ratkaisi sen valtakunnallisten aluepoliittisten suunnitelmien mukaisesti. (Hyksin toimintakertomukset 1976-77, Alsu 1980-84,

Tahvanainen 1996, 204-219.)

Uusien lääketieteellisten hoitomuotojen käyttöönotolla ja lääkityksen parantumisella oli yleissairaaloiden potilasvaihtoon ja toiminnan tehokkuuteen merkittävä parannus. Tämä käy esiin tarkasteltaessa (liitteissä 11-13) sairaaloiden tilastoja vuosilta 1976, 1979 ja 1983.

Hyksin sairaansijamäärä aleni aikaisemmin määriteltyyn tavoitteeseen (1900 ss) päin noin 500 sairaansijalla, keskimääräinen kuormitus pysyi noin 72 prosentissa, mutta keskimääräinen hoitopäivien lukumäärä/hoidettu potilas aleni 11,1 hoitopäivästä 8,9 hoitopäivään. Helsingin Lastenlinnan hoitopäivien lukumäärän aleneminen oli merkittävä 75,2 hoitopäivästä 43,7 hoitopäivään.

Helsingin kaupungin sairaaloissa kuormitus oli korkea ja keskimääräinen hoitoaika pysyi ennallaan noin 14-13 päivänä. Potilasvaihto oli hidasta. Aluesairaaloissa ja paikallisairaaloissa kuormitus näyttää alenevan, mutta samanaikaisesti keskimääräinen hoitoaika alenee myös.

Tuberkuloosisairaaloiden toimintaa tehostettiin ja muutettiin akuutimman hoidon ja kuntoutushoidon suuntaan. Tämä näkyi selkeästi keskimääräisen hoidon pituutena. Helsingin Laakson sairaalassa keskimääräiset hoitopäivät alenivat 58 päivästä 32,2 päivään. Uudenmaan ja Etelä-Suomen tuberkuloosipiirien sairaaloissa Kiljavalla ja Meltolassa oli kehityksen suunta sama. Mielisairaanhuoltopiirien sairaaloissa ei tänä aikana vielä sairaalahoidon vähentäminen ja avohoidon lisääminen ehtinyt kehittyä.

Liite 8: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1976,

Liite 9: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1979 ja

Liite 10: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1983.

Kaikki liitteet osoittavat, että yleissairaaloissa on yleensä kuormituksessa ollut väljyyttä. Uusien hoitomuotojen käyttöönotto on lyhentänyt hoitoaikaa. Aluesairaalaverkosto ilman Peijaksen sairaala oli saatu toimintaan.

Uudenmaan läänin alueen kunnat saattoivat kuulua 3-9 eri sairaalakuntainliittoon. Ruotsinkielisen väestön osuus eräiden kuntainliittojen alueella on suhteellisen suuri. Uudenmaan kuntainliittojen lukumäärältään ja väestöpohjaltaan sekä toiminnaltaan on maamme muihin kuntainliittoihin verrattuna huomattavan suuri ja kuntainliittojen alueet keskenään epäyhdenäiset. Yksi kunta saattoi joutua eräissä tapauksissa hoidattamaan potilaitaan monessa (7-9) kuntainliitossa. Mahdollisuuden Uudenmaan kuntien sairaalalojen selkeyttämiseen toi vuonna 1978 säädetty laki sairaanhoitoalan kuntainliittojen uudelleenjärjestämisestä eräissä tapauksissa (1978/30), joskin sen suoma sairaanhoitoalan sitä hidasti kuntien kuuluminen moneen sairaalakuntainliittoon sekä lukuisten ulkopuolisten kuntien kuuluminen Hyks-piiriin sairaaloihin.

Liite 11: Uudenmaan kuntien kuuluminen sairaalakuntainliittoihin. Taulukossa on esitetty kunnat, niiden hoitopaikkojen lukumäärät ja etäisyydet hoitopaikkoihin vuonna 1984.

Liite 12: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1985 ja

Liite 13: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1988

osoittavat, että Hyksissä on saatu suunnitelman mukaisesti laskettua sairaansijojen lukumäärää lähemmäksi tavoiteltua 1900 ss. Niin Hyksissä kuin Helsingin Lastenlinnassakin on kuormitus voitu säilyttää korkeana ja vähentää keskimääräisen hoitoajan pituutta. Helsingin kaupungin sairaaloissa on käyttöaste korkea, mutta hoitoaika melko pitkä, joten potilaskierto hidasta. Aluesairaaloissa ja paikallisairaalassa kuormitus on ollut suhteellisen korkea ja hoitoaika on saatu lyhenemään. Kiljavan

ja Meltolan sairaaloissa, joissa kuntoutuksen osuus on melko suuri, on hoitoajat saatu pysymään lyhyinä.

Hyks-piirin kuntien terveystalvelujen käyttöä koskeva tutkimus 1970-80-luvulta osoitti kuntien eroavan toisistaan yllättävän suuresti erilaisten palvelujen käyttäjinä ja maksajina. Selityksiksi näille eroille löytyivät erot väestön ikärakenteesta ja kuntien hoitopaikkavarausten epäyhtenäisyydestä eri laitoksissa. Hyksin laatimassa sisätautien hoidon alueellisessa kehittämissuohjelmassa todettiin sisätautien olevan valtaosa konservatiivisesti hoidettavista väestön sairauksista, joille tunnusomaista on potilaan hiipivä tai äkillinen sairastuminen, pitkä hoitosuhde sairaalassa tai avohoidossa ja äkillisen sairaalahoidon saattavan olla tarpeen. Sairaalaan otetuista potilaista oli noin 80 % päivystyspotilaita, joiden taudinmäärittely oli useimmiten tehty avohoidossa ja joita tutkittiin ja hoidettiin kaikilla porrastustasoilla.

Terveyspoliittisten näkökohtien mukaan, sairauksien hoitoon käytettävien voimavarojen ollessa rajallisia, priorisoitiin hoitotarpeita ja kiinnitettiin huomiota merkittävimpien kansantautien ehkäisyyn ja hoitoon, sairaalaan ottamiseen lääketieteellisin perustein sairaansijojen hukkakäytön vähentämiseksi, laatutason nostamiseen ja tehokkuuteen sekä laadittiin sisätautien alalle porrastusohjeet terveyskeskuksessa, sairaalakeskuksessa, keskussairaalassa ja yliopistollisessa sairaalassa tapahtuvaa hoitoa varten. Kansanterveyden kannalta tärkeimmistä sisätautialan sairauksista todettiin syöpäsairauksien lisääntyneen, tuki- ja liikuntaelinsairauksien eliniän noustessa kasvaneen, sydän- ja verisuonitautien esiintymistiheyden nousseen iän mukana ja allergisiin sairauksiin liittyvien tutkimusten kasvaneen. Sairaalakäyttö eri vastuualueilla oli jakautunut tasaisesti erilaisten porrastustasojen välillä. Yli 65-vuotiaiden ryhmässä oli sairaalakäyttö lisääntynyt ja oli korkea 75-vuotiaiden ryhmässä. (Hyksin toimintakertomus 1981, Sisätautien hoidon ..., 1-6, 33, 53, Uudenmaan sairaalahallintotoimikunta 1985.)

Valtakunnallisen suunnitelman ohjeiden mukaisen *alueellisen sairaanhoidon suunnittelun edetessä sairaaloiden hoitomuotojen ja -tapojen kehittäminen rupesi tuottamaan tuloja*. Keskimääräiset hoitoajat lyhenivät. Hyksin keskimääräinen hoitoaika lyheni vuoden 1976 11,1 hoitopäivästä vuoteen 1988 8,6 hoitopäivään. Sen sijaan *potilasvaihdon suunnittelua ja toteutusta kuntien ja terveyskeskusten kanssa ei varmaankaan ollut toteutettu*, koska kuormitus oli näinä vuosina 72 % paikkeilla. *Samankaltainen kehitys oli myös Uudenmaan kuntien alue- ja paikallissairaaloidenkin osalla*. Keskimääräiset hoitoajat lyhenivät, mutta kuormituksen toteuttaminen jäi monta kertaa vähäiseksi. Sen sijaan *Helsingin sairaaloiden osalla* olivat pitkät keskimääräiset hoitoajat ja melkoisen korkea kuormitus osoittamassa sitä, että *oli hoidettava pitkäaikaispotilaita melkoisen paljon*. Osaltaan näihin kaikkiin toteutuneisiin sairaaloiden toimintaan vaikuttaviin asioihin merkitsi paljon noina vuosina vallinnut hoitajapula. Alueellisen suunnittelun ja valtakunnallisten tavoitteiden periaatteiden mukaisesti suunnattiin voimavaroja kansanterveystyön ja avosairanhoidon kehittämiseen. Tässä tarkoituksessa pyrittiin lisäämään poliklinikkatoimintoja ja antamaan terveyskeskuksille laboratorio- ja röntgenpalveluksia sekä kehittämään tavallisimpien sairauksien hoidossa sairaaloiden ja terveyskeskusten välille tarpeellista porrastusta. Kiinnitettiin huomiota yhteistoiminnan lisäämiseen tuberkuloosi- ja mielisairaaloiden ja Hyksin välillä. (Hyksin toimintakertomus 1975, Valsu 1975 ja Alsu 1975.)

Toisaalta, vaikka terveydenhuollossa nähtiin monia hyviä hallinnollisia uudistuksia, oli valtakunnallisten suunnitelmien mukaisen menettelyn seuraaminen varsin kahlitsevaa ja sidottua. Valtakunnallisessa suunnitelmassa asetettiin tavoitteita ja toiminnan järjestämisen

muotoja. Ne oli otettava huomioon. Alueellisen suunnitelman käsittely oli byrokraattista, mutta sen voidaan katsoa olevan demokraattista. Valtion normiohjauksen byrokraattisuutta kuvaa se, että lääninhallitus joutui alistamaan pääosan virkamuutoksista lääkintöhallitukselle, tämä sosiaali- ja terveysministeriölle, joka hankki virkamuutoksista valtion työmarkkinalaitoksen ja tämä puolestaan silloisen sopimusvaltuuskunnan lausunnon. Kun virkamuutokset palasivat samaa reittiä takaisin, voitiinkin virkamuutokset panna täytäntöön noin kaksi vuotta sen jälkeen, kun ne oli aikoinaan esitetty. (Relander, 2000.)

Valtakunnallisten koulutussuunnitelmien ja terveydenhuollon kehittämistavoitteiden epäyhtenäisyyden ja eriaikaisuuden seurauksena syntyi maahan sekä lääkäri- että hoitajapulaa. Tämä pakotti kehittämään sellaisia uusia toiminta- ja hoitotapoja, jotka vaativat vähemmän henkilökuntaa kuin entiset toimintamallit. Uudenaan sairaaloiden kehittämiseksi suunnattiin Hyks-piiriin myönnettyistä virkakiintiöistä suurin osa Uudenaan sairaalakeskuksiin. (Hyksin toimintakertomus 1966 - 1977.)

Alueellisessa suunnittelussa pyrittiin sairaalakeskusjärjestelmän (vastuualueen sairaalat) täydentämiseen ja kehittämiseen sekä aluepsykiatrian ja yleiskirurgian lisäämiseen sairaalakeskuksissa sekä toteuttamaan Hyksille määrättyjä valtakunnallisia palvelutehtäviä. Tämä olisi vaatinut sekä henkilö- että myös muitakin voimavarojen suuntaamista toimintojen kehittämiseen. Siihen ei kuitenkaan ollut sellaisia mahdollisuuksia, kuin olisi pitänyt olla. Vaikka Hyks-piirin väestömäärä oli neljännes koko maan väestömäärästä, olivat sekä henkilökuntamäärät että valtionavut melkoisesti tämän suhteen alapuolella. (Hyksin toimintakertomus 1978-1981, 1987.)

Vuonna 1982 säädetty laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavusta (VALTAVA-laki, tuli voimaan 1984) muutti aikaisempaa valtionosuusjärjestelmää siten, että Hyksin jäsenkuntien maksuosuus käyttökustannuksiin oli noin 15 % suurempi ja perustamiskustannuksiin keskimäärin kaksinkertainen aikaisempaan verrattuna. Myös kuntien kantokykyluokituksen valtionosuusprosentit laskivat samoin kuin valtionosuusasteikko. Valtio yksipuolisesti vähensi velvoituksiaan. (Hyksin toimintakertomus 1982-84.) Vuosi 1990 oli viimeinen vuosi, jolloin Hyks oli alueellisen erikoissairaanhoidon suunnittelun koordinoijana ja hyväksyjänä.

Lähes kolmekymmentä vuotta valmisteilla ollut erikoissairaanhoidolaki, joka sisälsi myös tartuntataudit ja psyykkiset sairaudet, tuli voimaan vuoden 1991 alusta. Uudella maalla sen mukaisesti perustettiin Uudenaan ja Helsingin sairaanhoitopiirit. Omina kuntainliittonaan jatkoivat Helsingin yliopistollisen keskussairaalan ja Lastenlinnan sairaalan kuntainliitot. Hyksin erityisvastuualueeseen kuuluivat Helsingin ja Uudenaan sairaanhoitopiirien lisäksi edelleen Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirit sekä Vaasan ja Pohjois-Pohjanmaan ruotsinkielinen väestö. (Hyksin toimintakertomus 1991.)

.2 Helsingin kaupungin sairaalat

Helsingissä sairaalalautakunta vastasi kaupungin omistamien erikoissairaaloiden, tuberkuloosipiirin ja mielisairaanhuoltopiirin hallinnosta senkin jälkeen, kun kansanterveyslaki ja sairaalalain muutos sairaanhoidon suunnitteluvollisuudesta tuli voimaan. Kaupungin ehdotuksesta valtioneuvosto teki (20.9.1973) päätöksen, jonka mukaan Helsingin kaupungin ylläpitämien sairaaloiden toiminta jatkuu erikoislääkärijohtoisina sairaaloina vuoden 1975

loppuun saakka edellyttäen, että sitä ennen on selvitettävä tulevatko sairaalat siirrettäviksi Helsingin kaupungin terveyskeskuksen hallintaan. Sairaalalain mukaisia erikoislääkärinjohdoissa yleissairaaloita olivat Auroran, Kivelän, Malmin ja Marian sairaalat. Tuberkuloosilain mukaisena Helsingin tuberkuloosipiirin keskusparantolana oli Laakson sairaala. Mielisairaslain mukaisina Helsingin mielisairaanhuoltopiirin sairaaloina olivat Hesperian, Nikkilän ja Röykän psykiatriset sairaalat. Sairaaloitten tasoa kuvaa se, että Auroran, Kivelän, Hesperian, Laakson, Marian ja Malmin sairaaloitten eräillä osastoilla oli lääkintöhallituksen myöntämät opetusoikeudet. Terveyslautakunta huolehti kansanterveyslain mukaisesta toiminnasta. Helsingin sairaanhoitotoimen hajanaisuutta kuvasi se, että kaupungin huoltolautakunnan alaisena olivat Koskelan sairaskoti, joka todellisuudessa oli korkeatasoinen sairaala, ja muutama pienempi sairaskoti. Huoltolautakunta huolehti myös eräiltä osin ulkopuolisilta palvelujen tuottajilta ostetuista mielenveyspotilaiden sairaanhoidosta. (Vuosisikertomus 1972- 1973.)

Helsinki tahtoi vahvistaa oman ja sairaalahallintonsa itsenäisyyttä, kun se esitti sosiaali- ja terveysministeriölle otettavaksi huomioon kaupungin erikoisolosuhteet valmisteltavana olevassa sairaanhoitohallinnon uudistuksessa. Kaupunginhallitus esitti (1.10.1973, 2920 §, 8.10.1973, 3012 §) lisättäväksi sairaanhoitolakiesitykseen momentin, jonka mukaan Helsingin kaupungin alueella sairaanhoitopiiriin kuntainliitolle kuuluvat tehtävät hoitaa Helsingin kaupunki siitä huolimatta, vaikka Helsinki on jäsenenä Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuntainliitossa (Helsinki oli Hyksin jäsen ja siten tulisi myös uuden sairaanhoitopiiriin jäseneksi). Samalla se tahtoi, että Helsingin kaupungissa noudatettaisiin soveltuvin osin muutoinkin sairaanhoitopiiriin kuntainliittoa koskevia säännöksiä. Helsinki oli aktiivisesti mukana tehtäessä päätöksiä alueellisesta sairaanhoitosuunnitelmasta - olihan se Hyksin jäsen - ja siten Uudenmaan sairaanhoitopiiriin hallinnossa tekemässä toisten kuntien alueella olevien sairaaloitten toimintaa ja investointeja koskevia päätöksiä samalla varmistuen, että sairaanhoitopiiriin päätökset eivät tulisi loukkaamaan mitenkään Helsingin kaupunkia ja sen sairaala-asioita (Vuosisikertomus 1973).

Tähän samaan tähtäsi kaupunginhallituksen (21.5.1973 1709 §) Hyksille sairaanhoidon alueellisesta toimintasuunnitelmasta vuosiksi 1974-1978 antama lausunto, missä se ilmoitti edellyttävänsä kaupungin muodostavan oman sairaanhoitopiirinsä ja kehotti suunnitelmia laadittaessa ja sairaanhoitopiiriin kuntainliittojärjestelmää toteutettaessa kiinnittämään huomiota lainsäädännöllisiin, organisatorisiin ja hallinnollisiin vaikeuksiin, jos kuntainliitto omistaa sairaalat ja terveyskeskustoiminnoista vastaa kaupunki (Vuosisikertomus 1973).

Kaupungin väestömäärän kasvaessa kasvoi etenkin vanhusikäluokka. Tämä aiheutti ongelmia sairaalahoidon järjestelyissä, kun sairaansijat eivät tahtoneet riittää. Pitkäaikais- sairaiden sijoittamisessa sairaanhoito- ja vanhustenhoitolaitoksiin olivat sairaala- ja terveydenhoitoviranomaiset sekä huoltoviranomaiset tiiviissä yhteistyössä keskenään. Väli- aikaisratkaisuna olivat sairaansijojen vuokraukset yksityissairaaloista odotettaessa laajaa organisaatiomuutosta terveyden- ja sairaanhoidon sekä huoltotoimen alaisten sairaanhoito- laitosten yhdentämiseksi. (Vuosisikertomus 1975-1979.)

Kaupunginhallitus (11.1. ja 22.11.1971) oli asettanut komitean tutkimaan sairaalalautakunnan ja terveydenhoitolautakunnan sekä huoltolautakunnan alaisen terveydenhuolto- toiminnan järjestämistä ja työnjakoa tavoitteena yhtenäisjärjestelmän aikaansaaminen. Tarkoituksena oli luoda kokonaisvaltainen terveydenhuoltojärjestelmä, missä terveydenhuolto olisi keskitetty yhden lautakunnan alaisuuteen. Kaupunginvaltuuston (12.5.1976) hyväksymän periaatepäätöksen jälkeen ohjesääntöehdotuksen käsittelyä vauhditti valtioneuvoston

(1.12.1977/ Ask 67/72) päätös siirtää Auran, Kivelän, Malmin ja Marian sairaalat kansanterveyslain alaisuuteen 1.1.1979 lukien. Ohjesäännön mukaisesti uusi terveyslautakunta, uusi organisaatio ja terveystoimisto aloittivat toimintansa vuoden 1979 alussa. Huoltotoimen alaiset laitokset sisältyivät kansanterveystyön toimintasuunnitelmaan vuosille 1980-1984 laitosten siirtojärjestelyjen toteuttamiseksi. Näin Helsingin kaupungin koko terveyden- ja sairaanhoitojärjestelmä oli sijoitettu kansanterveyslain mukaiseksi toiminnaksi.

Kaupungin erikoislääkärijohtoisina paikallissairaaloina (kaupunginsairaala) toimineet Auran, Kivelän, Malmin, Marian sairaalat sekä Itäinen poliklinikka siirtyivät kansanterveyslain alaisuuteen, mutta niiden tarjoamat erikoissairaanhoidon palvelut säilyivät ennallaan. Erikoislääkärijohtoisen toimintansa osalta kaupunginsairaala toimi Helsingin yliopistollisen keskussairaalapiirin alueellisessa sairaanhoitosuunnitelmassa mainittuna sairaalakeskuksena.

Helsingin kaupunginvaltuusto käsitteli (7.12.1988 § 523) Helsingin erikoissairaanhoidon järjestämistä ja päätti keskittää Helsingin kaupungin sairaaloissa toimivan erikoissairaanhoidon pääosin yhteen Koskelan sairaalan alueelle sijoittuvaan erikoissairaalaan. Samalla valtuusto velvoitti selvittämään kaupungin ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan välisen työnjaon.

Erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevan asian selostuksessa todetaan kaupungin terveydenhuollon organisaation rakentuvan perusterveydenhuollon osalta aluejärjestelmään. Kaupunginsairaalan johto- ja hallinto oli organisoitu lääketieteellisten erikoisalojen mukaisesti toimialakohtaisesti. (Vuosina 1987 - 1990 oli viisi aluetta ja 1991 alkaen on ollut seitsemän perusterveydenhuollon aluetta.) Erikoisalojen toiminta nähdään pirstoutuneeksi ja hajautuneen toiminnan aiheuttavan tehottomuutta ja olevan kallis. Kaupungilla sanottiin olevan riittävä määrä sairaansijojia. Järjestelmän kehittämisen tulisi tähdätä erikoissairaanhoidon toimintojen, erityisesti operatiivisten toimintojen ja päivystyksen keskittämiseen. Erikoissairaanhoidolta vapautuvat tilat kaupungin sairaalalaysiköissä olisi käytettävissä suurpiirien terveystoiminnan sijoittamiseen omille alueille.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (Hyksin) liittohallitus totesi helsinkiläisten perusterveydenhuollon järjestämisen viiteen (myöhemmin seitsemään) terveystoimintakeskukseen tukeutuvassa terveysasemaverkostossa ja erikoissairaanhoidon akuuttihoidon yhdessä hyvin varustetussa erikoissairaalassa yhteistyössä Hyksin kanssa sovittuja porrastusperiaatteita noudattaen olevan periaatteessa onnistunut ratkaisu. Samalla se näki kaupungin terveydenhuollon keskeisimpinä ongelmina olevan mm. vanhustenhuollon ja pitkäaikais-hoidon puutteiden, päivystysjärjestelyjen ja kaupungin terveydenhuoltomenojen suhteellisesti korkeasta tasosta johtuvat taloudelliset pulmakysymykset. Kaupunginhallitus katsoi erikoissairaanhoidon suunnitelman perustuvan pääasiassa Hyksin-piirin tavoiteohjelman ja *Helsinkiläisten terveydenhuolto 2000* -ohjelmaan. Hyksin asema ja tehtävät yliopisto- ja opetussairaalaan tulitaisiin ottamaan huomioon. Potilaille, joiden hoitoaika pitkittyy Hyksissä, järjestetään jatkohoito ja kuntoutus kaupungin omissa sairaaloissa. Potilasohjauksen lähtökohdaksi on Hyksin tehtäviä vastaava porrastus, jota lähetzejärjestelmä tukee. Kaupunginhallitus totesi, että erikoissairaanhoidossa tullaan käyttämään porrastus- ja mitoitusmallina sekä Helsingin terveydenhuollon että Hyksin ja yliopiston hyväksymää pyramidimallia kehittämisen perustana. Erikoissairaanhoidon kehittämisessä ei olisi tarkoituksenmukaista siirtää helsinkiläisten akuuttisairaanhoidon painopistettä liian suureen ja kustannuksiltaan poikkeuksellisen kalliiseen Hyksiin.

4 Yhteenveto

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntainliiton perustaminen ja sen sairaalan toiminnan aloittaminen ei merkinnyt muutoksia Uudenmaan silloiseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Hallinnollisesti ainoana muutoksena voidaan pitää sitä, että kuntien valitsemilla edustajilla oli nyt oikeus osallistua kuntainliiton hallintoon. Todellisuudessa käytännössä sairaalan hallinto varsinaisesti pysyi edelleenkin valtiovallan ja yliopiston (lääketieteellisten asiantuntijoiden) professionaalisten edustajien hallinnassa. Olihan lääketieteellistä ja sairaalahallintoa johtava sairaalahallitus muodostettu klinikoiden ylilääkäreistä ja heidän keskuudestaan valitsemastaan sairaalan johtajaylilääkäristä. Sairaalan toiminnallisen suunnittelun, ohjauksen ja taloushallinnon ollessa klinikoittainen (samassa sairaalarakennuksessa voi olla useampi klinikka) ja toimialakohtainen oli lääketieteellisesti erikoisalakohtainen, professionaalinen sairaalan ja sen toiminnan johtaminen vallalla.

Hyks säilytti itsenäisen työskentelytavan, jossa toimintaa johdettiin lääketieteellisten erikoisalojen mukaisesti aikaisempien vuosikymmenien kuluessa omaksutun kulttuurin menettelytapoja noudattaen vertikaalisen byrokratian mukaisesti. Hallinnossa pantiin painoarvoa tieteellisen opetuksen tieteellisen suunnan itsenäisyydelle. Hyks edusti lääketieteellistä korkeaa tasoa, jota lähellekään vastaavaa ei Uudellamaalla ollut muualla kuin Helsingin kaupungin omistamassa sairaalalaitoksessa. Tasollisesti suuren eron ja perinteisen toimintakulttuurinsa vuoksi Hyksillä ei ollut yhteistyötä läänin muiden sairaaloiden kanssa. Helsingin yliopistollinen sairaala keskittyi oman toimintansa ylläpitämiseen ja kehittämiseen eikä kiinnittänyt aktiivista huomiota Hyks-piirissä olevien muiden sairaaloiden toimintaan ja niiden toimintojen kehittämiseen. (Haastattelu 2001.)

Muut keskussairaalapiiressä olevat sairaalat olivat helsinkiläisiä sairaaloita lukuun ottamatta kunnansairaaloita eli perustason sairaaloita. Helsingin kaupunki oli kehittänyt omaa monipuolista sairaalalaitostaan vastaamaan kaupunkilaisten sairaanhoidon tarvetta. Myös *Helsingin sairaaloissa oli lääketieteellisiin erikoisalakohtaisiin perustuva klinikkakohtainen professionaalinen johtamistapa.*

Hyvinvointivaltion tavoitteiden mukaisesti valtiolta tiukalla ohjauksella kasvatti terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen tuotantoa lisäämällä sairaansijojen lukumäärää myöntämällä uusien sairaaloiden perustamislupia ja edisti sairaaloissa uusien hoitomuotojen käyttöönottoa. Uudellamaalla aluesairaaloiden perustaminen ja rakentaminen sijoittui 1960-luvulta aina 1980-luvulle saakka. Lääkintöhallitus/lääninhallitus johti ja valvoi piirin sairaaloiden toimintaa normiohjauksella ja valtionapujen myöntämisellä.

Hyksin sairaansijamäärä vastasi perustamisen aikoina suurin piirtein Uudenmaan alueen väestön hoitoon tarvittavia akuuttipaikkoja. Varsin pian väestön lisääntyessä hoitopaikoista alkoi olla puutetta. Hyksin laajennus jatkui, mutta Hyks lunasti myös eräiden yhteisöjen sairaala- ja hoitolaitoksia. Sairaansijojen lukumäärä kasvoi yli 3000, mutta 1970-luvun lopulla otettiin Hyksin tavoitteelliseksi sairaalan kooksi 1900 sairaansijaa. *Silloisen hoitokulttuurin mukaisesti Hyks hoiti potilaansa, kunnes kotiutti hänet, siirtämättä potilasta jatkohoitoon. Varsin huomattava osuus potilaista oli pitkäaikaispotilaita, joiden määrä osoitti jatkuvaa kasvua. Samanlainen käytäntö ja tilanne oli myös Uudenmaan muissakin sairaaloissa, Helsinkiin mukaan luettuna.* (Haastattelu 2001.)

Valtakunnallisella kansanterveystyön ja sairaanhoidon suunnitelmalla (1972) valtiolta lisäsi normiohjauksen ohella ohjelmallisella ja tavoitteellisella suunnitelmalla sairaan-

hoidon kehittämisen ja toteuttamisen ohjantaa. Normeihin perustuvasta tarvelaskelmasta huolimatta valtion viranomaisen ratkaisut Uudenmaan alueen sairaaloiden investointitarpeesta rakentamisajoituksesta eivät olleet johdonmukaiset, vaan ne vaihtelivat valtakunnan alueellisten ja poliittisten painotuksien myötä.

Hyks laati piirin sairaalakuntainliittojen sairaanhoidon toteuttamissuunnitelmista alueellisen sairaanhoitosuunnitelman ja Hyksin liittovaltuusto hyväksyi sen. Saadakseen alueellisen sairaanhoidon järjestyneeksi ja kokonaisuudessaan tasapuolisesti toimivaksi Hyksin asettama aluesuunnittelutoimikunta kehitti ajatuksena sairaalakeskuksen ja sille oman toimintaalueen. Tältä pohjalta muodostettiin Uudenmaan läänin kaikkiaan seitsemän sairaanhoidollista vastuualuetta ja jokaiselle oman sairaalakeskuksensa, johon kuuluivat alueella olevat sairaalat. Niistä yleissairaala oli ”keskussairaala”, jonka toiminnallisen suunnitelman mukaiseen toimintaan lähennytettiin vastuualueen muiden sairaaloiden toimintasuunnitelma sopivilta osin. Alueellinen sairaanhoidon suunnitelma muodostui Hyks-piirin keskeiseksi ohjausvälineeksi. Huomiota kiinnitettiin psykiatristen sairaaloiden avohoidon osuuden lisäämiseen, aluepsykiatrian ja yleiskirurgian lisäämiseen aluesairaaloissa sekä laboratorio- ja röntgenpalveluksien antamiseen terveyskeskuksille.

Alueellisen sairaanhoidon suunnitelmassa alettiin kiinnittää huomiota hoitoaikojen pituuteen, hoitokäytäntöihin, potilasvaihtojen suunnitteluun, poliklinikkatoimintojen lisäämiseen, avohoidon kehittämiseen ja terveydenhuoltopalvelujen käytön alueittaiseen ohjaukseen. Vuosina 1975-80 saatiin Hyksin ja aluesairaaloiden asiantuntijoiden työryhmien laatimia erikoisalakohtaisia hoito-ohjelmia Hyks-piirin sairaaloiden käyttöön. Työryhmätyöskentelyyn perustunut ohjeiden laatiminen kehitti ja yhdenmukaisti jossakin määrin sairaaloiden hoitotapoja. Sairaaloiden keskimääräiset hoitopäivät lyhenivät ja yhteistyötä terveyskeskusten kanssa pyrittiin toteuttamaan. Potilasohjaus etsi muotoaan.

Hyksin oman eli yliopistollisen keskussairaalan sairaanhoidon suunnitelman laadintaan osallistui omat lääketieteellisten toimialojen johtaja-asiantuntijat. Heidän näkemyksensä otettiin huomioon myös talousarvion laadinnassa. *Lääketieteellisen erikoisalan johtamisesta vastaavat eivät kuitenkaan sitoutuneet hyväksytyyn talousarvioon ja sen määrärahoihin eivätkä hyväksytyyn sairaanhoidon suunnitelmaan, vaan toimivat historiallisen toimintakulttuurin ja omien hallinnollisten käsityksiensä mukaisesti. Hyväksytyyn sairaanhoitosuunnitelman mukainen ohjaus ei toiminut.* Toisaalta toimialajohtajat eivät olleet myöskään halukkaita tekemään yhteistä rajalliseen määrärahaan sidottua toimintasuunnitelmaa tai määrärahan käyttösuunnitelmaa. Siten ei myöskään *kunnallinen toiminnallinen ja taloudellinen ohjaus ei toiminut.* Erikoisala toimi omien näkemyksiensä mukaisesti. Seurauksena oli talousarvion ylityksiä ja siitä kustannusristiriitoja kuntien kanssa. Kuntien ohjausvoima oli lähes olematon. Toisaalta *Hyksin sairaanhoidon toiminnallinen organisaation mukautuminen aktiiviseen yhteistoimintaan muiden sairaaloiden ja perusterveydenhuollon kanssa oli vähäistä.* Pitkäaikaispotilaiden määrä Hyksin klinikoiden osastoilla kasvoi. Terveyskeskuksiin jatkohoitoon lähettäminen koki viivytyksiä. Varsinkin helsinkiläisten kroonikopotilaiden osuus Hyksissä kasvoi, koska kaupungilla ei ollut tarvetta vastaavaa määrää terveyskeskuksen vuodepaikkoja, jotka olisivat voineet ottaa potilaita jatkohoitoon. (Haastattelu 2001.)

Siihen, että Hyksissä jouduttiin hoitamaan varsin pitkään myös ei-yliopistollisen tason helsinkiläisiä pitkäaikaispotilaita, oli osittain syynä myös se, että *Helsingin kaupungin sairaalat eivät mukautuneet sairaanhoidon porrastukseen.* Ne olivat tieteellisten näkökohtien mukaisesti orientoituneita ja niissäkin oli hoitotasoon nähden runsaasti pitkäaikaispotilaita.

Sairaalat toimivat toimialakohtaisesti, lääketieteellisten erikoisalojen mukaisesti professionaalisesti johdettuina varsin itsenäisesti. Toimialajohtajat ratkaisivat pääasiallisesti sairaalansa toiminnan järjestämiseen liittyvät asiat. Kun sittemmin kaupungin tarkoituksena oli keskittää operatiivinen toiminta ja saada hoidon porrastus kaupungin erikoissairaanhoidon ja Hyksin välillä, sairaaloiden ”itsenäisyys” pitkitti niiden kehittymistä. (Haastattelu 2001.)

Sairaalakäyttö vastuualueilla (ulkopuolella Helsingin) jakaantui suhteellisen tasaisesti eri porrastustasojen välillä ja (alue-) sairaaloista voitiin lähettää potilaita jatkohoitoon terveyskeskuksiin. Sen sijaan Hyksin kanssa oli tässä suhteessa ongelmia. *Uudenmaan sairaalakuntainliittojen* (ulkopuolella Helsingin) *hallinto- ja toimintakulttuuri* oli alusta alkaen muodostunut sellaiseksi, että siinä *noudatettiin omistajakuntien tahtoa*. Kunnat saattoivat ilmoittaa mielipiteensä jo kunkin kuntainliiton sairaanhoidon suunnitelman laatimisen ja hyväksymisen yhteydessä. Talousarvion menoista ei juuri syntynyt kuntainliiton ja peruskuntien välillä erimielisyyttä. Kooltaan kuntainliitot ja sairaalat eivät olleet kovin suuria ja olivat siten hyvin hallittavia. *Sairaalakuntainliittojen päätöksenteossa ja toiminnoissa kunnallinen demokratia toimi, sillä peruskuntien vaikutus oli vahva.*

5. MANAGERIALISTINEN KAUSI

1 Ehdotuksia sairaanhoitopiirin muuttamisesta

.1 Sairaanhoitopiirin yhtenäistäminen

Helsingin yliopistollisen keskussairaalaapiirin alueen käsittävän alueellisen sairaanhoito-suunnitelman laatimista alusta alkaen monimutkaisti se, että tuberkuloosipiiriin ja mielisai-raanhuoltopiirin rajat eivät olleet yhteneväiset Hyks-sairaalaapiirin kanssa. Orimattila ja Art-järvi ostivat tuberkuloosi ja yleissairaanhoidon palvelut Päijät-Hämeen keskussairaalaasta ja Ruotsinpyhtää yleissairaalapalvelut Kotkan keskussairaalaasta. Mielisairaanhuoltopiiriin kuuluivat Hämeen läänin kunnat Riihimäki, Hausjärvi ja Loppi. Lisäksi usealla Uudenmaan kunnalla oli hoitopaikkoja eri sairaanhoitoalueilla olevissa sairaaloissa.

Sen jälkeen kun sairaanhoitoalan kuntainliittojen uudelleenjärjestämistä koskeva laki (1978/30) tuli voimaan, esitettiin Uudenmaan alueellisessa sairaanhoitosuunnitelmassa jä-senkunnille tavoitteeksi, että ne luopuisivat vastuualueensa, sairaalakeskuksensa, ulkopuo-
lella olevien sairaaloiden hoitopaikoista. Kunkin kunnan tulisi kuulua vain yhteen sairaala-keskukseen. Piirin ulkopuolisten kuntien toivottiin luopuvan piirin sairaaloista varaamistaan paikoista. Kuntien tulisi sopia keskenään sairaansijojen vaihtamisesta tai myynnistä. Tähän tähtäävänä valtioneuvosto siirsi muutaman kunnan Uudenmaan mielisairaanhuoltopiiristä Etelä-Hämeen mielisairaanhuoltopiiriin. Jotta kuntien käytettävissä olevat sairaansijat tasa-painottuisivat väestön suhteen porrastustasolla mahdollisimman hyvin, otettiin pitkän aika-välin tavoitteeksi alueellisessa suunnitelmassa sairaansijanormiksi terveyskeskuksessa 4,0, sairaalakeskuksessa 3,0, psykiatrisessa sairaalassa 2,0 ja Hyksissä 1,0 sairaansijaa/1000 asukasta kohti. Samoin ryhdyttiin yhdistämään tuberkuloosipiirin toimintaa muun tervey-denhoidon kanssa ja muuttamaan tuberkuloosisairaaloiden toimintaa yleissairaalan toimin-naksi. Mielisairaanhuoltopiirien toiminnassa pyrittiin lyhentämään hoitoaikoja, tehosta-maan avohoitoa ja kotisairaanhoitoa sekä ryhdyttiin toimenpiteisiin yleissairaalapyykiatrian lisäämiseksi. (Alsu 1979-1987 ja Valsu 1979-1987, Valtioneuvoston päätös 21.1.1982).

Muualla maassa yhdistettiin sairaalakuntainliittoja ja perustettiin lain mukaisia sairaan-hoitopiirin kuntainliittoja. Ensimmäisinä perustettiin Kainuun, Keski-Suomen ja Vaasan sairaanhoitopiirit. Voidakseen saada tietoa sairaanhoitopiirien kuntainliittojen muodostami-sen seurauksista ja arvioidakseen, mitä hyötyjä hallinnon uudelleenjärjestelyllä oli saavutettu tai mitä haittoja siitä oli mahdollisesti aiheutunut, suoritettiin sairaanhoitopiirien kuntainliittojen seurantatutkimus. Tutkimuksella Hoikka ja Kiljunen pyrkivät selvittämään minkälaisia seurauksia uudistuksella oli sairaanhoidon hallintoon ja minkälaisia vaikutuk-sia uudistuksella oli palveluiden tuotantoon. Kohderyhminä olivat luottamushenkilöt (vas-tausprosentti 78,5 %), henkilöstö (72,3 %), terveyskeskusten johtoryhmät (84,4 %), piirin alueella toimivat itsenäiset sairaalakuntainliitot (64,0 %) ja jäsenkunnat, joista kunnanjohtajat (73,5 %) ja kolmen suurimman puolueen valtuustoryhmien puheenjohtajat (45,2 %). Yleinen suhtautuminen sairaanhoitopiirien kuntainliittojen perustamiseen oli vastaajien enemmistön mukaan myönteinen. Sairaanhoitopiirien luottamushenkilöt olivat myönteisiä tehdyille uudistukselle, joskin eräät johto- ja lautakuntien jäsenistä (13 %) olivat kielteisem-piä kuin liittovaltuuston ja liittohallituksen jäsenet. Muutokseen koko hallintohenkilökunta suhtautui myönteisesti, lääkärit kielteisesti. Kielteisyyttä perusteltiin oman alan tai laitok-

sen aseman heikkenemisellä ja byrokratian lisääntymisellä. Myönteisyyden perusteluina olivat mm. oman alan tai laitoksen aseman parantuminen, toimintojen koordinoimien ja yhteistyön paraneminen, kokonaisvaltainen suunnittelu sekä hallinnon selkiytyminen. Jäsenkuntien edustajista lähes puolet (46 %) piti uudistusta myönteisenä ja lähes neljännes (23 %) kielteisenä. Muilla ei ollut kantaa asiasta. Uudistuksen kielteisyyttä perusteltiin mm. sillä, että se vähentää kunnallista itsehallintoa, pienentää vaikutusmahdollisuutta ja suurilla kunnilla on liikaa valtaa pieniin kuntiin verrattuna. Kuitenkin kuntainliiton hallinnon yleisistä toimivuutta pidettiin parempana aikaisempiin erillisiin kuntainliittoihin nähden.

.2 Ministeriön tekemä ehdotus

Hyks-piirin hallinnollinen järjestely ja uudistaminen edellä mainitun lain (1978/30) antamasta mahdollisuudesta huolimatta ei muutamia kuntien keskenään tekemiä sairaansijojen myyntiä ja ostoja lukuun ottamatta lähtenyt liikkeelle. Hallinnollisesti keskussairaalaapiiri ei muodostanut yhtä kokonaisuutta. Sairaalakuntainliittoja oli useita ja yhteistyö niiden kesken ja toimintojen yhdenmukaistaminen muodostivat oman ongelmansa.

Sairaanhoitopiirien yhtenäistämisasiä oli pohdittu myös sosiaali- ja terveysministeriössä. Asia esitettiin valtioneuvostolle, joka päätti (25.1.1982) selvittää, miten erikoissairaanhoidon kuntainliittohallintoa olisi kehitettävä, jotta siitä saataisiin rakenteellisesti ja toiminnallisesti mahdollisimman joustava, tehokas ja taloudellinen. Ruotsinkielistä väestöä palvelevien erikoissairaanhoidolaitosten osalta tulisi ottaa huomioon tällöin tarpeelliset erikoisjärjestelyt.

Sairaanhoidon hallinnollisesta järjestelystä otettiin Sorsan hallituksen ohjelmaan lausuma sairaalahallinnon uudistamisesta annettavasta lakiesityksestä. Terveyspalveluita haluttiin kehittää, terveyspalvelujen saatavuutta parantaa, hoitosuhteen jatkuvuutta tehostaa, potilaiden oikeusturvaa lisätä ja turvata myös ruotsinkielisen väestönosan mahdollisuudet saada terveyspalveluja ja lääkärikoulutusta äidinkielellään.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 1983 sairaalahallintotoimikunnan (1983:17) tekemään ehdotusta sairaanhoitopiirin järjestelystä. Toimikunta totesi sairaalakuntainliittojen kuuluvan voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti eri lakien alaisuuteen sen mukaisesti, hoidetaanko erikoislääkärijohtoisissa sairaaloissa yleissairauksia, mielisairauksia tai tuberkuloosia. Myöskään alueellinen suunnittelujärjestelmä ei ollut antanut vastausta siihen, mille kunnalliselle toimielimelle kuuluisi vastuu alueen erikoissairaanhoidon kehittämisestä. Kukin sairaalakuntainliitto toimi erillisenä omista lähtökohdistaan käsin. Se vaikeutti sairaalalaitoksen kehittämistä vastaamaan kunkin alueen sairaanhoidon tarpeita. Toimikunta ehdotti muodostettavaksi keskussairaalaapiirejä vastaavan alueellisen sairaalahallintojärjestelmän, sairaanhoitopiirin, missä erilliset sairaalakuntainliitot sulautettaisiin alueelliseen kuntainliittoon ja missä päätösvalta olisi voimakkaasti hajautettu. Yksittäisille sairaaloille (sairaalakuntainliiton sairaalat) taattaisiin edelleenkin mahdollisimman itsenäinen asema. Perustettavan sairaanhoitopiirin tehtävänä olisi erikoissairaanhoidon yleinen alueellinen koordinointi ja suunnittelu. Kansanterveystyö toimisi olemassa olevan hallintonsa alaisena ja Helsingin kaupungin erikoissairaanhoido olisi kansanterveystyön alaisena edelleenkin.

Hyksin liittohallitus (kirje 20.6.1983) lausunnossaan piti toimikunnan tavoitteita ja ehdotuksia hyväksyttävänä ja korosti sitä, että Hyks-piirin kuntien sairaanhoitopalveluksien

käytössä on merkittäviä eroja. Epätydyttävä tilanne johtuu pääasiassa sairaansijojen epätarkoituksenmukaisista omistussuhteista. Läänin asukas pohja on poikkeuksellisen suuri ja sairaalakuntainliittojen lukumäärä (14) on huomattava. Uudenmaan aluesairaaloilla, sairaalakeskuksilla ja kansanterveyslain alaisella Helsingin kaupunginsairaallalla on maan muista alue- ja terveyskeskussairaaloista poikkeava tehtävä. Alueellisen suunnittelun yhteydessä kehitetyt sairaalakeskukset muodostavat Uudenmaan sairaanhoidon porrastuksen kannalta väliportaan keskussairaalan ja terveyskeskusten välillä, kun Hyks ei voi antaa kaikkia niitä palveluja, joita keskussairaalat muualla maassa omissa piireissään tarjoavat. Liittohallitus ehdotti harkittavaksi erillisen lain säätämistä Uudenmaan sairaalahallintoa järjestettäessä ja harkittavaksi kahden sairaanhoitopiirin perustamista, jolloin muodostettaisiin Helsingin sairaanhoitopiiri ja Uudenmaan muiden kuntien sairaanhoitopiiri. Hyksin hallinto olisi järjestettävä useamman sairaanhoitopiirin yhteisenä laitoksena. Helsingin sairaanhoitopiirissä olisi muusta piireistä poikkeavasti hyväksyttävä perusterveydenhuollon kuuluminen samaan hallinto-organisaatioon. Vaihtoehtoisesti olisi harkittavissa terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuudistusta siten, että perusterveydenhuollolla ja erikoissairaanhoidolla olisi yhteinen johto. Sairaanhoitopiirin osavastuualueiden johtokunnilla olisi varsin itsenäinen asema ja kokonaisvastuu alueensa terveydenhuollosta. Tällä mahdollistettaisiin osavastuualueiden terveydenhuollon kokonaisuunnittelu ja koordinointi sekä voimavarojen tarkoituksenmukainen käyttö. Lisäksi Hyksin liittohallitus kiinnitti huomiota ruotsinkielisen väestön terveydenhoitopalvelusten sekä ruotsinkielisen lääketieteellisen opetuksen turvaamiseen. Muutoin Hyksin mielestä sosiaali- ja terveysministeriön sairaalahallintotoimikunnan mietinnön periaatteet olivat oikeansuuntaisia. Hyksin liittohallitus piti ensisijaisena erillisen lain säätämistä Uudenmaan terveydenhuollon järjestämiseksi.

Helsingin kaupunginhallituksen mielestä sosiaali- ja terveysministeriön sairaalahallintotoimikunta oli puhunut ainoastaan erikoissairaanhoidon hallinnon järjestämisestä ja erikoissairaanhoidon antamisesta sairaanhoitolaitoksissa, kun lakiehdotuksen olisi pitänyt yhdyntä kansanterveyslain kanssa ja sairaanhoitopiirien hallinnon olla terveyden- ja sairaanhoidon alueellista kokonaishallintoa. Uudellamaalla tulisi olla useita sairaanhoitopiirejä, joista yksi olisi Helsingin sairaanhoitopiiri. Helsingin yliopistollinen keskussairaala voisi olla sairaanhoitopiirin omistama yhteinen laitos. Ruotsinkielisen väestön edut olisi otettava huomioon.

Uudenmaan lääninhallitukselle osoittamassaan kirjeessä (13.6.1983) eräät sairaalakuntainliitot (9) ilmoittivat vastustavansa sosiaali- ja terveysministeriön sairaalahallintotoimikunnan mietintöä, koska siinä ei ollut otettu huomioon Uudenmaan erityisolosuhteita. Esitys niiden mielestä uhkasi oleellisesti heikensi sairaalatoimintaa ja saa aikaan byrokratiaa ja lisäkustannuksia.

Uudenmaan lääninhallitus (28.6.1983) antamassaan lausunnossa katsoi, että Uudenmaan erikoissairaanhoidon järjestämistä varten läänin alue voitaisiin jakaa useaan itsenäisesti toimivaan sairaanhoidon osavastuualueeseen, jonka johto muodostuisi osavastuualueiden kuntien poliittisten voimasuhteiden mukaan valituista luottamushenkilöistä. Uudenmaan läänin osalta tulisi harkita Uudenmaan alueen jakamista useampaan sairaanhoitopiiriin. Muutoinkin tulisi ottaa huomioon Uudenmaan erityispiirteet, joita ovat maan asukasmäärältään suurin keskussairaalapiiiri, ruotsinkielisten osuus väestöstä noin 13 %, suunnitteluvollisuuden piirissä toimii 21 sairaalaa, ja Helsingin yliopiston vaikutusmahdollisuuksien turvaaminen sairaalan hallinnossa sekä se, että Helsingin kaupungilla on kansanterveyslain alaisuudessa laaja kunnallinen erikoissairaanhoidolaitos.

.3 Uudenmaan Maakuntaliiton ehdotus

Uudenmaan Maakuntaliitto asetti syyskuussa 1985 sairaalahallintotoimikunnan (UST) ja Hyks tammikuussa 1986 työryhmän laatimaan esitystä toimenpiteistä, joilla kehitettäisiin Uudenmaan sairaalahallintoa (Hyksin toimintakertomus 1986, Uudenmaan sairaalahallintotoimikunta 21.11.1985). Uudenmaan sairaalahallintotoimikunta, hankittuaan lausuntonja Uudenmaan kunnilta ja sairaalakuntainliitoilta, antamassaan ehdotuksessa totesi, ettei *erikoissairaanhoidon kehittämistavoitteeksi uusmaalaista terveystoimintaa ole, mutta sen sijaan asiaa koskevana kokonaissuunnitelmana on käytettävissä Hyks-piirin alueellinen tavoiteohjelma 2000*. Siinä on laajasti tarkasteltu erikoissairaanhoidon alueellisia toiminnallisia tavoitteita, joiden tulee olla myös hallintouudistusten lähtökohtana. Sen mukaisesti Hyks-piirin terveydenhuolto olisi järjestettävä porrastetusti siten, että terveyskeskuksella, sairaalakeskuksella ja Hyksillä on oma määrätty tehtävänsä erikoisaloittain sovittuun työnjaon mukaisesti. Kullakin sairaalakeskuksella on vastuualueensa (yht. 7), jonka kunnista olevia potilaita sairaalakeskus pääosin hoitaa. Piirin alueellisessa tavoitesuunnitelmassa vastuualueiden sairaalakeskusten ja Hyksin mitoitus perustuu ns. pyramidimalliin, jonka mukaan sairaalakeskuksessa on 2,5 ss/1000 as. yleissairaansijojta, 2,6 ss/1000 as. psykiatriassa sekä 1,2 ss/1000 as. Hyks-tasolla. Vastuualueiden toimintojen omavaraisuutta olisi tarkoitus lisätä ja pyrkiä hajauttamaan niitä Hyksistä sairaalakeskuksiin. *Hyksiä on tarkoitus supistaa pyramidimallin tavoitteiden mukaisesti. Tämän tavoitteena on jonkin verran kaventaa Hyksin tehtäviä erikoissairaanhoidon perustason osalta ja saada siten vähennystä hoidettavien määrään Hyksin korkeiden kustannuksien vuoksi.* (Uudenmaan sairaalahallintotoimikunta 22.4.1986.)

Uudenmaan kunnilta ja kuntainliitoilta saaduissa lausunnoissa eräänä vaihtoehtona esitettyä yhden sairaanhoitopiirin ratkaisua vastustettiin laajasti, epäiltiin päätöksenteon liiallista keskittymistä, mutta toisaalta haluttiin alueellisen koordinoinnin säilyttämistä. Enemmistö lausunnonantajista kannatti usean sairaanhoitopiirin perustamista Uudellemaalle. Monet olivat sitä mieltä, että sairaalahallintoa olisi kehitettävä olemassa olevan lainsäädännön pohjalta vapaaehtoisesti. Yleensä lausunnonantajat hyväksyivät Hyks-piirin sairaalakeskusten mukaisen vastuualuejaon ja sen keskeisen merkityksen hallintoa kehitettäessä. Lausuntojen perustalta Uudenmaan sairaalahallintotoimikunta katsoi Uudenmaan poikkeavan muun maan oloista, joten sairaalahallinnon uudistamista ei Uudellemaalla tule pakottaa samaan kaavaan kuin muualla Suomessa.

Liite 14: Keskussairaalat ja Uudenmaan läänin vastuualueet väestöpohjan mukaisessa järjestyksessä (1984).

Liite 15: Jäsenkuntien äänimäärät ja jäsenten lukumäärät Uudenmaan sairaanhoitopiirin liittovaltuustossa.

Uudenmaan erityispiirteinä mainittiin huomattavan suuri väestöpohja (1/4 maan väestöstä), terveydenhuollon laitosten yms. kuntainliittojen suuri määrä, Hyks-piirin hoidon porrastuskäytäntö, jossa terveyskeskusten ja keskussairaalan välissä toimii aluesairaalatasoinen sairaalaverkosto. Erikoissairaanhoidon laitosten aluevastuu ja yhteistoiminta kansanterveystyön kanssa rakentuu vakiintuneen vastuualuejärjestelmän pohjalle, ruotsinkielisen väestön suhteellisen runsas osuus ja merkittävänä erityispiirteenä Helsingin kaupungin terveydenhuollon järjestämistapa ja hallinto, jotka poikkeavat muiden kuntien vastaavista

järjestelyistä.

Toimikunta katsoi, että riippumatta sairaanhoitopiirin lukumäärästä tai hallintomallista sairaalahallinnon järjestelyjen lähtökohtana *Uudellamaalla tulee olla mm. yleisinä periaatteina:*

1. *Sairaalahallintoa tulee kehittää vastuualuejärjestelmän pohjalta luomalla samalla vastuualueella annettavasta erikoissairaanhoidosta kokonaisuus, joka sisältää yleissairaanhoidon, tuberkuloosihoidon ja mielisairaanhoidon toimintamuodot.* Vastuualueen ulkopuolistenkin kuntien (esim. kielelliset syyt) tulee voida käyttää ko. vastuualueen sairaaloita. Myös erityistapauksissa ja Uudenmaan ulkopuolistenkin kuntien tulee voida käyttää Hyks-piirin sairaaloita. Vastuualueiden rajoja on voitava kuntien kesken tarkistaa ja rajojen tulee olla joustavia raja-asemakuntien osalta.

2. *Hallintoa ja päätöksentekoa ei tule keskittää tarpeettomasti liian etäälle peruskunnista ja yksittäisistä sairaalayksiköistä. Sairaanhoidon alueellinen suunnittelu on säilytettävä keskushallinnolla, mutta päätösvalta on hajautettava mahdollisimman pitkälle.*

3. On turvattava väestölle mahdollisuudet saada palveluja omalla äidinkielellään. Kussakin sairaalassa on luotava pysyvä hallintojärjestely, että kummankin kieliryhmän potilashoitoa koskevat oikeudet turvataan.

4. Helsingin kaupungin terveydenhuollosta, joka pääasiallisesti kuuluu kansanterveyslain alaisuuteen, tulee muodostaa sairaanhoitopiiriin kuulumaton oma itsenäinen hallinnollinen kokonaisuutensa.

Erikoissairaanhoidon olisi oltava toiminnallisesti koordinoitu kokonaisuus riippumatta hallintomallista. Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon suunnittelu tulisi kytkeä Hyks-piirin alueelliseen suunnitteluun. Helsingin kaupungin ja Hyks-piirin suunnittelun valmistelussa tulisi noudattaa yhteismenettelyä.

Toimikunta katsoi perustelluksi antaa kaksi ehdotusta, jossa **ensimmäinen** on sairaalahallinnon kehittämisen Hyks-piirin vastuualueilla vapaaehtoisuuden pohjalta siten, että

– Helsingin kaupunki muodostaa vastuualueellaan oman hallinnollisen kokonaisuuden, ei kuulu Uudenmaan sairaaloiden kuntainliittoihin, käyttää yleissairaanhoidossa porrastuksen mukaisesti Hyksiä ja Lastenlinnaa;

– Hyvinkään, Jorvin, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon vastuualueilla sairaalakuntainliitot tulisi yhdistää yhdeksi kokonaisuudeksi. Porvoon vastuualueen kunnat voisivat kielellisistä syistä käyttää Länsi-Uudenmaan sairaaloita. Turunmaan kunnat voisivat kuulua Länsi-Uudenmaan vastuualueella yhdistettyyn kuntainliittoon;

– Peijaksen vastuualueen kunnat saavat yleissairaanhoidon, psykiatrisen toiminnan ja tuberkuloosihoidon Peijaksen sairaalan valmistuttua omalta vastuualueeltaan;

Uudenmaan lääniin kuuluvien Orimattilan ja Ruotsinpyhtään kuntien, jotka eivät kuulu Hyks-piiriin tai sen vastuualueisiin, asema säilyisi ennallaan. Artjärven kunta ei kuulu mihinkään Uudenmaan vastuualueeseen, mutta kylläkin eräisiin tuberkuloosi- ja mielisairaalakuntainliittoihin. Erillissopimuksella se voisi käyttää Päijät-Hämeen keskussairaala, vaikka kuuluisi edelleenkin Hyks-piiriin.

Toimikunta ehdotti, että Hyks ja Lastenlinna säilyisivät entisessä muodossa erillisinä kuntainliittoina, joskin myöhemmin niiden yhdistäminen on perusteltua.

Liite 16. Yhteenveto Uudenmaan sairaanhoitopiirihankkeesta. Vuoden 1984 tilastojen yhteenvetona mukaan olisi piirissä ollut sairaansijoja 10 600, hoitohenkilökuntaa 18 300, lääkäreitä 1 300 ja käyttömenot yhteensä 2 737 milj. mk.

Mikäli erikoissairaanhoitolaki säädettäisiin ja perustettaisiin yksi sairaanhoitopiiri, piti toimikunta **toisena** vaihtoehtona Uudenmaan sairaanhoitopiirin muodostamista edellä selostettua aluejakoa (7) noudattaen seuraavin edellytyksin:

– *sairaanhoitopiirin hallintoa ja päätöksentekoa ei tule keskittää alueellisen suunnittelun puitteissa tapahtuvaa ohjausta enempää:*

– Hyksin sijasta alueellisen suunnittelun päätöksenteosta huolehtii perustettava sairaanhoitopiirin kuntainliitto. Toimeenpano ja päätöksenteko tapahtuisivat kunkin vastuualueen luottamushenkilöistä muodostetussa lautakunnassa, jossa olisi vähemmistökieliryhmän kielellisiä etuja valvova jaosto. Useamman sairaalan vastuualueella voisi olla sairaalajohtokuntia;

– Helsingin kaupungin asema ja suhde perustettavaan sairaanhoitopiiriin tulisi erikseen määritellä. Helsingin terveydenhuolto muodostaisi itsenäisen hallinnollisen kokonaisuuden, eikä osallistuisi piirin muiden osavastuualueiden hallintoon eikä kustannuksiin;

– Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon olisi toiminnallisesti liityttävä Uudenmaan sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon järjestelmään. Kaupungin ja sairaanhoitopiirin välille luotava neuvottelukunta käsitelisi keskeiset yhteistyökysymykset;

– Helsinki kuuluisi sairaanhoitopiiriin ja sen laitoksiin luettavien Hyksin ja Lastenlinnan laitoksiin, joiden johtokuntiin se asettaisi edustajansa.

Hyksillä ja Lastenlinnalla olisivat omat lautakuntansa tai yksi yhteinen lautakunta, jonka jäsenet edustaisivat Uudenmaan eri osia, mahdollisesti eri vastuualueita, ja Helsingin yliopistoa. Mahdollista olisi, että Lastenlinnan sairaala liitettäisiin Hyksiin.

Sairaanhoitopiirillä olisi yhteinen Hyksin ja Lastenlinnan sekä vastuualuekohtaisesti jaoteltu talousarvio. Hyksin ja Lastenlinnan lautakunta sekä kukin vastuualuelautakunta tai sairaalakohtainen johtokunta päättäisivät itsenäisesti varojen käytöstä annettujen valtuuksien mukaan. Kukin kunta osallistuisi vain oman vastuualueensa sairaaloiden investointikustannuksiin. Kustannusten tulisi muodostua sairaalakohtaisesti.

Uudenmaan Maakuntaliiton (3.9.1985) asettama Uudenmaan sairaalahallintotoimikunta katsoi Uudenmaan kuntia ja sairaalakuntainliittoja kuultuaan, että sairaalahallinnon uudistaminen Uudellamaalla on tarpeellista ja perusteltua seuraavista syistä:

– Olemassa oleva erikoissairaanhoidon kuntainliittojärjestelmä ei vastaa nykyaikaisen sairaanhoidon ja sen hallinnon vaatimuksia. Erillisten kuntainliittojen (14 kl) alueet eivät vastaa toisiaan. Erikoissairaanhoidon tulisi muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, jolla on alueellinen väestövastuu.

– Peruskunnan terveydenhuoltoa koskeva päätöksenteko on pirstoutunut (4-10 kl) liian useille itsenäisille hallintoyksiköille.

– Erikoissairaanhoidon alueellinen suunnittelu on lainsäädännöllä annettu keskussairaalan kuntainliitolle. Sen hallintoelimet eivät edusta 13 muun kuntainliiton hallintoa. Alueellista suunnittelua varten tarvitaan demokraattisemmin kokoonpantu päätöksentekojärjestelmä.

– Kuntien sairaansijavaraukset kuntainliitoissa ovat epäyhtenäisiä eivätkä perustu väestömääriin ja kunnan terveydenhuollon kustannukset määräytyvät sairaansijojen omistussuhteiden perusteella vaihdellen kunnittain.

– Eriytyneestä hallinnosta johtuen useiden terveydenhuollon tavoitteiden, sairaanhoidon porrastuksen toteuttaminen, alueellisten erojen tasoittaminen ja sairaaloiden yhteistyön kehittäminen, on käytännössä Uudellamaalla ollut hankalaa.

Toimikunnan **ensisijainen** ehdotus oli, että Uudenmaan sairaalakuntainliittoja tulisi

pyrkii omatoimisesti yhdistämään nykyisen vastuualuejaon pohjalta siten, että Helsingin kaupungin terveydenhuolto omana hallinnollisena kokonaisuutena muodostaa yhden vastuualueen ja kullakin muulla kuudella vastuualueella yhdistämisen jälkeen toimii yksi sairaalakuntainliitto.

Toimikunnan **toissijainen** ehdotus oli, jos erikoissairaanhoitolaki annetaan, että Uudellemaalle muodostetaan *yksi sairaanhoitopiirin kuntainliitto*, jolle koko Uudenmaan erikoissairaanhoito tulisi kuulumaan. *Sen hallintoa ja päätöksentekoa on hajautettava mahdollisimman suuressa määrin vastuualuekohtaiseksi.*

Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatio ja hallinto oli suunniteltu pyramidi-mallin mukaiseksi. Kunkin vastuualueen johtokunta olisi ollut velvollinen järjestämään ja johtamaan alueensa sairaalan toiminnan myönnettyjen määrärahojen puitteissa. Hyksin ja Lastenlinnan johtokunnat olisivat huolehtineet oman sairaalansa toiminnan järjestämisestä. Helsingin sairaaloiden toiminta olisi kytketty alueellisessa suunnitelmassa.

Tässä suunnitelmassa otettaisiin huomioon Uudenmaan erityispiirteet siten, että

– *sairaanhoitopiirin liittohallituksella ja -valtuustolla on alueellisesta suunnitelmasta päättäminen ja raamiluontoisen talousarvion antaminen*

– käytännön hallinnosta ja päätöksenteosta vastaisivat osavastuualueiden sekä Hyksin ja Lastenlinnan johtokunnat

– osavastuualueita ovat Hyks-piirin vastuualuejaon mukaiset alueet, joista Helsingin kaupunki muodostaa sairaanhoitopiiriin kuulumattoman oman hallinnollisen kokonaisuuden. Lisäksi Meltolan ja Tammiharjun sairaalaa varten on oma toiminnallinen vastuualue

– sairaanhoitopiirin liittohallituksella on ruotsinkielinen lautakunta sekä psykiatrisen terveydenhuollon lautakunta. Tarvittaessa on osavastuualueen johtokunnalla kielellinen jaosto

– kukin osavastuualuejohtokunta laatii sairaanhoitopiiriin hyväksytyyn kuntainliittosuunnitelmaan ja talousarvioon sopeutetun oman talous- ja toimintasuunnitelmansa ja talousarvionsa

– kukin osavastuualuejohtokunta sekä Hyksin ja Lastenlinnan sairaalan johtokunta huolehtii itsenäisesti alaistensa sairaaloiden ja toimintayksiköiden taloudenhoidosta ja taloushallinnosta

– *kuntien maksuosuudet määräytyvät osavastuualueittain sekä erikseen Hyksin ja Lastenlinnan sairaalan osalta käytön mukaisesti.* (Uudenmaan sairaalahallintotoimikunta 21.11.1985.)

Hyksin liittohallitus päätti 17.6.1986 ehdottaa asettamansa sairaalahallintotyöryhmän, jonka puheenjohtajana oli Veikko Sjöblom, mietinnön mukaisesti perustettavaksi Uudellemaalle seitsemän sairaanhoitopiiriä, jotka vastaavat alueellisesti olemassa olevia vastuualueita. Esittelijä, sairaalanjohtaja A. Relander ehdotti yhden sairaanhoitopiiriin perustamista. Päätös tehtiin 9 äänellä 4 ääntä vastaan. Vähemmistöön kuuluivat Anna-Liisa Hyvönen ja Heikki S. von Hertzen (apulaiskaupunginjohtajat) Helsingistä, Antti Moisio (apulaiskaupunginjohtaja) Espoosta ja Olavi Seppä (kunnanhallituksen jäsen) Vihdistä. Muilta osin liittohallitus yhtyi Uudenmaan Maakuntaliiton toimikunnan periaate-ehdotukseen (Hyksin sairaalahallintotoimikunta, Hyksin liittohallitus 8.5.1986, Hyksin toimintakertomus 1986).

Usean sairaanhoitopiiriin perustamista ja samalla yhden sairaanhoitopiiriin vastustamista ajoivat ponnekkaasti Hyvinkään aluesairaalan ja Jorvin sairaalan liittohallitusten puheenjohtajat Esko Koppaanen ja Veikko Sjöblom. Heidän mielestään yksi *Uudenmaan sairaanhoitopiiri olisi päällikkövaltainen, byrokraattinen ja liian suuri organisaatio, jolle siirtyisi*

laitos- ja vastuualuekohtainen demokraattinen päätäntävalta. Lisäperusteluna oli vielä se, että kun Uudellamaalla eri vastuualueilla toimivat sairaalakuntainliitot yhdistettäisiin kyseisen alueen sairaanhoitopiirin kuntainliitoksi, siitä muodostuisi oman alueensa keskussairaalapiirin kuntainliitto. Näin Uudenmaan uudet vastuualueittaisesti muodostetut keskussairaalapiirit pääsisivät tasa-arvoiseen asemaan valtakunnallisten voimavarojen jaossa.

Ritva Laurila ja 26 muuta Uudenmaan ja Helsingin vaalipiirin kansanedustajaa (yhdeksästä eri eduskuntaryhmästä) jättivät 11.2.1986 eduskunnalle toivomusaloitteen, missä totesivat parhaillaan olevan sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltavana esityksen erikoissairaanhoidolaiksi sairaalahallintotoimikunnan mietinnön pohjalta. Aloitteessaan he lausuvat, *mikäli Uudellemaalle muodostettaisiin vain yksi sairaanhoitopiiri, se käsittäisi neljäsosan maamme väestöstä, tulisi mammuttimaisen suureksi työntekijä- ja sairaansijämäärältään sekä merkitsisi ylisuurena takaiskua kunnalliselle itsehallinnolle pienentäessään kunnan vaikutusmahdollisuuksia.* Toivomusaloitteessa esitettiin, että erikoissairaanhoidolakiesitystä valmisteltaessa otettaisiin huomioon Helsingin yliopistollisen keskussairaalapiirin väestöpohjan laajuus muodostamalla Uudenmaan lääniin esimerkiksi sairaalakeskusten vastuualueiden pohjalta useita sairaanhoitopiirejä.

Ympäristöpoliittinen ministerivaliokunta tahtoi selvittää erikoissairaanhoidon ja muiden laaja-alaisen kuntainliittojen sekä maakunnallisten organisaatioiden yhdistämismahdollisuuksia niiden sopeuttamiseksi maakuntajakoon siten, että niiden kansanvaltainen hallintorakenne varmistettaisiin kaikilla tasoilla.

Puhuessaan Kuopion yliopistollisen keskussairaalan laajennuksen käyttöönotossa sosiaali- ja terveysministeri Kuuskoski-Vikatmaa painotti terveydenhuollon tietämyksen laajempaa hyödyntämistä koko yhteiskunnassa. Vaikka terveydenhuollon toteuttamisvastuu on kunnilla, tarvitaan ennakkoluulottomuutta uusien kehittämissuunnitelmien etsimisessä. Paraneminen vaatii lääketieteellisen taidon, korkeatasoisen osaamisen ja erikoislaitteiston, mutta terveydenhuollon tuloksellinen kehittäminen vaatii porrastetun järjestelmän ulottuvan kaikille tasoille, avohoitoon, kotisairaanhoidon ja terveyskeskusten osastohoitoon eli jokapäiväiseen työhön asti. Erikoisalakohtaisten hoito-ohjelmien tulisi ulottua koko sairaanhoitopiiriin ja tarvittaessa olla käytettävissä kaikilla porrastustasoilla, eikä ennalta ehkäiseviä toimenpiteitäkään tulisi unohtaa. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien joustava yhteistyö turvaisi luottamukselliset kokonaisvaltaiset hoitosuhteet kaikilla terveydenhuollon porrastustasoilla.

Pohtiessaan terveydenhuollon hallintomallin kehittämistä piti Hyksin sairaalanjohtaja Relander (1985/1-2) parhaimpina sellaista vaihtoehtoa, että yhdistettäisiin kansanterveys-työ ja erikoissairaanhoido yhdeksi kokonaisuudeksi, jolloin voitaisiin saada aikaan terveydenhuollon kokonaisvastuu oman alueensa väestön terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta. Erikseen voitaisiin selvittää, mitkä nykyisin sosiaalitoimelle kuuluvista toiminnoista olisi tarkoituksenmukaista liittää terveydenhuollon piiriin tai saada niihin kiinteä yhteistyö. Uudellamaalla järjestely merkitsi yhden sairaanhoitopiirin perustamista ja kullekin olemassa olevalle vastuualueelle johtokunnan perustamista. Se olisi vastuullinen oman alueensa (60 000 - 150 000 asukkaan vastuualueesta riippuen, Helsingin kaupungin 500 000 asukkaan) terveydenhuollosta. Johtokuntien yläpuolella olisi sairaanhoitopiirin valtuusto ja hallitus. Sairanhoitopiirin hallinto laatisi alueellisen suunnitelman ja kokoaisi talousarvion sekä tekisi talousarvion vain alueellisesta suunnitelmasta johtuvat muutokset.

.4 Mielenpitoja ja lausuntoja

Uudenmaan sairaalahallinnon järjestely kiinnosti alueen kunnallisen tason lisäksi yleisemminkin ja tuli esiin muissakin yhteyksissä. Sairaanhoidon hallintojärjestelyistä kirjoiteltiin lehdistössä melkoisen paljon. Kirjoitukset olivat toimituksen tekemiä kuin myös yleisökirjoituksia. Niissä oltiin asiasta sekä puolesta että vastaan. Jotkut tahtoivat järjestää Uudellemaalle vain yhden sairaanhoitopiirin, kun taas toiset tahtoivat monta. Muutamat olivat myös sitä mieltä, että avohoito (kansanterveystyö) olisi kytkettävä yhteen hallintojärjestelyyn.

Suomenmaa (2.12.1981) käsitellessään sairaalatoimen hallinnon kehittämistä ja demokratiaa näki tärkeimmiksi päättäjiksi tulleen keskussairaalapiirien ja lääninhallitusten. Virkavaltaisuus sen mielestä oli lisääntynyt. Byrokraattisella väliportaan hallinnolla ei voisi korvata tehokkaasti toimivia, demokraattisia, taloudellisen omavastuisuuden tuntevia sairaalakuntainliittoja. Väestön tarpeet huomioon ottavan sairaanhoidon voisi parhaiten toteuttaa olemassa olevien kuntainliittojen avulla ottamalla riittävästi huomioon paikalliset olosuhteet valtakunnallisessa ja alueellisessa suunnittelujärjestelmässä.

Sama linja oli lehdellä muutama vuosi myöhemmin (Suomenmaa 3.10.1985, 17.10.1986). Jos erikoissairaanhoitopalveluja antava sairaalahallinto kootaan yhtenäisiksi sairaanhoitopiireiksi, olisi se uhkana aluesairaaloiden itsenäisyydelle niiden pakottamisessa sairaanhoitopiireihin. Samalla se olisi aluepoliittisesti vakava isku ja kehitys kääntyisi väärään suuntaan. Paikallistuntemus kaventuisi ja sairaanhoidon päätösvalta keskittyisi asutuskeskuksiin. Keskustapuolueen Varsinais-Suomen piiri julkisti kantansa, jonka mukaan sairaalahallinnon uudistus on toteutettava ilman, että aluesairaaloihin kosketaan. Uudistuksessa ei missään tapauksessa saisi aluesairaaloita liittää sairaanhoitopiireihin. Olemassa oleva hallintojärjestelmä olisi parempi vaihtoehto kuin uuteen hallintojärjestelmään siirtyminen.

Ruotsinkielisellä rannikkoseudulla (Västra Nyland 10.8.1985, Hufvudstadsbladet 1.9.1985, 12.11.1985) pohdiskeltiin myös kuntainliittojen lukumäärän pienentämistä, mutta samalla kysyttiin, voisiko muodostaa Länsi-Uudellemaalle sellaisia kuntainliittoja, jotka hoitaisivat sekä terveyden- että sairaanhoidon. Tämän edut olisivat suuret. Rannikkoseudun ruotsinkieliselle väestölle voitaisiin antaa palvelut omalla äidinkielellä. Kuntainliiton hallinto olisi lähellä kuntalaisia ja lähellä seudun kuntien sosiaalitoimintaa. Näin voitaisiin toteuttaa nykyaikaisen hoitoideologian vaatimuksia.

Helsingin Sanomat 4.1.1986 toimituksellisessa artikkelissa totesi sairaalahallinnon muutoksen olevan lähtöisin valtiosta ja että Uudenmaan maakuntaliitto oli pantu asialle kokoamaan läänin sairaaloita yhden johdon alaisuuteen. Pitemmälle menevässä suunnitelmassa samaan organisaatioon sulautettaisiin terveyskeskuksetkin. Lehti kertoi kirjoituksensa lopussa edellisen kerran ministeriön mietinnön pohjalta annetuissa lausunnoissa Uudenmaan kokoamisen yhdeksi ainoaksi sairaalapiiriksi saaneen lähes jakamattoman tuomion, koska siinä ei ollut otettu huomioon Uudenmaan erityisolosuhteita, joiden perusteella lääni pitäisi jakaa useaksi sairaalapiiriksi.

Hallitusneuvos Reijo Kärkkäisen (Helsingin Sanomat 4.1.1986) mielestä sosiaali- ja terveysministeriö ei voi jäädä odottamaan erikoissairaanhoitolain antamista eduskunnalle eikä koko maan sairaalahallintoa voi rakentaa Uudenmaan erityistarpeista. Uudenmaan tulisi noudattaa valtakunnallista kaavaa. Uudenmaan sairaanhoitopiirin koko ei ole ongelma. Sen lohkomiseen useammaksi piiriksi voitaisiin käydä sitten, kun kunnat ovat keskuudessaan päässeet siitä selvytyteen. Erikoissairaanhoitolain valmistelussa on tarkoin pyritty varomaan kansanterveystyön varpaille astumista. Terveyskeskukset säilyttävät itsenäisyytensä.

Hyksin hallituksen puheenjohtaja, Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Heikki S. von Hertzen vaati (Helsingin Sanomat 4.1.1986) Uudenmaan olosuhteiden ottamista huomioon erikoissairaanhoidolakia säädettäessä. ”Hyksin aluetta ja jotakin Kainuuta ei voida käsitellä samalla tavalla.”

Samassa lehdessä Helsingin apulaiskaupunginjohtaja Anna-Liisa Hyvösen mukaan ongelman ydin on Hyks, koska Helsingin erikoissairaanhoido on sen varassa. Helsingillä ei ole mitään halua maksaa muuta erikoissairaanhoidoa kuin Hyksin piirissä tapahtuvaa. Jos taas Helsingistä tulisi oma piirinsä, olisi selvitettävä, ovatko muut kunnat edelleen mukana käyttämässä ja maksamassa osaansa Hyksistä. ”On aika paljon annettu, jos yksi elin saa koko Uudenmaan sairaaloiden budjetoinnin ja suunnittelun päätettäväkseen.” Terveyskeskusten liittämisestä Uudenmaan sairaaloiden yleisjohdon alaiseksi hän totesi: ”Sitä emme tule hyväksymään.” (Helsinki oli 1973 esittänyt valtiovallalle otettavaksi huomioon erikoissairaanhoidolakia valmisteltaessa, että Helsingin kaupunki hoitaa kaupungin alueella sairaanhoitopiirin kuntainliitolle kuuluvat tehtävät ja että Helsingin kaupungissa noudatettaisiin soveltuvin osin muutoinkin sairaanhoitopiirin kuntainliittoa koskevia säännöksiä. Valtioneuvoston päätöksellä siirrettiin 1979 kaupungin erikoislääkärijohtoiset sairaalat kansanterveyslain voimaannpanosta annetun lain (67/72) mukaisesti terveyskeskuksen osaksi. Helsingin kaupungin koko terveyden- ja sairaanhoitojärjestelmä oli siten kansanterveyslain mukaista toimintaa.)

Jorvin sairaalan liittohallituksen puheenjohtaja ja Hyksin liittohallituksen jäsen Veikko Sjöblom yleisökirjoituksessaan (Helsingin Sanomat 8.1.1986) totesi Hyksin kuuluvan maailman suurimpien sairaaloiden joukkoon. Jos Uudenmaan 14 sairaalakuntainliittoa yhdistettäisiin yhdeksi, ei se hänen mielestään parantaisi potilaiden hoitoa. Se merkitsisi siirtymistä epädemokraattisempaan suuntaan. Hän sanoi yhdistämissuunnitelman ottavan Helsingin yliopistolta sairaansijat pois sen omistuksesta ja yliopiston menettävän äänivaltaiset edustajansa Hyksin hallinnosta.

Lastenlinnan sairaalan hallintojohtaja Aarre Holm piti (Helsingin Sanomat 11.1.1986) selvänä sitä, että kun Lastenlinnan sairaalan jäsenenä on 90 jäsenkuntaa, ei Uudenmaan sairaalahallinnollisia päätöksiä voi tehdä kuulematta muidenkin kuin uusmaalaisten kuntien mielipiteitä.

Uusi Suomi (20.1.1986) pääkirjoituksessa vastusti voimakkaasti yhden sairaanhoitopiirin perustamista Uudellemaalle. Se näki, että lähettäessä hallinnollisia epäkohtia poistamaan, ”on meikäläiseen tapaan menty ehdottamaan toista äärimmäisyyttä, täydellistä keskitystä.” Lehti ehdotti muodostettavaksi vastuualueita vastaavat sairaanhoitopiirit. Silloin piirirajat yhtenäistyvät, aluevastuu toteutuu, kuntainliittojen lukumäärä vähenee ja lähidemokratia säilyy. Lopuksi lehti siteerasi sosiaali- ja terveysministeri Eeva Kuuskoski-Vikamaan eduskunnassa esittämää lausuntoa: ”On aivan välttämätöntä, että otamme maan eri osissa huomioon erityispiirteet, erityistilanteet, joissa eletään. Helsingin seutu on toisenlaista kuin Pohjois-Karjala taikka Kainuu, ja sen vuoksi tämän lainsäädännön täytyy antaa myös tiettyjä jouston ja variaation mahdollisuuksia.”

Uudenmaan sairaalahallinnon syntymistä liian suureksi eivät halunneet Tuusulan kunnanjohtaja Ahti Haukkavaara, ei Vihdin kunnanjohtaja Risto Leinonen eikä Porvoon kaupunginjohtaja Sigurd Slätis. Heidän mielestään kuntainliittojen lukumäärää tulisi vähentää, mutta Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatiota voitaisiin harkita maantieteellisiin perusteisiin vastuualueittain. Samaa mieltä oli Jorvin sairaalan ylilääkäri Martti Ikonen (Suomen Sosialidemokraatti 10.1.1986). Alueellisiin näkökohtiin ja mammuttihan hallinnon ongelmiin

kiinnitti Suomenmaa (10.1.1986) huomiota.

Uudenmaan maakuntaliitto järjesti Espoon kaupungintalossa kuntien ja sairaaloiden johtohenkilöille tilaisuuden, missä esiteltiin maakuntaliiton sairaalahallintotoimikunnan laatimaa luonnosta Uudenmaan sairaalahallinnon järjestämiseksi. Käydyssä keskustelussa useat puheenvuoron käyttäjät vastustivat Uudellemaalle yhden sairaalakuntainliiton muodostamista. Heidän mielestään sairaalahallinto tulisi järjestää usean, joskin vastuualuekohtaisen, kuntainliiton pohjalta. Eräät puhujat olivat sitä mieltä, että yhden piirin hallintojärjestely kaappaisi Jorvin sairaalan Espoolta pois ja espoolaiset saattaisivat joutua hakemaan hoitoa kaukaa kotiseudultaan (Länsiväylä 12.1.1986). Hallintojärjestelyssä ei sallittaisi muodostaa Uudellemaalle useampia sairaanhoitopiirejä. ”Osaselitys on kenties se, että halutaan harjoittaa vanhanmallista aluepolitiikkaa sairaiden kustannuksella.” Uusmaalaiset eivät olisi yhdenvertaisessa asemassa maan muiden asukkaiden kanssa.

Aluepoliittiset erimielisyydet hallituksessa ja eduskunnassa olivat vaarantaneet merkittävästi koko terveydenhuollon taloudellisia mahdollisuuksia Uudellamaalla ja Vantaalla (Vantaan Alueuutiset 19.1.1986). Palvelujen tuottaminen ontuu ja on potilaille hankalaa ja tulee kunnille kalliiksi. Sairaanhoidon kehittämisessä olisi järjeistämisen ja hallinnollisen uudistamisen varaa. Sen vuoksi olisi toivottavaa, että aluepoliittiset erimielisyydet eivät heijastuisi valmisteilla olevan sairaalahallinnon lainsäädäntöön niin, että Uudenmaan erityisolosuhteet jäisivät huomioon ottamatta.

Espoon kaupunginhallitus (27.2.1990) oli Uudenmaan sairaanhoitopiirin perustamisen kannalla kuitenkin siten, että sairaanhoitopiiri tulee jakaa alue- ja väestövastuuperiaatteen mukaan kuuteen osavastuualueeseen. Osavastuualueille olisi annettava mahdollisimman paljon itsenäistä päätäntävaltaa. Potilaiksi olisi otettava vain sairaalan osavastuualueen jäsenkuntien asukkaita, paitsi siirtymävaiheen aikana myös sairaalan jäsenkunnista.

Edellä olevat lehdistössä ja muuten julkisuuteen tuodut mielipiteet ja lausunnot olivat merkittävästi valtakunnalliseen ja alueelliseen kunnallispolitiikkaan vaikuttavien tahojen ilmaisuja, joita hallinnollisen uudistuksen kehittämisvaiheessa otettiin huomioon.

.5 Hallituksen esitykset sairaanhoitopiirien perustamisesta ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan asemasta

Hallitus antoi Eduskunnalle esityksen erikoissairaanhoitolaiksi (HE 94/1988 vp.). Lain päätarkoitus oli yleissairaaloita ja yliopistollisia sairaaloita sekä mielisairaaloita koskevien säännöksiens nojalla toimivat eri kuntainliitot yhdistää alueittain toimiviksi sairaanhoitopiirien kuntainliitoiksi, jotka omalla alueellaan vastaisivat koko erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Samalla kuntakohtainen sairaansijajärjestelmä poistuisi. Kunnalla olisi yleisenä velvollisuutena hankkia tarkoituksenmukainen sairaanhoito, myös erikoissairaanhoito, kunnan asukkaille. Erikoissairaanhoidon järjestää sairaanhoitopiirin kuntainliitto, jossa kuntien jäsenyys on pakollinen. Lakiehdotuksen tavoitteena oli taata riittävien ja yhtäläisten sairaanhoitomahdollisuuksiens saannin turvaaminen maan kaikissa osissa. Jotta sairaanhoitopiirissä voitaisiin toteuttaa hallinnon hajauttaminen, mutta saada samalla myös sairaanhoitopiirin koko aluetta pienemmillä alueilla paikallista tuntemusta hallintoon ja toiminnan ohjaamiseen, voisi sairaalapiirin jakaa yhtä tai useampaa sairaalaa varten osavastuualueisiin ja valita sitä varten osavastuualueen kuntien asukkaista johtokunnan.

Kun sairaaloissa annettava erikoissairaanhoito ja terveyskeskuksien perussairaanhoito muodostavat kokonaisuuden, alueellinen yhteistoiminta on niiden kesken järjestettävä. Sairaanhoidopiiriin hallinto olisi velvollinen ottamaan huomioon myös terveyskeskuksessa annettavan sairaanhoidon. Se on vähentämässä päällekkäisiä toimintoja ja edistämässä tarkoituksenmukaista sairaanhoidon porrastusta ja toimivaa potilasohjausta. Näiden järjestelyjen odotettiin tuovan aikaa myöten erikoissairaanhoidon järjestämisessä taloudellisia säästöjä.

Koska Helsingin yliopistollinen keskussairaalaapiiri ehdotettiin jaettavaksi Uudenmaan sairaanhoidopiiriin ja Helsingin kaupungin sairaanhoidopiiriin, olisi tarpeellista säätää laki Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaasta ja sen asemasta erikseen. Hallituksen esityksen (HE 95/1988 vp.) mukaisesti Helsingin yliopistollinen keskussairaala toimisi itsenäisenä kuntainliittona, jonka jäsenenä olisivat Uudenmaan sairaanhoidopiirin jäsenkunnat ja Helsingin sairaanhoidopiirin jäsenkunta eli Helsingin kaupunki. Keskussairaalan tehtävänä olisi tuottaa sekä Uudenmaan että Helsingin sairaanhoidopiireille niiden järjestämisvastuuseen kuuluvia erikoissairaanhoidon palveluja, joiden tuottamisesta olisi tehtävä sopimus sairaalan ja sairaanhoidopiirien kesken. Keskussairaala antaisi edelleen palveluja erityisvastuualueellaan, jonka valtioneuvosto määräisi. Lisäksi sairaala toimisi yliopistollisena opetussairaalan. Sairaalan omistaisi ja sitä hallitsisi kuntainliitto, jonka jäsen ei Helsingin yliopisto olisi. Sillä olisi kuitenkin oikeus osallistua kuntainliiton hallintoon.

Hallituksen esitystä Sairaalaliitto ei pitänyt oikeaan osuvana, vaan katsoi ehdotuksen mukaisen järjestelmän hajaannuttavan olemassa olevan suunnittelujärjestelmän ja johtavan valtakunnallisissa suunnitelmissa myönnettyjen voimavarojen jaon siirtyvän kunnallis-hallinnolta lääninhallitukselle. Sairaalaliiton mielestä Helsingin kaupungin tulisi kuulua Uudenmaan sairaanhoidopiiriin. (Sairaalaliitto 30.3.1988.) Hallituksen esityksestä (95/1988) antamassaan lausunnossa Sairaalaliitto (22.3.1988) piti perusratkaisultaan ehdotusta epätarkoituksenmukaisena ja näki tarkoituksenmukaisempaan määrätä Helsingin kaupunki kuulumaan Uudenmaan sairaanhoidopiiriin. Se mahdollistaisi Uudenmaan koko erikoissairaanhoidon suunnittelun yhtenä kokonaisuutena.

Joulukuussa 1989 annetun erikoissairaanhoitolain ja sen voimaansaattamisesta annetun lain nojalla valtioneuvosto 1990 määräsi Uudenmaan sairaanhoidopiirin ja Helsingin sairaanhoidopiiriin alueista ja jäsenkunnista. Lastenlinnan sairaalan kuntainliittoon ei sovellettu erikoissairaanhoitolain voimaansaattamisesta annettuja säännöksiä siirtymisestä sairaanhoidopiiriin hallintaan. Kuntainliitto jatkoi toimintaansa kunnallislain mukaisena kuntainliittona.

2 HYKS itsenäisenä palvelujen tuottajana

.1 Hallintojärjestelmä

Sen johdosta, että Uudenmaan lääniin perustettiin kaksi erillistä sairaanhoidopiiriä, Helsingin sairaanhoidopiiri (HSHP) ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri (USHP), oli tarpeen tehdä laki Helsingin yliopistollisen sairaalan (Hyks) asemasta ja tehtävistä. Laissa Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaasta (1064/89) määrättiin Helsingin yliopistollisen keskussairaalan omistavan ja hallitsevan kuntainliiton (kuntayhtymän) jäseniksi Uudenmaan sairaanhoidopiiriin kuuluvat kunnat ja Helsingin kaupunki.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan, Hyks, tehtäväksi säädettiin järjestää sellaisia

Helsingin sairaanhoitopiirin, HSHP, ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, USHP, järjestämistä vastuuseen kuuluvia erikoissairaanhoidon palveluja, joiden tuottaminen sairaanhoitopiireissä ei ole tarkoituksenmukaista läänin erikoissairaanhoidon kokonaistarpeen huomioon ottaen. Sairaalan oli tämän lisäksi annettava erityistason sairaanhoidollisia palveluja myös erityisvastuualueelle. Erityisvastuualue perustui valtioneuvoston vahvistamiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettuihin valtakunnallisiin suunnitelmiin. Niiden mukaisesti Hyksin erityisvastuualueeseen kuuluivat Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiirien lisäksi Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirit sekä Vaasan ja Keski-Pohjanmaan ruotsinkielinen väestö. Sairaalan oli toimittava lääketieteellistä koulutusta antavana yliopistollisena sairaalana.

Helsingin sairaanhoitopiirin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tuli sopia Hyksin kanssa keskinäisestä työnjaosta, jotta toiminnallisista päällekkäisyyksistä vältyttäisiin ja potilasohjaus toimisi tätä tehostaen. Tämän toteuttamiseksi oli kummankin sairaanhoitopiirin ja Hyksin sekä yliopiston perustettava erillinen yhteinen neuvottelukunta.

Liite 17: Kunnalliset sairaalat Uudenmaan alueella 1992 ja

Liite 18: Kunnalliset sairaalat Uudenmaan alueella 1994

on tilasto Hyksin (myös Lastenlinnan), Helsingin sairaanhoitopiirin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloista, sairaansijoista, hoitopäivistä, kuormituksesta sekä keskimääräisestä hoitoajasta uusien piirijärjestelyjen jälkeen (1992) ja toiminnan vakiinnuttua. Hyksissä on päästy tavoiteltuun paikkalukuun (1.900 ss.), HSHP:n paikkaluku on vähentynyt ja samoin USHP paikkaluku vuonna 1994 vuoteen 1992 verrattuna. Kuormitus on Hyksissä lisääntynyt, HSHP:ssä alentunut ja USHP:ssä lisääntynyt. Samanlainen kehitys on ollut keskimääräisessä hoitoajassa.

Lain voimaantullessa (1990) Hyksissä lakkasi kuntien omistusosuuteen perustuva sairaansijajako. Tilalle tuli peruspääoma, joka määräytyi kunnan vuosina 1991-1996 kuntayhtymältä hankkimien palvelujen markkamäärien mukaisessa suhteessa. Sen mukaisesti määräytyi jäsenkunnan osuus kuntayhtymän varoihin ja velvoitteisiin.

Hyksin hallinnossa tapahtui muutoksia. Helsingin yliopistollisen keskussairaalan perussopimuksen mukaisesti kuntayhtymän jäsenkunnat (32) valitsivat kuntayhtymän valtuustoon yhdestä viiteen jäsentä (kunnan) valtuustojen toimikautta vastaavaksi ajaksi. Jäsenten lukumäärä määräytyi rahoitusosuuden prosentuaalisuuden mukaan. Valtuuston jäsenen äänimääräkin määräytyi sen mukaisesti, kuinka suuren suhteellisen osan kunta oli rahoittanut kuntayhtymän menoja. (Perussopimus.)

Helsingin yliopistolla oli oikeus nimetä valtuuston kaksi jäsentä. Yliopiston edustajien äänimäärä määräytyi myös sen mukaan, kuinka paljon lääkärikoulutusta ja lääketieteellistä tutkimustoimintaa varten valtion maksaman erityisvaltionosuuden suhteellinen osuus oli kuntayhtymän menoista.

Valtuuston alaisena toimivassa kuntayhtymän hallituksessa oli kolmetoista jäsentä, joista yhden nimesi Helsingin yliopisto. Hallituksen kokoonpanossa oli noudatettava kuntien maksamia rahoitusosuuksia ja poliittiselta koostumukseltaan hallituksen kokoonpanon oli yliopiston nimeämää edustajaa lukuun ottamatta noudatettava jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien eri ryhmien kunnallisvaaleissa saamaa ääniosuutta.

Ruotsinkielellä järjestettävän erikoissairaanhoidon ja terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta koskevien asioiden käsittelyä varten hallituksessa tuli olla ruotsinkielinen jaosto, johon hallitus valitsi kolme jäsentä ja valtuusto kolme jäsentä.

.2 Erityistason sairaanhoidon järjestäminen

Hyks-laki määritteli Hyksin aseman. Työnjaosta sovittiin sairaanhoitopiirien, Hyksin ja Helsingin yliopiston kesken. Lakisääteisesti Hyksillä oli yliopistosairaalan velvoitteet. Muilta osin *Hyks toimi palveluja tuottavana sairaalana. Hyksin hallitus katsoi, että sillä ei ole velvollisuutta olla vastuussa erikoissairaanhoidon järjestämisestä asukkailla, vaan se kuuluu kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriö oli samaa mieltä kunnan velvollisuudesta vastata erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Vuoden 1993 alusta voimaan tullut valtioneosuuslainsäädännön muutos lisäsi kunnan vastuuta ja toimintavapautta eikä se muuttanut Hyksin asemaa. Sen palvelutuotanto perustui kuntien kanssa tehtyihin palvelusopimuksiin, missä kuntien vaikutusvallan katsottiin kasvavan.* (Hyksin toimintakertomus 1992, Valsu 1993-1996.)

Virallisena sairaanhoitopiirien, Hyksin ja Helsingin yliopiston yhteistyöelimenä toimi Hyks-neuvottelukunta, joka koostui kolmen organisaation poliittisista päättäjistä. Neuvottelukunta asetti Hyks-toimikunnan, johon kuului organisaatioiden kolme johtavaa viranhaltijaa. Se kutsui asiantuntijaksi Uudenmaan lääninhallituksesta kuntapalvelujohtaja Esko Hännisen. Hyks-toimikunta selvitti suunnitteilla olevat rakennushankkeet, piirien sairaala-kiinteistöjen käyttöä ja Hyksin sairaalan tulevaa suuruutta sekä työnjakokysymyksiä.

Varsin pian kuitenkin syntyi Hyksin ja sairaanhoitopiirien välillä erimielisyyksiä. Työnjakokysymykset saivat Hyks-neuvottelukunnassa teräviä keskusteluja myös senkin vuoksi, että julkisuudessa Hyksiä moitittiin korkeista hinnoista ja potilaiden turhasta juoksuttamisesta eri poliklinikoilla. USHPn kunnat katsoivat, ettei Hyks toimi aluesairaaloiden kanssa yhteistoiminnassa, ei siirrä potilasta jatkohoitopaikkaan, vaan ”pitää kiinni” ja siten laskua karttuu liikaa. Erityisesti potilaiden ensi- ja uusintakäyntien määrät sisätautien poliklinikalla olivat usein esillä. Toisaalta, kun helsinkiläisten kaikista sairaanhoitopalveluista, poliklinikkakäynneistä, päivystyskäynneistä ja hoidetuista potilaista, noin 40% oli hankittu Hyksistä, toivottiin Helsingin kaupungin sairaaloiden ja terveyskeskusten toiminnan tehostumista. Potilaiden ohjaamisesta oikeaan hoitopaikkaan käytiin alueen laitosten kanssa neuvotteluja. (Hyksin toimintakertomus 1991.)

Jo noin puolentoista vuoden kuluttua sairaanhoitopiirien perustamisesta asetti STM (23.9.1993) toimikunnan (Uuras-toimikunta) ”tekemään ehdotuksen niistä toiminnallisista, taloudellisista ja hallinnollisista järjestelyistä sekä niiden edellyttämistä lainsäädännöllisistä muutoksista, jotka on toteutettava Helsingin yliopistollisen keskussairaalan toimintojen liittämiseksi osaksi Helsingin sairaanhoitopiirin toimintaa turvaten samalla Uudenmaan kuntien oikeuden edelleen saada aikaisempia Helsingin yliopistollisen keskussairaalan palveluita vastaavat erikoissairaanhoidon palvelut.”

Toimikunnassa oltiin yksimielisiä siitä, että keskeiset Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon ongelmat on välttämätöntä ratkaista. Näitä olivat päällekkäisten toimintojen karsiminen, alueellisen työnjaon selkeyttäminen, resurssintason tarkistaminen, uusista investoinneista pidättäytyminen, kustannustason alentaminen, henkilömitoituksen tarkistaminen ja tilaaja-tuottaja-mallin kehittäminen. Lisäksi oltiin vielä yksimielisiä siitä, että yksittäisellä potilaalla on oikeus hoitopaikan valintaan ja toisaalta kuntalaisilla (kunnalla) järjestelmän rahoittajina on oikeus odottaa, että hoito toteutetaan porrastuksen kannalta oikeassa paikassa ja taloudellisesti.

Edelleen toimikunta oli yksimielinen siitä, että *Helsingin yliopiston tulisi siirtää tar-*

vittavassa laajuudessa opetusta Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiirien sairaaloissa ja muissa yksiköissä tapahtuvaksi päällekkäistoimintojen ja ylimääräisten kustannusten välttämiseksi heikentämättä opetuksen tasoa ja aiheuttamatta opettajatyövoiman käyttöön tehottomuutta. Lääketieteellisestä opetuksesta ja tutkimuksesta johtuvat kustannukset tulisi kohdentaa paremmin aiheuttamisperiaatteen mukaisesti.

Vielä toimikunta totesi, että Hyksin ja sairaanhoitopiirien ja eräiden kuntien olisi luotava palveluihin perustuva sopimuskäytäntö ja kustannuslaskenta kehitettävä siten, että Hyksin ja sairaanhoitopiirien tuotantokustannuksia voitaisiin verrata luotettavasti toisiinsa.

Sen sijaan ehdotuksista Hyksin liittämiseksi osaksi Helsingin sairaanhoitopiiriä toimikunta ei päässyt ratkaisuihin. Helsingin kaupunki esitti, saadakseen ehdotuksen Hyksin pääoman siirtymisestä Helsingin kaupungille hyväksytyksi, korvaukseksi, että Uudenmaan kunnat saisivat käyttämistään Hyksin palveluista 10 % alennuksen ensimmäisen kymmenen vuoden aikana. Sen lisäksi Uudenmaan kunnat/sairaanhoitopiiri saisi nimetä yhden asiantuntijajäsenen hallitukseen, jona toimisi Helsingin terveyslautakunnan sairaalajaosto. Toiminta organisoitaisiin ylilääkärijohtajan johtamiin erikoisalajakokonaisuuksien muodostamiksi tulosityksiköiksi maantieteellisestä sijainnista riippumattomiksi hallinnollisiksi kokonaisuuksiksi (divisioonaorganisaatio, ”diagonaalinen systeemi”). Lääkärikoulutuksesta ja siihen liittyvästä tutkimustoiminnasta tehtäisiin Helsingin yliopiston kanssa sopimus erottaen opetus hallinnollisesti omaksi kokonaisuudekseen.

Toimikunnassa olevien Uudenmaan sairaanhoitopiirin edustajien mielestä Hyksin liittämällä Helsingin sairaanhoitopiiriin ei poistettaisi Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon ongelmia, vaan luotaisiin mittavampia tilalle. Helsingin ehdotuksessa jäisivät Uudenmaan muut kunnat tosiasiaassa vaille korvausta omaisuudesta. Näiden seikkojen vuoksi Helsingin ehdotusta ei voitu hyväksyä.

Helsingin yliopisto suhtautui hyvin pidättyvästi toimikunnan ja Helsingin ehdotukseen tutkimuksen ja opetuksen järjestämisestä, koska sen mukaisesti yliopiston professoreja ei voisi määrätä sairaaloiden hallinnollisiin johtotehtäviin ja yliopisto pidettäisiin syrjässä potilaita koskevasta päätöksenteosta.

Hyksin sairaalanjohtaja Arvo Relander katsoi, ettei vielä ollut kokemuksia uusista sairaalajärjestelyistä ja halusi antaa aikaa kehitystyölle. Hän piti tarpeellisena opetuksen ja kliinisen tutkimuksen säilyttämisen kiinteänä osana kliinistä palvelutuotantoa, eikä yliopiston hallinnolliseen erottamiseen tulisi ryhtyä. Sen sijaan hän katsoi tarpeelliseksi eriyttää palvelujen tuottajan ja tilaajan päätöksentekoelementit. Taloudellis-hallinnollisessa mielessä olisi parhaita Hyksin pääoma siirtää Kiinteistö-Hyks Oy:lle, jonka omistajina ovat Uudenmaan kunnat.

Kun toimikunnan työ ei esiintyneiden ristiriitaisuuksien vuoksi edistynyt, Hyks-neuvottelukunta kutsui selvitysmieheksi kuntapalvelujohtaja Esko Hännisen ja professori Jussi Huttusen laatimaan työnjaon aikaansaamiseksi toimenpideohjelman. Sen mukaisesti keskeisenä Uudenmaan ongelmana pidettiin erikoissairaanhoidon ylikapasiteettia. Erikoissairaanhoidon kysyntä oli lisääntynyt Uudellamaalla samoin kuin myös koko maassa. Uudenmaan kysyntää kasvatti väestömäärän 10.000 asukkaan vuotuinen kasvu. Ilmeistä oli myös, että aikaisempaa enemmän hakeuduttiin taloudellisten syiden vuoksi julkiseen sairaanhoitoon yksityisten palvelujen sijaan. Sairaalat kyllä pystyivät vastaamaan kasvaneeseen kysyntään tehostamalla toimintaansa ja ottamalla käyttöön uusia hoitomuotoja. Hyks-neuvottelukunta teki koko Uudenmaan erikoissairaanhoidon selvityksen tavoitteenaan päällekkäisten toimintojen purkaminen. Hyks-neuvottelukunta hyväksyi jatkovalmistelun pohjaksi asiantun-

tijoittensa tavoitteeksi asettamat päällekkäisyyksien purkamisen, toimintojen keskittämisen ja tukipalvelujen yhdistämisen keinoiksi Uudenmaan erikoissairaanhoidon käyttömenojen alentamiseksi. (Hyksin toimintakertomus 1994, Uuras-toimikunta 1994.)

Vuoden 1994 alusta lukien Hyksin sairaalan toiminta rahoitettiin pääasiallisesti palveluista saatavilla tuloilla. Se sisälsi myös sen, että jäsenkunnatkin (ja USHP) maksoivat asukkaistensa Hyksistä saamista palveluista Hyksin hallituksen vahvistamien hintojen mukaan. Kunnista tuli siten palvelujen tilaajia ja myös maksajia. Niillä oli teoreettisesti paremmat mahdollisuudet säännellä erikoissairaanhoidon menoja. Kunnilta perittiin ainoastaan jäsenmaksujen luontoisia maksuja erityisen kalliita hoitoja koskevan kuntien välisen kustannusten tasausmenettelyn perusteella. Palvelumaksujen lisäksi Hyks sai valtiolta erityisvaltionosuutta opetus- ja tutkimustyöstä johtuvien kulujen peittämiseen. (Hyksin toimintakertomus 1992-1994.)

Selvitysmiesten toimenpideohjelman pohjalta Hyks-toimikunta ryhtyi valmistelemaan sopimusjärjestelmää, jonka pohjalta erikoissairaanhoidon palvelut voitaisiin järjestää Uudenmaan läänin asukkaille tehokkaasti, taloudellisesti ja tasapuolisesti. Tätä varten asetettaisiin työryhmiä niin lääketieteellisten erikoisalojen toiminnan porrastamiseksi kuin eri palvelujen tarkoituksenmukaiseksi järjestämiseksi. Oleellisena yhteissuunnittelun kohteen oli myös kuntalaskutuksen kehittäminen yhteisten suuntaviivojen mukaisesti. Hyks-neuvottelukunta ja Hyks-toimikunta työskentelivät sopimusohjausjärjestelmän aikaansaamiseksi. Kuntien kanssa solmittavien palvelusopimusten ja Hyksin kanssa solmittavan palvelusopimuksen oli tarkoitus taata toteutuessaan, että potilas olisi saanut oikeaan aikaan oikeassa paikassa parhaan mahdollisen hoidon. Suunnitelmat valmistuivat kevään 1995 aikana, mutta Hyks-neuvottelukunnassa asian käsittely pitkittyi (USHP 1995).

STM vauhditti asiaa asettamalla loppuvuodesta 1995 selvitysmiehet Esko Hännisen ja Jussi Huttusen laatimaan raporttinsa sopimusohjauksesta. He antoivat esityksensä ”Kohti sopimusaikaa ja yhteistyötä” sosiaali- ja terveysministeriölle. Sen mukaisesti mm. tulisi työnjaon mukana tehostaa potilaiden ohjausta ja lähetekäytäntöä, säilyttää palvelujen antamisessa läheisyysperiaate, laajentaa päiväsairaaloimintaa, keskittää pienten ja hajauttaa suurten erikoissairaanhoidon alojen toimintaa ja hahmottaa siinä kokonaisuuden etu. Päällekkäisyyksien ja peräkkäisyyksien poistamisella ja rationalisoinneilla olisi mahdollista saada säästöjä ajanjaksolla 1996-2001 erikoissairaanhoidossa HSHP:ssä 400-450 mmk, Hyksissä 200-250 mmk ja USHP:ssä 130-150 mmk. Selvityksen julkaisemisen yhteydessä muutettiin valtakunnallista suunnitelmaa siten, että Hyksin, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien edellytettiin toimittavan Hyks-lain 2. pykälän tarkoittamat työnjakosopimukset lokakuun loppuun 1996 mennessä tai muussa tapauksessa valtioneuvosto ryhtyy toimenpiteisiin. Nämä kaikki yhdessä vauhdittivat työnjakosopimusten syntymistä niin, että molemmat sairaanhoitopiirit erikseen ja Hyks hyväksyivät oman piirinsä ja Hyksin väliset työnjakosopimukset sekä niihin liittyvät ohjeet potilaiden ohjaamisesta erikoissairaanhoidon. Lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö antoi ohjeen erityistason sairaanhoidon järjestämisestä (Sopimus työnjaosta 1996).

Vuoden 1997 alusta voimaan tulleiden *Hyksin ja Uudellamaalla toimivien muiden sairaaloiden välisen työnjaon pääperiaatteena oli, että erikoissairaanhoidon erityistaso on Hyksin vastuulla ja muut sairaalat keskittyvät huolehtimaan erikoissairaanhoidon perustason hoidosta. Joillakin harvinaisemmilla erikoisaloilla Hyks vastasi lähes kaikesta Uudenmaan erikoissairaanhoidosta.*

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä oli osoittanut Helsingin sosiaali- ja terveyden-

huollon olevan kalliimpaa kuin kunnissa keskimäärin. Se, ettei Helsinki kyennyt järjestämään sairaanhoitoaan tyydyttävästi, oli johtanut Helsingin sairaanhoitopiirin ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan välisiin toiminnallisiin muutoksiin. Helsingin kaupungin terveysviraston ja Hyksin välisissä neuvotteluissa oli sovittu työnjakosopimus, jonka perusteella sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö antoi määräyksen erityistason sairaanhoidon järjestämisestä. Tällä sopimuksella vuosien 1994-1997 aikana siirtyivät Hyksin vastuulle mm. (helsinkiläisten) akuutin neurologian palvelujen tuottaminen, helsinkiläispotilaiden neurologinen kuntoutus, Auroran sairaalan lastenkirurginen toiminta ja Auroran lastentautien somaattisten erikoisalojen perustason toiminta, ihotautilien hoito ja koululaisten ihotautilien poliklinikatoiminta sekä infektio- ja sisätautien hoito. Lisäksi sen vuoksi, että Hyksin vastattavaksi oli siirtynyt Helsingin kaupungin Läntinen suurpiiri kokonaisuudessaan erikoissairaanhoidon osalta, Hyksistä oli siirtynyt Helsingin sairaanhoitopiiriin kirurgian perustason hoitojaksoja ja ajanvarauskäyntejä, sisätautien perustason hoitojaksoja ja ajanvarauskäyntejä, naistentautien ja synnytyksien erikoissairaanhoidon perustason hoitojaksoja ja perustason ajanvarauskäyntejä, synnytyksiä ja niihin liittyviä ajanvarauskäyntejä. (Erityistason sairaanhoidon järjestäminen 1994.)

Helsingin kaupungin ja Hyksin kesken oli lisäksi sopimus useista sellaisista järjestelyistä, joilla kokonaisia erikoissairaanhoidon toimintoja siirrettiin Hyksin vastuulle. Esimerkiksi lasten sairaanhoito ja Helsingin Läntisen suurpiirin asukkaiden erikoissairaanhoidon hoito sekä perustaso että erityistaso keskitettiin Hyksiin. Tällä järjestelyllä Hyks turvasi opetustoimintaa varten riittävästi erikoissairaanhoidon perustasonkin toimintaa. Hyksin tehtävät kehittyivät sopimuksien suuntaisesti, mutta sopimuksiin liitetyt odotukset Hyksin menojen pienentämiseksi osoittautuivat liian optimistisiksi erikoissairaanhoidon kasvaneen kysynnän vuoksi. Kun suunnitelmien mukaiset klinikoiden palvelumäärät uhkasivat ylittyä, täsmennettiin potilasohjauksen ohjeita, tarkennettiin työnjaon joitakin kohtia ja lähetettiin Hyksiin saapuneita läheteitä toisiin sairaaloihin, myös päivystyspotilaita ohjattiin toisiin sairaaloihin ja terveyskeskuksiin. Etenkin päivystyspotilaiden muualle ohjaaminen herätti lehtiin paheksuvia yleisökirjoituksia. Kaikilla näillä toimenpiteillä voitiin alentaa jäsenkuntatuloja, mutta vastaavaa säästöä ei tapahtunut Hyksin menoissa. (Hyksin toimintakertomus 1997.)

.3 Sairaanhoitopiirien ja Hyksin työnjakojen toteutuminen 1996 - 1999

Hyksin ja sairaanhoitopiirien välisillä työnjakosopimuksilla (Vuosiraporttien mukaan) ei saatu aikaan toivottuja kustannussäästöjä. Vuonna 1997 Hyks alkoi sopeuttaa toimintaansa ja kapasiteettiaan alentuneeseen kysyntään sulkemalla yhden kirurgisen vuodeosaston. Hyksissä parannettiin hoitotyötä siten, että otettiin käyttöön yksilövastuinen hoitotyö, tehostettiin kunnille annettavaa tietopalvelua sekä ohjattiin hoitotyö näyttöön perustuvaksi (Punnonen: Sairaanhoitopiirien...1998).

Helsingin oman ja Hyksin helsinkiläisille tuottaman somaattisen erikoissairaanhoidon **kustannukset** (ilman lastenneurologiaa) kustannukset vuosina 1995-1997 nousivat 8,8 % ja vuosina 1996-1997 2,7 %. Somaattiset hoitojaksot samana ajanjaksona lisääntyivät 3 %:lla ja avohoitokäynnit vähentyivät 1,4 %.

Helsingin oman ja Hyksin helsinkiläisille tuottaman somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset (ilman lastenneurologiaa) deflatoidut kustannukset vuosina 1995-1998 olivat

nousseet 5 %. Vuonna 1998 kustannukset olivat kuitenkin laskeneet 2 prosentilla verrattuna vuoteen 1997. Somaattiset hoitojaksot vähentyivät 4 prosentilla ja käynnit 5 prosentilla vuodesta 1997.

Helsingin somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset olivat nousseet kaikilla erikoisaloilla lukuun ottamatta silmätautien erikoisalaa. Helsingin somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset (ilman lastenneurologiaa) vuonna 1996 olivat 2.993 mk/asukas ja vuonna 1997 3.017 mk/asukas ja vuonna 1998 2.914 mk/asukas. Väestö lisääntyi 14.264 asukkaalla eli 2,6 %:lla vuodesta 1996. (Vuosiraportti 1997-1998.)

Helsingin ja Hyksin päivystysyksiköiden toiminnassa työnjako alkoi toteutua vuoden 1997 lopulla. Sen vuoksi opastusta potilasohjaukseen oli tarpeen lisätä lääkäreille, hoitohenkilökunnalle ja väestölle. Työnjakosopimuksiin ei ollut tarvetta tehdä muutoksia, mutta kustannussäästöjen saaminen edellytti sovittujen tuottajien välisten työnjakojen toteuttamisen noudattamista paremmin. Väestön hoitotarpeita vastaavaksi oli tarpeen kohdentaa erikoisalain voimavaroja. Siinä tarkoituksessa voimavaroja tuli siirtää tukemaan hoitoketjuja muualla kuin erikoissairaanhoidossa. Yksityiskohtien sijaan huomio tuli kiinnittää kokonaisuuden hallintaan. (Vuosiraportti 1997.)

Helsingin ja Hyksin välinen työnjako toteutui paremmin vuonna 1998 hyvin ja eräiltä osin potilaiden siirto Hyksistä Helsingin sairaanhoitopiiriin oli työnjakosopimuksen edellyttämää suurempi. Mutta samanaikaisesti Helsingin erikoissairaanhoidon vastaanottokyvyyssä olleet vaikeudet saattoivat vaarantaa erikoissairaanhoidon palvelutasoa. Perusterveydenhuollon vastaanottokyvyyssä oli ongelmia. Potilaiden jatkohoitoon siirto viivästyi. Sen katsottiin lisänneen helsinkiläisten erikoissairaanhoidon kustannuksia huomattavasti. (Vuosiraportti 1998.)

Uudenmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien somaattisen erikoissairaanhoidon (oma toiminta ja Hyksin tuottamat palvelut) **kustannukset** vuosina 1996-1997 lisääntyivät 3,6 %. Hoitojaksot samana aikana vähentyivät 1,2 %:lla ja käynnit lisääntyivät 0,4 %. Vaikka USHPn kirurgian ja korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoissairaanhoidon hoitojaksot vuoden aikana vähenivät, ei Hyksin kuntalaskutus vähentynyt. Poliklinikakäynteihin sisältyi runsaasti työnjakosopimusten vastaisia käyntejä. Käynneissä oli myös erikoismaksuluokkapotilaiden ja työterveydenhuollosta lähetettyjen potilaiden käyntejä. Koko Uudenmaan (HSHP ja USHP ilman lastenneurologiaa) erikoissairaanhoidon kustannukset nousivat 104 mmk:lla eli 3,2 %:lla vuosina 1996-1997. Luvuissa ei ollut väestön lisäystä huomiota eikä väestön ikärakenteen muutosta eikä lukuja ollut deflatoitu.

Uudenmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien somaattisen erikoissairaanhoidon (oma toiminta ja Hyksin tuottamat palvelut) deflatoidut **kustannukset** olivat nousseet 4,6 prosentilla vuosina 1996-1998 (ilman lastenneurologiaa). Hoitojaksot samana aikana vähentyneet 5,7 prosentilla ja käynnit lisääntyneet 1,6 prosentilla.

Uudenmaan SHPN jäsenkuntien somaattisen erikoissairaanhoidon (ilman lastenneurologiaa) kustannukset vuonna 1996 olivat 2.214 mk/asukas, vuonna 1997 2.237 mk/asukas ja vuonna 1998 2.255 mk/asukas. Väestön lisäys USHPn jäsenkunnissa vuodesta 1996 oli 21.215 asukasta eli 2,7 %. Somaattisen erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset kustannukset Uudenmaan shpn jäsenkunnissa olivat keskimäärin 23 % alhaisemmat kuin Helsingissä vuonna 1998.

Hyksin ja sairaanhoitopiirien erikoisalakohtaiset työnjaot alkoivat vuoden 1997 lopulla pääosin sujua. Niiden täytäntöönpano oli odotettua hitaampaa ja sopimuksiin sitoutuminen Hyksissä eräillä erikoisaloilla oli vähäistä. Perinteisten toimintatapojen muuttuminen ta-

pahtui hitaasti. Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (shpn) ja Hyksin välinen työnjakosopimus toteutui vuonna 1998, vaikkakin suunnitellusta yhden vuoden viiveellä. Palvelujen siirto Uudenmaan sairaanhoitopiiriin sairaaloihin onnistui peruskuntia tyydyttävällä tavalla. Tämä ei kuitenkaan alentanut kokonais- tai asukaskohtaisia kustannuksia. (Vuosisraportti 1997-1998.)

Selvitysmiesten Esko Hänninen ja Jussi Huttunen esityksen mukaisesti oli Uudenmaan erikoissairaanhoidon toimenpideohjelmassa Helsingin Läntisen suurpiiriin erikoissairaanhoidon vastuu siirretty Hyksille yliopisto-opetuksen ja tutkimuksen turvaamiseksi. Erikoissairaanhoidon perustason potilaat eivät kuitenkaan riittäneet täyttämään opetuksen tarpeita. Seurantaryhmä ehdotti, että Helsingin yliopisto, Hyks sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien olisi käynnistettävä lääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutuksen sekä tutkimustoiminnan hajauttamista koskevat neuvottelut. (Vuosisraportti 1997.)

Vuoden 1998 aikana jäsenkuntien kanssa tehtyjen palvelusopimusten mukaisesti oli laadittu Hyksin talousarvio ja toimintaa kehitettiin niiden mukaisesti. Samanlaisesti vaikuttivat sairaanhoitopiiriin kanssa tehdyt työnjakosopimukset. Hyksin potilaskäyntien ja hoitopäivien määrät vähenivät noin 10 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Hoidon tasoa kuitenkin voitiin nostaa ja uusia palvelumuotoja kehittää. Sairaanhoito painottui vaativampaan suuntaan. Tehtiin Suomen ensimmäinen keinosydänleikkaus ja kuurojen sisäkorvaproteesi, sydänleikkauksien määrä lisääntyi. Kirurgian elektiivistä toimintaa pienennettiin erityisesti Helsingin osalta. Kaikki nämä hoidon supistamiset merkitsivät hoitojonojen kasvua. Kun hoitojono kirurgiaan oli 1997 joulukuussa 4.550 oli se joulukuussa 1998 5.675 eli kasvua oli 25 %. Operatiiviset jonot (esim. naistentaudit, lastentaudit ja silmänsairaudet) olivat samana aikana yhteensä 11.774 ja 13.034 potilasta eli kasvua oli 11 %. Konservatiivisen hoidon jono (esim. sisätaudit, kardiologia ym.) oli vastaavina aikoina 13.095 ja 14.255 potilasta. Vähennystä oli tapahtunut vastaavina aikoina seuraavissa jonoissa: sydämen ohitusleikkaus 49 %, silmätaudit 8 %, kaihi 11 % ja konservatiivisissa hoidoissa 8 %. (Hyksin toimintakertomus 1998.)

Hyksissä Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kunnista suoritettujen avohoitokäyntien määrä aleni vuodesta 1997 vuoden 1998 loppuun mennessä 11,2 %. Samana aikana Espoon avohoitokäyntien määrä aleni 10,6 % ja Vantaan 10,8 %. Helsingin avohoitokäyntien määrässä oli alennus 8,7 %.

Jäsenkuntien hoitopäivissä tapahtuivat muutokset vuodesta 1997 vuoteen 1998 seuraavasti: Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuntien hoitopäivät vähenivät kyseisenä aikana 14,6 %. Espoon vastaavat hoitopäiviluvut vähenivät 19,0 % ja Vantaan 10,7 %. Helsingin hoitopäivät vähenivät 11,3 % samana aikana.

Hyksin jäsenkuntien palveluiden käytöstä oli pääkaupunkiseudun kolmen suurimman kaupungin käyttö seuraava:

		Helsinki	Espoo	Vantaa
1996 avohoitokäynnit yhteensä	631 635, siitä	52,7 %	13,6 %	11,4 %
1997 avohoitokäynnit	679 565	54,8 %	13,2 %	10,7 %
1998 avohoitokäynnit	613 028	55,7 %	13,1 %	10,6 %
1999 avohoitokäynnit	630 491	55,9 %	13,1 %	10,5 %
<i>1996 hoitajaksot yhteensä</i>	<i>85 218</i>	<i>50,0 %</i>	<i>12,0 %</i>	<i>11,5 %</i>
<i>1997 hoitajaksot yhteensä</i>	<i>91 689</i>	<i>51,7 %</i>	<i>11,5 %</i>	<i>11,1 %</i>
<i>1998 hoitajaksot yhteensä</i>	<i>81 061</i>	<i>53,3 %</i>	<i>10,5 %</i>	<i>10,9 %</i>
<i>1999 hoitajaksot yhteensä</i>	<i>82 848</i>	<i>52,8 %</i>	<i>10,7 %</i>	<i>10,9 %</i>

Avohoitokäyntien kuin hoitajaksojenkin suunta oli vuodesta 1997 lähtien ollut aleneva (Hyksin toimintakertomus 1998-1999).

Talousarviota varten jäsenkunnat esittivät markkamääräisiä lukuja, joiden perusteella Hyks laski suoritettujen tavoitteet hoitopäiviksi ja avohoitokäynneiksi. Hyksin potilasta oli noin puolet helsinkiläisiä, espoolaisia ja vantaalaisia noin 10 % ja parikymmentä prosenttia potilaista tuli muista Uudenmaan kunnista. (Hyksin toimintakertomus 1998.)

Kuntalaskutuksessa noudatettiin DRG-laskutuksen periaatteita. Lähtökohtana oli, että niille DRG-ryhmille, joihin ryhmittyy vuosittain vähintään sata hoitajaksoa, määritellään hinta. Vuodeosastotoiminnan tuotoista noin 38 % kertyi DRG-ryhmien perusteella, loput laskutettiin suoriteperusteisesti. (Hyksin toimintakertomus 1998-1999.)

(DRG = Diagnosis Related Group ja NordDRG = Nordig Diagnosis Related Group -ryhmittely on sairaalahoitajaksojen luokitusjärjestelmä, jossa hoitajaksot pyritään ryhmittelemään hoitajakson syyn, mahdollisten hoitoon vaikuttavien sivudiagnoosien, suoritettujen toimenpiteiden sekä potilaan iän ja sukupuolen ja sairaalasta poistumistilan mukaan kliinisesti mielekkäisiin ryhmiin. Kunkin ryhmän sisällä hoitajakson vaatima voimavarojen kulutus on keskimäärin samaa luokkaa. NordDRG-luokittelu perustuu ICD- 10-diagnoosikooditukseen sekä toimenpideluokitukseen mukaisesti koodeihin. ICD- 10 = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision eli Kansainvälisen tautiluokituksen 10. laitos.) (Suoritekäsikirja 2000. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.)

Hyksin suurin asiakas 1998 oli Helsingin kaupunki 928 mmk:lla, seuraavina olivat Espoo ja Vantaa, joiden kummankin laskutus oli noin 200 mmk. Jäsenkuntien laskutus oli kaikkiaan 1.788 mmk, jossa vähennystä edelliseen vuoteen 14 mmk. Vuonna 1999 jäsenkuntien laskutus oli 1.956 mmk eli 9,4 % edellistä vuotta korkeampi. Helsingin lasku oli 1.034 mmk eli 11,4 % edellistä vuotta korkeampi ja Espoon 10,5 % sekä Vantaan 5,5 % korkeampi edellistä vuotta. Erikoissairaanhoidon palveluiden myynnin lisäksi oli Hyksillä potilasmaksutuloja. Näiden lisäksi Hyks sai valtiolta korvausta lääkärin koulutuksesta sekä terveystieteellisestä tutkimuksesta aiheutuviin kuluihin ynnä laboratorio ym. tulosyksiköiden tuloja yhteensä 121 mmk. (Hyksin toimintakertomus 1998-1999.)

Se, että Hyks sai valtiolta erillisen rahoituksen opetuksen järjestämiseen, lievensi aikaisemmin olleita epäilyksiä, että kuntien rahoitusvastuulle olisi liukunut yliopistollisesta opetuksesta aiheutuneita kustannuksia. Lääkärikoulutuksen ja kliinisen lääketieteellisen tutkimuksen sekä hoitotieteen tutkimuksen ja opetuksen ynnä muun henkilöstön tutkimus- ja koulutustoiminnan toteuttamisessa Hyks oli ollut yhteistyössä Helsingin yliopiston tiedekuntien, etenkin lääketieteellisen tiedekunnan, ja muiden yliopistojen kanssa. Muina merkittävänä yhteistyökumppaneina olivat mm. Teknillinen korkeakoulu, Kansanterveyslaitos,

Åbo Akademi, Stakes, Suomen Akatemia, Sitra, VTT ja useat kansainväliset tutkimusorganisaatiot. (Hyksin toimintakertomus 1999.)

Vuonna 1999 Hyksin toiminnassa oli kohonnutta palvelukysyntää, tuotantoa ja kokonaiskustannuksia. Ohitusleikkauksissa pitkään jatkunut tarjonnan ylittävä kysyntä alkoi tyydyttyä, sepelvaltimoiden laajennustoimenpiteitä lisättiin, kirurgiassa jonottajien määrä pieneni. Päiväkirurgiset potilaat ohjattiin työnjakosopimuksen mukaisesti sairaanhoitopiirin sairaaloihin, joten Hyksin päiväkirurgiaa oli vähän. Osastopotilaina hoidetut päiväkirurgiaan soveltuvat potilaat olivat osin opetuspotilaita ja osin erikoismaksuluokan potilaita. (Punnonen: Sairaaloiden ... 1999.)

Hyksin viimeisenä erillisenä toimintavuonna oli leimaa-antavana uuteen organisatoriseen järjestelyyn siirtyminen. Kuntatilaukset olivat aikaisempaa jonkin verran pienemmät. Helsingin kaupungilla oli vaikeuksia potilaiden jatkohoitopaikan järjestämisessä, mikä pidentäsi hoitajaksoja ja aiheutti poikkeusjärjestelyjä. Sairaanhoito painottui kuitenkin selkeästi vaativampaan suuntaan, kun toimittiin alueellisesti sovitun työnjaon mukaisesti. Entistä parempia ja tehokkaampia hoitomuotoja otettiin käyttöön. (Hyksin toimintakertomus 1999.)

Vuodesta 1992 lähtien oli Hyksin kuntalaskutusta kehitetty, päästy potilaskohtaiseen, kohdennettuun ja tasapuoliseen kustannuslaskutukseen. Budjetoinnin kehittyessä voitiin 1997 lähtien kuntien omissa talousarvioissaan tehtyjen varausten perusteella antaa ennuste tilausten toteuttamisesta. Usein ilmeni, että kuntien palvelutilaukset olivat alimitoitettuja. (Hyksin toimintakertomus 1999.)

.4 Lastenlinnan kuntainliitto liitetään Hyksiin

Yksinäisten äitien ja heidän lastensa hoitokotina sekä turvattomien lasten huoltokotina ja lastenhoidon oppilaitoksena vuonna 1921 toimintansa aloittanut Lasten Linna muuttui vuonna 1952 kuntien käyttämäksi Helsingin Lastenlinnaksi ja vuonna 1968 Helsingin Lastenlinnan kuntainliitoksi. Kuntainliiton jäsenmäärä vuonna 1972, jolloin sairaanhoitolaistien toiminnan järjestämisestä ja suunnitelmien laatimisesta säädettiin lailla, oli 105 kuntaa. Tämän lisäksi oli yhteensä 75 kunnan kanssa tehty erillissopimus potilaiden ottamisesta hoidettavaksi Lastenlinnan sairaalaan. Lapsipotilaiden kotipaikat olivat 11 läänin alueelta. Kuntien lunastamat hoitopaikkaosuudet vaihtelivat 0,5 - 20 osuuden välillä, eniten oli yhden hoitopaikan lunastuksia. Vain viidellä kunnalla oli yli viisi hoitopaikkaosuutta. Yhteensä sairaalassa oli 200 hoitopaikkaa, joista kunnat omistivat 197 hoitopaikkaa.

Helsingin Lastenlinnassa annettiin hoitoa kolmella lääketieteen erikoisalalla: lastentaudeissa, lastenneurologiassa ja lastenpsykiatriassa. Näihin liittyvinä olivat fysikaalinen toimenpideosasto, toimintaterapiaosasto, psykologinen toimenpideosasto, röntgenosasto, laboratorio ja EEG-osasto, äidinmaitokeskus ja lastenhoitajakoulu. Sairaalan poliklinikka oli erikoispoliklinikkana lastentautien, lastenneurologian ja lastenpsykiatrian sairauksien tutkimuksia ja hoitoa varten.

Helsingin Lastenlinnan lastenhoitajakoulu siirtyi vuonna 1974 valtion hallintaan ja äidinmaitokeskuksen toiminta siirtyi vuonna 1973 Hyksin lastenlinikalle (Lastenlinna 1973).

Lääketieteen kehityksen vaatimuksien mukaisesti lastentautien ja lastenneurologian osastot yhdistettiin yhdeksi osastoryhmäksi, alennettiin sairaansijamäärä 170 hoitopaikkaa,

perustettiin 12 sairaansijan päivähoito-osasto ja tehostettiin poliklinikan toimintaa sekä ryhdyttiin antamaan avohoitoa, jossa toiminnassa ovat lasten vanhemmat mukana. Tätä toimintaa tukevana aloitettiin 1974 lastenneurologian ja lastenpsykiatrian viikko-osastotoiminta 20 sairaansijalla. Nämä suunnitelmat sopeutettiin alueelliseen sairaanhoitosuunnitelmaan. (Lastenlinna 1973- 1974.)

Helsingin yliopiston kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti aloitettiin vuonna 1974 yliopistollisen lastenpsykiatrian opetuksen antaminen.

Sairaalan osastoilla ja poliklinikalla suuntautui toiminta enenevässä määrin perheterapiaan ja hoidossa otettiin huomioon lapsi, vanhemmat ja ympäristö. Hoitoon pyrkivien määrän kasvaessa sairaala yhteistyössä terveys- ja sosiaalilautakuntien sekä eri avohoitopaikkojen kanssa pyrki vaikuttamaan alueellisten hoitomahdollisuuksien lisäämiseen.

Sairaalan lastentautien ja lastenneurologian ja lastenpsykiatrian osastoilla hoidettavana olevien lasten hoidon ja kuntoutuksen tukemiseksi vuokrattiin Helsingin kaupungilta Meilahden alueelta sairaalan läheisyydestä talo, johon perustettiin vuonna 1984 kaksi nuorisopsykiatrian osastoa, nuorisopoliklinikka ja erityiskoulun yläaste. (Lastenlinna 1979-1980, 1984.)

Koska sairaalan selvityksien mukaan lastenpsykiatrisen hoidon tarve kasvoi, esitti kuntainliitto Hyksille alueelliseen toimintasuunnitelmaan Hyksin lastentautien klinikkaan ja Jorvin sairaalaan perustettavaksi lastenpsykiatriset vuodeosastot sekä lastenneurologiaa koskevan kokonaissuunnitelman laatimista. Liittohallituksen mielestä lastenneurologian ja lastenpsykiatrian kasvaneen hoidollisen paineen ja tarpeen huomioiden olisi kiireellistä perustaa Hyksin lastentautien klinikkaan akuutti lastenpsykiatrian vuodeosasto. (Lastenlinna 1979-1980.)

Lastenlinnan sairaala toimi ainoana lastenneurologian erikoisalana, suurimpana lastenpsykiatrian erikoisalana ja nuorisopsykiatrian erikoisalana ainoana varhaisnuorten sairaalana sekä antoi vaativaa lastenneurologian ja lasten- ja nuorisopsykiatrian erikoisalana vuodeosastohoitoa. Valtava-lainsäädännön tuomien uusien velvoitteiden johdosta avohoitotoiminta ja ostopalveluna toteutetut avohoitosuoritteet lisääntyivät merkittävästi (Lastenlinna 1985).

Vuoden 1985 aikana sairaanhoitopiirien perustamisesta ja erityisesti Uudenmaan sairaanhoitopiiriin perustamisesta käydyn keskustelun johdosta Lastenlinnan sairaalan kuntainliitto sitoutui vastaamaan erikoisalojensa vaativan erikoissairaanhoidon tehtävistä jäsenkuntiansa alueella, kunnes kyseisten erikoisalojen palvelut olisivat täysimääräisesti saatavissa asianomaisissa keskussairaaloissa.

Tälle ilmoitukselle olivat perusteina keskussairaalapiirittäiset toimintaluvut. Vuosina 1981 - 1985 avohoitokäyntien, hoitopäivien ja hoidettujen potilaiden määrässä tapahtui keskussairaalapiireittäin seuraavia muutoksia:

Vuoden 1987 aikana laajennettiin sairaalan toiminta-alueetta kliiniseen fysiologian osaston toiminnaksi. Sairaalan toiminnallinen taso oli erityistason hoitoa antava yliopistotasoinen sairaala. Jo aikaisemmin toimintansa aloittaneen Helsingin yliopiston lastenpsykiatrian klinikan lisäksi aloitti Helsingin yliopiston kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti yliopis-

	AVOHOITO- KÄYNNIT		HOITO- PÄIVÄT		OSASTOILLA HOIDETUT POTILAAT	
	1981	1985	1981	1985	1981	1985
HYKS	4915	44906	30733	33595	585	1005
Etelä-Saimaa	27	75	867	790	9	19
Kanta-Häme	377	1178	1468	1657	36	50
Keski-Suomi	10	186	361	358	36	50
Kotka	263	1764	3094	3741	15	50
Mikkeli	1	2	80	77	2	6
Pohjois-Karjala	14	5	67	38	2	2
Päijät-Häme	276	1411	3533	1956	74	94
Satakunta	55	927	953	990	29	50
Etelä-Pohjanmaa	8	23	129	151	4	13
TAYKS	57	226	1396	650	25	19
TYKS	57	978	2232	1014	63	59
Vaasa	12	76	111	5	4	1
Savonlinna	3	32	29	0	0	0

ton lastenneurologian klinikka toimintansa. Sairaala toimi nuorisopsykiatrian suppean erikoisan erikoislääkäreiden koulutuspaikkana. (Lastenlinna 1987-1988.)

Hyks-piirin erikoisalojen alueellisessa toimikunnassa kehitettiin yhteistyötä ja hoitokäytäntöjä niiden erityisesti Hyksin lastenklinikan kanssa ja sairaaloiden lääkärit konsultoivat psykiatristen kriisipotilaiden hoidon järjestämisestä (Lastenlinna 1987-1990.)

Erikoissairaanhoitolain voimaantulon myötä annettujen säännösten mukaisesti Kuntaliitto jatkoi toimintaansa ja teki oman toimintasuunnitelmansa osaksi Helsingin yliopistollisen keskussairaalan toteuttamissuunnitelmaa (1064/1989 § 7).

Lastenlinnan liittämistä Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan valmistelutyöt tehtiin vuosina 1992-1995. Kaikki kuntayhtymän jäsenkunnat hyväksyivät Lastenlinnan yhdistämisen Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan vuoden 1997 alusta. 86 jäsenkunnan omistama Lastenlinnan sairaalan kuntayhtymä purkautui.

Lastenlinnan Hyksiin yhdistämisen perusteena oli sairaanhoitopalvelujen tuottamisen ja hallinnon toiminnallinen ja taloudellinen rationalisointi. Järjestelyä pidettiin merkittävänä Uudenmaan alueen erikoissairaanhoitokehittämistoimena. Hyks maksoi jokaiselle Lastenlinnan jäsenkunnalle sopimuksen mukaisen korvauksen sairaansijaosuuksien mukaisesti.

3 Helsingin sairaanhoitopiiri

.1 Hallinnon rakenne

Helsingin sairaanhoitopiiri perustettiin vuoden 1991 alusta terveysviraston yhteyteen muodostamatta sitä varten erillistä hallintoa tai organisaatiota. Ennen sairaanhoitopiirin perustamista tehtiin Helsingin kaupungin sairaaloissa jako siitä, mitkä sairaalat ovat erikoissairaloita ja mitkä sairaalat liittyvät terveyskeskustoimintaan. Hallinnollisesti koko toiminta oli Helsingin kaupungin terveyslautakunnan toimintaa ja siten myös sen alaisen terveysviraston sairaalaosaston toimintaa. Terveyslautakunta jakaantui:

- suunnittelujaostoon ja
- aluejaostoihin, joita oli seitsemän ja jotka huolehtivat terveyskeskusosaston ja sen alaisten alueellisten suurpiirien terveysasemien, terveyskeskussairaaloiden ja mielenterveysyksiköiden toimintaan liittyvistä asioista, sekä
- sairaanhoitopiiriin. Helsinki muodosti oman sairaanhoitopiirinsä, johon kuuluivat erikoissairaloissa, terveyskeskussairaloissa ja mielenterveysyksiköissä annettavat erikoissairaanhoidon palvelut. Terveyslautakunta toimi sairaanhoitopiirin hallituksena.

Kaavio 4: Helsingin terveydenhuollon organisaatio ja terveysviraston organisaatio.

Terveyden- ja sairaanhoidon toteuttamiseksi Helsinki oli jaettu seitsemään suurpiiriin, jotka ovat ja joiden asukasmäärät olivat vuosina 1990 - 1999

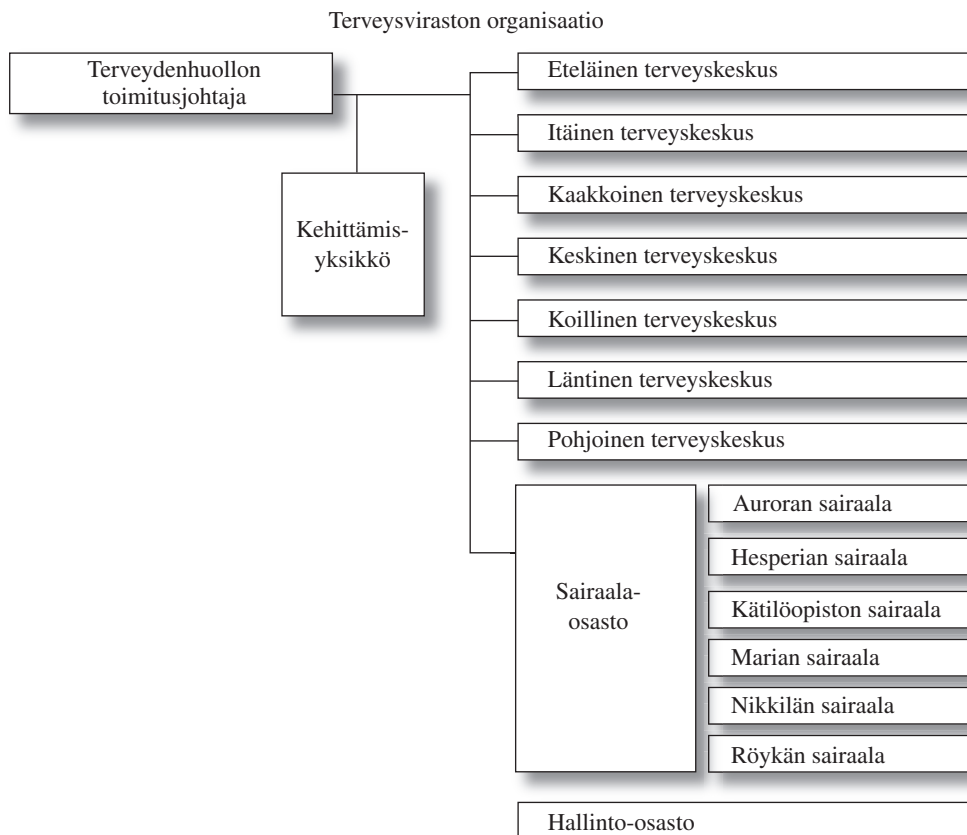
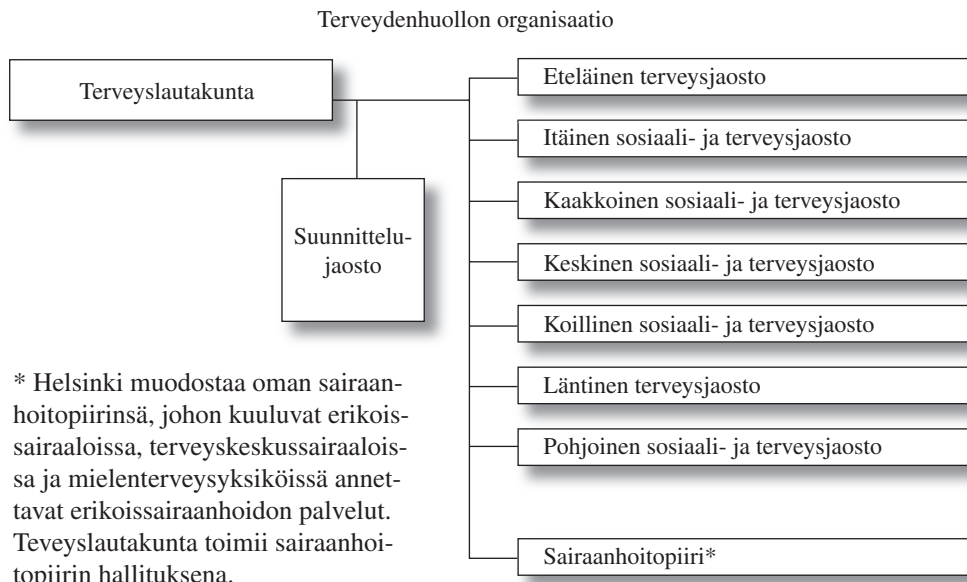
– Eteläinen suurpiiri, asukkaita	89 000 - 97 000
– Läntinen suurpiiri, asukkaita	90 000 - 98 000
– Keskinen suurpiiri, asukkaita	73 000 - 73 000
– Pohjoinen suurpiiri, asukkaita	40 000 - 41 000
– Koillinen suurpiiri, asukkaita	78 000 - 83 000
– Kaakkoinen suurpiiri, asukkaita	37 000 - 43 000
– Itäinen suurpiiri, asukkaita	76 000 - 89 000

Kussakin suurpiirissä oli asukkaita keskikokoisen suomalaisen kaupungin asukasmäärää vastaava väestö tai jopa sen ylikin.

1980-luvun lopulla jokaisessa suurpiirissä oli terveyslautakunnan aluejaosto, joka luottamushenkilöorganana käsitteli suurpiirin terveyden ja sairaanhoitoon kuuluvia asioita, mutta vuoden 1993 alusta oli kaikissa piireissä sosiaali- ja terveysjaosto. Nimen muutoksen mukaisesti jaosto käsitteli sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvia alueellisia asioita.

Helsingin kaupungin terveysvirastossa, jonka käsitti Helsingin kaupungin koko terveyden- ja sairaanhoidotoimen, oli kehittämissyksikön lisäksi seitsemän terveyskeskusta, sairaalaosasto ja hallinto-osasto. Jokainen suurpiiri muodosti terveyskeskuksen, jossa oli useampi terveysasema, yhteensä lähes 30.

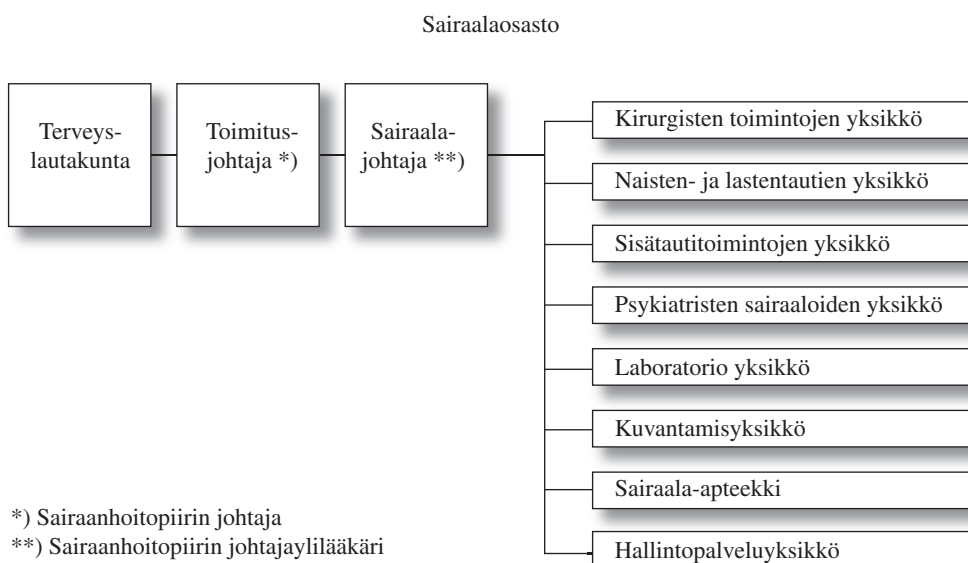
Kaavio 4: Helsingin terveydenhuollon organisaatio (1991)



Sairaalaosasto vastasi erikoissairaanhoidon palveluista ja siihen kuuluivat erikoissairaaloina Auroran, Hesperian, Kätilöopiston, Marian, Nikkilän ja Røykän sairaala sekä terveyskeskussairaaloissa ja terveyskeskusten mielenterveysyksiköissä annettavat erikoissairaanhoidon palvelut.

Kaavio 5: Helsingin sairaanhoitopiirin (Sairaalaosaston) organisaatiossa kuva sairaalaosaston organisaatiosta ja sen hallinnollisesta suhteesta lautakuntaan.

Kaavio 5: Helsingin sairaanhoitopiirin (Sairaalaosaston) organisaatio (1994)



Liite 19: Helsingin kaupungin terveysvirasto on esitetty terveyskeskukset ja niiden toimipaikat sekä sairaalaosaston erikoissairaalat

Kaavio 6: Helsingin terveystoimipaikat: kartallinen kuva terveyskeskusalueista ja toimipaikoista.

Kaavio 6: Helsingin terveystoimipaikka



.2 Toiminta ja sen kehittyminen

Terveydenhuollon, niin kansanterveystyön kuin erikoissairaanhoidonkin, toiminnan kehittämisessä otettiin tavoitteeksi pyrkiä antamaan palvelut suurpiirien alueella väestövastuuperiaatetta noudattaen. Tässä tarkoituksessa vahvistettiin alueellista päätäntä- ja toimivaltaa. Lautakunnan jaostojen käsiteltäviin asioihin eivät kuitenkaan kuuluneet erikoissairaanhoidon asiat. Niistä teki päätöksen johtosäännön mukaisesti terveyslautakunta.

Terveydenhuollon tehtävät ja päämäärät, jotka otettiin koko terveydenhuollon toimintaohjeiksi, määriteltiin mm. seuraavasti:

”Terveydenhuollon toiminta-ajatuksena on ylläpitää ja lisätä kaupunkilaisten toimintakykyä sekä hyvinvointia

- pyrkimällä luomaan terveyttä edistävät olosuhteet,
- tukemalla heitä huolehtimaan terveydestään sekä
- järjestämällä heidän tarvitsemansa terveydenhoito.

Päämääränä on hyvin ja kustannuksiltaan kilpailukykyisesti hoidettu tyytyväinen helsinkiläinen.”

” [...] Palvelun tulee olla asiakaslähtöistä, [...] ja sisältää vaihtoehtoja, joita voidaan käyttää joustavasti asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan ja vaikuttavuutta ajatellen tarkoituksenmukaisesti siten, että myös vapaaehtoistoimintaa käytetään voimavarana.”

”Määrätavoitteiden lähtökohtana on eri palvelumuotojen keskinäisten suhteiden tasa-painottaminen. Suhteiden tulee määräytyä palvelujen tarpeenmukaisesta kysynnästä.

[...] tavoitteena on perusterveydenhuollon osuuden kasvu ja erikoissairaanhoidon laskeva osuus [...] Tavoitteena on, että avohoito ja välimuotoiset hoitomuodot lisääntyvät ja laitoshoido vähenee.” (Terveydeksi 1994.)

Helsingin kaupungin terveyden- ja sairaanhoitoa suunniteltiin yhtenä kokonaisuutena soveltaen valtakunnallisissa suunnitelmissa asetettuja tavoitteita ja ohjeita. Erikoissairaanhoidon suunnittelua ei sopeutettu Helsingin yliopistollisen sairaalan ja sen kuntainliiton johdolla tehtävään alueelliseen sairaanhoidon suunnitelmaan. Toiminnassa pyrittiin saamaan terveyskeskustoiminta ja erikoissairaaloiminta soveltuville osilta lähelle toisiaan ja tarkoituksenmukaisesti yhteistoimintaan. Kaupungin omiin erikoissairaaloihin varattiin kullekin suurpiirille väestömäärästä ja -rakenteesta laskettuna tarvittava määrä lääketieteen erikoisalojen sairaansijoja ja joihinkin sairaaloihin perussairaanhoidon sairaansijoja. Erikoissairaaloiden sijainnista johtuen sairaansijat eivät olleet aina ns. oman suurpiirin alueella. Toisaalta myös terveyskeskuksien vuodeosastoilta varattiin osa sairaansijoista erikoissairaanhoidon osastoja varten. Terveyskeskussairaaloiden (terveyskeskusten vuodeosastot) perussairaanhoidon sairaansijat jaettiin suurpiireille suhteessa suurpiirien vanhusväestöön. Terveyskeskuksen käyttöön vahvistettuja perussairaanhoidon sairaansijoja saattoi olla monessa sairaalassa. Omissa terveyskeskuksissa ja erikoissairaaloissa tuotettavien palvelujen lisäksi käytettiin osuussairaaloista saatavia palveluksia, pääasiallisesti Helsingin yliopistollisesta keskussairaalasta, ja ostettiin yksityisten palvelujen tuottajien palveluksia.

Alueellisen mielenterveystyön avohoitopalvelut, jotka järjestettiin Helsingin mielisairaanhoidonpiirin mielenterveystoimiston palveluina, muuttuivat suurpiirien (seitsemän suurpiiriä) mielenterveysyksiköiksi. Kussakin mielenterveysyksikössä oli kahdesta viiteen vastaanottotyöryhmää. Tavoitteena sairaalahoidon vähentäminen. Henkilökunta toimi peruspiirikohtaisesti väestövastuuperiaatteen mukaisesti yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. (Terveydeksi 1990-99.)

Vuosien mittaan psykiatrasta hoitoa voitiin suunnata lisääntyvässä määrin avohoitotoimintaan ja supistaa niin akuutti- kuin pitkäaikaista psykiatrasta sairaalahoitoa. Toiminnan painopisteenä pidettiin uusien psykiatristen potilaiden kroonistumisen ehkäisemistä sekä pitkäaikaispotilaiden kuntouttamista. Yleensäkin hoidossa tehostettiin kuntoutusta ja erilaisin tukitoimenpitein pyrittiin lyhentämään sairaalassa oloaikoja. Avosairaanhoidon tehostuttua akuuttivuodeosastohoidossa Hesperian sairaalassa, jonka osana toimi Röykän sairaala, hoitojaksojen määrä lisääntyi ja hoitoajat lyhentyivät. Hesperian sairaalassa oli nuorisopsykiatrian yksikkö ja poliklinikka. Hoitopäivien aleneva suunta jatkui loppuvaiheessa myös pitkäaikaisairaalana toimineessa Nikkilän sairaalassa. Röykän sairaalan toiminta lopetettiin vuoden 1995 lopussa ja Nikkilän sairaalan toiminta vuoden 1999 lopussa. Kun Nikkilän psykiatrisessa sairaalassa olleet psykogeriatriset pitkäaikaispotilaat siirrettiin Helsingin kaupungin alueelle, perustettiin 1996 aikana Helsingissä olevaan yksityiseen Sarnervan sairaalaan ympärivuorokautinen tuettu kotihoito psykiatrisille pitkäaikaisairaille ja Auroran sairaalan alueelle kuntoutuspaikkoja yksin- ja ryhmäasumiseen. Aikanaan paljon yli 1000-paikkaisen Nikkilän sairaalan viimeinen osasto siirrettiin Malmin sairaalaan vuoden 1999 viimeisellä viikolla. Akuuttien yleissairauksien palveluja annettiin Helsingin kaupungin omistamassa neljässä muussa erikoissairaalassa, terveyskeskussairaaloissa, osuus-sairaalahoitona Helsingin yliopistollisessa sairaalassa, Lastenlinnan sairaalassa ja ostopalveluina esim. Invalidisäätiön sairaalassa. Lastenlinnan sairaalasta ostettiin lasten ja nuorten psykiatrisia palveluja. (Terveydeksi 1990-1999.)

Auroran sairaalan toiminta painottui melkoisen suurelta osin erilaisiin lastentauteihin, mutta sairaalassa annettiin valtakunnallisiakin palveluja. Auroran sairaalassa annettiin erikoissairaanhoidon sisätautien, kirurgian, ihotautilien, lastentautilien, lastenkirurgian, lastenneurologian ja lastenpsykiatrian aloilla sekä perustason sairaalahoitoa. Lastentautilien ja lastenkirurgian päivystyspoliklinikat olivat Auroran sairaalassa ja sillä oli yhteistyötä Lastenlinnan kanssa. Helsingin koko ihotautilien erikoisalan vuodeosasto- ja polikliininen toiminta siirrettiin Hyksin toiminnaksi 1995. Auroran sairaalalle oli annettu valtakunnallisina tehtävinä vastata HIV-potilaiden ja trooppisten tautien sairaalahoidosta sekä ylläpitää trooppisten tautien poliklinikkaa. Lisäksi sairaalassa toimi Helsingin yliopiston tartuntatautien opetusyksikkö. Palvelurakenteen uudistuksina Helsingin sairaanhoitopiirin ja Hyksin välisissä järjestelyissä siirrettiin Auroran sairaalasta lastenkirurgian toiminta (1995), lastentautilien (1997) ja lastenpsykiatrian (1998) sekä lastenneurologian (1999) toiminnot Hyksiin. (Terveydeksi 1998-1999.) Kätilöopiston sairaala keskittyi alkuperäisen toteuttamissuunnitelmansa mukaisesti hoitamaan naistentauteja, synnytyksiä ja alaan kuuluvia lastentauteja. Kätilöopiston sairaala oli vuoden 1986 alusta siirtynyt kokonaisuudessaan Helsingin kaupungin omistukseen, mutta eräillä kunnilla oli siinä sopimukseen perustuva vuosittain aleneva käyttöoikeus (Tahvanainen 1996, 241). Marian sairaalassa annettiin hoitoa sisätautien ja kirurgian erikoisaloilla vastaavien poliklinikkatoimintojen lisäksi sekä hoidettiin pitkäaikaista dialyysihoitoa tarvitsevia potilaita.

Seuraavissa *terveyskeskussairaaloissa* annettiin perustason sairaanhoidon lisäksi seuraavia *erikoissairaanhoidon* palveluja:

Kivelän sairaalassa sisätautilien, reuman ja neurologian erikoisaloilla,

Herttoniemen sairaalassa sisätautilien ja kirurgian erikoisaloilla,

Koskelan sairaalassa sisätautilien, kirurgian, neurologian ja psykogeriatrian erikoisaloilla (kirurginen toiminta siirrettiin 1995 Malmin sairaalaan, jonne keskitettiin reumasairauksien hoito),

Malmin sairaalassa sisätautien ja kirurgian erikoisaloilla,
Laakson sairaalassa sisätautien, silmätautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien sekä keuhkosairauksien erikoisaloilla.

Sairaaloissa annettiin myös polikliinista hoitoa.

Edellä mainittujen lisäksi seuraavissa *terveyskeskussairaaloissa* annettiin *perustason sairaanhoitoa*: Roihuvuoren sairaskodissa, Myllypuron sairaalassa, Riistavuoren sairaskodissa, Suursuon sairaalassa. Roihuvuori ja Riistavuori siirrettiin sosiaaliviraston alaiseksi 1997.

Helsingin kaupungin omissa erikoissairaaloissa sisätautien ja kirurgian osastoilla oli pitkäaikaispotilaita, sisätautien osastoilla 22% hoitopäivistä oli pitkäaikaispotilaiden. Kaupungin omissa erikoissairaaloissa vuonna 1990 oli kuormitus 99% vahvistetuista sairaansijoista laskettuna. Kaikista sairaaloiden poliklinikkakäynneistä oli Helsingin omien erikoissairaaloiden poliklinikoilla 167.600 käyntiä eli 30 % ja tästä määrästä päivystyskäyntejä 45%. Helsingin kaikkien sairaanhoitopalvelusten käytöstä 1990 oli Hyksin osuus poliklinikkakäynneistä 43 %, päivystyskäynneistä 38 %, vuodeosaston hoitopäivistä 24 % sekä hoidetuista potilaista 40 %. Helsingin väestömäärä kasvoi vuosittain. Kun yli 65-vuotiaiden osuus oli (1960) noin 15 prosenttia, heidänkin lukumääränsä kasvoi. Tämä näkyi etenkin sairaaloiden sisätautien osastoilla, joissa pitkäaikaisten potilaiden määrä oli varsin suuri. Yli 75-vuotiaiden osuus vuosina 1960-1993 lähtien oli kolminkertaistunut (Terveys 1993). Hoidon porrastuksen ja potilasohjauksen esteenä oli, etteivät kotihoito ja avohoito olleet sopeutuneet täysin vanhusikäluokan terveydentilassa ikääntymisen mukana tapahtuneeseen heikennykseen. Ostopalvelusopimuksien mukaisesti oli 1991 yksityisissä sairaaloissa päivittäin yli 100 vanhusta. Erikoissairaanhoidossa tehtyjen toimintojen muutoksien perusteella voitiin 1991 hoitajakset lyhentää 19 päivästä 16 päivään ja siten saatiin hoidetuksi potilaita enemmän kuin edellisenä vuonna. Kolmannes hoitopäivistä oli pysyvähoidon päiviä. (Terveys 1991.)

Väestövastuullisen työskentelymallin mukaisesti oli tavoitteena, että yhteyden saaminen lääkäriin ja hoidon käynnistyminen kestäisi korkeintaan kolme työpäivää. Kun kyseisen aika vuonna 1993 oli 13,5 työpäivää, oli se lyhentynyt vuoden 1994 loppuun mennessä 9,1 työpäivään. Erikoissairaanhoidon poliklinikkahoitoon pääsyyllä tavoitteeksi oli vuodeksi 1993 asetettu kahden viikon odotusaika ensimmäisessä kiireellisyyssluokassa. Se toteutui vuonna 1994, paitsi psykiatrian poliklinikalla, missä lääkärin vastaanotolle odotusaika oli 7,8 vuorokautta. (Terveys 1994.)

Hyksissä vuonna 1994 oli 43.500 helsinkiläisten hoitajaksoa, mikä oli aavistuksen verran vähemmän kuin edellisenä vuonna. Helsingin terveysviraston sairaalaosaston yksiköissä oli eri erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla hoidossa 40.100 eri henkilöä. Yleissairauksien hoitajaksoja oli 48.000, mikä oli 6.000 vähemmän edelliseen vuoteen verrattuna. Tämä johtui terveyskeskussairaaloiden akuuttiyksiköiden perustamisesta, missä toteutui 9.300 hoitajaksoa. Keskimääräinen hoitoaika oli 5,4 vuorokautta. Erikoissairaanhoidossa oli yleissairauksien poliklinikkakäyntejä 362.150 ja mielenterveyden poliklinikkakäyntejä 99.500. Nämä merkitsivät poliklinikkakäynneissä edelliseen vuoteen verrattuna lisäystä 11,5 % ja hoitajaksoissa vähennystä 10 %.

Helsingin kaupungin terveydenhuollon sairaansijamäärissä tapahtui muutoksia. Kun yleissairauksien erikoissairaanasioja 1990 oli 1.619 ja psykiatrisia sairaansijoja 966, oli vastaavasti 1995 yleissairauksien sairaansijoja 1.639 ja psykiatrisia sairaansijoja oli 672 sairaansijaa. Tavoitteeksi oli asetettu, että vuonna 2000 olisi erikoissairaanasioja yhteensä

1.500 ja näistä 500 psykiatrisia sairaansijojä. Helsingin erikoissairaanhoidon hoitopäivien lukumäärässä tapahtui alenemistä ja erikoissairaanhoidon osuus muutoinkin väheni. Kaikista sairaalahoitoon hoitopäivistä oli 34 % erikoissairaanhoidon hoitopäiviä. Erikoissairaanhoidossa oli vuoden aikana 39.400 potilasta, potilasmäärä oli pienempi edelliseen vuoteen verrattuna. Tämä omilla sairaansijoilla annettu hoidon väheneminen selittyy sillä, että Hyksissä oli 43.000 hoitojaksoa ja poliklinikkakäyntejä 302.200 käyntiä, Hyksiä käytettiin edelliseen vuoteen verrattuna enemmän. (Terveys 1995.)

Se, ettei Helsinki kyennyt järjestämään sairaanhoitoaan tyydyttävästi, johti Helsingin ja Hyksin välisiin toiminnallisiin muutoksiin. Helsingin kaupungin terveysviraston ja Hyksin välisissä neuvotteluissa sovittiin työnjakosopimus, johon liittyvänä sosiaali- ja terveysministeriö antoi määräyksen (Erityistason sairaanhoidon järjestäminen 1994). Myös Helsingin sosiaali- ja terveysvirastojen väliseen yhteistoimintaan tehtiin muutoksia. Näillä muutoksilla tavoiteltiin palveluiden oikeudenmukaisten, tasa-arvoisten ja tarpeidenmukaisten kohdentamiseen kiinnittämällä huomiota hoitopääsyyn, jonotusaikoihin, toimintayhtenäisyyteen sekä laatuavoitteisiin.

Vuoden 1996 aikana neuvoteltiin Helsingin ja Hyksin erikoissairaanhoidotoiminnan keskeisestä työnjaosta huhtikuussa muutetun valtakunnallisen suunnitelman antaman veloituksen mukaisesti. *Työnjakosopimuksella tavoiteltiin päällekkäisten toimintojen poistamista ja sitä kautta erikoissairaanhoidon kustannusten alentamista.* Sopimus sopimuskaudeksi 1997-1999 ja siihen liittyvät ohjeet helsinkiläisten potilaiden erikoissairaanhoidon ohjaamisesta hyväksyttiin lokakuussa. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi lokakuussa 1996 ohjeen erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja kumosi samalla vuonna 1994 antamansa määräyksen (Sopimus työnjaosta 1996). Työnjaon keskeisenä tavoitteena oli saada Helsingin Läntisen suurpiirin väestön (96.000 henkeä, joista 16-64 vuotiaita oli 68 % ja yli 65-vuotiaiden osuus oli 15%) tarvitseman erikoissairaanhoidon kaikkien palvelujen tuottaminen Hyksissä ja sen vastuulla. Muiden suurpiirien väestön perustason erikoissairaanhoidon palvelut annettiin kaupungin omissa sairaaloissa niiden vastuuseen kuuluvina.

Lisäksi päätettiin useista muista yksittäisiä erikoisaloja koskevista työnjaon muutoksista, kuten

- koko lasten sairauksien erikoisalojen toiminnan yhdistämisestä Hyksin Lasten ja nuorten sairaalaan. Sinne siirrettiin myös lasten keskitetty terveyskeskuspäivystys Auroran sairaalasta

- infektiosairauksien hoidon sekä Auroran sairaalassa sijaitsevan kliinisen laboratoriotoinnin siirtämisestä Hyksin toiminnaksi

- Auroran mikrobiologisen laboratorion liittämiseksi Hyksin yksikköön, johon liitettiin myös Helsingin yliopiston kliinisen mikrobiologian palveluja tuottava yksikkö.

Sosiaali- ja terveysvirastoille tehtiin yhteinen vanhuspalveluohjelma ja siinä vanhuspalvelujen toimintatavoitteet sovittiin yhteen toisiaan täydentäviksi vanhusten palvelujärjestelmän kehittämiskokonaisuudeksi.

Vanhusten sairaanhoitoa uudistettiin siten, että vanhus saattaisi toimintakykynsä heikennettyä halutessaan asua edelleen kotonaan avohoidon ja kotona annettavien sairaanhoitopalvelujen turvin. ”Terveyskeskussairaala-projektin” avulla lisättiin avohoidon ja kotisairaanhoidon palveluja ja monipuolistettiin avohoidon palveluiden valikoimaa sekä käynnistettiin kotisairaanhoidon yöpartio toiminta. Vanhusten pitkäaikaista laitoshoidon antavat Roihuvuoren ja Riistavuoren sairaalat siirrettiin terveysvirastosta takaisin sosiaalivirastoon. Näillä edellä mainituilla toimenpiteillä saatiin vanhusten sijoittaminen sairaaloissa annettavaan

pitkäaikaishoitoon vähentymään. Terveysviraston tavoitteena oli kehittää työnjakoa Hyksin ja sosiaaliviraston kanssa, vähentää sairaalahoitoa, lisätä avohoitoa ja tehostaa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä sekä saada potilaiden hoitoketju toimivaksi. Helsingiläisistä sairaalapotilaista oli vuonna 1996 ollut 73 % hoidossa sairaalaosaston vuodeosastoilla ja 25 % terveyskeskusten osastoilla. Sairaalahoidossa hoidetuista 30 % oli kirurgian, 19 % sisätautien, 19 % naistentautien ja synnytysten ja 8 % psykiatrian yksiköissä. Hyksin osuus tuotetuista erikoissairaanhoidosta kasvoi ja oli hoitopäivistä mitattuna 38 % ja avohoitokäynneistä mitattuna 46 % erikoissairaanhoidon palveluista.

Keväällä 1997 valmistui pääjohtaja Jussi Huttusen suorittama terveysviraston asiantuntijatarkastus. Sen keskeiset kohdat liittyivät terveysasematoiminnan kehittämiseen, vanhustenhuollon kehittämistyön jatkamiseen sekä strategiaan sitouttamisen parantamiseen ja sairaalaosaston tulosyksiköiden tulosoajauksen kehittämiseen. Huttunen ehdotti myös Helsingin erikoissairaanhoidon ja Hyksin organisatorista yhdistämistä sekä suosittelee sosiaaliviraston ja terveysviraston yhteistoiminta-alueille sijoittuvien toimintojen yhdistämistä. *Huttusen asiantuntija-arvioinnin perusteella suositeltiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön parantamiseksi terveysuunnittelumenettelyn käyttöönottoa.* Terveysuunnittelun olennainen sisältö on se, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon edustajat yhdessä kumppanuuteen perustuen konkretisoivat väestön palvelutarpeita ja arvioivat, mitä palveluja väestölle järjestetään käytettävissä olevan rahoituksen puitteissa Helsingin sairaanhoitopiirissä tehtiin useita kehittämishankkeita, jotka liittyivät mm. tuki-toimintojen, laadunhallintojen, terveysasemien toimintojen ja hoitoketjujen kehittämiseen ja parantamiseen. (Punnonen: Sairaanhoitopiirien...1998, Terveys 1997-98.)

1990-luvun lopulla Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin sekä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (Hyks) toimintojen yhdistäminen toteutettiin. Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon toiminnan siirtyessä HUSiin rakennukset jäivät Helsingin kaupungin omistukseen ja vuokrattiin HUSille. Marian ja Kättilöopiston sairaalat siirtyivät kokonaisuudessaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin, HUSiin, sekä huomattavia osia erikoissairaanhoidon toiminnoista Auroran, Herttoniemen, Hesperian, Laakson ja Malmin sairaaloista. Tähän liittyvänä terveyslautakunta oikeutti Läntisen terveyskeskuksen ostamaan Sairaalayhtiö Mehiläiseltä 30-35 kiireellisessä pitkäaikaishoidon tarpeessa olevalle potilaalle pitkäaikaishoitopalveluja sekä vuokrasi Hyksiltä tilat ruotsinkielistä 16 psykiatrisen sairaansijan osastoa varten osana Nikkilän sairaalan toimintojen siirtämistä Helsingin alueelle.

4 Uudenmaan sairaanhoitopiiri

.1 Hallintorakenne

Uudenmaan sairaanhoitopiirin perustamistoimenpiteisiin ryhdyttiin 29.3.1990 pidetyllä edustajainkokouksella. Edustajainkokous asetti toimikunnan valmistelemaan sairaanhoitopiirin sääntöjä sekä toiminnan organisointia ja käynnistämistä. Sairaanhoitopiirin perussääntö hyväksyttiin edustajainkokouksessa ja Uudenmaan lääninhallitus vahvisti sen. Joulukuun kokouksessa 1990 hyväksyttiin sairaanhoitopiirille toiminnan kannalta välttämättö-

mät säännöt. Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntainliiton muodosti 33 Uudenmaan kuntaa. Sairaanhoitopiiri perustettiin yhdistämällä 11 erillistä sairaalakuntainliittoa. Sairaanhoitopiirin toimialue jakaantui kuuteen sairaanhoitoalueeseen, joilla kuntainliiton sairaalat sijaitsevat. Perustajakunnista sittemmin Lohjan kaupunki ja Lohjan kunta sekä myös Porvoon kaupunki ja Porvoon maalaiskunta yhdistyivät, joten jäsenkuntien lukumäärä pieneni kahdella. (USHP perussääntö 1990, Kunnallisliiton lausunto 9.5.1990, Kuntaliiton lausunnot 11.10.1995 ja 4.4.1997.)

Sairaanhoitopiirin tehtävänä oli järjestää alueellaan jäsenkuntiansa puolesta laissa säädetty erikoissairaanhoito. Perussopimuksen mukaisesti sairaanhoitopiirin toimialue jakaantui jo aikaisemmin alueellisessa sairaanhoitosuunnitelmassa muotoutuneiden vastuualueiden mukaisesti kunnittain seuraaviin sairaanhoitoalueisiin:

– *Hyvinkään sairaanhoitoalue*, jonka kunnat ovat Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula. Sairaanhoitoalueen sairaalat olivat Hyvinkään aluesairaala, Kiljavan sairaala sekä Kellokosken ja Ohkolan psykiatriset sairaalat;

– *Jorvin sairaanhoitoalue*, jonka kunnat ovat Espoo, Kauniainen ja Kirkkonummi. Alueen sairaalat olivat Jorvin sairaala sekä Veikkolan ja Pellon psykiatriset sairaalat;

– *Lohjan sairaanhoitoalue*, jonka kunnat ovat Karjalohja, Karkkila, Lohja, Nummi-Pusula, Sammatti ja Vihti. Alueen sairaalat ovat Lohjan aluesairaala ja Paloniemen psykiatrisen sairaala;

– *Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue*, jonka kunnat ovat Hanko, Inkoo, Karjaa, Pohja, Siuntio ja Tammisaari. Alueen sairaalat olivat Länsi-Uudenmaan aluesairaala, Meltolan sairaala, jossa oli myös yliopisto-opetusta keuhkosairauksien alalla, ja Tammiharjun psykiatrisen sairaala ja sen osa Knipnäsän sairaala. Tammiharjun sairaala huolehti myös Keski-Uudenmaan ja Porvoon seudun, pääasiassa ruotsinkielisestä, pitkäaikaisesta ja kuntouttavasta psykiatriasta.

– *Peijaksen sairaanhoitoalue*, jonka kunnat ovat Kerava ja Vantaa. Alueen sairaala Peijaksen sairaala toimi omien tilojensa lisäksi myös Vantaan terveyskeskukselta ja Vantaan kaupungilta vuokratuissa tiloissa; sekä

– *Porvoon sairaanhoitoalue*, jonka kunnat ovat Askola, Lapinjärvi, Linjendal, Loviisa, Myrskylä, Pernaja, Pornainen, Porvoo ja Sipoo. Alueen sairaalat ovat Porvoon aluesairaala ja Kevätkummun psykiatrisen sairaala. (Perussopimus, USHP 1991.)

Sairaanhoitopiirin liittovaltuuston ensimmäinen kokous pidettiin 26.9.1990. Kunkin jäsenkunnan kunnanvaltuustolla oli oikeus valita sairaanhoitopiirin valtuustoon 1-4 jäsentä kunnanvaltuuston toimikautta vastaavaksi ajaksi. Kuntayhtymän valtuuston kunnan valitsemien jäsenten lukumäärä määräytyi peruspääomaosuuksien mukaisessa suhteessa. (USHP perussopimus 1990, Kuntaliiton lausunto 11.10.1995 ja 4.4.1997.)

Sairaanhoitopiiriä johti valtuuston valitsema 13 jäseninen hallitus, jota valittaessa oli noudatettava jäsenkuntien valtuustoissa edustettuina olevien puolueiden vaaleissa saamaa äänimäärää ja kokoonpanossa pyrittävä muodostamaan alueellisesti ja kielisuhteiden kannalta tasapuolisesti.

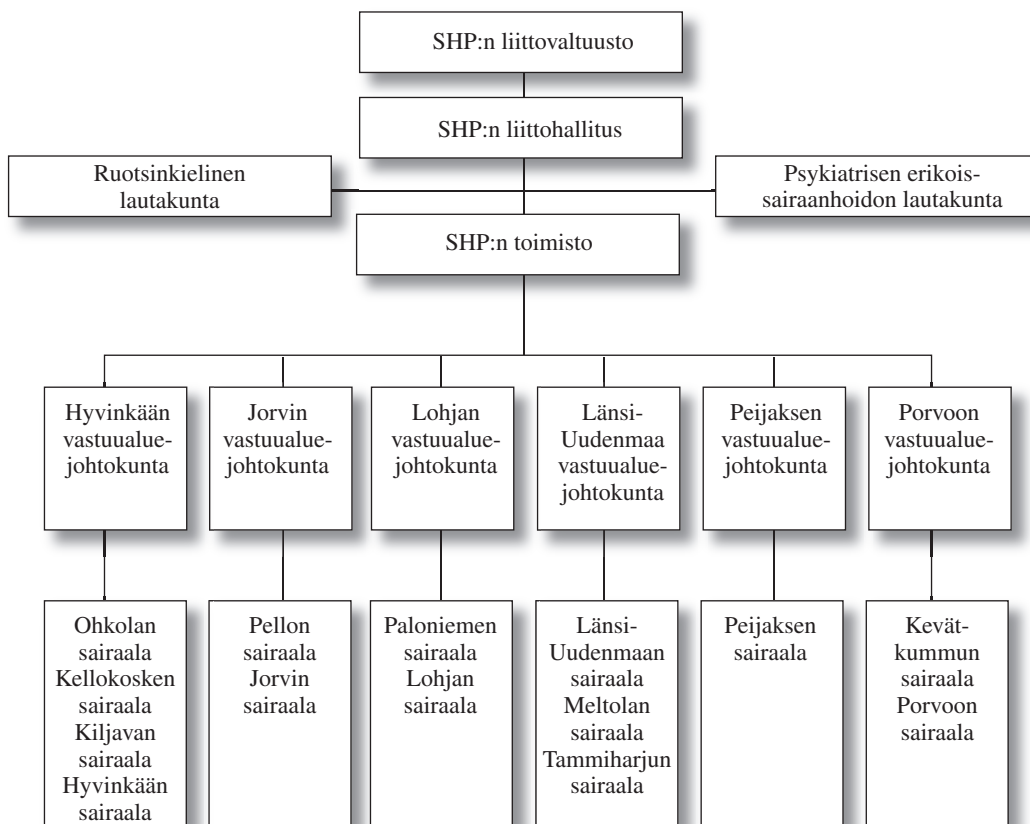
Hallituksen alaisuudessa olivat valtuuston valitsemat sairaanhoitoalueiden lautakunnat ja vähemmistökielinen lautakunta (sairaanhoitopiirin kielet olivat suomi ja ruotsi) sekä psykiatrisen erikoissairaanhoidon lautakunta.

Sairaanhoitopiiri lunasti alueellaan olevien erikoissairaanhoitolain ja sen voimaantulon annettua lain mukaisesti sille siirtyneen omaisuuden. Sairaanhoitopiirille siirtyivät sairaalat 1.1.1991.

Suomen suurin sairaanhoitopiiri, Uudenmaan sairaanhoitopiiri, aloitti toimintansa vuonna 1991 erikoissairaanhoitolain voimaan tullessa. Sairaanhoitopiirin väestön määrä oli 730.000 asukasta, mikä on 15 % Suomen väestöstä. Väestötiheys on suuri. Sairaanhoitopiiri on pitkä ja kapea rannikkoa myötäilevä. On kaupunkeja ja maaseutua. Väestö on lukumääräisesti kasvava ja merkittävästi kaksikielinen, ruotsinkielisiä äidinkieleltään 100.000.

Kaavio 7: Uudenmaan sairaanhoitopiirin organisaatio

Uudenmaan sairaanhoitopiirin (SHP) organisaatio



Ensimmäisenä toimintavuonna sairaanhoitoalueiden hallinnossa tehtiin perussäännön mukaiset sairaanhoitoalueiden johtokuntien valintapäätökset. Kunkin sairaanhoitoalueen johtokunta, sittemmin lautakunta, huolehti alueellaan olevien sairaaloiden toiminnan ja hallinnon kehittamisestä.

.2 Toiminta ja sen järjestäminen

Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiirien yhteisenä keskussairaalan oli Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Toimintojen yhteensovittaminen tapahtui lain mukaisesti Hyksineuvottelukunnassa. Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ja Hyksin välillä oli pyrkimyksenä alusta alkaen saada aikaan lainmukainen toimiva hoidon porrastus ja työnjako.

Uudenmaan sairaanhoitopiiri toimintansa aloitettuaan kokosi yhteiseen päätäntään alueellaan toimineiden usean kuntainliiton toiminnan. Vaikka jo aikaisemmin alueellisessa sairaanhoidon suunnitelmassa oli eri sairaaloiden toimintoja koetettu saada toimimaan yhteisen suunnitelman mukaisesti, oli niiden toimintaperiaatteissa erilaisuutta. Yhteisiin tavoitteisiin ja yhdenmukaisiin menettelyihin pyrkivänä laadittiin strategiasuunnitelma, missä kiinnitettiin huomiota palvelujen tasapuoliseen tarjontaan alueen väestölle, erikoisalakohtaiseen, kysyntää vastaavaan työnjakoon osavastuualueiden välillä ja hoidon porrastuksen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudellisuuteen Hyksin, sairaanhoitopiiriin sairaaloiden ja perusterveydenhuollon välillä (USHP 1991).

Sairaanhoitopiirin palvelujen tuottamisen lähtökohtana pidettiin sitä, että kunnat määrittelevät sen, minkä verran niillä on mahdollisuutta panostaa asukkailleen tarjottavaan erikoissairaanhoidon. Sairaanhoitopiiri teki kuntien kanssa yhteistyötä sovittaessaan yhteen alueelliset ja seudulliset erikoissairaanhoidopalvelujen tarpeet ja osoittaessaan suuntaaviivat erikoissairaanhoidon tasapainoisen kehityksen turvaamiseksi. Tavoitteena oli turvata toiminnan laadukkuus, taloudellisuus ja riittävä palvelukyky kuntien tarpeisiin nähden. *Sairaanhoitoalueiden toiminnan kehittäminen, päätöksenteko ja palvelujen tuottaminen organisoitiin läheisyysperiaatteen mukaisesti alueelliselle käyttäjätasolle. Sairaanhoitopiirin keskushallinto päätti koko sairaanhoitopiiriä koskevista asioista ja arvioi, miten jäsenkuntien sairaanhoitoalueen toiminnalle asettamat tavoitteet on mahdollista saavuttaa.* Kuntien vaikeutena oli kuitenkin kahteen erikoissairaanhoidon kuntayhtymään – sekä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntayhtymään että Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään – kuuluminen, sillä se heikensi kuntien mahdollisuuksia ohjata erikoissairaanhoidon kehittämistä. (Strategiasuunnitelma 1991.)

Sairaanhoitopiiriin ensimmäisenä toimintavuonna Peijaksen sairaalan 1. vaihe valmistui. Siten Vantaa ja Kerava saivat kirurgian ja avohoitopalvelut omalle sairaanhoitoalueelleen. Hyvinkään aluesairaalan lastenosasto ja Kiljavan sairaalan leikkausosaston laajennus valmistuivat. Leikkausjonojen lyhentämiseksi kehitettiin sairaaloissa päiväkirurgiaa ja lyhytjälkihoitoista kirurgiaa. Sairaanhoitoalueiden kesken olevaa yhteistoimintaa korostettiin. (USHP 1991, Uudenmaan Sairaanhoitopiiri 1990-1999.) Sairaanhoitopiiriin väestön käyttämät julkiset erikoissairaanhoidon palvelut jakaantuivat siten, että vuodeosastohoidosta 3/4 kohdistui omiin sairaaloihin ja 1/4 Hyksiin. Avohoidossa Hyksin osuus oli suurempi. (USHP 1991.)

Valtakunnallisen suunnitelman mukaisesti tavoitteeksi otettiin psykiatristen sairaansijo-

jen vähentäminen. Psykiatrasta erikoissairaanhoidoa kehitettiin alueellisen väestövastuujärjestelmän mukaisesti yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Lisätty avohoito ei kuitenkaan riittänyt korvaamaan laitoshoidon vähentymistä, vaikka kotihoitoa ja kuntoutuskotihoitoa lisättiin. Nuorten psykiatristen potilaiden hoito oli alimitoitettu. Kellokosken, Tammiharjun ja Veikkolan sairaalassa lakkautettiin yksi osasto, mutta tilalle perustettiin Tammiharjun sairaalassa nuoriso-osasto. Muutokset psykiatrisen hoidon järjestämisessä johtivat siihen, että sairaanhoitoalueet ryhtyivät keskittämään psykiatrasta sairaanhoidoa ja siirsivät vähitellen Kellokosken, Ohkolan, Paloniemen ja Tammiharjun sairaaloissa olleet psykiatriset potilaansa oman alueensa psykiatrisen hoitoyksikön antamaan hoitoon. (USHP 1991-1994.) *Terveyskeskusten ja sairaaloiden keskeistä yhteistyötä kehitettiin.* Vantaan Rekolan terveyskeskussairaalan fysiologian yksikkö siirtyi Peijaksen sairaalan toiminnaksi. Meltolan sairaalassa oli Karjaan terveyskeskuksen ja Jorvin sairaalassa Espoon terveyskeskuksen vuodeosaston toimintaa. Tarkoituksenmukaisuuden ja kustannussäästöjen saavuttamiseksi terveyskeskusten päivystystoimintaa siirtyi toteutettavaksi yhdessä sairaaloiden kanssa. Väestövastuun toteuttaminen sairaanhoitoalueiden terveyskeskuksissa johti päivystyskäyntien vähenemiseen. (USHP 1992-1994.) *Palvelujen lisääntyneeseen kysyntään vastattiin lisääntyvillä polikliinisilla palveluilla, hoitajaksojen lyhentämisellä ja parantuneilla hoitotekniikoilla.* Sairaaloiden henkilökunta osoitti toiminnassa uudistusmieltä ja joustavuutta. Tämän kaiken takana ja edellytyksenä oli myös se, että yhteistyö terveyskeskusten kanssa toimi saumattomasti.

Jäsenkuntien Hyksiltä ja Lastenlinnan sairaalasta hankkima vuodeosastohoito väheni, mutta avohoito lisääntyi. Sairanhoitoalueiden väliseen toimintaan vaikutti eritoten Peijaksen sairaalan tilojen lisääntyminen, toiminnan laajeneminen ja monipuolistuminen. Se puolestaan vaikutti muiden sairaanhoitoalueiden käytön muuttumiseen. Vantaa vähensi Jorvin ja Hyvinkään sairaanhoitoalueen ja Jorvin ja Porvoon sairaanhoitoalueiden kunnat vähensivät Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen sekä Lohjan sairaanhoitoalueen kunnat puolestaan vähensivät Jorvin ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueiden palvelujen käyttöä. Somaattisen erikoissairaanhoidon tuottavuus lisääntyi merkittävästi.

Kun Jorvin sairaalaan valmistui rakennus aikuisten ja nuorten akuuttipsykiatrasta toimintaa varten, siirrettiin Veikkolan sairaalan toiminta Jorviin. Peijaksen sairaanhoitoalueella psykiatrisen hoidon painopiste siirtyi Kellokosken ja Ohkolan sairaaloista omalle alueelle. Kun Vantaan Havukoskelle avattiin psykogeriatrinen osasto, Ohkolan sairaalassa lakkautettiin psykogeriatrinen osasto. Näin potilassiirtojen vuoksi sairaalatiilojen vapaututtua voitiin Kellokosken nuorisopsykiatrisen osastolle ja nuorison kriisiosastolle kunnostaa vuosina 1997-1998 tilat Ohkolan sairaalaan. Tammiharjun sairaalassa käynnistettiin psykogeriatrin yksikössä nk. liikkuvan psykogeriatrian hoitomalli, jonka mukaisesti lääkäri, erikoissairaanhoidaja ja sosiaaliterapeutti kävivät kotikäynneillä vanhusten luona sekä konsulttiokäynneillä sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja vanhainkodeissa. (Strategiasuunnitelma 7, USHP 1993-1995, Uudenmaan Sairaanhoitopiiri 1990-1999.) Peijaksen sairaalassa sen valmistuttua (1993) voitiin avata silmä-, korva-, nenä, ja kurkkutautien sekä lastentautien ja lastenpsykiatrisen poliklinikat, 5 leikkaussalia ja 120 sairaansijan ensimmäinen oma sisätautien osasto. Siitä huolimatta Rekolan terveyskeskussairaalan omistamat 80 sairaansijaa oli pidettävä edelleen Peijaksen sisätautien käytössä. (USHP 1993.)

Valtionosuusuudistuksen tultua (1993) kiristyi *piirin talous ja jouduttiin kiinnittämään aikaisempaa enemmän huomiota toiminnan taloudellisuuteen ja tehokkuuteen. Koko sairaanhoitopiirin toiminta muuttui ja muutettiin tavoitteellisesti avohoitopainotteisemmaksi.*

Säästötoimenpiteiden vuoksi jouduttiin sulkemaan sairaansijoja, hoitopäivämäärät laskivat, hoitojaksot lyhenivät, mutta potilaita hoidettiin enemmän. Kustannussäästöjä etsittäessä Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella yhdistettiin kolmen eri sairaalan taloushallinto, ravitsemuskeskukset, röntgenyksikkö ja laboratorio. Laboratorioissa karsittiin päällekkäisiä tutkimuksia ja saatiin aikaan kustannussäästöä ja toiminnan lisäystä. Tammisaaren alue-sairaalan uusien leikkaussalien ja -osastojen käyttöönoton vuoksi leikkaustoiminta laajeni huomattavasti ja leikkausjono lyheni. Lastentautien poliklinikakäyntien määrät lisääntyivät. Hyvinkään aluesairaalassa voitiin (1994) aloittaa lastenkirurginen toiminta ja lisätä naistentautien lyhythoitoista kirurgiaa. Porvoon sairaanhoitoalueen kunnat keskittivät potilashoitoa entistä enemmän oman sairaanhoitoalueensa laitoksiin, jolloin sairaanhoitoalueen kunnat supistivat palvelujen ostoa Hyvinkään ja myös Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueelta. Jorvin sairaalan sairaansijamäärää vähennettiin sisätautien, kirurgian ja naistentautien yksiköissä ja henkilökuntaa siirrettiin avohoitotoimintaan sekä muiden erikoisalojen toimintojen tehostamiseen. Hoitohenkilöstön rakennetta muuttamalla turvattiin entistä paremmin potilaalle hyvä hoitotyö, ohjaus ja neuvonta omahoitajakäytäntöä soveltaen. Peijaksen sairaanhoitoalueen kunnat ostivat Helsingin sairaanhoitopiiristä lastentautien, naistentautien ja synnytysten erikoisalojen palveluja. Sairaanhoitoalueen kunnat ostivat suoraan Lastenlinnan sairaalasta merkittävässä määrin lastenpsykiatrian ja lastenneurologian palveluja. (USHP 1994.)

Sairaanhoitopiirin vuoden 1996 talousarviossa todettiin: ”Meltolan sairaalan toimintaa supistetaan vuonna 1996 siten, että Jorvin, Lohjan ja Porvoon sairaalat siirtävät keuhkosairauksien ja geriatrian potilaat pois kokonaan vuoden 1996 aikana Meltolan sairaalasta. Meltolan sairaalarakennuksen tuleva käyttö selvitetään ottaen huomioon voimassa olevat sopimukset. Tarvittavat päätökset tehdään vuoden 1996 aikana.” Toisten sairaanhoitoalueiden vähennettyä Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen sairaaloiden käyttöä voitiin Meltolan sairaalassa vähentää erikoissairaanhoitoa ja sairaansijoja. Näin alueen jäsenkuntien edellyttämä erikoissairaanhoidon liikkapasiteetti oli saatu poistetuksi ja erikoissairaanhoidon sairaansijoja voitiin vuokrat perusterveydenhoidolle. Nämä toimenpiteet tasapainottivat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen tarjonnan Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen kunnissa. (Uudenmaan sairaanhoitopiiri 1995-1996.)

Voidakseen minimoida erikoissairaanhoidon supistusten aiheuttaman kielteisen vaikutuksen ja luodakseen resursseja perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palvelujen nostamiseksi Karjaan kaupunki tutki Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa Meltolan sairaalakiinteistöjen ja laitteiden saamista Karjaan kaupungin käyttöön. Sosiaali- ja terveysministeriön kanta oli, että sairaalakiinteistössä toteutettavan toiminnan on oltava vastaisuudessaakin terveyden- ja sosiaalihuollon toimintaa tukevaa. Meltolan sairaalan myytiin Karjaan kaupungille 16.12.1997. Sairaanhoitopiiri ilmoitti sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain (733/1992) mukaisesti omaisuuden luovutuksesta. Karjaan kaupunki vuorostaan ilmoitti sosiaali- ja terveysministeriölle Karjaan kaupungin omistaman terveyskeskusrakennuksen vuokrauksesta Samfundet Folkhälsan i svenska Finland rf:lle ja pyysi ministeriöltä kannanottoa valtionapujen palautuskäytännöstä. Karjaan kaupunki oli tehnyt Folkhälsanin kanssa sopimuksen Karjaan kaupungin sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen uudelleen organisoinnista Meltolan terveydenedistämisaalueen kehittämiseksi. Sen mukaisesti kaupungin kansanterveyspalvelujen ja vanhustenhuoltopalvelujen tuottaminen oli siirtyvä Folkhälsanille. Sosiaali- ja terveysministeriö ei velvoittanut Karjaan kaupunkia palauttamaan kyseistä valtiosuutta. (Meltola.)

Sairaanhoitopiirin toiminnallisissa tavoitteissa sairaanhoitoalueiden painoalueet perustuivat kuntien kanssa yhdessä tehtyihin suunnitelmiin. Toiminnan laajuus perustui kuntien erikoissairaanhoidon palvelutarpeeseen ja palvelujen tuottamiseen lähellä ihmistä, samalla otettiin huomioon työnjako ja hoidon porrastus. Päiväkirurgiaa ja avohoidon toimenpidekirurgiaa lisäämällä lyhennettiin leikkausjonoja. Potilaiden hoitoonohjaamisessa ja hoidossa kehitettiin sopimusohjausjärjestelmää. Hoitotyötä kehitettiin mm. omahoitajajärjestelmällä. Sairaala ohjaili toimintaa päiväkäyntien ja avohoidon suuntaan hyvin tuloksin. Tehokkuutta ja säästöjä etsittiin kuntanaapurusten entistä tiiviimmästä yhteistyöstä. Somaattisten erikoisalojen suuntaviivat täsmentyivät yhteistyössä peruskuntien kanssa. Se edellytti kummankin osapuolen sitoutumista sovittuun työnjakoon. (Uudenmaan Sairaanhoitopiiri 1991-1999, USHP 1995.)

Länsi-Uudenmaan sairaala toteutti (vuoden 1995) aikana sairaalajohtoisen kotisairaanhoidon (SAH) projektin. Sen avulla tutkittiin, miten eräitä potilasryhmiä voitaisiin erikoissairaanhoidon puitteissa hoitaa kotona. Tätä potilaiden ja omaisten arvostamaa hoitomuotoa käytettiin runsaasti hyväksi. Aluesairaalan synnytysosasto osallistui WHO:n ”Baby-friendly”-projektiin. Koulutuksessa painotettiin akupunktioon ja vyöhyketerapiaan vaihtoehtoina perinteiselle farmakologiselle kivunlievitykselle. Yhteistyössä sairaanhoito-oppilaitoksen kanssa järjestettiin täydennys- ja jatkokoulutustilaisuuksia. Sairaanhoitoalue liittyi Stakesin valtakunnalliseen hoidonkehittämisprojektiin. (USHP 1995.)

Peijaksen sairaanhoitoalueella tuloksekkaita olivat yksilövastuinen hoitotyö, erikoisalojen toiminnan lisäys ja vanhuspsykiatrian kehittäminen. Leikkaustoimintaa ja päiväkirurgiaa lisättiin. Muun muassa päiväkirurgian lisääntynyt toiminta vähensi Peijaksen alueen potilaiden määrää Jorvin sairaalan sisä-, kirurgian ja naistentautien erikoisaloilla murtoosaan. Hyksin neurokirurgian klinikan käyttöä ei vielä päästy vähentämään. Neurologiset osastonhoitoa vaativat potilaat hoidettiin Rekolan sairaalassa. Laboratoriotutkimuksia, radiologia tutkimuksia ja fysiatrian poliklinikan palveluja myytiin terveyskeskuksille. Vantaan sosiaali- ja terveysalan oppilaitosten, Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveyskeskusten ja Peijaksen sairaalan projekti ”laadukas hoiva- ja hoitoverkosto Vantaalle” laajensi akuutin vanhuspsykiatrian hoito- ja tutkimustoimintaa. Yhteistyö siinä muiden terveydenhoitoalojen ja sosiaalipalvelujen kanssa oli tärkeää.

Tilastojen perusteella todettiin, että vuonna 1995 Uudenmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien keskimääräiset erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti olivat valtakunnallisen keskitason alapuolella. Tämä siitäkin huolimatta, että kustannuksiin sisältyivät myös Hyksin kustannukset. Vuonna 1996 kiinnitettiin erityistä huomiota kustannuskehitykseen ja vuoden lopulla todettiin, että selvitysmiesten (Hänninen ja Huttunen) Uudenmaan sairaanhoitopiirille asettama säästö tavoite 30 mmk vuositasolla saavutettiin vaikka kustannustaso palkankorotuksen myötä nousi. Sopimusohjauksen toteuttaminen loi uuden pohjan sairaanhoitopiirin ja kuntien väliselle palvelujen tuottamiselle ja asetti sairaanhoitopiirin kustannukset oikeaan mittasuhteeseen. (USHP 1996.)

Somaattisten erikoisalojen toiminnan sisältöä ja laajuutta sekä sisäistä työnjakoa selvittäneen SOKE-projektin täytäntöönpano eri sairaanhoitoalueilla leimasi Uudenmaan sairaanhoitopiirin toimintaa vuonna 1996. Sisätautien, kirurgian, naistentautien ja lastentautien toiminta kehittyi tavoitteiden mukaisesti avohoitopainotteisena kaikilla sairaanhoitoalueilla. Synnytystoiminta jatkui Hyvinkään, Jorvin, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueilla. Kiljavan sairaalan vuodeosasto vuokrattiin perusterveydenhuollon käyttöön. SOKE-projektin seurannaisvaikutuksena käynnistettiin sairaanhoitopiirin sai-

raanhoidollisten palvelujen selvittämisen- ja kehittämisprojekti SAIPA-projekti, jossa selvitettiin radiologian, laboratoriotoinnin, patologian ja lääkehuollon palvelut Uudenmaan sairaanhoitopiirissä sekä sairaanhoitoalueiden terveyskeskuksissa.

Vuonna 1993 hyväksytyt psykiatrisen toiminnan kehittämisprojektin tavoitteet mukaisesti sairaanhoitoalueilla laajennettiin ja monipuolistettiin avohoitoa ja supistettiin laitoshoidoa. Tämän johdosta sairaanhoitoalueilla tapahtuneen muutoksen seurauksena Tammisaarella oleva Knipnäs psykiatrisen sairaalan poistettiin käytöstä ja potilaat siirrettiin Tammiharjun sairaalaan (USHP 1996). Myöhemmin HUS myi Knipnäs Tammisaaren kaupungille.

Sairaanhoitopiirin alkuajoista lähtien neuvoteltiin Hyksin kanssa työnjakosopimuksen saamiseksi, mutta siinä ei onnistuttu ennen kuin vasta 1996. Työnjakosopimuksen mukaan Uudenmaan sairaanhoitopiiriin tuli hoitaa erikoissairaanhoidon perustason potilaat. NordDRG-järjestelmän avulla seurattiin työnjaon toteutumista. Työnjakoseurannan perusteella voitiin todeta, että vuonna 1997 USHP:ssä tuotettiin vain sellaista hoitoa, joka sopimuksen mukaan USHP:lle kuuluikin. Toisaalta USHP:ssä hoidettaviksi sovittuja potilaita ei siirtynyt Hyksistä sairaanhoitopiiriin sairaaloihin vielä tarpeellista määrää, koska Hyksin potilasohjaus ei toiminut toivotusti. Työnjako- ja palvelusopimukset antoivat tarkennetut uudet puitteet yhteistyölle jäsenkuntien kanssa. Hyksin kanssa tehty työnjakosopimus ja sen toteutuminen oli myös pohjana jäsenkuntien kanssa tehtäville palvelusopimuksille. Päämääränä toiminnan kehittämisessä oli edelleenkin kuntalaisten saamien palvelujen laadukas ja taloudellinen tuottaminen. Etenkin vuodesta 1997 lähtien erikoissairaanhoidon kysyntä sairaanhoitopiirissä kasvoi sekä somaattisilla että psykiatrisilla erikoisaloilla. Syynä oli väestön lisääntyminen sekä Hyksin ja sairaanhoitopiiriin välinen työnjako. Monin paikoin kuntien arviot kansalaisten erikoissairaanhoidon tarpeesta olivat alimitoitettuja. (USHP 1997.)

USHP:n keskeiset ylilääkärit ja kuntien perusterveydenhuollon lääkärit laativat sairaanhoitoalueittaisen SOKE-suunnitelman mukaisen työnjako-ohjelman potilaiden hoitamisesta toisaalta perusterveydenhuollossa ja toisaalta erikoissairaanhoidossa. Ohjelmaan sisältyi myös kannanotto, että ne potilaat, jotka eivät ole erikoissairaanhoidon tarpeessa, tulee siirtää terveyskeskuksessa järjestettävään jatkohoitoon, ja ellei näin tapahdu kahden päivän kuluessa, kannetaan peruskunnalta korotettu hoitopäivämaksu. Ohjelma toimi, sillä terveyskeskukset ottivat potilaita jatkohoitoon nopeammin, koska kaksikertainen hoitopäivämaksu perittiin niiltä päiviltä, jotka potilas oli erikoissairaanhoidossa yli määritellyn NordDRG-jakson. Järjestelyn toimiessa vuodeosastojen käyttöä voitiin vähentää. (USHP 1997.)

Sairaanhoitopiiriin valtuusto teki (1997) päätöksen Kiljavan sairaalan lakkauttamisesta ja toimintojen siirtämisestä vuoden 2000 aikana Hyvinkään aluesairaalaan rakennettavaan päiväkirurgian yksikköön, poliklinikkaan ja vuodeosastoon. Uudenmaan sairaanhoitopiiriin Hyvinkään sairaanhoitoalueella kehitettiin Hyvinkään mielenterveyskuntoutujien toimintaa yhteistyössä paikallisen mielenterveysyhdistyksen kanssa, luotiin lastentautien yleisimpien sairauksien hoitoketju sekä kehitettiin kuntien kanssa alueellisia hoito-ohjelmia ja hoitoketjuja. ja psykiatrista hoitoa potilaskeskiseksi Parsen-teorian avulla. (Punnonen 1998.)

Lohjan sairaanhoitoalueen kirurgian, naistentautien ja korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkausjonot olivat lyhyitä. Päiväkirurgisiin toimenpiteisiin ei ollut varsinaisia jonoja. Pisimmät jonotusajat olivat keuhko- ja kaihileikkauksiin ja kaihileikkauksiin. Psykiatriassa runsaaseen potilaskuormitukseen olivat syynä psykiatrisen avohoitosektorin ja perusturvasektorin puutteet. Vantaan terveyskeskuksen Rekolan sairaalasta siirrettiin 1997 kaksi vuodeosastoa

henkilökuntineen Peijaksen sairaalan toiminnaksi. Kyseisillä osastoilla oli hoidettu pelkään erikoissairaanhoidon potilaita enimmäkseen sisätautien erikoisaloilta. Toiminta lisääntyi huomattavasti sairaanhoitopiirin ja Hyksin välisen työnjakosopimuksen seurauksena. Se näkyi sisätautien hoitajaksojen lisääntymisenä sekä läheteiden ja leikkausjonojen kasvuna useimmilla erikoisaloilla. Työnjakosopimuksen mukainen verisuonikirurgian leikkaustoiminnan keskittäminen Peijaksen sairaalaan ei onnistunut, vaan toiminta jatkui sekä Peijaksen että Jorvin sairaaloissa ja eräiltä osin Lohjan aluesairaalassa. Aikaisemman sopimuksen mukaan Peijaksen sairaala palveli myös Hyvinkään sairaanhoitoaluetta verisuonikirurgiassa. Porvoon sairaalassa leikkaussalien toiminta saatiin koko kapasiteetti optimaaliseen käyttöön ja kirurgian leikkausjono puretuksi. (USHP 1997.)

Sairanhoitopiirin työryhmä laati hoitoketjun mallin perusterveydenhuollon ja sairaaloiden yhteisille hoito- ja palveluketjuille.

Uudenmaan sairaanhoitopiirissä vuoden 1998 aikana toiminta (-kertomuksen mukaan) toteutui mm. seuraavasti

Hyvinkään sairaanhoitoalueella palvelujen kysyntä noudatti kuntien kanssa sovittua tasoa. Budjetti ylitettiin eräiltä osin, mutta pysyttiin kokonaisbudjetin puitteissa. Jorvin alueella somaattisilla erikoisaloilla hoitajaksojen määrässä ylittyi edellisen vuoden taso. Läheteiden määrä kasvoi merkittävästi psykiatrian, kirurgian ja synnytysten alalla. Väestön kasvusta johtui palvelujen kysynnän nousu.

Lohjan alueella tehtyjen sopimusten mukaisesti voitiin vähentää sekä psykiatrissa että somantiikan hoitajaksoja. Erikoissairauksissa ajanvarauskäynneissä oli kasvua, mutta korva-, nenä- ja kurkkutauksissa ja naistentautien vuodeosastohoidossa oli vähenevä toiminta. Osalla vuotta oli lääkärripulaa. Laajennettiin neurologiapoliklinikkatoimintaa ja osa neurologian yksikön kapasiteetista myytiin Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueelle. Kunnille palautettiin vuoden aikana edellisenä vuonna syntynyttä ylijäämää. Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella päivystyskäyntien määrä väheni, koska yhteispäivystykseen tulleet terveyskeskuspotilaat voitiin ottaa laboratorio- ja röntgentutkimuksiin ilman että heidät olisi ohjattu erikoissairaanhoidon päivystykseen. Mielen terveystoimistosta tuli vuoden alussa psykiatrian lähete poliklinikka. Henkilöjärjestelyjen vuoksi henkilöstömenot vähenivät. Porvoon sairaanhoitoalueella terveyskeskusten osuus läheteiden määrässä kasvoi. Somaatiikan päivystyskäynnit alenivat, mutta psykiatriassa nousivat. Lonkan tekoniveliä asennettiin viidennes enemmän kuin edellisenä vuonna.

Sairanhoitopiirin alueiden välisen yhteistyön toteutumisen hyvänä esimerkkinä oli tammikuussa 1998 käyttöön otettu ns. sateenkaari-magneettikuvauslaitteisto. Magneettirekka kiersi Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueilla tuoden yhteistoiminnassa järjestettynä palvelut alueille, joilla yksinään ei olisi ollut mahdollisuutta hankkia laitetta. Magneettikuvauslaitteen merkitys korostui siinä, että nopeammin ja tehokkaammin päästiin oikeaan diagnoosiin ja potilaiden hoidon nopeuttamiseen ja tehostamiseen. Piirin sairaanhoito toteutui 1998 lähes suunnitellulla tavalla - somaattisilla erikoisaloilla hoitajaksojen toteutumaprosentti oli 99,2 % ja psykiatrian hoitopäivien toteutumaprosentti oli 103 %. Vastaavasti avohoidossa somaattisten erikoisalojen toteutumaprosentti oli 99,8 % ja psykiatriassa 92,3 %. Sairanhoitoalueittain suunnitelmien toteutumisen osuus vaihteli vuodeosastoilla 92,8 - 106,7 % ja avohoidossa 92,7 - 101,8 %.

Sairanhoitopalvelujen kysyntä kasvoi enemmän kuin voitiin palveluja antaa. USHP:n jonottajien määrä on lisääntynyt 14 % alkuvuodesta joulukuun loppuun mennessä, jolloin leikkausjonoissa oli noin 14.600 potilasta. Odotusaika kasvoi. Potilaita oli erityisesti suoni-

kohju-, sappileikkaus- ja ortopedisissä jonoissa. USHPn sairaanhoitoalueista Jorvin ja Peijaksen sairaanhoitoalueet erottuivat pitkine jonoineen myös väestömäärään suhteutettuna, kun tilanne on melko hyvä esimerkiksi Lohjan alueella. Sairaalahäetteiden määrä oli myös kasvanut osoituksena lisääntyneestä palvelujen kysynnästä.

USHPn psykiatrisen toiminnan 1993 kehittämissuunnitelman tavoitteet vähentää aikuispsykiatriasta sairaalahoitoa 0,8 sairaansijaan 1.000 asukasta kohti laskettuna kohti vuotta 2000 olivat hyvin toteutumassa. Aluepsykiatrisen mallin mukaisesti kaikilla sairaanhoitoalueilla oli lisätty aikuispsykiatriasta avohoitoa. Panostus avohoitoon ei kuitenkaan ollut tavoitteiden mukaista siitäkään huolimatta, että avohoitotoiminta lisääntyi 1990-luvulla keskimäärin 30-40%. Lasten ja nuorisopsykiatrian toiminta oli myös tehostunut ja resurssit lisääntyneet, mutta eivät riittävästi. Erityisesti nuorisopsykiatrian tilanne oli huono. (USHP 1998.)

Sairaanhoitollisten palvelujen kehittämissuunnitelman (SAIPA) tavoitteet tehostaa toimintaa ja yhteistyötä laboratorion, radiologian, patologian ja lääkehuollon alalla, jonka tavoitteet alussa näyttivät vähän tuovan tulosta, alkoi 1998 toteutua. Telelääketieteen etäpoliklinikkatutkimus toteutettiin Peijaksen sisätautien ja kirurgian poliklinikalla yhteistyössä Vantaan terveyskeskuksen Martinlaakson terveysaseman kanssa. Poliklinikalle ohjatuista sisätautipotilaista puolelle voitiin saada sähköinen palaute ja 20 % kirurgisista potilaista videotutkimus. (USHP 1998.)

Sekä USHPn ja Hyksin että Helsingin SHPn ja Hyksin välinen työnjakosopimus ja toisaalta USHPn ja sen jäsenkuntien palvelusopimukset edellyttivät alueellisen hoitoonohjauksen ja jonohallintajärjestelmän luomista. Tämä puolestaan vaati yhtenäisten tietojärjestelmien luomista mainittujen organisaatioiden kesken.

USHPn sairaalat eivät kuitenkaan voineet vastata lisääntyneeseen palvelutarpeeseen käytettävissä olevilla resursseilla eivätkä kuntien kanssa solmittujen palvelusopimusten puitteissa. Vuoden 1999 aikana kuntien kanssa jatkettiin keskusteluita palvelujen saatavuudesta, priorisoinnista ja arvoista.

Toimintojen kehittämissuunnitelmat

Sairaanhoitopiirin toimintojen ja toimintamuotojen kehittämiseksi perustettiin eri tahojen kanssa 1993-1999 toiminta- ja kehittämissuunnitelmiä. Niiden avulla pyrittiin tehostamaan ja yhdenmukaistamaan sairaanhoitopiirin toimintaa ja yhteistyötä terveyskeskusten kanssa sekä etsimään taloudellisempia ratkaisumalleja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoiteohjelman vuosiksi 1993-2010 laadinnan valmistelu tehtiin yhteistyössä Uudenmaan sairaanhoitopiirin, lääninhallituksen ja sairaanhoitopiirin kunkin sairaanhoitoalueen kanssa. Tavoiteohjelmassa ”Yhteistyössä hyvinvoivaan yhteisöön” (1993) selvitettiin kokonaisvaltaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon, erikoissairaanhoitotoiminnan, ympäristöterveydenhuollon keskinäisiä suhteita, väestömäärässä tapahtuvien muutoksien ja ikääntymisen vaikutusta palvelutarpeeseen ja asuntopolitiikkaan sekä avo- ja laitoshoidon ja -huollon keskinäisten voimavarojen tarpeenmukaista siirtoa (Yhteistyössä).

Sairaanhoitotoiminnan ja kuntoutuksen edistämishankkeita olivat:

Somaattisen erikoissairaanhoitotoiminnan kehittämissuunnitelmissa muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi avohoidossa asetettiin tavoitteeksi ensikäyntien suhteellisen osuuden kasvattaminen ja uusintakäyntien ohjaaminen perusterveydenhuoltoon. Terveyskeskusten kanssa valmistetuilla sairauksia koskevilla hoitoketju- ja hoito-ohjelmilla sopeutetaan ja yhdenmukaiste-

taan hoitokäytäntöjä ja työnjakoa (SOKE-projekti);

Hoitotyön vastuuohjelmalla parannettiin diabetespotilaiden hoidon laatua erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa, neurologiassa aivoverenkiertohäiriöpotilaan porrastettua kuntoutustarvetta, psykiatriassa hoidon jatkuvuutta ja yhteydenpitoa sairaalan, kotisairaanhoidon ja terveyskeskuspäivystyksen kesken (HOVA-projekti);

Sosiaali- ja terveysalan työelämän koulutuksen kehittämisen projektin tavoitteena oli yhteistyökäytännöillä ja -toimintamalleilla saada sosiaali- ja terveysalan koulutus vastaamaan yksilön, väestön ja koko yhteiskunnan tarpeisiin (SoTeKeKo-projektit);

Psykiatrisen toiminnan kehittämisohjelman tavoitteena oli aluepsykiatrisen palvelukokonaisuus (akuuttipsykiatriset vastaanottoyksiköt ja monipuolinen avohoito sekä lasten ja nuorisopsykiatrian avohoitopalvellut) vähentää aikuispsykiatrista sairaalahoitoa 0,8 ss/1000 asukasta sekä saavuttaa voimavaraksi 1,2 työntekijää/1000 asukasta kohti vuonna 2000 toteutui, mutta lasten psykiatrisen avohoito ei kaikilla sairaanhoitoalueilla edennyt tavoitteiden mukaisesti ja aikuisten avohoidon lisäys jäi puoleen tavoitellusta (Psyke-seurantaraportti);

Lääkinnällisen kuntoutuksen kehittämisen selvitetiin erikoisalakohdainen ja alueellinen lääkinällisen kuntoutuksen tila potilaiden kuntoutuksen toteuttamiseksi lääkinällisen kuntoutuksen työryhmät ja hoitoketjut. Hyksin lähetekäytännössä olisi otettava huomioon jatkohoitopaikan ja kotikunnan mahdollisuudet toteuttaa kuntoutuksia. Vaikeavammaisten kuntoutuspalveluiden kohentamiseksi olisi lisättävä yhteistyötä KELA:n kanssa. Selkädin vammaopotilaiden ensihoito ja kuntoutus olisi keskitettävä Hyksiin ja Käpylän kuntoutuskeskukseen (KUKKE-projekti);

Sairaanhoidollisten palvelujen kehittämistä koskeva projekti laboratorion, radiologian, patologian ja lääkehuollon voimavarat ja tuotokset sairaanhoitoalueittain sairaaloittain ja terveyskeskuksittain, arvioi kyseisten palvelujen muutokset ja kehitysnäkymät, teki toimenpide-ehdotukset kustannuksia säästävästä organisoinnista sekä selvitti radiologian osalta teleradiologian mahdollisuudet toiminnan järjestämisessä (SAIPA-projekti).

5 Kysyntää, käyttöä ja kustannuksia

1990-luvun alussa alkaneen taloudellisen laman johdosta syntyi työttömyyttä ja kansalaisten tulot pienentyivät. Seurauksena oli kuntien verotulojen vähentyminen. Kunnallisten palvelujen kysyntä kuitenkin jatkui ja lisääntyi, kun kansalaiset suuntasivat terveydenhuollon palvelujen kysynnän aikaisempaa enemmän kunnallisiin palveluihin yksityispalveluista. Kun perusterveydenhuolto ei voinut tutkia tai hoitaa tasoaan korkeampia vaativia tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä, oli luonnollista, että terveyskeskuksista lähetettiin tutkittavaksi alue- tai keskussairaalaan. Vuosina 1993 - 1995 lähetteen määrän kasvu keskussairaalaan vaihteli 4, 9 ja 5 % vuosittain ja alue-sairaaloihin lähetteen määrät kasvoivat samoina vuosina 1 %, 6 % ja 1 % paikkeilla. Sairaaloitten kunnille osoittamat laskut kasvoivat odotettua nopeammin eikä niihin ollut osattu varautua. Kunnat joutuivat aikaisempaa enemmän kiinnittämään huomiota taloutensa tasapainottamiseen. Vaikka ne koettivat tehostaa terveyskeskustensa toimintaa ja supistaa niiden toiminnan menot myönnetyn talousarvion puitteisiin, tapahtui siitä huolimatta terveydenhuollon menoissa ylityksiä. Ensisijaisesti ne kohdistuivat erikoissairaanhoidon. (Punnonen: Sairaanhoidopiirien...1998.)

Kun Uudenmaan sairaanhoitopiirissä avosairaanhoidon nettokustannukset vuonna 1992 muodostivat 26 % erikoissairaanhoidon kustannuksista ja olivat 708 markkaa käyntiä kohden, olivat ne Helsingin sairaanhoitopiirissä 23 % ja 1.102 markkaa. Vuodeosastotoiminta erikoissairaanhoidon kustannuksista oli samana aikana Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 72 % ja 1.596 markkaa hoitopäivää kohti sekä 10.647 markkaa hoitojaksoa kohti. Helsingin sairaanhoitopiirissä samaan aikaan vastaavat osuudet ja luvut olivat 77 % ja 2.496 markkaa hoitopäivää kohti ja 23.915 markkaa hoitojaksoa kohti. Uudenmaan sairaanhoitopiirin kustannukset olivat kasvaneet edellisestä vuodesta n. 5 % ja olivat yhteensä 1.363.586 markkaa, josta kuntien ja muiden sairaaloiden osuudet ja korvaukset olivat 731.401 markkaa, Helsingin sairaanhoitopiirin kokonaismenot olivat 1.216.043 markkaa, josta muiden kuntien ja sairaaloiden osuudet ja korvaukset olivat 756.501 markkaa.

Vuonna 1994 Uudenmaan sairaanhoitopiirin menot olivat yhteensä 1.442.129.000 markkaa, mistä kuntien ja kuntayhtymien maksama määrä oli 1.261.483.000 markkaa. Uudenmaan sairaanhoitopiirin kokonaismenot asukasta kohti olivat 1.883 markkaa. Menot vähenivät vuoteen 1993 verrattuna 2,5 %. Helsingin sairaanhoitopiirin menot olivat samana aikana yhteensä 967.245.000 markkaa. Siitä maksoivat kunnat ja kuntayhtymät 15.273.000 markkaa. Helsingin sairaanhoitopiirin kokonaismenot asukasta kohti olivat 1.901 markkaa.

Uudenmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 1994 avohoidon osuus oli 32 % käyttömenoista. Käyttömenot käyntiä kohden USHP:n sairaaloissa vaihtelivat Lohjan sairaanhoitoalueen 229 markasta Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen 897 markkaan. Helsingin sairaanhoitopiirissä avohoidon osuus oli 14,6 % käyttökustannuksista ja käyttökustannukset käyntiä kohti 336 markkaa. Vuonna 1994 USHP:ssa vuodeosastotoiminnan osuus käyttökustannuksista oli 68 % ja markkamääräiset kustannukset vaihtelivat sairaaloittain hoitopäivää kohti Ohkolan sairaalan (psykiatrinen) 654 markasta Länsi-Uudenmaan (sisälsi myös psykiatrian) 1.968 markkaan. Sairaalaosastojen kuormitus USHP:ssä oli 83 % ja keskimääräinen hoitojakson pituus 7,7 päivää Länsi-Uudenmaan sairaalan 4,0 päivästä Lohjan sairaalan 7,6 hoitopäivän kautta Ohkolan sairaalan 541 hoitopäivään. Vuodeosastohoito Helsingin sairaanhoitopiirissä hoitopäivää kohti maksoi 1.394 markkaa, keskimääräinen hoitojakso oli 9,7 päivää ja kuormitus 80 %. (Sairaalatilasto.)

Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan tuli potilaita pääosin Uudenmaan alueelta. Alkuaan kunnilla oli sairaansijaomistukseen perustuva sairaalan käyttöoikeus. Sitten sairaanhoitopiirien tultua perustetuksi sairaansijaomistus poistui. Kun suurin väestökeskitelmä syntyi Helsingin ja sen lähikuntien alueelle, oli itsestään selvää, että myös sairaalan käytöstä tuli suuri osa näiden kuntien osalle. Seuraavassa on vertailtu Helsingin sairaanhoitopiirin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (myös ennen sairaanhoitopiirin perustamista) hoitopäivien ja poliklinikkakäyntien numeraalista osuutta 1000 asukasta kohti Hyksin käytöstä.

Hyksin hoitopäivät ja poliklinikkakäynnit sairaanhoitopiireittäin/1000 asukasta ja lisäksi erikseen Espoon ja Vantaan osalta.

(Lähde: Hyksin toimintakertomukset)

HOITOPÄIVÄT/1000 as.											
	1974	1976	1979	1983	1985	1988	1992	1994	1998	1999	2000
HSHP (Hki)	726	695	877	868	826	597	484	449	396	396	429
USHP	898	751	638	381	384	384	260	243	212	215	203
Espoo	693	596	375	312	317	295	261	244	184	196	176
Vantaa	661	582	479	416	405	390	269	260	251	237	235
POLIKLINIKKAKÄYNNIT/1000 as.											
HSHP (Hki)	575	567	593	570	591	543	550	626	633	640	738
USHP	477	449	370	287	305	319	313	373	339	337	334
Espoo	537	508	338	279	301	320	355	429	401	395	385
Vantaa	536	505	417	357	361	395	359	442	381	377	384

Uudenmaan sairaanhoitopiirin hoitopäivien lukumäärä on vuonna 1974 huomattavasti Helsingin hoitopäivien osuutta suurempi, mutta laskee jo vuonna 1979 sen alle ja vähenee vuoteen 1998 neljännekseen alkulähtökohtaan verrattuna. Espoon hoitopäivät vähenevät huomattavasti. Vantaan hoitopäivät pysyvät melko korkeina aina vuoteen 1988 saakka ja vasta vuodesta 1992 ovat alle 300 hoitopäivää. Noina aikoina aloitti Vantaan Peijas-Rekolan sairaala toimintansa.

Poliklinikkakäynnit pysyvät Helsingin osalla suurina, kun USHP:n osuudessa on havaittavissa vähenemistä sitä mukaa, kun sairaaloita USHP:ssä valmistuu, joskin Vantaan osuus on jäänyt merkittäväksi.

Hyksissä läheteiden määrä vuonna 1999 kasvoi 4.400 läheteellä eli 3,6 % edelliseen vuoteen verrattuna, Hyvinkään sairaalassa kasvuluvut olivat 930 eli 5,5 %, Peijaksen sairaalassa 900 lähetettä eli 2,4 %.

Vuonna 1999 läheteitä tuli	terveyskeskuksista	yksityislääkäreiltä	muilta
Hyksiin	39 %,	27 %,	34 %;
Hyvinkään aluesairaalaan	58	28	14
Jorvin sairaalaan	67	22	11
Peijaksen sairaalaan	68	19	13
Porvoon aluesairaalaan	64	20	16

Operatiiviseen leikkaukseen oli jonossa 31.8.1999 Helsingin sairaanhoitopiirissä 6.500 potilasta, Hyksissä 12.500, Hyvinkäällä 2.400, Jorvissa 4.900, Lohjalla 1.000, Länsi-Uudenmaan sairaalassa 470, Peijaksessa 5.300 ja Porvoossa 680. Kaihileikkaukseen Hyksissä jonotti 31.8.1999 2.600, Peijakseen 540, Lohjalle 320 henkilöä.

Helsingin sairaanhoitopiirin menot kasvoivat vuoteen 1998 verrattuna n. 19 mmk eli 2 %, Hyksin 158 mmk eli lähes 7 % ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin 52 mmk eli 3 %. (Punnonen: Sairaaloiden ...1999.) Hyks ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaalat käyttivät NordDRG-pohjaista hinnoittelua. Hinnat vaihtelivat sairaaloittain esim. seuraavissa toimenpiteissä: Yhden silmän kaihileikkaus fakotekniikalla, mikä sisälsi tarkastuksen ennen leikkausta ja jälkitarkastuksen leikkausta seuraavana päivänä, maksoi vuonna 1999 Helsingin sairaanhoitopiirissä (DRG) 6.964 mk ja Hyksissä (DRG) 5.700 mk, Lohjan aluesairaalassa (yksi tai molemmat silmät) 6.369 mk ja Peijaksessa (yksi tai molemmat silmät) 4.866 mk. Polven nivelkierukan poisto/kiinnitys maksoi 1999 Helsingin shp:ssä (DRG) päiväkirurgisena toimenpiteenä 4.610 mk ja vuodeosastolla 6.302 mk, Jorvissa (DRG) päiväkirurgiassa 4.826 mk, Lohjalla (DRG) päiväkirurgiassa tai vuodeosastolla 5.400 mk., Peijaksessa (DRG) päiväkirurgiassa tai vuodeosastolla 4.123 ja Porvoossa (DRG) päiväkirurgiassa tai vuodeosastolla 4.123 mk. Rintasyöpäleikkaus Helsingin shp:ssä (DRG) vuodeosastolla 10.380 - 13.966 mk, Hyks (DRG) vuodeosastolla 11.900 - 13.400 mk, Hyvinkään aluesairaalassa (DRG) vuodeosastolla 8.973 - 10.425 mk, Jorvissa (DRG) vuodeosastolla 8.350 - 9.700 mk, Lohjan aluesairaalassa päiväkirurgiassa tai vuodeosastolla 7.951 mk, Peijaksen sairaalassa (DRG) päiväkirurgiassa tai vuodeosastolla 9.421 mk ja Porvoossa (DRG) päiväkirurgiassa tai vuodeosastotoimintana 7.250 mk. (Punnonen, Sairaaloiden vuosi 1999.)

Edellä olevat muutamat leikkaushoidon DRG-hinnoittelut osoittavat sairaalakohtaisissa kustannuksissa eroja sen mukaisesti, kuinka taloudellisesti ja tehokkaasti sairaalakustannuksia on voitu hallita. Esillä olleissa esimerkeissä kaihileikkaukset ovat kalleimmat Helsingissä ja halvimmat Peijaksen sairaalassa. Polven nivelkierukan leikkaus on kallein Lohjan sairaalassa ja halvin Peijaksen ja Porvoon sairaalassa. Rintasyöpäleikkauksista kalleimmat ovat Helsingissä ja Hyksissä sekä halvimmat Porvoon sairaalassa.

Terveys- ja sairaanhoidon nettokustannuksien vertailun mk/as. ja niiden vertailulukko koko maahan (=100) osoitti Helsingin sairaanhoitopiirin terveydenhuollon menojen olleen 6.184 mk/as ja vertailuluvun koko maahan verrattuna olevan 115. Uudenmaan sairaanhoitopiiri oli 21. sijalla terveydenhuollon nettokustannuksissa 4.735 markalla ja vertailuluvulla 88.

Perusterveydenhuollon nettokustannuksissa Helsingin sairaanhoitopiiri oli 9. sijalla 2.299 markalla ja vertailuluvulla 112. Uudenmaan sairaanhoitopiiri oli 21. sijalla 1.549 markalla ja vertailuluvulla 75.

Erikoissairaanhoidon nettokustannuksissa Helsingin sairaanhoitopiiri oli kallein 3.251 markalla ja vertailuluvulla 119, kun taas Uudenmaan sairaanhoitopiirin nettokustannukset olivat 3.147 markkaa ja vertailulukko 97.

Jos verrataan terveydenhuollon nettokustannuksia mk/as Uudenmaan shpn kustannuksiin (=100) kunnittain ovat

KALLEIMMAT KUNNAT			HALVIMMAT KUNNAT		
	mk./as	vertailu- luku		mk/as	vertailu- luku
Uudenmaan shp.	4735	100			
Karjaa	6651	140	Pornainen	4209	89
Hanko	6392	135	Espoo	4352	92
Loviisa	6257	132	Kirkkonummi	4378	92
Pohja	6185	131	Nurmijärvi	4482	95
Liljendal	6072	128	Karjalohja	4517	95

Erikoissairaanhoito oli kalleinta Tammisaarella, jossa se maksoi 4.212 mk vertailuluku 134, vertailuluku Pornaisissa oli 130, Hangossa 127, Nummi-Pusulassa 124 ja Lohjalla erikoissairaanhoito maksoi 3.707 mk ja vertailuluku oli 118. Halvinta erikoissairaanhoito oli Kauniaisissa 2.383 mk vertailuluku 76 ja vertailuluku Kirkkonummella 88, Tuusulassa 89 ja Myrskylässä hoito maksoi 2.946 mk ja vertailuluku oli 94.

Kun koko maassa käytettiin 1999 sosiaali- ja terveydenhuollon rahoista yhteensä 52 % terveydenhuoltoon, perusterveydenhuoltoon 20 % ja erikoissairaanhoitoon 31 %, olivat prosentuaaliset luvut Uudenmaan shp:ssä perusterveydenhuollon osalta 47 % ja erikoissairaanhoitossa 31 %. Helsingin sairaanhoitopiirissä vastaavat osuudet olivat 47 % ja 30 %.

Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntien nettokustannuksista, mk/as %-osuudet sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävittäin olivat kaikista kunnista seuraavilla

SUURIMMAT				PIENIMMÄT			
	terveyden- huolto	perus- terv.h.	erikois- sair.h.		terveyden- huolto	perus- terv.h.	erikois- sair.h.
Karkkila	61 %	21 %	39 %	Espoo	42 %	12 %	29 %
Karjaa	57	26	30	Vantaa	43	14	29
Liljendal	57	25	31	Nurmijärvi	47	16	30
Loviisa	56	25	29	Porvoo	47	16	30
Inkoo	55	19	35	Järvenpää	48	16	31

Kuntaliitto teki vuodelta 1999 vertailevan tutkimuksen suurimpien kaupunkien terveydenhuollon kustannuksista. Niihin sisältyi erikoissairaanhoito, perusterveydenhuollon avohoito, laitoshoido ja hammashuolto sekä sosiaalitoimesta vanhusten ympärivuorokautinen hoito ja kotipalvelu, vanhusten laitoshoidon kustannukset. Uudenmaan kunnista suurimmat kustannukset olivat Helsingissä 8.057 mk/asukas, seuraavana Vantaa 5.430 mk/as. Terveystenhuollon järjestämistavalla, painottuuko se perusterveydenhuoltoon vai erikoissairaanhoitoon, ja väestön ikärakenteella on vaikutusta kustannusten suuruuteen Halvimmaksi muodostuivat Espoon kustannukset 5.257 mk/as. Väestön ikärakenteella oli merkittävä vaikutus kustannusten kertymiseen. Vanhin ikärakenne oli Helsingissä, alle 6 vuotiaita 7 % ja yli 65 vuotiaita 13 % väestöstä. Suhteellisen nuori väestö sekä Espoossa, alle 6 vuotiaita 11 % ja yli 65 vuotiaita 8 %, että Vantaalla, alle 6 vuotiaita 10 % ja yli 65 vuotiaita 8 % väestöstä. (Punnonen: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen eri tehtävien nettokustannukset mk/as, 1999, Vantaan Sanomat 10.1.2001.)

6 Yhteenveto

Se, että mielisairaanhuoltopiirien ja tuberkuloosipiirien rajat eivät aina olleet yhteneväiset keskussairaalaapiirien rajojen kanssa, johti siihen, että eduskunta sääti lain sairaanhoitoalan kuntainliittojen yhdistymisestä. Valtakunnallisen sairaanhoidon hallinnollisesta uudistamisesta oli Sorsan hallituksen ohjelmassa lausuma parantaa terveyspalvelujen saatavuutta, hoitosuhteen jatkuvuutta ja lisätä potilaiden oikeusturvaa. *Hallitukselle asiaa valmistellut STM:n toimikunta (1983:17) ehdotti, että perustettaisiin sairaanhoitopiiri, jossa päätösvalta olisi voimakkaasti hajautettu ja sen eri alueilla olisi itsenäinen asema. Sairaanhoitopiiri huolehtisi toimintojen koordinoinnista ja suunnittelusta.*

Hyks toimikunnan ehdotuksesta antamassaan lausunnossa katsoi olevan tarpeellista Uudenmaan erityisolosuhteiden vuoksi perustaa kaksi sairaanhoitopiiriä ja Hyksin asema järjestää useamman sairaanhoitopiirien laitoksena. Helsingin kaupungin lausuma oli Hyksin lausuman kanssa samankaltainen. Uudeltamaalta annetuissa lausunnoissa painotettiin sairaanhoitopiirien osavastuualueiden (sairaanhoitoalueiden) voimakasta itsenäisyyttä ja alueellista demokratiaa. Uudenmaan Maakuntaliiton sairaalahallintotoimikunta teki oman ehdotuksensa Uudenmaan sairaalahallinnon kehittämiseksi *Hyks-piirin alueellisen tavoiteohjelman 2000* pohjalta siten, että Hyksin ja sairaalakeskusten tehtävät olisivat erikoisaloittaisen työnjaon mukaiset. Sen mukaisesti Hyks-piirin terveydenhuolto järjestettäisiin siten, että terveyskeskuksella, sairaalakeskuksella ja Hyksillä olisi oma tehtävänsä erikoisaloittain sovitun työnjaon mukaisesti. Kukin sairaalakeskus hoitaisi pääosin oman alueensa kunnista olevia potilaita ja sairaansijanormitus ns. pyramidimalliin. Sen normien mukaisesti järjestetyillä sairaansijoilla voitaisiin vähentää hoidettavien määrää Hyksissä sen kalliiden kustannuksien vuoksi.

Maakuntaliitto asetti tavoitteeksi, että sairaalahallinto kehitettäisiin vastuualuejärjestelmän pohjalta erikoissairaanhoidon kokonaisuudeksi ja että sairaanhoidon alueellinen suunnittelu olisi keskushallinnolla, mutta päätösvalta olisi hajautettava lähelle kuntia ja sairaalayksiköitä. Helsingin kaupungin terveydenhoito säilyisi itsenäisenä kokonaisuutena, mutta sen erikoissairaanhoidon suunnittelu kytkettäisiin Hyks-piirin suunnitteluun. Uudenmaan Maakuntaliitto teki kaksi ehdotusta Helsingin yliopistollisen sairaanhoitopiirin hallinnolliseksi järjestämiseksi joko 1) kullakin piirin vastuualueella olisi vain yksi sairaalakuntainliitto ja Helsingin kaupungin terveydenhuolto muodostaisi yhden vastuualueen hallinnollisen kokonaisuuden tahi 2) jos erikoissairaanhoitolaki annettaisiin, Uudellemaalle muodostettaisiin yksi sairaanhoitopiirin kuntainliitto, mutta sen hallinto ja päätöksenteko hajautettaisiin mahdollisimman suuressa määrin vastuualuekohtaiseksi. Kumpaankin ehdotukseen sisältyi Lastenlinnan sairaalan yhdistäminen Hyksiin.

Vuonna 1989 annetun erikoissairaanhoitolain nojalla valtioneuvosto päätti Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Helsingin sairaanhoitopiirin alueista ja niiden jäsenkunnista. Kuntakohtainen sairaansijajärjestelmä poistui. Kuntien tuli järjestää ja hankkia tarkoituksenmukainen sairaanhoito asukkailleen. Sairaanhoitopiiri voitiin jakaa osavastuualueisiin ja vastuualuetta varten valita osavastuualueen kuntien asukkaista toimielin. Sairaanhoitopiirin palveluja järjestäessään tuli ottaa huomioon myös terveyskeskuksissa annettava sairaanhoito, vähentää päällekkäisiä toimintoja sekä edistää sairaanhoidon porrastusta ja toimivaa potilasohjausta.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan asema säilyi itsenäisenä Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiirien jäsenkuntien omistamana kuntainliittona. Sen oli määrä tuottaa

sairaanhoidopiireille erikoissairaanhoidon palveluja ja tehdä siitä tarkoituksenmukainen sopimus sairaalan ja sairaanhoidopiirien kesken. Lisäksi Hyksin tuli toimia yliopistollisena opetussairaalanä. Helsingin yliopisto ei ollut oleva Hyksin omistavan kuntainliiton jäsen, mutta sai osallistua sen hallintoon.

Hyksin aluesuunnittelutoimikunta ehdotti sairaaloille ja kunnille sairaansijanormeja, joiden mukaisesti sairaanhoidon (sairaalahoidon) pääpaino olisi keskitetty terveyskeskussairaaloihin. Normiehdotuksen mukaisesti 1000 asukasta kohti olisi terveyskeskussairaalaissa 4,0 sairaansijaa, (alue)sairaaloissa 3,0 ss., mielisairaaloissa 2,0 ss. ja Hyksissä 1,0 ss. Erikoissairaanhoidon taso olisi siten rajoitettu mahdollisimman pieneksi, mutta tarvetta vastaavaksi. Hoitoaikoja olisi mielisairaaloissa lyhennetty ja kehitetty voimakkaasti avohoittoa. Yleissairaanhoidossa olisi lisätty kotisairaanhoidoa kaikilla tasoilla. Toimintasuunnitelmissa painotettiin myös potilasohjauksen tärkeyttä ja jatkohoitopaikkojen käyttöä.

Hyksin toimintaan vaikuttavina seikkoina olivat palvelusuunnitelmien käyttöönotto, lääketieteen kehitys, näyttöön perustuvan lääketieteen korostuminen ja johtamisen muutos. Hyksin toimintaorganisaatio ei ollut halukas hyväksymään muissa sairaaloissa tehtyjä tutkimuksia, joten päällekkäistyötä tehtiin tarpeettomasti. Hoidettavien määrät kasvoivat ja myös kustannukset. Palvelusuunnitelmien toteuttaminen oli oikeansuuntainen, mutta se ei edistynyt odotettuun tasoon. Potilasvirtojen ohjausta ei saatu hallintaan. Hyksin toiminnallinen organisaatio ei noudattanut Hyksin ja sairaanhoidopiirien kesken tehtyä työnjakosopimusta riittävästi eikä ohjannut potilaita oikeaan hoitopaikkaan. Sairaanhoidon toiminnallisessa johtamisessa ei tapahtunut muutosta eikä managerialistinen ajattelu saanut sijaa. Professionaalisessa toiminnassa vastustettiin yleisiä hallinnollisia ja taloudellisia tavoitteita ja niiden kytkemistä toimintatavoitteisiin. Pääkaupunkiseudun asukkaat olivat tottuneet hakeutumaan Hyksin potilaiksi ja toisaalta Hyksissä oli totuttu hoitamaan potilas neuvottelematta kunnan kanssa taikka ohjaamatta potilas työnjaon mukaisesti oikeaan hoitopaikkaan. Kun Helsingin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vastaanotokäytössä oli vaikeuksia, ruuhkautuivat potilaat Hyksiin. Kuntien ohjausvoima ei uuden lain tarkoituksen mukaisesti lisääntynyt. Hoitokustannukset kasvoivat yllätyksellisesti ja näin taloudelliset seikat vaikuttivat kiristävästi myös Hyksin ja jäsenkuntien suhteisiin. (Haastattelu 2001.)

Hyksin tuottamista hoitokäynneistä ja hoitopaksoista käyttivät (Hyksin toimintakertomuksien mukaan) pääkaupunkiseudun kunnat seuraavasti: Helsinki noin 55%, Espoo noin 13 % ja Vantaa noin 10 %. Sairaanhoidopiirialueittain (ja pääkaupunkikunnittain) tarkasteltuna Hyksin antamien palvelujen kehitys 1000 asukasta kohti vuodesta 1974 vuoteen 2000 oli aleneva:

Vuosina		1974	1988	2000
HSHP (Hki)	hoitopäiviä	726	597	429
USHP	hoitopäiviä	898	348	203
Espoo	hoitopäiviä	693	295	176
Vantaa	hoitopäiviä	661	390	235
<i>HSHP(Hki)</i>	<i>poliklinikkakäyntejä</i>	<i>575</i>	<i>543</i>	<i>738</i>
<i>USHP</i>	<i>poliklinikkakäyntejä</i>	<i>477</i>	<i>319</i>	<i>334</i>
<i>Espoo</i>	<i>poliklinikkakäyntejä</i>	<i>537</i>	<i>320</i>	<i>385</i>
<i>Vantaa</i>	<i>poliklinikkakäyntejä</i>	<i>536</i>	<i>395</i>	<i>384</i>

Hyksin käytöstä (1990-luvulla) niin avohoitokäynneistä kuin hoitojaksoistakin oli kolmen suurimman pääkaupunkiseudun kunnan osuus noin 65-80 %, josta Helsingin osuus oli noin 70 %. Sairaanhoidon kuitenkin painottui vaativampaan suuntaan, mitä pitemmälle alueellista työnjakoa voitiin toteuttaa.

Helsingin kaupungin eli Helsingin sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon suunnitelmaa ei sopeutettu Hyks-piirin alueelliseen sairaanhoidon suunnitelmaan. Helsingin kaupungin terveyslautakunnan aluejaostot, huolehtivat terveyskeskusosaston ja sen alaisten terveyskeskussairaaloiden annettavista palveluista, mutta erikoissairaanhoidon osalta jaostojen kuului huolehtia ainoastaan terveyskeskuksen mielenterveysyksiköissä annettavista palveluista. *Kun terveyskeskustoiminnassa olivat aluejaostot luottamustoimieliminä huolehtimassa toiminnan ja palvelujen järjestämiseen liittyvistä asioista, ei vastaavaa järjestelyä ollut sairaalatoiminnan osalla.* Terveysviraston sairaalaosasto vastasi erikois- ja terveyskeskussairaaloissa ja terveyskeskuksen mielenterveysyksiköissä annettavista erikoissairaanhoidon palveluista. *Erikoissairaanhoidon toiminnallinen, hallinnollinen ja päättännällinen johto oli järjestetty lääketieteellisten erikoisalojen mukaisesti eli toiminnallisessa organisaatiossa oli ns. divisioonamalli. Siihen sopeutui managerialistinen toiminnan johtaminen heikosti.*

Kun Helsinki ei pystynyt järjestämään erikoissairaanhoidoitaan eikä myöskään perustaa sairaalahoitoa tyydyttävästi, oli myös vaikeuksia potilaiden jatkohoidon järjestämisessä. Hyksin ja Helsingin keskeisestä työnjaosta pitkään käytyjen neuvottelujen mukaisesti solmitun sopimuksen toteuttamisessa oli viivästyksiä ja *kummankin osapuolen toiminnallisessa organisaatiossa vastahankaisuutta.* (Haastattelu 2001.)

Helsingin kaupungin terveysvirastossa suoritetun asiantuntijatarkastuksen jälkeen tarkastuksen suorittaja *ehdotti* (Huttunen 1997) Hyksin siirtämistä Helsingin erikoissairaanhoidon sekä *Helsingin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suunnittelussa konkretisoitavaksi väestön palvelutarve.*

Helsingin kaupunkien sairaalapalveluista on oli Hyksin antama osuus noin 43 %, päivystyskäynneistä noin 35 %, hoitopäivistä noin 25 % ja hoidetuista potilaista noin 40 %. Hyksissä (1994) oli helsinkiläisillä potilailla noin 43.500 hoitojaksoa ja Helsingin omissa erikoissairaaloissa noin 40.000 potilasta (hoitojaksoa). Voidakseen rajoittaa terveydenhuollon kustannusten kasvua Helsingin terveysvirasto siirsi eräitä terveyskeskussairaaloita sosiaaliviraston hallintaan. Helsingin kaupungin terveydenhoidossa Hyksin varsin korkea käyttöaste muodostui ongelmalliseksi. Potilaita hakeutui Hyksin poliklinikoille ja sitä kautta sairaalahoitoon. Siksi hoidettuja tuli Hyksissä tehtyjä suunnitelmia enemmän. Lisäksi potilasvaihto oli hidasta, koska Helsingin erikoissairaanhoidolla ei ollut mahdollisuuksia sijoittaa perussairaanhoidon tarvitsevia pitkäaikaispotilaita hoidon mukaiseen paikkaan. Helsingin sairaanhoidon oli alun perin rakennettu kalliin erikoissairaanhoidon varaan ja sen rakenteellinen mukauttaminen väestömäärän kasvun ja ikärakenteessa tapahtuneen vanhenemisen johdosta tarvittaviin terveydenhuollon kysynnän kasvun muutoksiin on hidasta.

Uudenmaan sairaanhoitopiirin, USHPn, kuntayhtymän toiminta uutena organisaationa ajoittui kauteen (1991-1999) sisältyi (kuten Hyksille ja HSHP:lekin) monivuotinen taloudellinen lama, kuntien talousvaikeudet, terveydenhuollon sisäinen kilpailu ja eri organisaatioiden välisen työnjaon ja yhteistyön kehittäminen, väestön voimakas alueellinen kasvu pääkaupunkiseudulla, terveydenhuollon henkilöstön kasvavat työpaineet sekä vaatimus toimintojen ratioinnista ja laadun kehittämisestä.

Uudenmaan sairaanhoitopiirin toiminta rakentui aikaisempien erillisten sairaalakun-

tainliittojen pohjalle. Vastuu hoidon järjestämisestä annettiin sääntöjen mukaisesti sairaanhoitoalueiden lautakunnille, joilla oli paikallinen asiantuntemus ja tieto asukkaistensa palvelutarpeesta ja kuntien taloustilanteesta. Myönteistä toiminnassa oli se, että erikoissairaanhoidon kustannuksia oli voitu laman aikana vähentää sairaanhoitopiirin väestömäärän kasvusta huolimatta, joskin potilasmäärän lisääntyessä päivystyksien jonot kasvoivat ja odotusajat venyivät. Sairaanhoitopiiri kehitti sairaaloiden toimintaa, mutta suuntasi sairaalainpaineista toimintaa avohoidon suuntaan. Piirin sairaaloiden keskinäisen yhteistyö kehittyi joustavaksi ja loi siten paremmat mahdollisuudet palvelujen antamiseen. Sairaaloiden sektoreiden keskinäinen joustava yhteistyö vuodeosastojen toiminnassa ja terveyskeskuksen päivystyksessä lisäsivät tehokkuutta. Sairaanhoitopiirin toiminnalle oli leimaa-antavaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hyvä yhteistyö. Henkilökunnan mahdollisuus hankkia lisäkoulutusta vähensi organisaation haavoittuvuutta, loi hyvää ilmapiiriä ja auttoi henkilökuntaa jaksamaan.

USHP noudatti sairaanhoitoaluejakoa eli vastuualuejakoa. *Sairaanhoitopiirin keskushallinto koordinoi ja ohjasi kokonaistoiminnan kehittämistä. Kullakin vastuualueella oli lautakunta, jolla oli varsin itsenäinen päätäntävalta. Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallitus ja sairaanhoitoalueiden lautakunnat pitivät tärkeänä yhteistyötä jäsenkuntien kanssa.* Säännöllisissä tapaamisissa ja neuvotteluissa seurattiin talousarviossa ja taloussuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden toteutumista, sovittiin toteutettavista hankkeista ja toimintavuoden aikana tehtävistä muutoksista. Sairaanhoitopiirin hallitus, sairaanhoitoalueiden lautakunnat ja sairaanhoitopiirin ja sairaanhoitoalueiden johto pitivät tärkeänä hyvän yhteistyöilmapiirin ylläpitämistä henkilökunnan ja henkilöstöjärjestöjen kanssa. Kaikki nämä tekijät olivat osaltaan auttamassa potilaiden laadukkaan hoidon toteuttamisessa.

Sairaanhoitopiirin käynnisti ja toteutti kehittämishankkeita tavoitteena kustannustehokkuuden parantaminen. Kaikista merkittävistä hankkeista sairaanhoitopiiri informoi jäsenkuntiaan ja osa hankkeista toteutettiin yhdessä jäsenkuntien kanssa. Sairaanhoitopiiri tuotti palveluja tehtyjen palvelusopimusten perusteella ja Hyksin kanssa sovitun työnjaon mukaisesti. Hoitopalvelujen kysyntä kasvoi väestönkasvun mukana. Kunnat saivat erikoissairaanhoidon palveluja enemmän kuin olivat tilanneet. Toisaalta taas jonojen kasvaminen joillakin alueilla osoitti, että hoidon tarve oli suurempi kunnat olivat varautuneet. Hoitojonojen ja odotusaikojen mukaan palvelukyky kysyntään nähden on ollut paras Lohjan ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella. Ongelmallisimmat alueet olivat Jorvin ja Peijaksen sairaanhoitoalueet, sillä erolla, että Jorvin pitkät hoitojonot lyhentyivät lisääntyneen leikkauskapasiteetin myötä, ja Peijaksen sairaanhoitoalueen tilanne oli vaikea ortopediassa. USHPn potilaiden vuodeosastohoidosta oli 75 % omissa sairaaloissa ja Hyksissä 25 %. Sairaaloissa hoitojaksoja lyhennettiin ja poliklinikkatoimintoja lisättiin tarpeen tyydyttämiseksi. Hoidonsuunnitteluprojekteilla korotettiin hoidon tasoa, hoidon porrastusta, hoitoketjujen jatkuvuutta ja yhteistoimintaa. Hoitoonohjaamisessa oli epäonnea, koska työterveys- ja yksityislääkärit lähettivät potilaitaan suoraan Hyksiin, vaikka piirin sairaaloissa olisi ollut adekvaattista hoitoa annettavissa. Hyks ei osoittanut potilaita piirin sairaaloihin. Työnjakosopimus ei tältä osalta toiminut. (Haastattelu 2001.)

Psykiatriassa ei ollut voitu vastata riittävästi palvelutarpeeseen. Ongelmalliset alat olivat varsinkin nuoris- ja lastenpsykiatriassa. Avohoitoa oli usealla sairaanhoitoalueella pitänyt tehdä korvaamaan supistettua psykiatriasta sairaalahoitoa. Hoitokäytännöt yleisesti muuttivat avohoitopainotteisemmiksi ja vuodeosastohoidon hoitoajat lyhentyivät. (Haastattelu 2001.)

Uudenmaan sairaanhoitopiirin työn onnistumiselle oli ensiarvoisen tärkeää sairaanhoitopiirin henkilökunnan saumaton yhteistyö. Laman aikana kyettiin taloudellisesti niukkana aikana tyydyttämään alati kohoavaa sairaanhoidollisten palvelujen kysyntää. Peruskunnat vaativat lisää hoitopalveluja kasvavalle asukasmäärälle mieluummin pienemmällä määrärahalla. Samanaikaisesti kun lääketiede ja hoitotyö edistyivät, toiminnassa saatiin aikaan uutta hoitokulttuuria, lyhennettiin hoitoaikoja, vähennettiin vuodepaikkoja, kehitettiin lyhytjälkihoitoista kirurgiaa ja päiväkirurgiaa. Sairaanhoitoalueitten sairaalat tekivät keskenään yhteistyötä ja potilasohjausta. Muutoksissa korostui henkilökunnan panos ja yhteistyö toimintojen ja menettelytapojen uudistajana. (Haastattelu 2001.)

Sen jälkeen, kun työnjakosopimus Hyksin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin välillä alkoi toimia, oli se luonut Uudenmaan erikoissairaanhoidon rationaalista ja taloudellisempaa toimintaa. Ratkaisevaa muutosta ei kuitenkaan ehtinyt tapahtua. Kunnat kiirehtivät uutta hallinnollista kokonaisratkaisua, minkä toivoivat tuovan taloudellista tulosta.

1990-luvulla koko suomalainen yhteiskunta oli voimakkaiden muutosten kourissa. Juuri tähän aikaan osuivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidon järjestämistä koskevien uusien Hyksin ja sairaanhoitopiirien (HSHP, USHP) lakien täytäntöönpano ja siten uusien organisaatioiden sopeuttaminen toimintaan ja keskinäiseen yhteistyöhön. Jäsenkuntien, etenkin isojen muuttovoittoisten kuntien Helsingin, Espoon ja Vantaan, talous muodostui kireäksi. Lama ja valtion toimenpiteet vähensivät kuntien tuloja. Paine kohdistui myös kuntainliittojen talouteen.

Samaan aikaan julkisessa hallinnossa oli pyrkimyksenä ottaa käyttöön managerialistinen johtamistapa, markkinaperusteinen johtamistapa, jonka avulla myös sairaaloiden/sairaanhoitopiirien talous ja toiminta voitaisiin sopeuttaa niukkenevan talouden vaatimuksiin ja samalla vastata lisääntyvän palvelukysynnän tarpeisiin. Eräänä tähän tavoitteeseen ohjaavana nähtiin kuntien ja sairaalan keskeinen sopimusohjauksen pohjautuva kunnan ”tilaus” tietystä hoito-/potilasmäärästä ja sairaalan antama lupaus ”tilauksen” toteuttamisesta tiettyyn hintaan. Varsin pian kävi selväksi, että tämänlainen sopimusohjaus ei voi toteutua käytännön toiminnassa täydellisesti. Lääkäri (sairaala) on velvollinen antamaan potilaalle hänen tarvitsemansa hoidon ja kunta on velvollinen järjestämään ja maksamaan lääkärin määräämän ja sairaalan antaman hoidon. Vallitsevan tavan mukaisesti toiminnalliseen menettelyyn vaikuttaa voimakkaasti professionalismi ja siihen liittyvä kliininen autonomia, missä managerialistinen johtamistapa on yleensä vierasta ja vähemmän käytettyä. Tätä taustaa vasten ajateltuna on ymmärrettävää, että managerialistisen, markkinaperusteisen, johtamistavan ottaminen sairaalaympäristössä oli hidasta. Samalla se heikensi niin toiminnallisen kuin taloudellisenkin ohjauksen vaikutusta.

Uudenmaan sairaaloissa yleensä oli pyrkimyksenä toimintojen kehittäminen sellaisiksi, että ne voisivat vastata riittävästi palvelujen kysyntään. Uusia hoitomuotoja otettiin käyttöön ja niillä voitiin jonkin verran lyhentää sairaalassa hoitoaikaa, mutta samalla se yleensä merkitsi myös, että uusi hoitotapa oli jonkin verran kalliimpi kuin aikaisempi. Vain se, että hoitoa voitiin siirtää avo- tai kotihoidoksi, oli sairaalakustannuksia vähentävänä, koska samalla kustannuksia siirtyi potilaan omaksi maksettavaksi.

6. RISTIRIITAISET SUUNNAT: KANSANVALTAISUUDEN EDISTÄMINEN JA MANAGERIALISMIN SYVENTÄMINEN

1 Kustannukset karkaavat

Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon järjestäminen aina hyvinvointiajalta asti koettu jossakin määrin hajanaiseksi, vähemmän koko alueen tarvetta huomioon ottavaksi ja joiltakin osin kalliiksi. Kunnissa olevan erikoissairaanhoidon tarpeen tyydyttämiseksi oli perustettu kuntainliittojen omistamia erikoissairaaloita ja Helsingin kaupungin oma sairaalalaitos. Erityistason sairaanhoidosta vastasi Helsingin yliopistollinen keskussairaala Hyks. Sairaaloitten keskinäinen yhteistyö oli vähäistä ja keskinäinen työnjako järjestämätön ja osittain siitä johtuvana kustannukset kalliita. Alueellisella sairaanhoidon suunnitelmalla vuodesta 1972 lähtien koetettiin tätä tilannetta saada korjaantumaan. Samanaikaisesti alueellisen suunnitelman kehittämisen yhteydessä käytiin keskusteluja sairaalahallinnon hajanaisuuden vähentämisestä, tehokkuuden lisäämisestä ja kustannustason nousun hillitsemisestä. Erikoissairaanhoidon tehostamisvaatimukset johtivat Helsingin sairaanhoitopiirin, HSHP, ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, USHP, perustamiseen 1991 alusta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien alueiden kunnallinen erikoissairaanhoido järjestettiin ja organisoitiin muuhun maahan poikkeavasti siten, että alueen kunnat oman sairaanhoitopiirinsä ohella kuuluivat lakiin perustuen jäseninä Helsingin yliopistollista sairaalaa, Hyks, ylläpitävään kuntayhtymään.

Erikoissairaanhoidon mukaisesti perustettujen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon liittyvissä toiminnallisissa ja taloudellisissa kysymyksissä olevat ongelmat eivät poistuneet, vaan niitä selvitettiin useaan otteeseen sairaanhoitopiirien perustamisen jälkeenkin. Selvityksissä todettiin erikoissairaanhoidossa olevan ylikapasiteettia ja toiminnallisia päällekkäisyyksiä. Ne johtivat korkeisiin kustannuksiin. Kun yhteistä johtoa koko entisen Uudenmaan läänin alueella erikoissairaanhoidossa ei ollut, pyrkivät eri organisaatiot etsimään ratkaisua vaikeuksiinsa omin toimenpitein lopettamalla tai vähentämällä sekä uudelleenjärjestämällä eräitä toimintoja. Koko alueen kunnallisesta erikoissairaanhoidon näkökulmasta katsoen toimenpiteet eivät olleet riittäviä. Vaikka yhteisten tavoitteiden toteuttamiseksi Helsingin sairaanhoitopiiri ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri sopivat 1996 työnjaosta Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kanssa, ei kustannussäästöjä saavutettu toivottua määrää. Toimintojen siirrot erikoissairaanhoidosta kansanterveystyöhön eivät toteutuneet suunnitellulla tavalla. Syynä tämänkaltaiseen tilanteeseen arvioitiin olevan sillä, että kyseisten organisaatioiden nähtiin tarkastelevan tilannetta ja toimintaa vain omasta näkökulmastaan. Toiminta ja koordinaatio eivät toimineet suunnitelmien ja odotusten mukaisesti. Kuntien terveydenhuollon kustannukset olivat vuosien kuluessa painottuneet kalliiseen erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollon osuuden supistuessa. Suunta näytti olleen jatkuvaa. (HE 164/1998 vp.)

Syksyn 1997 kuluessa entisen Uudenmaan läänin alueella alkoi kuulua kuntien entisestään yhä voimakkaampia vaatimuksia erikoissairaanhoidon kustannusten hillitsemiseksi. Pidettiin varsin epärationaalisenä sitä, että sairaaloitten välillä oli niin vähän sovittua työnjakoa. Lähes kaikki sairaalat tahtoivat tehdä kaikkea ajattelemattakaan niitä toiminnallisia ja taloudellisia etuja, joita työnjako ja erikoistuminen joissakin lääketieteen aloissa saattaisi

tuottaa. Ratkaisukeinoina nähtiin organisaatiomuutokset. Selvitysmiehet professori Jussi Huttunen ja kuntapalvelujohtaja Esko Hänninen STM:ltä saamansa tehtävän mukaisesti olivat edellisenä vuonna antaneet raporttinsa ”Kohti sopimusaikaa ja yhteistyötä” (STM työryhmämuistio 1996:4), missä oli ehdotettu ratioinnit. Niiden avulla oletettiin saatavan kustannussäästöä 800 mmk eli 20 % vuoden 1993 erikoissairaanhoidon kustannuksien tasosta vuoden 2001 loppuun mennessä. Ehdotuksia oli pohdittu useissa ryhmissä, mutta vuoden loppuun mennessä ei kuitenkaan missään yhteydessä ollut tuotu esiin kokonaisvaltaista eri mallien vertailua tai ehdotusta yhtenäisen uusmaalaisen mielipiteen saamiseksi.

2 Kunnat ryhtyvät toimenpiteisiin

Uudenmaan kunnat tahtoivat alentaa erikoissairaanhoidon kustannuksia, mutta kun yksittäisen kunnan toimenpiteet eivät olisi johtaneet toimenpiteisiin, päättivät Kerava, Espoo, Järvenpää, Kauniainen, Lohja, Vantaa, Nurmijärvi, Tuusula ja Vihti Keravan kaupunginjohtajan johdolla pyytää ulkopuolisen konsultin etsimään erikoissairaanhoidon järjestämiseen sellaisia toiminnallisia ja hallinnollisia muutosehdotuksia, joilla nouseva menokehitys saataisiin yksittäisen kunnan kannalta silloista tilannetta paremmin hallintaan. ”Yhteistyökunnat” ilmoittivat konsultiksi valitulle neuvottelussa 26.6.1997 selvitystyön tilaamisesta todeten asiasta olevan jo riittävästi selvityksiä, jotka ja muu selvitystyön tekemisessä tarvittava kuntien hallussa oleva aineisto olisivat käytettävissä. Selvitystyössä ja ehdotuksissa pääpaino tulisi kohdistaa toimintatavan, ohjausjärjestelmän ja hallintorakenteiden muutoksiin. Tilaajat toivoivat selvityksen valmistuvan kolmen kuukauden aikana. Konsultin edustajana selvitystyön tehnyt varatuomari Pekka Ojala luovutti 30.9.1997 selvityksensä ja ehdotuksensa tilaajille.

Ojala totesi selvitystyössään Hyksin jäsenkuntien menojen kasvun vuodesta 1995 vuoteen 1996 olleen yhteensä 120 mmk eli 8 %, ja jäsenkuntien maksujen lähes poikkeuksetta nousseen vuoden 1995 tasosta. Vuoden 1997 tammi-kesäkuun ajalta Hyksin palvelujen myyntitulot jäsenkunnilta vuoden 1996 vastaavaan ajanjaksoon verrattuna olivat kasvaneet 90,7 mmk eli oli 10,1 %. Kahdessa ja puolessa vuodessa kustannusten nousu oli 211 mmk. Tilaajakuntien Hyksille maksamat erikoissairaanhoidon menot olivat kasvaneet vuodesta 1995 vuoteen 1996 noin 44,4 mmk eli 8,3 %. Vuoden 1997 kuuden ensimmäisen kuukauden Hyksille maksettujen erikoissairaanhoidomenojen kasvu oli 21,2 mmk eli 7,4 %. Tilaajien maksut nousivat kahden ja puolen vuoden aikana 65 mmk. Uudenmaan sairaanhoitopiirin menojen kasvu vuodesta 1995 vuoteen 1996 oli 50 mmk eli 4 %. Vuoden 1997 menot olivat edellisen vuoden tasoa. Kasvu oli siis kahden ja puolen vuoden kuluessa 75 mmk.

Sairaalalain voimassa ollessa oli kuntainliittojen sairaaloissa totuttu siihen, että sairaalakustannukset oli voitu laskuttaa kunnilta antamalla yksityiskohtaisia selvityksiä. Kun kuntien valtiosuuslain muutoksen yhteydessä jäi erikoissairaanhoidolain mukainen toiminta- ja hallintojärjestelmä ennalleen, jatkui entinen menettely. Kustannusperusteisen valtiosuusjärjestelmän tultua voimaan syntyi näkemyseroja toiminnallisten ja taloudellisten asioiden osalta. Luottamuspuolan vuoksi peruskuntien edustajat ”eivät voi luottaa erikoissairaanhoidolaitosten kanssa tekemiinsä sopimukseen eivätkä niiden viranhaltijoiden antamiin tietoihin peruskunnan maksuvelvollisuuden piiriin kuuluvien erikoissairaanhoidopalvelusten määrinen ja laskutuksen perusteista” (Ojala 1997). Vuodesta 1993 lähtien kunnat joutuivat itse

rahoittamaan laskennallisesti kunnalle tulevan valtionosuuden ylittävät lisäkustannukset. Kun Uudellamaalla kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menojen kasvu oli maan keskiarvoa nopeampi, myös eräiden kuntien ”omakustannusosuus” oli ollut muuta maata nopeampaa. Myös Uudenmaan erikoissairaanhoidon ylikapasiteetti oli mahdollistanut uusien potilasryhmien ohjaamiseen erikoissairaanhoidon, vaikka sairauden hoito ei sitä hoitotasoa aina vaatinutkaan.

Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiirien budjetointi erosi koko maan sairaanhoitopiirien budjoinnista siinä, että kun muut sairaanhoitopiirit sisällyttivät talousarvioonsa kaikki kustannuksensa - myös ulkopuolisilta ostettavien palvelujen kustannukset - Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit olivat budjetoineet vain omat toimintamenoensa, mutta eivät esim. Hyksiltä hankittavien palvelusten kustannuksia. Erikoissairaanhoidon sopimusmallin mukaisesti kunta arvioi asukkaattensa erikoissairaanhoidon tarpeen ja tilasi palvelujen tuottamisen talousarvion puitteissa pääasiallisesti omalta sairaanhoitopiiriltään. Uudenmaan alueen kunnat joutuivat tästä poikkeavasti tekemään palvelutilauksensa kahden - USHP ja Hyks, molemmissa pakkojäsenyys - palvelujen tuottajan kanssa, Helsinki vain yhden eli Hyksin kanssa. Näin taloudellisesti ja hallinnollisesti itsenäisten - Hyks, HSHP ja USHP - erikoissairaanhoidon toimijoiden asema korostui ja omistajien (kuntien) asema ja rooli toiminnan ohjaamisessa ja valvonnassa oli ”epämääräisen heikko”. (Ojala 1997.)

Ojala totesi olemassa olevassa tilaaja-tuottaja-mallin toimivuudessa puutteellisuuksia ja ehdotti päätöksenteko- ja ohjausjärjestelmään niin luottamushenkilöelimen kuin viranhaltijaorganisaationkin selkeyttämistä intressiristiriitojen ja jäävyksien välttämiseksi. Kun kunnan on huolehdittava asukkaattensa terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen järjestämisestä ja ottamisesta sairaalaan hoitoa varten, paitsi kiireellisissä tapauksissa, on voitava myös vaatia tutkimuksiin perustuvaa lähetettä. Henkilön ohjaamisesta ja ottamisesta kunnan järjestämisvastuulla olevaan ja kustantamaan terveyden- ja sairaanhoidon edellyttää aina kunnallisen virkalääkärin päätöstä. Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidossa on runsaasti toimijoita, joiden kesken koordinaatiota ei ollut saatu aikaan. Alueella on runsaasti yksityistä terveydenhuoltoa, minkä lääkäreistä 80 prosentilla on myös virka julkisessa sairaanhoidossa. Sairaaloiden yksityispotilaat eli erityismaksuluokan potilaat ohittavat helposti muut sairausjonossa olevat potilaat. Kun yksityispotilaalla on mahdollisuus saada sairausvakuutuksen korvausta, jää hänelle itselleen kolmannes hoidon kuluista. Erityismaksuluokka raskastaa terveydenhuoltoa, lisää terveydenhuollon menoja ja korostaa eriarvoisuutta. Kunnan kustantaessa asukkaansa sairaanhoitokustannukset tulisi kunnan ja sairaanhoitopiirin sopia, minkä lääkärin tai terveydenhuollon yksikön läheteellä henkilö pyrkii sairaalaan, jotta asianmukaiset potilastiedot olisivat sairaalan käytettävissä. Tällä tavoin voitaisiin vähentää päällekkäisiä tutkimuksia ja kunnalle aiheutuvia turhia kustannuksia. (Ojala 1997, 15-17, Puerto 1998, 2, Repo 2000.)

Selvitysmiesten Hänninen-Huttunen kokoaman Vantaan, Tuusulan, Lapinjärven ja Vihdin potilasvirtatutkimuksen mukaan näiden kuntien Hyksissä olleista potilaista oli tullut 25 % yksityislääkärin, 5 % työterveyshuollon ja 34 % terveystieteiden keskuksen läheteellä. Samojen kuntien Uudenmaan aluesairaaloissa olleista potilaista oli tullut 7 % yksityislääkärin, 10 % työterveyshuollon ja 51 % terveystieteiden keskuksen läheteellä. Perusteltua syytä oli olettaa samankaltaisen menettelyn olevan muidenkin kuntien osalta vallitsemassa. Esitettyä näyteotosta voitiin pitää riittävänä osoittamaan Uudenmaan (länin) alueen potilasvirtojen hoitoon-ohjauksen porrastuksen periaatteen hallitsemattomasta toteutumisesta. (Hänninen ja Huttunen 1994.)

Uudenmaan erikoissairaanhoidon kustannukset kasvoivat kuntien monista erilaisista hillitsemistoimenpiteistä huolimatta. Hyksin käyttömenojen kasvu näytti jatkuvan voimakkaana. Syynä tämänkaltaiseen kehitykseen voitiin pitää omistajaohjauksen heikkoa otetta ja toisaalta sen hajaantumista monelle organisaatiolle. Rationalisointipäätöksiä eivät hallintaelimet kyenneet tekemään. ”Vaikuttaa siltä, ettei myöskään erikoissairaanhoidon viranhaltijahallinto, joka näyttää käyttävän varsin itsenäistä ja itseriittoista omistajavaltaa omissa yksiköissään, ole ollut kovin innokas valmistelemaan ja ajamaan toimenpideohjelmien mukaisia uudelleenjärjestelyjä oman organisaationsa osalta.” Ojalan mielestä Uudenmaan kuntien olisi ruvettava käyttämään omistajavaltaansa uudistamalla toiminta- ja hallintomallia siten, että kuntien kustantama erikoissairaanhoidopalvelu järjestettäisiin kunnallisen demokratian pelisäännöillä. Mallit olisivat joko yhden kuntayhtymän malli tai kunnallisen liikelaitoksen malli. (Ojala 1997, 21-22.)

Ojala piti yhden kuntayhtymän mallia Uudellemaalle parhaimpana. Siinä Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Hyks, Uudenmaan sairaanhoitopiiri, USHP, ja Helsingin sairaanhoitopiiri, HSHP, yhdistettäisiin yhdeksi kuntayhtymäksi. Kuntayhtymän omistamat erikoissairaalat voisivat toimia erillisinä tulosityksikköinä ja kilpailla palvelujen hinta/laatusuhteella. Yksittäisten sairaaloiden johtoelimenä voisi toimia luottamushenkilöiden muodostama johtokunta, joka olisi yhdessä sairaalan viranhaltijajohdon kanssa toiminnallisessa ja taloudellisessa vastuussa yhtymähallitukselle. Kuntayhtymä voisi tehdä koko Uudenmaan erikoissairaanhoidoa koskevat päätökset. Jos erikoissairaanhoidosta vastaisi liikelaitos, voisi kunta ostaa erikoissairaanhoidon palvelut edullisimmin hinta/laatusuhteella toimittavalta. Sairaaloiden omistussuhteisiin perustuva ohjausjärjestelmä olisi silloin muutettava, että omistamisen kannattavuudesta vastaisi aina kunnanhallitus eikä erikoissairaanhoidopalveluiden tilauksista vastaava organisaatio. Kun sairaaloiden taloudesta vastaisi omistaja, eikä palvelujen tilaaja, parantaisi tämä omistajaohjauksen merkitystä. (Ojala 1997, 23-29.)

Ojalan käsityksen mukaan uusien toimintamallien käyttöönotto hallintomallissa edellyttäisi, että myös toimintatapoihin tehtäisiin muutoksia. Hyksin sairaanhoitopiirin kanssa tehtävissä palvelusopimuksissa olisi sitovasti sovittava hinnasta, määrästä ja laadusta. Peruskunta maksaisi vain - kiireellistä hoitoa lukuun ottamatta - siitä, mistä tuottavan erikoissairaanhoidolaitoksen kanssa olisi sovittu. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/92) mukaan potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon kulloinkin terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa. Jos terveydenhuollon ammattihenkilön tarpeelliseksi katsomaa hoitoa ei voitaisi heti antaa, olisi henkilö ohjattava odottamaan hoitoon pääsyä tai ohjattava muualle, jossa hoitoa annetaan. Hoitoon pääsyn odotuksesta olisi ilmoitettava syy ja sen arvioitu kesto. Uudenmaan sairaanhoitopiiri antaisi yleiset ohjeet lääkärin antaman lähetteen hyväksymisestä sairaalaan ottamisen perusteeksi. Erikoissairaanhoidolaitoksen palveluksessa oleva virkälääkäri ei saisi jäävyysyistä antaa yksityisvastaanotoltaan lähetettä erikoissairaalaan, missä hän on virassa. Kunnan virkälääkäri ei, eikä kukaan muukaan virkälääkäri, jonka työnantaja on hyväksynyt sairaaloita koskevan työnjakosopimuksen, saisi antaa työnjakosopimuksen vastaista lähetettä erikoissairaanhoidon. Vastuu lähetekäytännön toimimisesta olisi terveyskeskuksen johtavalla lääkärillä ja sairaalan johtavalla lääkärillä. Tämä koskisi myös erikoismaksuluokassa hoidettavia potilaita, joiden hoito olisi mahdollista järjestää erikoissairaanhoidolaitoksissa vain työnjakosopimusten puitteissa ja tällöinkin jäävittömän lääkärin lähetteellä. (Ojala 1997, 16, 29-31.)

Tätä ennen Uudenmaan (läänin) sairaalahallinnon järjestämistä oli pohdittu useaan eri kertaan komiteoissa ja toimeksiannoissa. Mietintöjä ja selvityksiä sekä päätöksiä oli vuodesta 1970 lähtien annettu 13. Niissä oli tehty vaihtoehtoisia esityksiä hallinnon järjestämisestä hajautuksellisista malleista yhtenäiseen keskitettyyn malliin saakka.

Asiaa käsittelivät vuonna 1998 myös Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallitus, Helsingin kaupungin organisaatiokomitea ja pääkaupunkiseudun kaupunginjohtajat. *Pääkaupunkiseudun kaupunkien kaupunginjohtajat määrittelivät erikoissairaanhoidon kehittämiseksi ohjattavuuden parantamisen, lääkärijohtamisen vastuuttamisen, kulujen saneerauksen, organisaatioiden sisäisen rakenteen selkeyttämisen, kuntien budjettivaikutusmahdollisuuksien parantamisen, lainsäädännöllisten muutosten tarpeen, yliopisto-opetuksen järjestämisen sekä palveluketjujen hallinnan parantamisen.*

3 STM asettaa Puerto-työryhmän

Valtioneuvosto oli puuttunut Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien alueilla järjestettävän erikoissairaanhoidon ylikapasiteettiin ja päällekkäisyyksiin vuonna 1996 hyväksyessään sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliseen suunnitelmaan lisävelvoitteen työnjakosopimuksen laatimisesta Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien kesken. Hallituksen talouspoliittisessa ministerivaliokunnassa asia oli uudelleen esillä vuonna 1997, jolloin oli todettu vaadittujen työnjakosopimusten olevan olemassa. Ministerivaliokunta edellytti tällöin STM:n raportoivan ministerivaliokunnalle sopimusten toteutumisesta. Sopimusten toteutumisesta vuonna 1998 tiedotettaessa ministerivaliokunnalle todettiin, etteivät työnjakosopimukset olleet tuoneet toivottuja tuloksia, palvelujen käyttö oli lisääntynyt ja kustannukset kasvaneet. Samanaikaisesti oli alueen kunnissa ilmaistu tyytymättömyyttä erikoissairaanhoidon kustannusten nopeaan kasvuun. Tämän johdosta ministerivaliokunta edellytti, että sosiaali- ja terveysministeriö asettaa työryhmän selvittämään pääkaupunkiseudun ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamista (alleiviivaus AT).

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 1998 työryhmän, jonka tehtäväksi annettiin laatia ehdotus Helsingin sairaanhoitopiiriin, Uudenmaan sairaanhoitopiiriin ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tuottaman erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon järjestämiseksi. Työryhmän tuli tehdä myös ehdotukset toimenpiteiksi alueen julkisen sairaanhoidon saatavuuden parantamiseksi, päällekkäisyyden ja ylikapasiteetin purkamiseksi, sairaaloiden välisen työnjaon selkeyttämiseksi sekä kustannusten hallitsemiseksi. Ehdotuksissa tuli ottaa huomioon Helsingin yliopiston lääketieteen opetuksen järjestäminen ja kansalaisten oikeus saada terveystalv palveluja äidinkielellään. (Asettamis päätös 1998.)

Kun aikaisemmin lähes 30 vuoden aikana oli tehty useita selvityksiä ja ehdotuksia Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon kokonaisvaltaiseksi hallinnon ja toiminnan järjestämiseksi ilman todellista toivottua tulosta, haluttiin nyt tilanne selvittää tarpeeksi arvovaltaisesti eri alueiden edustajien yhteisvoimin, jotta muutokset toteutuisivat myös käytännössä. STM:n asettaman työryhmän jäseniksi nimitettiin merkittäviä kunnallispoliittisesti ja hallinnollisesti tuntevia sekä sosiaali- ja terveydenhuoltokysymyksistä ammatillisesti asiantuntevia kuntien, kaupunkien, sosiaali- ja terveysministeriön ja yliopiston ehdottamia henkilöitä. Työryhmä otti nimekseen Puerto-työryhmä.

Liite 20: STM:n työryhmä (Puerto) Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamiseksi; jäsenet ja toimihenkilöt.

Tarkoituksena oli, että työryhmä tekisi varsin yksityiskohtaisen mietinnön. Sen mukaisesti järjestettäisiin Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon hallinnollinen ja toiminnallinen organisaatio ja niiden suhde kunnallishallintoon ja sen päätöksentekoon. Työryhmän edellytettiin laativan mietintönsä nopeasti ja ottavan huomioon sairaanhoitopiirin hallintoon ja toimintaan sekä lääketieteellisen opetuksen järjestämiseen vaikuttavien mielipiteet sekä kuulevan niiden alojen asiantuntijoita.

Kun Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon järjestämisessä oli aikaisemmin kuntien ohjausvoima ollut riittämätön, tuli työryhmän kuntien mielipiteet huomioon ottaen laatia ehdotuksensa sellaiseksi, että perustettava sairaanhoitopiirin perussäännössä ja yksityiskohtaisemmissa hallintoa ja toiminnan järjestämistä koskevissa säännöissä kuntien ohjausvoimaa vahvistetaan. Saadakseen mahdollisimman laajasti alueen erikoissairaanhoidon luottamusmiesshallinnon edustajien ja erikoissairaanhoidon toiminnasta vastaavien sekä yliopiston aseman ja lääkärikoulutuksen asiantuntijoiden ynnä kuntien keskusjärjestön edustajien mielipiteet otetuksi huomioon valmistuvassa mietinnössään ja käsitykset muutoksista ja niihin vaikuttavista seikoista kuuli Puerto-työryhmä asiantuntijoina toimitusjohtaja Matti Toivolaa Helsingin sairaanhoitopiiristä, hallituksen varapuheenjohtaja Jorma Karia ja johtaja Aune Brotherus-Kettusta Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, hallituksen puheenjohtaja Ritva Laurilaa ja sairaalanjohtaja Arvo Relanderia Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaista, johtaja Jorma Backia ja sosiaali- ja terveystoimen päällikköä Tuula Taskulaa Suomen Kuntaliitosta sekä rehtori Kari Raiviota Helsingin yliopistosta ja professori Heikki Joensuuta Helsingin yliopiston lääketieteellisestä tiedekunnasta. (Puerto 1998.)

.1 Alueen ongelmia

Uudenmaan alueen (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien alue) ongelmiksi Puerto-työryhmä totesi mm. seuraavaa:

– Alueen kunnat muusta maasta poikkeavasti kuuluvat sairaanhoitopiirinsä lisäksi Hyks-kuntayhtymään. Kahden tuottajaorganisaation toiminta ja ohjaus ei toimi tyydyttävästi. Kehitysmahdollisuksiltaan hyvä, velkaantunut Hyks-organisaatio on vailla väestöpohjaa.

Helsingin sairaanhoitopiiri on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päällekkäisyyksiä sisältävä ja kustannuksiltaan kallis.

Uudenmaan sairaanhoitopiiri on kustannuksiltaan tehokas, mutta sairaaloiden verkottuminen on kesken.

Uudellamaalla (entinen läänin alue, Helsinki mukaan luettuna) erikoissairaanhoidon toimijoiden välillä ei ole riittävää koordinoitua. Alueella on runsaasti yksityistä palvelua, jolloin julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa on päällekkäistä palvelutarjontaa.

– Palvelujen tarjonta, käyttö, kustannukset, erikoissairaanhoidon ongelmat ja kehittämistarpeet ovat erilaiset Uudenmaan eri osissa. Kokonaisvaltaista, yhteisesti hyväksyttyä kehittämissuunnitelmaa koko Uudenmaan eri alueiden erikoissairaanhoidon kehittämiseksi ei ole tehty suunnittelujärjestelmän lakkauttamisen jälkeen. Erikoissairaanhoidon päivys-

tystoimintaa on runsaasti eikä pääkaupunkiseudulla sairaaloiden kesken ole riittävää työnjakoa.

– *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei ole toimivaa, kummankin osapuolen näkemyksiä kunnioittavaa yhteistoimintajärjestelmää eikä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittaminen ole aina onnistunut.* Potilaat ajautuvat kalliisiin sairaalatutkimuksiin ja toisaalta potilaiden siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon kangertelee. Mielenterveystyön ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestelyissä on kehittämistarpeita perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteensovittamisessa perusterveydenhuoltoon ei jää kunnissa riittävästi rahaa.

– *Hyksin sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien keskeinen työnjakosopimus ei ole toteutunut sopimuksen mukaisesti* eikä kustannustavoitetta saavutettu. Toiminnan siirrot Hyksistä sairaanhoitopiireihin eivät ole toteutuneet suunnitellulla tavalla.

– *Kuntien ohjausvoima erikoissairaanhoidon kehittämisessä ja sopimusohjausjärjestelmässä ei Uudenmaan alueella ole toiminut.* Sairaaloiden tuottaessa mahdollisimman paljon tuloa tuottavia palveluja ovat ne ristiriidassa järjestämisvastuussa olevien kuntien ja niiden terveyskeskuksien pyrkimysten ja kustannusten kanssa.

– Kunnilla ja terveyskeskuksilla, erityisesti pääkaupunkiseudulla ja kehyskunnissa, on varsin vähäiset mahdollisuudet toteuttaa työnjakosopimuksen ja palvelusopimuksen mukaista potilasohjausta, koska potilaista hakeutuu liian suuri osa erikoissairaanhoidon, erityisesti Hyksiin, päivystyksen tai yksityislääkäreiden ja työterveysläheteiden kautta.

– Palvelujen tuottajien on aktiivisesti parannettava ja tehostettava toimintaa, koska kunnissa terveydenhuollon rahoitus ei ole kasvatettavissa. Erityisesti hoitoketjun toiminta tulisi saada toimivaksi. Osapuolten tulisi sopia yhteisistä menettelytavoista, alueellisia hoitosuunnitelmia on luotava sekä hoitoketjujen hallinnan aikaansaamiseksi.

– Palveluja tuottavan organisaation johtamisessa ja päätöksenteossa on annettava liikkumavaraa, sitouduttava tilaus- ja rahoituspäätöksiin sekä tavoitteiden toteuttamiseen ja osapuolten luottamuksen lisäämiseen.

– Toiminnan organisoinnissa, investoinneissa, hankinnoissa, tietojärjestelmissä ja tukipalveluissa ei ole hyödynnetty riittävästi toiminnallista ja taloudellista synergiaa eikä otettu huomioon alueellisia ja yhdyskuntarakenteellisia mahdollisuuksia.

– Uudenmaan alueen terveydenhuoltojärjestelmän kaikkien tasojen hyödyntämisessä lääkäri- ja erikoislääkärikoulutuksen ja yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimuksen toteutuksessa ei ole edistytty tarpeeksi.

– Pääkaupunkiseudulla ja erityisesti Hyksissä on ruotsinkielisellä väestöllä vaikeuksia saada äidinkielistä palveluja.

Toiminnallinen ja organisatorinen selkiintymättömyys aiheuttaa epäselvyyksiä väestön ja terveydenhuollon henkilöstön piirissä.

.2 Erikoissairaanhoidon toteuttamistavoitteet

Edellä olevien epäkohtien poistamiseksi Puerto-työryhmä asetti Uudenmaan alueen väestön tarpeisiin vastaavalle kunnallisen erikoissairaanhoidon toteuttamiselle yleisiksi tavoitteiksi

- palvelujen hyvä saatavuus
- hoitoonohjauksen selkeys väestölle ja kuntalaisille
- kuntalaisten ja kunnan vaikutusmahdollisuus hoitojärjestelyihin
- toiminnan koordinoitu ja rationaalinen ohjaus toiminnoittain
- terveydenhuollon toimijoiden roolien selkeys
- kustannusten hallinta ja ennustettavuus
- tilojen, laitteiden ja investointien tehokas hyödyntäminen
- opetuksen ja tutkimuksen hyödyntäminen.

Puerto-työryhmä kävi läpi työssään viisi erilaista Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon hallinnon mallia, jotka olivat

– yksi sairaanhoitopiiri, johon kuuluvat kaikki Uudenmaan kunnat, Helsinki mukaan luettuna, ja joka ylläpitää myös yliopistosairaala;

– kaksi sairaanhoitopiiriä, jossa Helsinki ylläpitäisi yliopistosairaalan, ja muut kunnat kuuluisivat Uudenmaan sairaanhoitopiiriin, joka ostaisi kuntien tarvitsemat yliopistosairaalapalvelut;

– pääkaupunkiseudun sairaanhoitopiiri, jossa Hyks, Helsinki sekä Peijaksen ja Jorvin alueet muodostaisivat oman yliopistollisen sairaanhoitopiirinsä, ja muut neljä entisen Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaanhoitoaluetta muodostaisivat oman sairaanhoitopiirinsä;

– kolme sairaanhoitopiiriä, jossa Helsingin erikoissairaanhoidon ja Hyks yhdistettäisiin, ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri jaettaisiin kahdeksi Jorvin sairaalan ja Peijaksen sairaalan ympärille muodostettaviksi sairaanhoitopiireiksi ja

– Hyksin erillisratkaisu, jolloin Hyks irrotettaisiin kuntien omistuksesta esim. säätiöittämisellä, yhtiöittämisellä tai jollakin muulla tavalla.

Johtopäätöksissään työryhmä lähti lakisäätöisestä kannanotosta kunnan kuulumisesta vain yhteen sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Organisoinnilla on luotava edellytykset tehdä piiritasolla suuret strategiset ratkaisut, joihin sisältyvät sairaaloiden välinen työnjako ja eri yksiköiden kapasiteetti sekä perusterveydenhuollon ja sairaaloiden, Hyks mukaan lukien, välisen työnjaon muuttaminen taloudellisesti kestäväälle pohjalle.

Työryhmä järjesti elokuussa 1998 kuulemistilaisuuden, johon kutsuttiin kaikki Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireihin kuuluvat kunnat ja henkilöstöä edustavat keskeiset ammattijärjestöt. Kuulemistilaisuudessa lähes kaikkien kuntien edustajat toivat painokkaasti esiin, että kuntayhtymän valtuuston ja sairaanhoitoalueen lautakunnan jäsenten määrää olisi lisättävä, sairaanhoitoalueille olisi annettava enemmän päätäntävaltaa, kuntayhtymän talousarvion hyväksymiseen olisi asetettava määränemmistöäänös sekä yliopiston vaikutusvaltaa kuntayhtymän päätöksenteossa olisi kavennettava.

Lausunnot ja mielipiteet saatuaan Puerto-työryhmä ehdotti, että Uudenmaan alueelle muodostetaan yksi erikoissairaanhoidon sairaanhoitopiiri, jonka kuntayhtymään kuuluisivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien jäsenkunnat. Laki Helsingin yliopistollisesta keskussairaala kumottaisiin. Muodostettava uusi sairaanhoitopiiri huolehtisi Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan opetus- ja tutkimustoiminnan edellytyksistä.

Lisäksi työryhmä piti tarpeellisena *Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueita vastaavan aluejaon ja niiden omien lautakuntien säilyttämistä. Helsingin kaupungin sekä Peijaksen ja Jorvin sairaanhoitoalueiden tulisi muodostaa oma aluekokonaisuutensa johtokuntineen/lautakuntineen.* Pääkaupunkiseudun sairaanhoitoalueen kullakin sairaalalla voisi olla asiantuntijoista koostuva toimielin, joka vastaisi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyöstä ja hoidon porrastuksesta. Sairaanhoitoalueet voisivat itse päättää alueensa erikoissairaanhoidon käytännön järjestämisestä ja palvelujen hinnoittelusta.

Alueellisissa johtokunnissa/lautakunnissa tulisi voida olla - alueen johtajan toimiessa kokouksessa esittelijänä - alueella toimivien kuntien ja terveyskeskusten edustus, jotta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toiminnallinen yhteistyö toteutuisi parhaiten.

4 Hallituksen ehdotus ja laki

Hallitus antoi (1998) lakiehdotuksensa erikoissairaanhoidon muuttamisesta. Tavoitteena oli uudistaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien kunnallinen erikoissairaanhoidon siten, että toiminta järjestettäisiin alueen väestön koko terveydenhuollon tarpeista lähtien. Perusterveydenhuollon asemaa vahvistettaisiin mm. siirtämällä sinne henkilöstöä erikoissairaanhoidosta ja purettaisiin erikoissairaanhoidon ylikapasiteettia ja päällekkäisiä toimintoja. Sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon organisaatio- ja hallintojärjestelmä olisi muutettava samanlaiseksi kuin muualla maassa. Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaan annettu laki olisi kumottava, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit olisi yhdistettävä uudeksi yhtenäiseksi sairaanhoitopiiriksi. Helsingin yliopistollinen keskussairaala liitettäisiin uuteen sairaanhoitopiiriin vastaamaan merkittävästä osasta alueen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidopiirissä tulisi olla entisen käytännön mukaisesti erillisiä sairaanhoitoalueita paikallisten palvelutarpeiden tyydyttämiseksi. Sairaanhoitopiiriin sekä alueen terveyskeskusten ja kuntien välisen yhteistoiminnan pitäisi olla toimivaa.

Uudistuksessa säilytettäisiin Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueiden asema ennallaan, mutta Jorvin ja Peijaksen sairaanhoitoalueiden tulisi kuulua pääkaupunkiseudun sairaanhoitoalueeseen yhdessä Helsingin sairaanhoitopiiriin ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sairaaloiden kanssa. Toiminnallisista muutoksista pääosa kohdistuisi pääkaupunkiseudulle, jossa organisaatioiden toiminnan koordinointi selkeyttäisi toimintaa.

Uusi sairaanhoitopiiri vastaisi erikoissairaanhoidon mukaisesta Helsingin yliopiston lääketieteelliseen koulutukseen liittyvistä tehtävistä ja lääkärinkoulutuksessa ja lääketieteellisessä tutkimuksessa voitaisiin paremmin käyttää alueen muita sairaaloita.

Erikoissairaanhoidon muutosesityksessä kiinnitettiin erityistä huomiota hoidon järjestämiseen vähemmistökielisille potilaille siten, että potilaan kotikunnan on osoitettava sairaanhoitopiiriin alueelta tarvittaessa sellainen vaihtoehtoinen hoitopaikka, jossa hoidon saa potilaan omalla äidinkielellä.

Suomen Kuntaliitto antoi hallituksen esityksiin erikoissairaanhoidon muuttamisesta (HE 164/1998) ja Hyks-lain kumoamiseen (HE 165/1998) myönteiset lausunnot, joskin piti uudistuksen voimaantuloajankohtaa ”ehdottomasti liian tiukka” ja toivoi täytäntöönpanoa lykättäväksi vuodelle.

Eduskunta hyväksyi 19.2.1999 lain erikoissairaanhoidon muuttamisesta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien yhdistämisestä yhdeksi sairaanhoitopiiriksi ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan liittämisestä perustettuun sairaanhoitopiiriin sekä Hyksiä koskevan erillislain kumoamisesta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin tuli aloittaa toimintansa 1.1.2000.

Helsingin kaupunginvaltuusto päätti (5.5.1999 154 §) siirtää uuteen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään Helsingin sairaanhoitopiiriin erikoissairaanhoidon toiminnot kuitenkin siten, että osa sisätaudeista, keuhkosairauksista, neurologiasta, silmälääkäripalveluista, korva-, nenä- ja kurkkutautien lääkäripalveluista, psykiatrisesta toiminnasta ja muutamasta muusta toiminnasta siirretään perusterveydenhuollon toiminnaksi. Markkamääräisesti tämä perusterveydenhuollon toiminnaksi siirretty osa oli n. 200 mmk vuotuiskestänsä.

Liite 21: Kunnalliset sairaalat Uudenmaan alueella 1999 on tilastollinen selvitys uuden piiriin toiminnan alkaessa Hyksin, HSHP:n ja USHP:n sairaansijoista, hoitopäivistä, kuormituksesta ja keskimääräisestä hoitoajasta. Kaikki sairaalat toimivat ”täydellä” kuormituksella, keskimääräinen hoitoaika on Hyksissä lyhin, HSHP:ssä pisin.

5 Etelä-Suomen lääninhallituksen valmisteluryhmät

Erikoissairaanhoidon voimaantulosäännöksen mukaisesti Etelä-Suomen lääninhallitus kutsui Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien jäsenkuntien nimeämät edustajat edustajainkokoukseen, joka pidettiin 16.3.1999, siis varsin pian lain vahvistamisen jälkeen. Kokouksessa esitettiin *lääninhallituksen asettamien sairaanhoitopiiriin perustamistoimintojen valmistelutoimikunnan ja sen alaisen kolmen asiantuntijaryhmän* (toiminta- ja kapasiteettilinjauksen työryhmä, omaisuuden sekä hallinnon ja huollon tukitoimintojen työryhmä ja muutosprosessin suunnitteluryhmä) selvitykset. Edustajainkokous asetti järjestelytoimikunnan valmistelevaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin perustamista ja toiminnan käynnistämistä sekä tarpeellisen väliaikaisen henkilökunnan palkkaamista. Järjestelytoimikunnan valinnassa noudatettiin kunnallisvaalilaissa säädettyä suhteellisuusperiaatetta ja alueellisuutta sekä otettiin kielisuhteet huomioon. Myös yliopiston edustus oli järjestelytoimikunnassa.

.1 Helsinki-Hyksi-Uusimaa -yhteisvalmistelu

Ennen edellä mainittuun vaiheeseen pääsemistä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin perustamista valmisteltiin monessa yhteydessä. Esitelläkseen asian alueen poliittisille järjestöille ja saadakseen asian poliittiseen käsittelyyn Etelä-Suomen lääninhallitus kutsui poliittisten puolueiden Helsingin ja Uudenmaan piirijärjestöjen edustajat neuvotteluun 24.11.1998. Tilaisuudessa STM:n edustaja hallitusneuvos Pekka Järvinen selosti sairaanhoitopiiriä koskevaa hallituksen lakiesitystä ja lääninhallituksen sosiaalineuvos Esko Hänen kuntien edustajainkokouksessa esiin tulevaa sairaanhoitopiiriin perustamisen valmis-

teluprosessia. (Neuvottelu 1998.)

Tämän jälkeen oli vuorossa lääninhallituksen kutsumana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien jäsenkuntien ja Helsingin yliopiston sekä poliittisten puolueiden Helsingin ja Uudenmaan piirijärjestöjen edustajien sairaanhoitopiirin perustamista käsittelevä valmistelukokous 30.11.1998, jossa STM:n edustaja Kimmo Leppo antoi selostuksen erikoissairaanhoidon uudistusta koskevasta lakiesityksestä ja sen tavoitteista sekä korosti Uuttamaata koskevan toiminnan muutosprosessin olevan haastava ja vaativan toimijoilta asiantuntevaa johtamista ja osaavaa henkilöstöpolitiikkaa. Lääninhallituksen edustaja, sosiaalineuvos Esko Hänninen selostuksessaan totesi sairaanhoitopiirin perustamisessa vaadittavan lääninhallituksen ja alueen kuntien tiiviistä ja joustavaa yhteistyötä. Kokouskeskustelussa tuotiin esiin mielipiteenä se, että sairaanhoitoalueilla tulee säilyä itsenäinen asema ja luottamushenkilöhallinto, että Hyks on säilytettävä kaikkien käytettävissä maan muiden yliopistollisten sairaaloiden tavoin ja että yhteistyö sairaanhoitoalueiden kesken on mahdollista. (Pöytäkirja 1998.)

Valmistelukokouksessa käydyin keskustelun perusteella Etelä-Suomen lääninhallitus asetti 17.12.1998 valmistelutoimikunnan (HUS-toimikunta, poliittinen johtoryhmä) ja kolme asiantuntijaryhmää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) perustamistoimenpiteiden valmistelemiseksi. HUS-toimikuntaan ja asiantuntijaryhmiin valittiin Uudenmaan alueen kunnista luottamushenkilöitä, kaupungin-/kunnanjohtajia, kunnallisen terveydenhuollon, talouden, suunnittelun, tietotuotannon ja hallinnon asiantuntijoita sekä henkilöstön edustajia. (Asettamispäätös 1998.) Valmistelutoimikunnan ja sen *avuksi nimitettyjen asiantuntijaryhmien työn tavoitteena oli laatia yksityiskohtaiset ohjeet* kuntayhtymän päätäntä-, hallinto- ja toimintaorganisaatiosta. Tehtäväksiinto perustui Pääkaupunkiseudun ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamisryhmän (Puerto) muistioon ja hallituksen esitykseen erikoissairaanhoidon muuttamisesta sekä Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaan annetun lain kumoamisesta.

.2 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän, HUS, perustamistoimenpiteiden valmisteluryhmä

Sairaanhoitopiiriudistuksen *valmistelutoimikunnan tehtävänä oli huolehtia* Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän perustamista koskevan perussopimuksen valmistelusta, *johtaa ja seurata valmistelutyötä* ja päättää muista tarvittavista valmistelutoimenpiteistä sekä *käsitellä asetettujen asiantuntijoista muodostettujen työryhmien ehdotukset* edelleen kuntien edustajainkokoukselle esitettäväksi. Valmistelutoimikunnan tuli työnsä kuluessa kuulla asianosaisia Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien sekä Hyksin henkilöstöä edustavia pääsopijajärjestöjä. Tehtävän *työn tahdottiin olevan alueellista kunnallispoliittista vaikutus- ja arvovaltaa omaavista henkilöistä muodostetun toimikunnan tekemä, jotta sen valmistelutyö ja periaatteet tulisivat uuden kuntayhtymän hallinto- ja toimintaorganisaatiossa hyväksytyiksi ja toteutetuiksi.*

Toimikunnan jäseniksi nimitettiin seuraavat: puheenjohtajaksi ylipormestari Eva-Riitta Siitonen varajäsenenään maisteri Ritva Laurila Helsingistä, varapuheenjohtajaksi kaupunginjohtaja Marketta Kokkonen varajäsenenään koulunjohtaja Tarja Kuparinen Espoosta, varapuheenjohtajaksi kaupunginjohtaja Erkki Rantala varajäsenenään kaupunginhallituksen

puheenjohtaja Tuija Ihalainen Vantaalta sekä muiksi jäseniksi kaupunginhallituksen jäsen Arto Bryggare varajäsenenään varatuomari Paavo J. Paavola Helsingistä, terveyslautakunnan jäsen Birgitta Dahlberg varajäsenenään professori Mats Brommels Helsingistä, osastonjohtaja Tutteli Elomaa varajäsenenään talouspäällikkö Risto Sundell Espoosta, kaupunginhallituksen puheenjohtaja Rakel Hiltunen varajäsenenään kaupunginhallituksen jäsen Sirkka-Liisa Vehviläinen Helsingistä, kouluneuvos Jorma Kari Espoosta varajäsenenään kunnanvaltuuston jäsen Marjatta Savilahti Kirkkonummelta, kunnanvaltuuston puheenjohtaja Kaisa Laine Mäntsälästä varajäsenenään maanviljelijä Timo Hyvämäki Nurmijärveltä, projektijohtaja Berndt Långvik Porvoosta varajäsenenään kaupunginjohtaja Göran Wide Tammisaaresta, kaupunginjohtaja Rolf Paqvalin varajäsenenään kaupunginhallituksen puheenjohtaja Olli Rautsiala Keravalta, terveyslautakunnan varapuheenjohtaja Taito Pekkarinen varajäsenenään varatuomari Juhani Arppe Helsingistä, kaupunginhallituksen II varapuheenjohtaja Pekka Sauri varajäsenenään kaupunginvaltuuston jäsen Minerva Krohn Helsingistä, perusturvalautakunnan puheenjohtaja Harry Yltävä Karjaalta varajäsenenään talouspäällikkö Raija Rönkä-Nieminen Lohjalta, kaupunginhallituksen puheenjohtaja Irene Äyräväinen varajäsenenään kaupunginvaltuuston I varapuheenjohtaja Kalevi Ourama Lohjalta sekä Helsingin yliopistosta professori Matti J. Tikkanen varajäsenenään professori Heikki Vapaatalo.

Toimikunnan sihteereiksi nimettiin hallintojohtaja Seppo Tuomola (Helsingin terveystoimisto) ja lakimies Jaana Vento (USHP) sekä suunnittelija Keijo Oikarinen (Etelä-Suomen lääninhallitus).

.1 Muutosprosessin suunnitteluryhmä (Mupro)

Muutosprosessin suunnitteluryhmän (puheenjohtajana kaupunginjohtaja Rolf Paqvalin Keravalta) tehtävänä oli tehdä suunnitelma siitä, miten valmisteluvaiheen jälkeen organisaatio ja siihen liittyvää toimintaa ja henkilöstöä koskevat muutokset käytännössä toteutetaan.

Suunnitelmassa piti määrittää

- Muutosten toteuttamisessa noudatettavat tavoitteet ja periaatteet tietojärjestelmien kehittäminen mukaan lukien

- Muutosten vaatimat päätökset ja toimenpiteet
- Päätösten ja toimenpiteiden vaiheistus ja aikataulutus
- Toimenpiteitten toteuttamisen vaatimat resurssit ja niiden organisointi. (Mupro.)

Olemassa olevien organisaatioiden valmentautumisessa tulevaan muutokseen edellytettiin mm.:

- erikoissairaanhoidon toimintojen erottamista Helsingin terveystoimiston alaisesta toiminnasta,
- erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön vahvistamista potilaiden hyvän palveluprosessin sekä yhteisten sairaanhoidon tukipalvelujen järjestämiseksi,
- perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajan selkeyttämistä perustaksi perusterveydenhuoltoon siirrettäville toiminnoille ja resursseille sekä
- erikoissairaanhoidon toimintojen siirtämistä uuden HUS-organisaation tehtäväksi.
- organisaation rakentamis- ja valmistautumisprosessissa tavoitteena oli varmistaa uuden organisaation toimintakyky ja suunnitellut muutokset käytäntöön sekä kunta- ja potilas-

asiakkaiden luottamus muutoksiin.

– HUS-kuntayhtymän kehittämiseksi määriteltiin mm. luottamukseen perustuva vuorovaikutus jäsenkuntien ja terveyskeskusten välillä, vähäportainen organisaatio, kuntien ohjausvoiman ja sopimusten sitovuuden lisääminen ja terveysuunnittelun käyttöönotto kuntien, terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirin yhteissuunnittelun avulla.

Asioiden toteuttamiseksi nopeassa aikataulussa Mupro-suunnitteluryhmä laati päätösmuistion henkilöstön siirroista, henkilöstömääristä sekä taloushallinnon järjestelmää varten ehdotukset kuntalaskutus- ja kirjanpitojärjestelmäksi ja uuden organisaation talousarvion.

Mupro-suunnitteluryhmä teki kuntien edustajainkokoukselle esitettäväksi ehdotuksen perustamisprosessin aikatauluksi, järjestelytoimikunnan valitsemisesta johtamaan perustamistoimia, väliaikaisen johdon ja muutosten täytäntöönpanosta huolehtivan ryhmän valinnasta ja kuntayhtymän valtuuston ja hallituksen valitsemisesta sekä toiminnan siirrosta HUS-kuntayhtymälle.

.2 Omaisuusjärjestely- sekä hallinnon ja huollon tukitoimintojen organisointilinjaukset (OMAHUS-työryhmä)

Asettamis päätöksen mukaan työryhmän (puheenjohtajana apulaiskaupunginjohtaja Antti Moisio Espoosta) tehtävänä oli valmistella esitykset tarvittavista omaisuusjärjestelyistä, hallinnon ja huollon tukitoimintojen organisoinnista uudessa sairaanhoitopiirissä sekä tarvittavista muista uudelleenjärjestelyistä.

– Työryhmän esityksien perusteella oli mahdollista mm. kehittää toiminnallinen kokonaisuus ja sopeuttaa kustannukset käytettävissä oleviin voimavaroihin siten, että hallinnon ja palvelujen tuottamisen tulee olla edullisempaa, kuin ennen yhdistämistä on ollut. Sairaalakohtaisella kustannuslaskelmalla turvataan se, etteivät pääkaupunkiseudun korkeammat tuotantokustannukset siirry muiden alueiden kunnille eikä toimintojen keskittäminen estä toiminnallisesti tai taloudellisesti edullisimpien sairaanhoitoalueitaisten tai sairaalakohtaisten palveluvaihtoehtojen käyttämistä. Tavoitteena oli, etteivät rationalisointitoimenpiteet ja päätökset aiheuta työpaikkojen vähentymistä eri alueilla.

– Erikoissairaanhoidon käytössä olevien kiinteistöjen ja muun omaisuuden hallinnoinnissa sovitetaan yhteiskunnan omistukseen pohjautuva demokraattinen kontrolli yhteen johtamisen ja ammatillisen osaamisen kanssa.

– Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Helsingin yliopistollisen sairaalan kuntayhtymien sairaalat ja muut toimintayksiköt sekä muu omaisuus varoineen ja velkoineen siirretään uudelle organisaatiolle 1.1.2000. Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon toimintaan liittyvät laitteet ja kalusteet siirtyvät uudelle kuntayhtymälle, mutta kiinteistöt eivät siirry.

– Erikoissairaanhoidossa toimivat hallinnon ja huollon tukipalveluyksiköt, (esim. sisäinen tarkastus, hankinnat, atk- ja tietojenkäsittely, kiinteistöjen omistajahallinto, kuljetus-, ravintohoito- ja pesu- ja vaatteidenhuolto, työterveyshuolto) liitetään pääosin yhteen keskitetyksi johdetuksi. (OMAHUS-työryhmä.)

.3 Toiminta- ja kapasiteettilinjausten (TOKA) -työryhmä

Ryhmän (puheenjohtajana sosiaali- ja terveysjohtaja Urpo Alanko Vantaalta) toimeksiantona oli hallituksen lakiesityksen (HE 164/1998) perustelut huomioon ottaen valmistella mm. esitykset

- sairaanhoitopiirille siirrettävistä toiminnoista ja voimavaroista sekä perusterveydenhuoltoon siirrettävistä voimavaroista,
- sairaaloiden väliseksi työnjaoksi sekä niiden ja terveyskeskusten ja sosiaalitoimen välisen yhteistoiminnan periaatteiksi,
- toimiyksiköistä, joista potilailla on oikeus asuinpaikasta riippumatta saada palveluja äidinkielellään suomeksi tai ruotsiksi, sekä
- muista toimintaa ja hoidollisia tukitoimintoja koskevista uudelleenjärjestelyistä mukaan lukien lääkärikoulutus ja lääketieteellinen tutkimus.

Hallitus oli lakiesityksen perusteluissa asettanut yleistavoitteeksi uudistaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien kunnallisen erikoissairaanhoidon siten, että toiminta järjestetään alueen väestön koko terveydenhuollon tarpeista lähtien ja että perusterveydenhuollon asemaa voidaan vahvistaa sekä purkaa erikoissairaanhoidon palvelujen ylikapasiteettia ja päällekkäisiä toimintoja.

Tämän lähtökohdan mukaisesti TOKA-työryhmä halusi luoda sellaisen palvelujärjestelmän, joka ”säilyttää vähintään nykyisen saatavuus- ja laatutason ja jolle luodaan edellytykset olla ikä- ja sukupuolivakioiduilla kustannuksilla mitattuna maan parhain”. Erikoissairaanhoidon järjestämisen on liityttävä kiinteäksi osaksi kunnan koko terveystalouden järjestelmää. Kuntayhtymä järjestäessään yliopistosairaalalle kuuluvan opetus- ja tutkimustoiminnan turvaa lääketieteellisen kehityksen sekä tarjoaa terveydenhuollon henkilöstön monipuolisen perus-, erikoistumis- ja täydennyskoulutuksen.

Työryhmä käsittelee toimintalinjauksia ensisijaisesti lääketieteellisestä ja hoidollisesta näkökulmasta ja teki ehdotuksensa olemassa olevan erikoissairaanhoidon toimintojen organisoinnista ja tulevaisuuden tavoitteista. Työryhmän ehdotukset kohdistuivat erityisesti pääkaupunkiseudun järjestelyihin, koska uuden sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon käytöstä 85 % tapahtuu pääkaupunkiseudulla, jonne keskittyy vaativin erikoissairaanhoito. Kustannustasoa järjestelyjen oli määrä alentaa. (TOKA-työryhmä.)

Voidakseen ottaa työssään huomioon erilaiset hallinnolliset, opetukselliset, lääketieteelliset ym. järjestelyihin liittyvät näkökohdat, työryhmä kuuli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien sekä Helsingin yliopistollisen keskussairaalan johtajia sekä Helsingin yliopistollisen lääketieteellisen tiedekunnan dekaania, sairaanhoitopiirien ja Hyksin johtavia ylilääkäreitä ja USHP:n sairaanhoitoalueiden johtajia, lääketieteen erikoisalojen edustajia, yhteensä 53 Helsingin ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon asiantuntijaa, jotka olivat antaneet myös kirjalliset ehdotuksensa, sekä ruotsinkielisen vähemmistön edustajana Folktingetin puheenjohtajaa.

TOKA-työryhmälle 5.1.1999 antamissaan lausunnoissa Hyksin sairaalanjohtaja sekä sairaanhoitopiirien johtajat esittivät käsityksensä mm.:

Helsingin sairaanhoitopiirin johtaja, terveysviraston toimitusjohtaja, Matti Toivola katsoi mm, että

- resurssien mitoittamiseksi keskeisille kansantaudeille tulisi perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon keskeisen työnjaon selkeyttämiseksi laatia hoito-ohjelma;
- vanhusten tarpeenmukaisen sairaanhoidon turvaamiseksi tulisi Helsingin terveyskes-

kuksissa olla ainakin sisätautien, neurologian ja psykogeriatrian erikoisalojen konsultaatio-toimintaa;

– kirurgian ja sisätautien alalla tulisi olla yksi potilaita vastaanottava päivystyspoliklinikka ja terveyskeskuspäivystyksen tulisi olla erikoissairaanhoidon päivystyksen yhteydessä ja lyhytjälkihoitoisen kirurgian toiminta olisi keskitettävä yhteen paikkaan;

– naistentautien ja synnytysten alalla tulisi olla yksi päivystyspoliklinikka ja - reumatautien hoito ja kuntoutus olisi Helsingissä keskitettävä yhteen paikkaan.

Uudenmaan sairaanhoitopiirin johtaja Aune Brotherus-Kettunen totesi mm. Puerto-työryhmän tarkoittavan päällekkäisellä palvelutarjonnalla ja liikkapasiteetilla Hyksin ja Helsingin sairaanhoitopiirin toimintoja ja päivystyksien keskittämättömyyden koskevan Hyksin ja Helsingin sairaanhoitopiirin välistä työnjakoa, koska USHP:ssä on poistettu liikkapasiteettia sairaaloita sulkemalla ja päällekkäisyyksiä poistamalla sekä laboratoriotointoja ja muita toimintoja rationalisoimalla.

Brotherus-Kettunen ehdotti mm. että

– työnjakosopimus pitää toteuttaa täysimääräisenä ja siihen tulee sisällyttää myös perusterveydenhuollon osuus;

– sopimusohjauksjärjestelmää on kehitettävä siten, että siihen voidaan liittää ostokartelli, jolloin sairaanhoitopiiri tekee hankintasopimuksen, johon sisällytetään eri sairaaloista hankittavat palvelut;

– *kukin sairaala (palveluiltaan) tulee hinnoitella erikseen, koska hinnanmuodostus eri alueilla on erilainen.*

Hyksin sairaalanjohtaja Arvo Relander piti tarpeellisena mm. erikoissairaanhoidon palvelujen kysynnän arvioinnissa ottaa demografisten muuttujien lisäksi myös epidemiologiset tutkimukset ja lääketieteen kehitys;

– ylivoimaisesti tärkeimpänä kysymyksenä on hoitoketjun kehittäminen ja rakentaminen niin, että potilas voi viivyttämättä erikoissairaanhoidon jälkeen siirtyä perusterveydenhuollon ja sosiaalisen sektorin vastuulle. Suurin ongelma on erityisesti Helsingin kaupungin alueella;

– *terveyskeskusten itsenäisen toiminnan lisäämiseksi ja toiminnan laajentamiseksi on erikoislääkärikonsultaatioita lisäävä perusterveydenhuollossa, jotta jatkuvalla koulutuksella terveyskeskuslääkäreiden tietotaito lisääntyisi ja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö, palvelu- ja hoitoketju vahvistuisi;*

– neljän reuna-alueen sairaanhoitoalueen lisäksi olisi välttämätöntä muodostaa pääkaupunkiseudulle yhtenäinen sairaanhoitoalue;

– ylikapasiteetin purkamiseksi olisi pääkaupunkiseudulla kirurgian, sisätautien ja neurologian päivystyspoliklinikkatoiminnot rationalisoitava;

– Helsingin sairaanhoitopiirin ja Hyksin väliset tuottajaorganisaation työnjaon epäkohdat olisi poistettava ja selvítettävä uuden piirin käytössä tarvittavien sairaalakiinteistöjen työnjako sekä luovuttava Helsingin kaupungin Läntisen suurpiirin erikoisasemasta;

– Meilahden sairaalaan tulisi keskittää Töölön sairaalan toimintoja lukuun ottamatta pääosa Hyks-tasoisesta kirurgiasta, sisätaudeista ja neuroalueesta. Meilahden sairaalan toiminnot olisi kohdennettava päivystävänä sairaalana akuuttisairaanhoidon tehtäviin;

– ruotsinkielinen opetusterveyskeskustoiminta olisi sijoitettava Kirurgiseen sairaalaan ja selvítettävä, voitaisiinko sinne sijoittaa ruotsinkielisiä varten aluesairaالاتasoista yleissisätauteja ja yleiskirurgiaa, joita voitaisiin käyttää lääkäreiden peruskoulutuksessa;

– *kullakin sairaalayksiköllä tulee olla omat hintansa, muutoin keskimääräisten hintojen*

perusteella erityistason kustantaminen tulisi mahdottomaksi.

TOKA-työryhmä teki ehdotukset kliinisten erikoisalojen ja psykiatristen alojen toimintalinjauksista, sairaanhoidollisten palvelujen organisoinnista sekä tutkimuksen ja opetuksen järjestämisestä.

Niiden mukaisesti keskeisinä tavoitteina oli muuntaa suunnittelujärjestelmä kuntien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteiseksi terveysuunnitelmaksi, jossa kuntien, perusterveydenhuollon ja HUS-piirin edustajat valmistelevat vuosittaiset alueittaiset kuntakohtaiset suunnitelmat väestön tarvitsemista palveluista ja sopivat palveluja tuottavista sairaanhoitopiirin toimintayksiköistä. Suunnitelmien valmistelussa olisi käytettävä hyväksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemusta.

Jäsenkuntien ollessa vastuussa järjestää väestölleen terveydenhuoltopalvelut on erikoissairaanhoidon vaadittava terveyskeskuksen lähete, hätätapauksia lukuun ottamatta.

HUS-piiri vastaa palvelujen tuottamisesta jäsenkunnalle vuotuisen suunnitelman mukaisesti ja huolehtii palvelujen kustannus-, laatu- ja tuottavuuskehityksestä.

Kuntakohtaisissa terveysuunnitelmissa saattaa olla vaihtelua kuntien väestömäärän ja rakenteen sekä paikallisten olosuhteiden vuoksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjaossa. Helsingin kaupunki jää edelleen tuottamaan terveyskeskuksissaan runsaasti omia erikoissairaanhoidon palveluja.

On siirryttävä perusterveydenhuoltoon painottuvaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystysjärjestelmään. Se ja erikoissairaanhoidon vastuulla oleva konsultaatio toiminta alentavat terveydenhuollon kustannuksia.

”HUS-piirin yliopistollista sairaalaa hyödynnetään uudenaikaisena verkostoituneena toimivana yliopistona sekä alueen sairaaloihin hajautettua perus- ja erikoislääkäriopetusta. Toimintamallin avulla yhtenäistetään ja kehitetään ammatillista osaamista koko sairaanhoitopiirissä.

Hoito-ohjelmilla yhdenmukaistetaan ja parannetaan laadullisesti sairaanhoitopiirin eri toimintayksiköissä annettavaa hoitoa. Palvelu- ja hoitoketjuja sujuvoitetaan potilaiden hoidon parantamiseksi ja kustannusten alentamiseksi. Hoitokäytännöt pohjautuvat näyttöön perustuvaan tietoon (evidence based medicine -periaate).

Sairaaloihin muodostetaan osaamiskeskustoja, joiden toiminnassa yhdistetään erikoisalarajat ylittävä tietotaito ja joilla on päävastuu oman alansa tutkimus- ja kehittämistoiminnasta. Osaamista keskittämällä voidaan purkaa toimintojen päällekkäisyyksiä, yhtenä esimerkkinä reumasairauksien hoito.”

Omakielisen hoidon järjestämisessä kunta ja sairaanhoitopiiri voisivat keskenään sopia paikan, missä omakielinen hoito voidaan antaa.

Kun vuonna 1997 oli tarkoituksena lääketieteellisen koulutuksen turvaamiseksi saada Hyksiin perustason erikoissairaanhoidon potilaita sopivat silloin Helsingin kaupunki ja Hyks Helsingin Läntisen suurpiirin potilaiden hoitamisesta, tulisi sopimus lakkauttaa ja vapauttaa kapasiteettia Hyksin sairaaloissa. (TOKA-työryhmä.)

6 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

.1 Kuntayhtymän hallintorakenne

Kuntien edustajainkokous (23.9.1999) hyväksyi Helsingin ja Uudenmaan kuntayhtymän perussopimuksen. Sen mukaan sairaanhoitopiirin tehtävänä on tuottaa sen jäsenkuntien järjestämisvastuuseen kuuluvia erikoissairaanhoidon palveluja ja huolehtia yliopistolliselle sairaanhoitopiirille kuuluvista muista tehtävistä.

Sairaanhoidon toiminnan organisoimiseksi sairaanhoitopiiri jakaantuu kunnittain Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialueeseen ja sairaanhoitoalueisiin. Muuttumattomina, entisenlaisina, ovat Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet, mutta uutena tuli nyt Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialue, johon kuuluvat Espoo, Helsinki, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi, Vantaa.

Liite 22: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin väestö. HUSin väestöstä on Helsingissä 40 % ja pääkaupunkiseudun sairaaloiden alueella (Helsinki ja Jorvin ja Peijaksen sairaalat) 73 %. Yli 65-vuotiaiden osuus on Helsingissä 13,5 % ja muualla HUSin alueella 17,2 - 8,1 %. Suurin yli 65-vuotiaiden osuus on Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueella 17,2 % ja pienin 8,1 % Peijaksen sairaanhoitoalueella.

Liite 23: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialueen kuntien osuus 70 prosenttia ja kuntayhtymän valtuuston 71 jäsenestä 17 jäsentä sekä valtuuston kokonaisuäänimäärästä 699 ääntä.

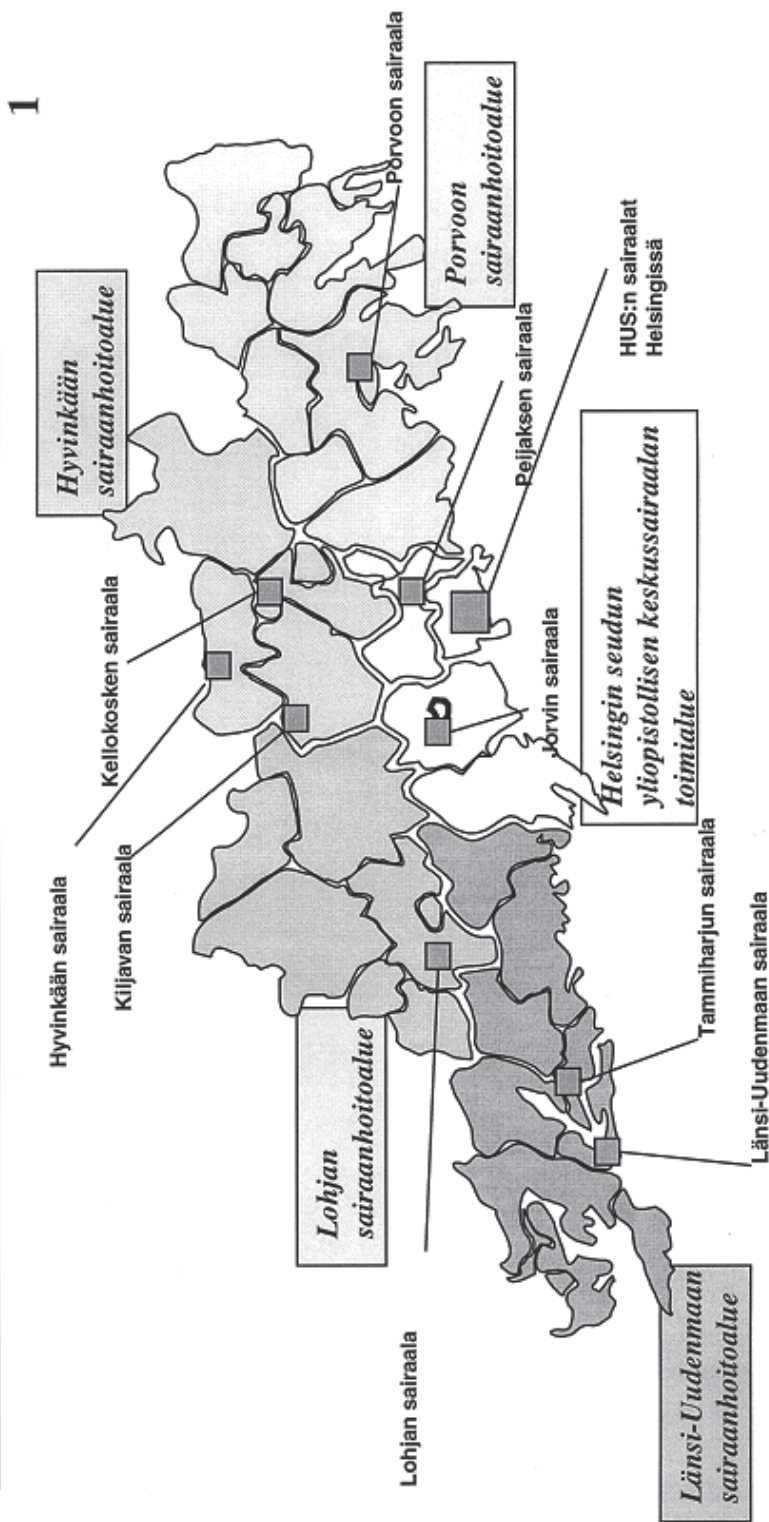
Kaavio 8: HUSin sairaanhoitoalueet ja sairaalat

Kaavio 8: HUSin sairaanhoitoalueet ja sairaalat -kartta näyttää piirin alueen ja sairaaloiden sijainnin.



HUS:n sairaanhoitoalueet ja sairaalat

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri



Luottamushenkilöorganisaatio

Kuntayhtymän valtuustoon jäsenkunnat valitsevat kahdesta viiteen jäsentä. Valtuuston jäsenten lukumäärä määräytyy jäsenkuntien peruspääomaosuuksien mukaisessa suhteessa. Lisäksi Helsingin yliopistolla on oikeus nimetä valtuustoon kaksi jäsentä.

Jäsenkunnan valtuustoon valitsemien jäsenten yhteinen äänimäärä vastaa kunnan suhteellista osuutta peruspääomasta. Yliopiston edustajien äänimäärä on kymmenen prosenttia kuntien valtuustoon valitsemien jäsenten yhteenlasketusta äänimäärästä. Yliopiston edustajat eivät saa osallistua sairaanhoitopiirin hallituksen tai sen lautakuntien valintaan.

Sairaanhoitopiirin *hallitukseen* valtuusto valitsee viisitoista jäsentä. Lisäksi Helsingin yliopistolla on oikeus nimetä hallitukseen kaksi jäsentä. Yliopiston nimeämiä jäseniä lukuun ottamatta hallituksen kokoonpano on sovittava kunnallisvaalilaissa säädetyn suhteellisuusperiaatteen mukaisesti. Hallitus valittava siten, että siinä on jäsen jokaiselta sairaanhoitoalueelta ja että kielelliset näkökohdat on otettu huomioon. (Perussopimus.)

Hallituksen velvollisuus on valtuuston asettamien tavoitteiden saavuttamiseksi järjestämään *toiminnat ja tehtävät sekä vastuu niiden toteuttamisesta ja valvonnasta kullekin toimielimelle ja jokaiselle esimiehelle* (Valtuusto 1.12.1999, hallintosääntö).

Kuntayhtymän hallituksen on hallinnosta ja taloudenhoidosta vastatessaan erityisesti kiinnitettävä huomiota

- a) strategisten toimintatavoitteiden toteuttamiseen,
- b) toiminnan yhteensovittamiseen,
- c) valtakunnallisten ja erityisvastuualueiden tehtävien toteuttamiseen,
- d) yliopistollisen terveystieteellisen opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen sekä
- e) työnantajatoimintaan ja
- f) hallinnon ohjaukseen.

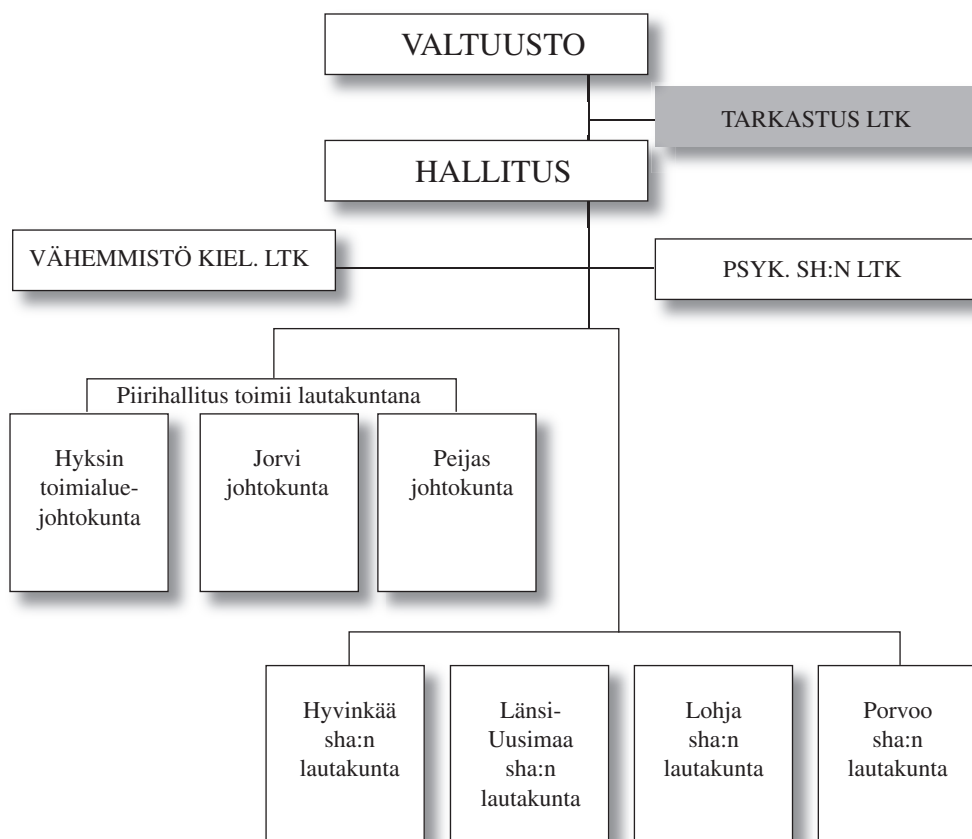
Hallituksen alaisiksi valtuusto valitsee kullekin sairaanhoitoalueelle (4 aluetta) 9-13 jäsenen *lautakunnan johtamaan sairaanhoitoalueen toimintaa*, valmistelemaan hallituksen ja valtuuston käsiteltäviä asioita ja huolehtimaan niiden täytäntöönpanosta sekä yhteistyöstä alueensa kuntien perusterveydenhuollon kanssa. Lautakunnassa on oltava alueen jokaisen jäsenkunnan edustaja. Lisäksi valtuusto asettaa toimikaudekseen vähemmistökielisen lautakunnan, jonka yhdeksästä jäsenestä Helsingin yliopistolla on oikeus nimetä yksi.

Lautakunta huolehtii siitä, että potilas saa sairaanhoitopiirissä erikoissairaanhoidon palveluja omalla äidinkielellään, suomeksi tai ruotsiksi. Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialueen ja vähemmistökielisillä sairaanhoitoalueilla on vähemmistökielisen lautakunnan alaisuudessa hallituksen valitsema kolmijäseninen vähemmistökielinen jaosto. Helsingin seudun toimialueella on kolme jaostoa, Helsingin sairaalat, Jorvi ja Peijas, kullakin oma jaostonsa. Valtuuston toimikaudekseen asettaman psykiatrisen yhdeksänjäsenisen lautakunnan, jonka jäsenistä Helsingin yliopisto nimeää yhden, tehtävänä on huolehtia hallituksen apuna psykiatrisen sairaanhoidon kehittämisestä ja yhteensovittamisesta.

Edellä mainittujen lisäksi *Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialueen (pääkaupunkiseudun) lautakuntana toimii hallitus. Sen ja alueen kuntien väliseksi toimielimiksi hallitus valitsee* Helsingin, Jorvin ja Peijaksen alueita varten 7-11 jäseniset johtokunnat. Lisäksi Helsingin yliopistolla on oikeus esittää yhden jäsenen valitsemista kuhunkin johtokuntaan. Sen tehtävänä on huolehtia perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon sujuvasta yhteistyöstä sekä palvelujen saatavuudesta ja tasosta.

Kaavio 9: HUS-piirin luottamushenkilöorganisaatio

HUS-piirin luottamushenkilöorganisaatio



Johtokunta on vain keskusteleva toimielin, päätäntävaltaa sillä ei ole. Johtokuntien jäsenet valitaan siten, että Helsingin johtokuntaan jäsenet valitaan Helsingin kaupungin esityksestä, Jorvin johtokuntaan Espoon ja Kauniaisten kaupunkien sekä Kirkkonummen kunnan esityksestä sekä Peijaksen johtokuntaan Keravan ja Vantaan kaupunkien esityksestä. (Perussopimus, HUSin valtuusto 1.12.1999.)

Kun kuntayhtymän hallituksen välittömään alaisuuteen on otettu Helsingin, Espoon ja Vantaan alueella olevat sairaalat, joissa tapahtuu 85 % koko kuntayhtymässä toteutettavasta sairaanhoidosta, merkitsee se sitä, että hallitus lautakuntana johtaa ja päättää näiden toimintaa. Päätösvalta on etäännytetty alueelta seudulliseksi ja varsin kauaksi siitä tasosta, missä palvelut tuotetaan.

Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueilla on lautakunnan velvollisuutena johtaa sairaanhoitoalueen toimintaa, mutta, kun lautakuntien päätäntävaltaa on aikaisempaan verrattuna supistettu, heikentää se työnjaon mukaisen toiminnan sopeuttamista alueen tarpeisiin.

Pääkaupunkiseudulle valittavat johtokunnat eivät ”vallattomina” korvaa päätäntävaltaa omaavaa lautakuntaa eivätkä siten voi antaa sairaanhoidon toiminnan järjestämiseen ohjeita. Kun Helsingin johtokunnan ”keskustelu” koskee 500.000 asukkaan sairaanhoidon palvelujen saatavuuden ja monen sairaalan yhteistyön järjestämiseen liittyviä kysymyksiä, muodostuu se näennäiseksi.

Nämä järjestelyt eivät ole yhdenmukaisia valtiiovallan eivätkä kuntien tavoitteiden kanssa kunnallisen ohjauksen ja demokratian lisäämisestä. Tämänkaltainen järjestely ottaa heikosti huomioon kuntalaisten ja palveluasiakkaiden näkökohdat, supistaa kuntalaisten osallistumista päätöksentekoon ja siten on omiaan vähentämään kuntalaisten luottamusta palvelujen järjestämisestä kohtaan. (Laadukkaat palvelut...1998, HE 94/1988, HE 164/1998, kuntien kuulemistilaisuus elok. 1998.)

.2 Kuntayhtymän sisäinen organisaatio ja toiminnan organisointi

Matriisimalli sairaaloille

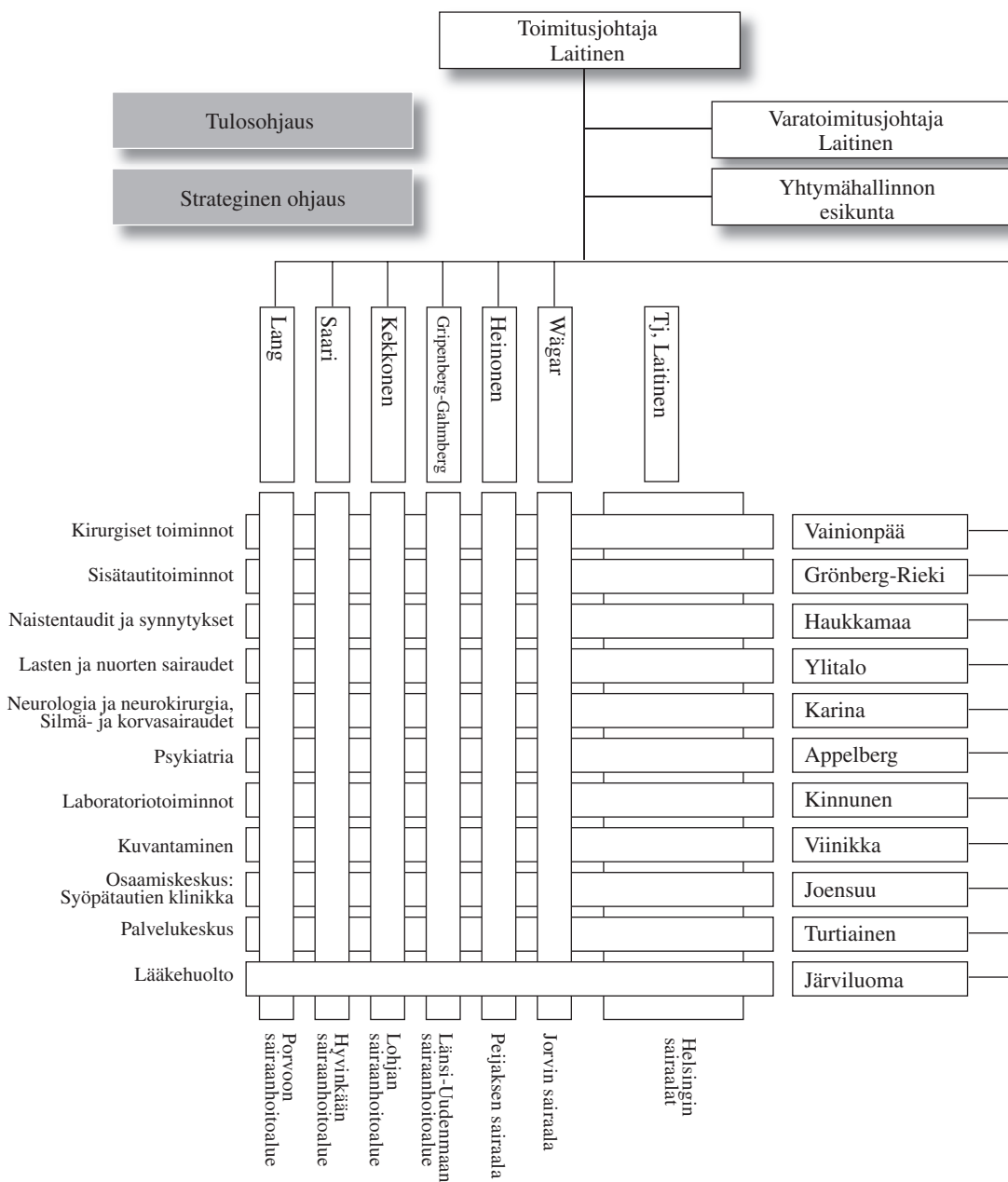
Sairanhoidon toiminnan organisoimiseksi sairaanhoitopiiri jakaantuu kunnittain perussopimuksen mukaisesti *Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialueeseen ja (4) sairaanhoitoalueisiin.*

Kuntayhtymä organisoitiin matriisimallin mukaisesti organisaatiojaotukseen ja jaettiin taloudellisesti ja toiminnallisesti kahdeksaan tulosalueeseen, joita ovat Hyks/Helsingin sairaalat, Hyks/Jorvin sairaala, Hyks/Peijaksen sairaala sekä Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue, Lohjan sairaanhoitoalue, Hyvinkään sairaanhoitoalue ja Porvoon sairaanhoitoalue ja Yhtymähallinto. Sairaala-apteekki muodostaa koko piirin kattavan tulosalueen. Tulosaluetaso jakaantui vielä tuloksikkotasoon, vastuualueeseen ja vastuuyksikkotasoon. (HUSin hallitus 7.12.1999, HUS-tilinpäätös 2000.)

Kaavio 10: HUSin organisaatiopiirros osoittaa toimialakohtaiset (diag-naaliset) toiminnalliset ja henkilöstöhallinnolliset toimivaltasuhteet.

Kaavio 10: HUSin organisaatiopiirros

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS:n organisaatiopiirros 6.6.2001



Tulosalueiden (sairaanhoitoalueiden/sairaaloiden) välisen **työnjakosopimuksen mukaisesti kukin sairaala vastaa pääsääntöisesti oman alueensa väestön erikoissairaanhoidon tarpeesta, ja sairaalan ylilääkäri vastaa sairaalan toiminnan johtamisesta.**

Hyks/Helsingin sairaalat -tulosalue tuottaa vaativimman erikoissairaanhoidon sekä koko Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon palvelut.

Toiminnan professionaalinen organisointi

Tulosalueiden toimintaa koordinoidaan toimialojen mukaan, joita ovat sisätautitoiminnot, kirurgiset toiminnot, naistensairaudet, lasten ja nuorten sairaudet, neurologiset ja silmä-korvasairaudet, osaamiskeskus (esim. reumaan keskittynyt), psykiatriset sairaudet, kuvantaminen, laboratorio, apteekki ja tukipalvelut. Hyks/Helsingin sairaaloiden tulosalueella myös tulosyksikköjako vastaa toimialajakoa.

HUS-kuntayhtymän toimitusjohtaja toimii samalla Hyksin/Helsingin sairaaloiden tulosalueen johtajana. Tulosalueelle ei toistaiseksi luoda hallinnollista väliporrasta. Tulosyksiköiden johtajat ovat suoraan toimitusjohtajan alaisia. Hyks/Helsingin sairaaloiden toimialajohtajat koordinoivat oman erikoisalansa toimintaa koko sairaanhoitopiirissä.

Hyks/Helsingin sairaalat -tulosalueen tulosyksiköiden johtajat ovat samalla HUSin toimialojen johtajia (HUSin hallitus 7.12.1999, täsmennys valtuusto 14.12.2000). Tämä merkitsi divisioonamallin käyttöönottoa. Hyksin 17 erikoisalana (toimialana) johtajaa ovat toimialansa johtajia kaikissa niissä HUS-piirin sairaaloissa, joissa kyseistä (erikoisalana) toimialaa on. (katso Liite 26: Sairaansijat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tulosalueittain ja erikoisaloittain.) Toimialajohtajat on etäännytetty varsin kauaksi demokraattisesta päätöksenteosta eli päättävistä luottamustoimielimistä.

Tulosalueen hallinnossa muilla kuin Hyks/Helsingin sairaaloiden tulosalueella on tulosalueen johtajan johdettava toimintaa ja vastattava toiminnallisesta ja taloudellisesta tuloksesta; päätettävä tulosalueen jakamisesta tarkoituksenmukaisiin tulosyksiköihin, vastualue- ja vastuuyksiköihin; asetettava tulosalueen johtoryhmä, joka avustaa tulosalueen johtajaa. Johtoryhmään tulee nimetä jäseniksi tulosalueen johtava lääkäri, johtava ylihoitaja (vastaa hoitotyön järjestelyistä), hallintojohtaja, muut tarpeelliset tulosalueen vastuuhenkilöt sekä henkilöstön edustus. Jorvin sairaalan tulosalueen johtoryhmään ja Peijaksen sairaalan tulosalueen johtoryhmään kuuluu lisäksi ainakin yksi asianomaisilla toimialoilla toimiva professoriyllilääkäri. (HUSin valtuusto 14.12.2000.)

.3 HUSin suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän valmistelu- ja perustamisasioita käsitelleissä valmistelutoimikunnassa ja muutosprosessin suunnitteluryhmässä keskusteltiin ja luotiin niitä linjauksia ja periaatteita, joiden mukaisesti HUS-kuntayhtymän suunnittelu- ja ohjausjärjestelmä kehitettäisiin. Niiden antamien ohjeiden mukaisesti asia valmisteltiin esitykseksi HUS-taloussuunnittelyryhmässä. Järjestelytoimikunta hyväksyi HUS-kuntayhtymän suunnittelu- ja ohjausjärjestelmän ohjeet.

HUS-kuntayhtymän suunnittelu- ja ohjausjärjestelmään sisältyvät seuraavat:

- Kuntayhtymän **strateginen ohjaus**
- HUSin ja kuntien yhteinen **terveysuunnittelu**
- **HUSin taloussuunnitelman ja talousarvion** valmistelu
- Sisäinen ohjaus ja **johtaminen**
- **Seuranta ja arviointi**

.1 Strateginen ohjaus

Kuntayhtymän strategiseen ohjaukseen sisältyvät kuntayhtymän omistajien hyväksymät päämäärä ja strategiat, joilla voidaan vastata väestön erikoissairaanhoidon palvelutarpeisiin ja varmistaa palvelujen tuottaminen. Niiden on oltava kuntien ja perusterveydenhuollon kanssa yhteneväiset väestön palvelujen tarpeesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä lähtöisiä.

Vuosittaisen strategiaohjelman arvokeskustelun ja päämääräasettelun linjaveto luodaan hallituksen kokoamassa toimikunnassa asiakkaiden, omistajien, tutkimuksen ja opetuksen, kuntayhtymän johdon ja henkilöstön näkökulmasta.

Strategiaohjelmaan sisältyvät mm.

- Yhtymän tilaan vaikuttavien tekijöiden selvitys; kuten HUS- alueen infrastruktuuri-tekijät, väestön määrä ja rakenne, elinolot ja sosioekonominen tila, terveystarpeet ja niihin vaikuttavat tekijät, palvelujen käyttö ja rakenne, teknologian ja talouden kehitys ja kuntien rahoituspohja.

- Valtuustokausittainen ohjelma, jonka tarkoituksena on yhtenäistää, motivoida ja sitouttaa organisaatio.

- Vuosittainen toimintalinjojen tarkistus tavoitteiden saavuttamiseksi ja toteutumisen arvioimiseksi.

Strategiatarkastelussa painotettaessa kuntayhtymän kokonaisuuden hallintaa ja toiminnallisia näkökohtia, kiinnitetään huomiota tavoitteiden luomiseen. Se muodostaa lähtökohdan keskeiselle ohjausjärjestelmälle, terveysuunnittelulle.

Strategiasuunnittelun hahmottaminen ja päämäärien ja toimintatapojen määrittäminen tapahtuu (keskushallinnossa) varsin kaukana suunnittelukohteesta. Tästä voi, kuten Haveri toteaa (1995, 74-79), aiheutua se, että alemmilla suoritusasteilla vastaavilla henkilöillä on eriäviä käsityksiä toimeenpanon sisällöstä sopeutettaessa sitä toimintaympäristöön.

.2 Terveysuunnittelu

”Terveysuunnittelu on kuntien, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyömuoto, jonka tehtävänä on saada aikaan vuosittain kunnan terveydenhuollon kokonaistarjonta sekä sen osana HUSin **palvelusuunnitelma** ja **palvelusopimus** suunnitelmakaudelle. Kuntien terveysuunnitelmista koottu yhteenveto on HUSin talousarviovalmistelun perusta.

Terveysuunnittelun tavoitteena on väestön terveyden edistäminen.”

Alueittaisesti kuntien, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä teh-

tävässä väestön terveyden edistämiseksi vuosittaisessa terveystuunnitelma on kunnan terveydenhuollon kokonaistarkastelu, jonka on osa HUSin palvelusuunnitelmaa sekä kunnan ja HUSin välisen palvelusopimuksen aineistoa. Suunnittelun pohjana ovat yhteisesti todetut tiedot, joista rakennetaan terveystuunnitelman kokonaisuutta sekä keskustellaan asioihin vaikuttavista tekijöistä, kustannuksista, erityisesti erikoissairaanhoidon, ja taloudesta. Näiden perusteella kunnat voivat asettaa tavoitteita palvelujen kehittämiseksi väestölle annettavista palveluista, hoitotakuista, palvelujen volyymin ja kustannuksista. Terveystuunnitelmat laaditaan sairaanhoitoalueittain ja tiedot esitetään kunnittain. Terveystuunnittelussa yhteisesti kootun aineiston perusteella laaditaan ehdotus kunnan ja HUSin väliseksi palvelusopimukseksi.

Terveystuunnittelu tapahtuu kunkin sairaanhoitoalueen suunnitteluryhmässä, johon alueen kunnat, sairaanhoitoalue ja Hyks-toimialue nimeävät edustajansa. Hyksin toimialueella muodostetaan edellisellä tavalla Hyksiä, Jorvia ja Peijasta varten omat suunnitteluryhmät. Kaikki suunnitelmat koordinoidaan sairaanhoitopiirin hallituksessa. Suunnitelmien teknisenä valmistelijana toimii HUSin suunnitteluhenkilöstö.

.3 Talousarvio ja taloussuunnitelma

Palvelusuunnitelmien yhteenvedon sekä kuntayhtymän tulojen ja menojen yhteensovitus tehdään toimitusjohtajan johtamassa koordinaatioryhmässä. Näin saadun valmistelun yhtymän käsittelee hallitus. Sen jälkeen tulosalueet valmistelevalle kokonaisuuteen perustuvan talousarvioehdotuksensa lautakuntien käsiteltäväksi. Lautakunnat/johtokunnat käsittelevät talousarvio- ja taloussuunnitelmaehdotukset. Yhtymän hallitus koordinoi kuntakohtaisten palvelusuunnitelmien perustalta yhtymän talousarvio- ja taloussuunnitelmaehdotukset, johon sisällytetään myös ulkopuolisille tahoille tuotettavista palveluista sekä opetuksesta ja tutkimuksesta aiheutuvat menot ja tulot. Valtuusto käsittelee talousarvion ja taloussuunnitelman.

Kuntien ja HUS-yhtymän väliset palvelusopimukset valmistellaan kuntien ja kuntayhtymän talousarviolukujen varmistuttua.

.4 Sisäinen ohjaus ja johtaminen

Kuntayhtymän sisäisen ohjauksen ja johtamisen tarkoituksena on varmistaa koko kuntayhtymän tavoitteiden saavuttaminen luomalla toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet. Johtamisen keskeisenä pyrkimyksenä on noudattaa ns. tiedolla johtamisen periaatetta, jossa ratkaisut ja toimenpiteet perustetaan näyttöön ja tutkittuun tietoon.

Toiminnan ja talouden johtaminen perustuu terveystuunnitelmien mukaiseen tuotantoon, yhtenäiseen tuotteistukseen, tulosalueiden ja tulosyksiköiden omakustannusperiaatteeseen, käyttösuunnitelmien sitovaan loppusummaan, asetettuun laatuun ja kustannusvastuuseen. Tulosalueet valmistavat budjetin käyttötaloussosasta tarkennetut toiminnan ja talouden tavoitteet. Yhtymän transaktiokustannukset lasketaan määriteltyjen perusteiden mukaisesti.

Henkilöstön johtamisen periaatteena on henkilöstön sitoutuminen, osallistuminen sekä tavoitteita tukeva motivoiva tiedottava ja avoin ilmapiiri.

Toteutumaseurantaan kuuluvat tavoitteiden, terveystuunnitelmien, talousarvion ja käyttösuunnitelmien toteutumaseuranta. Terveystuunnitelmien toteutumisen seuranta varten tuotetaan kuukausittain kolme peruseräraporttia, jotka ovat

1. palvelusopimuksen kustannuseuranta kunnittain sekä HUS yhteensä että tuottajittain

2. palvelusuunnitelman toteutumaraportti kustannusten ja palvelujen määrän kertymisestä erikoisaloittain tuottajilta aina tuotetasolle

3. lähete- ja jonoraportit lähetemäärittäin kunnittain ja tuottajittain.

Kunnille tuotetaan kolmannesvuosittain käyttöraportit ja ennuste koko vuodelle sekä kuntayhtymän johdon sanallinen selostus mahdollisesti käynnistettävistä toimenpiteistä.

Yhtymän johto antaa hallitukselle budjettitavoitteiden mukaisen yhtymätasoisien käyttösuunnitelmaan pohjautuvan toteutumaraportin.

Seuranta- ja arviointiprosessi perustuu suuren käyttäjäkunnan helppokäyttöiseen HUS-johdon tietojärjestelmään, jossa

- erillistä tietojen keruuta vältetään tiedon siirtyessä automaattisesti tietokantoihin,
- järjestelmä jakaa vuorovaikutteisesti tiedot ”ylhäältä alaspäin” eri organisaatiotasolle ja raportoi ja välittää tietoa ”alhaalta ylöspäin” HUS-johdolle
- tietosuojasäännökset huomioon ottaen se on läpinäkyvä raportointivälineeksi auktorisoitu kaikissa HUS-yksiköissä ja perusterveydenhuollon osalta jäsenkunnissa.

.4 Sairaalahoitojaksojen luokitusjärjestelmä

Sairaalahoidossa tehokkuuden ja vaikuttavuuden sekä niihin liittyvien tuotannollisten kustannuksien mittapuuna on käytetty hoitopäiviä, hoidettujen potilaiden lukua, keskimääräisiä hoitojen pituuksia hoidettua potilasta kohti, keskimääräisiä kustannuksia hoidettua potilasta kohti, kustannuksia hoitopäivää kohti ja myös näiden kaikkien sovellutuksia erikoisaloittain. Ainoa täsmällisesti ilmaiseva elementti kaikissa näissä selvittelyissä on ilmaistu rahallisesti, mutta senkin perusta on horjuva, koska sama rahamäärä ei ole yksioikoinen tehokkuuden ja vaikuttavuuden mittari. Myöskään noilla perusteilla ei ole ennakolta voitu laskea, minkälaisiksi sairaanhoidon kustannukset muodostuisivat tietyn ikäryhmittäisen väestömäärän hoitamisessa tai resurssien mitoituksessa.

Täsmällisempiä laskentaperusteita yritettiin vuosien mittaan löytää, mutta niin kauan kun yhteiskunnassa oli vakaa nouseva taloudellinen kehitys, tultiin toimeen entisillä. Siinä vaiheessa, kun taloudellisen laskukauden aikana valtion ja kuntien tulot vähenivät ja terveyden- ja sairaanhoidon suhteellinen osuus kansantalouden menoissa rupesi kasvamaan kustannuksien pysyessä jokseenkin entisen suuruisina, lisääntyi paine saada täsmällisempiä mittausvälineitä sairaalahoidon kustannuksien ilmaisemiseksi. Etenkin sen jälkeen, kun valtionapuasäännökset muuttuivat 1993 siten, että valtionapu aikaisemman sairaalakuntayhtymälle (sairaalan ylläpitäjälle) annetun avustuksen sijaan annettiin peruskunnalle, haluttiin löytää sellaisia mittapuita, joiden avulla sairauksien hoitamisessa voitaisiin määritellä yleisesti hyväksyttävät kustannusperusteet ja hoitojaksot, joiden mukaisesti olisi mahdollista seurata ja johtaa toimintaa sekä tarkata tuotantoa, sen kustannusperusteita sekä resurs-

sien tarvetta. Julkisen terveydenhoidon ammattilaisten kustannustietoisuutta kohottamalla haluttiin myös heidät saada ymmärtämään, että he jokainen omalta osaltaan suurelta osin päättävät hoidosta aiheutuvista kustannuksista. Vaikka sairaaloiden ylläpitäjät antavat määrärahat ja yleisohjeet, tosiasiaa kuitenkin sairaaloiden kustannuksista suurin osa määrittellään hoitotapahtumien yhteydessä, millä intensiivisyydellä ja missä määrin hoitoa ja siihen liittyviä toimintoja ja palveluksia annetaan. Terveyden- ja sairaanhoidon palvelusten yksityiskohtaistettu hinnoittelu auttaa silloin palvelua antavaa vertaamaan hoidon antamiseen liittyviä kustannustekijöitä ja harkitsemaan siltä pohjalta tarkoituksenmukaista hoitoa ja hoitopaikkaa.

Kun Hyksii oltiin muodostamassa 1980-luvun lopulla Uudenmaan kuntien omistamaksi laitokseksi, joka oli saava tulonsa sairaanhoitopiireille ja kunnille myydyistä palveluista, se ryhtyi määrittelemään tuotteitaan, niihin liittyviä välillisiä palvelujaan ja laskemaan niiden kustannuksia. Tuotteen määrittelyn jälkeen oli mahdollista jakaa tuotanto tuotteisiin ja niiden kustannuksiin sekä tarkastella erilaisten laskentatapojen perusteella tuotantoa ja havaita siinä olevia riippuvaisuussuhteita. (Lehtonen 2001.)

Hyksin laskuttaessa kuntia antamistaan palveluista, kunnat alkoivat vaatia yhdenmukaisia määritelmiä palveluille, voidakseen tehdä niiden kustannuksista vertailuja, koska eri kunnille annetut samankaltaiset palvelut olivat erihintaisia. Tuona aikana STM vaati Hyksii ja sairaanhoitopiirejä ylituotannon ja huonon koordinaation vuoksi sopimaan keskinäisestä työnjaosta. Nämä tekijät lisäsivät Hyksin ja USHPn kiinnostusta saada käyttöön NordDRG-sairaalahoitajaksojen luokitusjärjestelmä. Uskottiin, että sairaalahoitajaksojen luokitusjärjestelmä auttaisi paremmin määrittelemään tuotteen, jolloin vertailu paranisi, rationalisoisi tuotantoa, olisi kyllin yksinkertainen eikä vaatisi erikoisjärjestelyjä ja tarvittavalla informaatiolla olisi riittävä tietopohja. Silloin kunnilla olisi mahdollisuus tehdä vertailuja tuotteista ja niiden hinnoista.

NordDRG-sairaalajaksojen luokitusjärjestelmä, joka perustuu amerikkalaiseen parinkymmenen vuoden aikana suoritettuun kehittämiseen ja tutkimukseen sekä siitä Sairaalaliiton projektiryhmän laatimaan suomalaiseen sovellutukseen, tarkoittaa kustannuksiltaan homogeneenisia ryhmiä. Sitä käytetään sairaalalaskutuksessa, sairaalan johtamisessa ja tuottavuusvertailuissa. Aritmeettisen laskennan pohjana tulee olla vähintään sata (100) NordDRG-tapausta. DRG-ryhmät - hoitajakset - määrittellään hoitajaksojen syyn, mahdollisten hoitoon vaikuttavien sivudiagnoosien, suoritettujen toimenpiteiden sekä potilaan iän ja sukupuolen ja sairaalasta poistumistilan mukaan kliinisesti mielekkäisiin ryhmiin. Kunkin ryhmän sisällä hoitajaksojen vaatima voimavarojen kulutus on keskimäärin samaa luokkaa. NordDRG-luokittelu perustuu ICD-10 diagnoosikooditukseen sekä toimenpideluokituksen mukaisiin koodeihin. Hoitajakso tarkoittaa sairaalahoidosta poistettua potilasta. NordDRG-sairaalahoitajaksojen luokitusjärjestelmää voidaan käyttää johtamisen, suunnittelun, kehittämisen ja valvonnan välineenä. (Lehtonen 2001, Mikkola-Keskimäki-Häkkinen 1998, Suoritekäsikirja 2000.)

USHP otti vuoden 1997 alusta käyttöön NordDRG-sairaalahoitajaksojen luokitusjärjestelmän. DRG-ryhmälle määriteltiin keskimääräinen hinta, jonka painoarvoksi pantiin esim. yksi (1). Jos hoitajakso oli kalliimpi, niin painoarvoa lisättiin esim. 1,2 tai suuremmaksi. Jos hoitajakso oli halvempi, niin painoarvoa alennettiin esim. 0,9 tai sitä pienemmäksi. Laskutuksessaan USHP käytti painokertoimia, joilla hoitajaksojen hinnat laskettiin. Tätä laskentatapaa käytettiin entisen USHPn alueen sairaaloissa HUSin perustamisen jälkeen siirtymäkauden aikana. (Haastattelu 2001.)

Hyksissä kohdistettiin, vuonna 1998 käyttöönotetun, jokaisen DRG-hoitajakson hintaan kaikki kustannukset, mitkä potilaasta aiheutuivat eli hoitopäivien lukumäärät ja hoitopäivähinnat, tehtyjen toimenpiteiden hinnat ja muut kustannukset. Näin saatiin jokaiselle DRG-ryhmälle keskimääräinen hinta. Keskimääräisen DRG-sairaalajakson kustannusrajoissa on pieni välitys (esim. 10 %) ylä- ja alasuuntaan. Jos hoitajakson laskutettava hinta on sitä alempi tai korkeampi, on laskutus eri toimenpiteiden mukainen. Keskiarvoon perustuva DRG-laskutus on edullinen pienille kunnille sen vuoksi, että keskiarvo tasaa erikoissairaanhoidon kustannuksien vaihtelua.

HSHP, Helsingin sairaanhoitopiiri, otti NordDRG-hoitajaksoluokituksen käyttöön vuonna 1999. Hyksin hoitajakson hinnoittelu on erilainen sen vuoksi, että variaatio yhden DRG-luokan sisällä on erittäin suuri. Sairaalan potilastapaukset voivat olla komplisoituneita ja hankalia siitäkin huolimatta, että DRG-pääluokat jaetaan alaryhmiin. Joissakin ryhmissä hoito voi olla erittäin kallista, toisissa halvempaa. Näissä tapauksissa keskimääräisiä yksin DRG-laskutuksia ei voi käyttää, vaan täydennyksenä on käytettävä suoriteperusteita. Hyksissä on 492 NordDRG-sairaalajaksojen hintaa. (Lehtonen 2001, 32, Mikkola-Keskimäki-Häkkinen 1998, 11, 31.)

HUS-piirissä noudatettavan periaatteen mukaisesti sairaalalaskutuksessa noudatetaan sairaalakohtaista hinnoittelua. Kunkin sairaalan hoitokäytännöt ja tuotannon tehokkuus sekä muut kustannustekijät vaikuttavat DRG-hinnoitteluun. DRG-luokituksen käyttöönotolla uskottiin saatavan terveystalouden tuotannon rationalisointia. Sen uskottiin lisäävän palvelujen tuotannon tehokkuutta ja parempaa valvontaa sen vuoksi, että palvelujen ostajat, kunnat, voisivat paremmin valvoa ja vertailla kustannusten kehittymistä. Toisaalta DRG-luokituksen käyttöönottoa eräillä klinikoilla vastustettiin juuri sen vuoksi, että se painottui kovasti hinnoittelun määräämiseen ja toisaalta siksi, että siihen liittyi melkoisesti hallinnollisia tehtäviä. (Lehtonen 2001, 24-25.) Neuvotteluissa kuntien kanssa terveystaloussuunnittelusta ja palvelutarpeesta käytetään DRG-ryhmittelyä hahmoteltaessa kuntien erikoissairaanhoidon tilauksia. Pyyntönsä on DRG-ryhmittelyn avulla etsiä väestön terveydentilaa kuvaavia mittareita ja ennakoita palvelujen kysynnän muuttumista. (Haastattelu 2001.)

DRG-laskutusjärjestelmällä on tarkoitus parantaa kuntien ohjausmahdollisuutta, mutta se edellyttää asiantuntevaa yhteistyötä kuntien ja palveluja tuottavien organisaatioiden kesken. Toisaalta DGR-järjestelmän kuntalaskutuksessa kunnat eivät saada riittävän selkeitä tietoja varmistuakseen laskutuksen oikeellisuudesta. Järjestelmää olisi opittava käyttämään tehokkaasti hyväksi toiminnan tehostamiseksi ja kustannusten minimoimiseksi. Kuntien kaksijakoinen rooli palvelujen tuottajina (HUSin omistajana) ja niiden tilaajina on tiedotettava selkeästi ja hyväksyttävä se käyttökelpoisena ja toimivana järjestelmänä.

DRG-järjestelmän perusteella on HUSin johdolla mahdollisuus seurata eri sairaaloiden ja tulosyksiköiden toiminnan kulkua ja tehokkuutta, kustannuksien kertymistä ja talousarvion riittävyttä. Yhtymän hallitukselle annetaan selvityksiä menoista ja toiminnoista tulosalueittaisesti, jotka ovat: Hyks/Helsingin sairaalat, Hyks/Jorvin sairaala, Hyks/Peijaksen sairaala, Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue, Lohjan sairaanhoitoalue, Hyvinkään sairaanhoitoalue ja Porvoon sairaanhoitoalue. Selvitykset ovat yhtymätasoisia ja kuvaavat suurten lukujen keskiarvoja.

.5 Lääketieteellisen koulutuksen toteuttaminen

Professori-ylilääkärien/koulutuksen vastuuhenkilöiden tehtävänä on kaikilla Hyksin tulosalueilla huolehtia erikoisalansa lääkärien ja tutkimushenkilökunnan koulutuksesta ja tutkimustyöstä.

Opetuksen ja tutkimuksen kehittämiseksi asetetaan kunnallisvaalikaudeksi yhteistyötoimikunta, johon kuntayhtymä ja lääketieteellinen tiedekunta valitsevat kumpikin 2 - 3 jäsentä. Kuntayhtymän toimitusjohtaja nimeää kuntayhtymän edustajat yliopistotoimikuntaa kuultuaan. Toimikunta tekee esityksiä erikoisaloista ja viroista, joissa yhteistyö sopimuspuolten kesken on toimikunnan mielestä tarpeellista ja käsittelee muita yliopiston ja kuntayhtymän kannalta tärkeitä asioita. (HUS valtuusto 1.12.1999.)

Toimitusjohtaja asettaa yliopistollisen opetus- ja tutkimustoiminnan edellytysten turvaamiseksi ja kehittämiseksi sekä erityisvaltionosuuteen liittyviä asioita varten Hyks-toimialueen kliinisten ja sairaanhoidollisten tulosyksiköiden johtajista sekä professori-ylilääkäreistä koostuvan yliopistotoimikunnan. Toimikunta käsittelee myös kuntayhtymän ja Helsingin yliopiston välillä erikoissairaanhoitolain nojalla tehdyn sopimuksen piiriin kuuluvia asioita. Toimikunnan puheenjohtajana toimivan Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan dekaanin tai varadekaanin lisäksi yliopistotoimikuntaan kuuluu 18 jäsentä, joista vähintään puolet on professoriylilääkäreitä. Toimikunta on asioita valmisteleva, ei päättävä ”toimielin”. Hallintoylihoitajalla on toimikunnan kokouksissa läsnäolo- ja puheoikeus. (Haastattelu 2001.)

.6 Yliopiston aseman selkeyttäminen

Erikoissairaanhoitolain 24 §:n mukaan sairaanhoitopiirissä tulee olla yliopistollinen sairaala, jota yliopistolla on oikeus käyttää koulutusyksikön opetus- ja tutkimustoiminnan tarpeisiin ja sairaanhoitopiirillä on velvollisuus huolehtia, että käytettävissä ovat sellaiset tilat ja kojeet ja sosiaaliset tilat, jotka on välttämätöntä sijoittaa sairaanhoitopiirin laitokseen. Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymälle suoritetaan opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamista lisäkustannuksista korvausta (erityisvaltionosuuskorvaus eli evo-korvaus).

(Erikoissairaanhoitolain muutoksen 1003/96 mukaan sairaanhoitopiirille, jossa on yliopistollinen sairaala, suoritetaan valtion varoista korvausta niihin kustannuksiin, jotka aiheutuvat lääkärin perus- ja erikoistumiskoulutuksesta sekä yliopistotasoisesta terveystieteellisestä tutkimustoiminnasta, jota toteutetaan yliopistollisen sairaalan erityisvastuulla olevissa terveydenhuollon toimintayksiköissä).

Valtioneuvosto esityksessään (HE 163/1998) lähti asiaa valmistelleen työryhmän ehdotuksen mukaisesti siitä, että Helsingin sairaaloiden, Hyksin, Jorvin sairaalan ja Peijaksen sairaalan tulisi samanarvoisina kuulua samaan sairaanhoitoalueeseen, joka olisi yliopistollinen sairaanhoitoalue.

Koska HUSin perussopimus ei yksiselitteisesti määrittelyt yliopistollista sairaalaa, kehotti valtuusto valmistelemaan sopimuksen, joka määrittelee HUS-piirin ja Helsingin yliopiston yhteistyösuhteet ja yliopistollisen keskussairaalan yksiköt ja toiminnan kehittämislinjaukset, sekä selvittämään mahdollisuudet opetus- ja tutkimustoiminnan ulottamiseen sairaanhoitopiiriin eri sairaaloiden toiminnaksi (HUSin valtuusto 1.12.1999 ja 7.6.2000).

Tehtävää selvittämään HUSin hallitus valitsi Hyksin, Jorvin ja Peijaksen edustajat ja yli-

opisto valitsi omat edustajansa työryhmään. HUSin hallitus ei siinä vaiheessa sisällyttänyt Jorvin ja Peijaksen sairaaloita yliopistosairaalaan.

Espoo ja Vantaa totesivat HUSin johtamisjärjestelyissä olleen alusta alkaen erimielisyyttä entistä Uudenmaan sairaanhoitopiiriä edustavien kuntien ja Helsingin yliopiston edustajien välillä. Kunnat olivat halunneet, että kuntayhtymän organisaatio rakennettaisiin ”pyramidimallin” mukaisesti. Järjestelytoimikunnassa oli johtamisjärjestelyissä Helsingin ja yliopiston edustajien vaatimuksesta äänestyksen jälkeen päädytty tulosaluejakoon eli divisioonamalliin. Vantaan ja Espoon kaupunginhallitusten käsityksen mukaan pääkaupunkiseudun kuntien kesken oli päätetty luopua divisioonamallista, johon päädyttiin Helsingin osalta HUS-järjestelytoimikunnassa kesällä 1999. Yliopisto kuitenkin edellytti kyseistä johtamismallia (divisioonamallia) ”reunaehtona” yliopistosairaalana toimimiselle. (Espoon kaupunginhallitus 7.6.2000, Vantaan kaupunginhallitus 5.6.2000.)

Vantaan ja Espoon kaupunginhallitukset pitivät tärkeänä, että johtamisjärjestelmistä päätettäessä yksimielisesti haettaisiin kaupunkien tärkeinä pitämiä asioita, joita jo suunnitteluvaiheessa olivat

- verkostona työskentelevät sairaalat, jotka entistä enemmän panostavat työnjakonsa kehittämiseen mm. päällekkäistoiminnan vähentämiseksi,
- sairaalakohtaiseen hinnoitteluun (ja siten myös sairaalakohtaisiin käyttötalouksiin) perustuva talous,
- läpinäkyvä tutkimuksen ja opetuksen kustannuslaskenta,
- eri sairaaloiden profiiliin soveltuvien huippuyksiköiden ns. osaamiskeskusten luominen. Somaattisen lääketieteen alalla esimerkkeinä olivat esillä mm. syöpätaudit, urologia, reuma, endokrinologia, kardio-thorakaalinen keskus, trauma-senter, hematologia, gastroenterologia. Psykiatrian alalla Hesperian sairaalan ohella ”yliopistotatuksen” voisi omata myös Kellokosken sairaala (oikeuspsykiatria, vaikeahoitoisia psykiatrisia potilaita) tai Tammiharjun sairaala nuorten kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitopaikkana.

Espoo ja Vantaa pitivät keskeisenä periaatteena päätettäessä HUSin tulevista visioista, että HUS tavalla tai toisella parantaa väestön terveyspalvelutarpeiden tyydyttämistä alueellaan, tuo kaikille sairaaloille hyötyä HUSiin kuulumisesta ja tavoittelee maan kustannustehokkaimman sairaalakuntayhtymän asemaa.

HUSin ja yliopiston yhteistyöryhmä käsitteli sopimusta lääketieteellisen opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämisestä sekä siihen liittyvästä opettajien virkojen järjestämisestä ja pääsi pitkällisten neuvottelujen jälkeen yksimielisyyteen. Sopimuksessa asetettiin yliopistolliselle toiminnalle sekä hallinnollisia että laadullisia edellytyksiä. Sopimuksessa selkeytettiin yliopiston asema kuntayhtymän ja sen toimintayksiköiden hallinnossa sekä paalutettiin yliopistosairaalan asema myös Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa. Organisaation johtajien virkojen täyttämässä muodollisten pätevyysvaatimusten lisäksi tullaan kiinnittämään huomiota myös henkilöstöhallinnon kannalta hallinnollisiin ja johtamistaitoihin, joita vaatimuksia ei aikaisemmin ollut. Sopimus ratkaisi Hyks-solmun ja avasi tien käyttämään koko sairaanhoitopiirissä olemassa olevaa koulutuspotentiaalia ja kehittämään yliopistollisia tutkimusedellytyksiä.

Sopimuksen täytäntöönpanoa valmisteli molempien sopijapuolten edustajista koottu työryhmä, jonka kannanottojen mukaisesti tehtiin ehdotus hallintosääntöä täydentäväksi toimintaohjeeksi.

.7 Hallintosääntöä täydentävä toimintaohje ja opetusta- ja tutkimustoimintaa koskevat ohjeet

HUSin ja Helsingin yliopiston yhteistyöryhmä pääsi (19.10.2000) yksimielisyyteen siitä, että tulosalueiksi määriteltiin Hyks/Helsingin sairaalat, Hyks/Jorvin sairaala ja Hyks/Peijaksen sairaala. Jorvin ja Peijaksen tulosalueen johtoryhmiin säännössä lisättiin kuulumaan ainakin yksi asianomaisilla toimialoilla toimiva professoriyliääkäri.

Hallituksen tekemän ehdotuksen mukaisesti valtuusto 14.12.200 täydensi aikaisemmin hyväksytyä hallintosääntöä siten, että kuntayhtymän toimintaorganisaation osalta todettiin sairaanhoidon toiminnan organisoinnin tapahtuvan HUSin perussopimuksen mukaisesti ja että *Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan* eli uuden Hyksin *muodostavat* senhetkinen *Hyks, Jorvin sairaala ja Peijaksen sairaala*. Muut HUSin terveydenhuollon toimintayksiköt ovat Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet.

Lisäksi potilasrekisterinpitäjään otettiin maininta siitä, että Helsingin seudun yliopistolliseen keskussairaalaan kuuluvat sairaalat muodostavat laissa tarkoitetun yhden terveydenhuollon toimintayksikön. Muut HUSin terveydenhuollon toimintayksiköt ovat muiden sairaanhoitoalueiden sairaalat (HUSin hallitus 27.11.2000, HUSin valtuusto 14.12.2000).

Yliopistotoimikunnan tehtäviin lisättiin *käsitellä kuntayhtymän ja Helsingin yliopiston välillä erikoissairaanhoidon nojalla tehdyn sopimuksen piiriin kuuluvia asioita*.

Sopimusta valmistelleen työryhmän esityksen mukaisesti Hyks/Helsingin sairaalat, Hyks/Jorvin ja Hyks/Peijaksen sairaaloiden tehostavat opetus- ja tutkimustoimintaan liittyvää yhteistyötään ja tekevät opetus- ja tutkimustoimintaa koskevia suunnitelmia ottaen huomioon ns. osaamiskeskusten sijoittumisen Jorvin ja Peijaksen sairaaloihin.

Hallitus ilmoitti valtuustolle olevan mahdollista käyttää kuntayhtymän muita sairaaloita lääketieteen ja hoitotieteen opetus- ja tutkimustoimintaan ja että tällainen mahdollisuus oli otettu huomioon yliopiston kanssa tehdyssä sopimuksessa. Opetus- ja tutkimustoiminnan tehostaminen eri sairaaloissa sisältyy HUSin strategiaohjelmaan.

7 HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRIN TOIMINTA

Sairaanhoitopiirin uudistuksen tärkein tavoite oli potilaan nostaminen koko hoitoprosessissa tärkeimpään asemaan. Se oli yhdenmukainen Lipposen II hallituksen ohjelman kanssa, jonka mukaan väestön terveys ja sen edistäminen ovat julkista päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavia tekijöitä. Julkisen vallan järjestämisvastuulla ja kaikkien saatavilla olevien sekä väestövastuuseen perustuvien sosiaali- ja terveyspalvelujen jatkuvuus on turvattava tehokkailta ja toimivilla hoitoketjuilla, hoidon porrastuksella ja uutta teknologiaa hyödyntämällä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteensovittamisella luodaan toimiva kokonaisuus.

Yhtymähallinto asetti mm. seuraavat keskeisiksi tavoitteiksi:

- tietojärjestelmien yhdenmukaistamisen,
- suunnittelu- ja ohjausjärjestelmän edelleenkehittämisen

- strategiaohjauksen aikaansaamisen,
 - koko yhtymää koskevien linjausten laatiminen mm. henkilöstöhallinnossa, taloushallinnossa, hoitotyössä, opetus- ja tutkimustoiminnassa sekä yhtymän strategisen ohjauksen kannalta keskeisissä toiminnoissa,
 - varsinaisen lääketieteellisen palvelutoiminnan ja sen ohjauksen, vaikuttavuusanalyysien sekä laadun hallinnan yhteisten menettelytapojen kehittäminen.
- Toiminnan päämäärään pääsemiseksi HUS-piiri pyrkii
- sairaaloiden työnjaon kehittämiseen ja toiminnallisten päällekkäisyyksien poistamiseen yhdistämällä useissa sairaalayksiköissä sijainneita toimintoja yhteen sairaalayksikköön.
 - perusterveydenhuollon kanssa toteutettavan yhteistyön parantamiseen ja eräiden toimintojen siirtämiseen perusterveydenhuoltoon.
 - hoito- ja palveluketjujen toiminnallisen joustavuuden parantamiseen.
- Tavoitteena on lisätä kuntien ohjausvoimaa terveys suunnittelussa ja saada toiminta vastaamaan väestön tarpeita.

Vakiinnutetaan tutkimuksen ja opetuksen yhteistoiminta Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan kanssa. Jorvin ja Peijaksen sairaalat ovat osa Helsingin seudun yliopistollista sairaalaa. Lääketieteellistä opetusta on myös Lohjan, Hyvinkään ja Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueilla. Osaamiskeskusjärjestelmää kehitetään yhteistyössä yliopiston ja HUSin yksiköiden kanssa. Osaamiskeskusten avulla voidaan ylittää erikoissairaanhoidossa olevia rajoja ja saada uudenlaista työnjakoa. HUS on mukana Biomedicum ja Technomedicum bioteknologisessa hankkeessa. (HUS-tilinpäätös 2000.)

HUS-kuntiyhtymän perustamiseen liittyneitä muutoksia työssä ja työpaikalla arvioineen tutkimuksen mukaan eri henkilöstöryhmät kokivat eri lailla. Helsingin kaupungin palveluksesta HUSin palvelukseen siirtyneet työntekijät arvioivat muutokset muita ryhmiä suuremmiksi, kun taas USHPstä siirtyneet vähäisemmäksi. Helsingin kaupungin sairaaloista, HEKS, siirtyneet kokivat tietojärjestelmien ja työkäytäntöjen muutokset suurina. Muutosvastarinta oli suurinta Helsingin alueella Hyksin ja kaupungin hoitoyksiköiden toimintojen yhdistämisessä ja henkilökunnan siirtämisessä paikasta toiseen. Näkemuserot olivat jokseenkin samankaltaisia HEKSin, Hyksin ja USHPn työntekijöiden kesken olipa sitten kysymys kriittisyydestä muutosprosessin suunnitteluun, tiedotukseen, koulutukseen tai henkilökunnan osallistumiseen muutoksen suunnitteluun osallistumiseen. Suurimpana uhkana pidettiin organisaation laajuutta ja epämääräisyyttä. (HUS-tilinpäätös 2000, Husari 2000/6.)

.1 Toiminta ja sen järjestelyt

Keskeisiä tavoitteita olivat erikoissairaanhoidon ylikapasiteetin ja päällekkäisyyksien purkaminen, päivystyksen keskittäminen, perusterveydenhuollon vahvistaminen ja hoidon porrastuksen tehostaminen. Lasten ja nuorten psykiatrian kehittämishankkeita on toteutettiin STM:n myöntämän erillisen määrärahan turvin. Lääkehuolto koottiin aluksi Helsingin sairaaloiden ja sitten koko piirin kattavaksi yhteiseksi sairaala-apteekiksi. Palvelukeskus (materiaalikeskus) suorittaa koko HUS-piirin yhteishankintoja.

Alueellisen jonotilanneselvityksen mukaan koko HUSissa jonottavien määrät vuosien 2000 ja 2001 lopussa olivat yhteensä 36241 ja 41462. Näistä luvuista oli espoolaisia 5576 (2000) ja 6360 (2001) eli osuus 15 % kumpanakin vuonna, helsinkiläisiä 12241 eli 34 % ja

15776 eli 38 % sekä vantaalaisia 6637 ja 7186 eli kumpanakin vuonna 18 %. Hoitopäiviä oli vuonna 2000 koko HUS-piirissä 444433 ja vuonna 2001 410004. Näistä olivat samoina vuosina espoolaisten osuus 16 % ja 18 %, helsinkiläisten osuus 28 % ja 35 % sekä vantaalaisten osuus 17 % ja 18 %. Muiden kuntien asukkaiden osuudet olivat paljon pienempiä. Avohoitokäyntejä vuonna 2000 oli kaikkiaan 1612402 ja vuonna 2001 yhteensä 1632446. Näistä luvuista espoolaisten osuudet olivat 16 % ja 17 %, helsinkiläisten osuudet 48 % ja 37 % sekä vantaalaisten osuudet 12 % ja 13 %.

Merkittävimmissä jonoissa vuonna 2000 oli 10650 potilasta. Vuoden 2001 lopussa oli jonossa 12800 potilasta ja jonotusajat vaihtelivat tapauksesta riippuen 150 päivästä 240 päivään. Vuoden 2000 aikana leikkausta jonottavien määrä kasvoi Helsingissä ja Vantaalla, kun taas Espoossa vähentyi. Lyhyimmät jonotusajat olivat Länsi-Uudenmaan ja Lohjan alueilla. Pisimpään jonotettiin Jorvin alueella pehmytosakudosleikkauksiin ja Peijaksen alueella ortopedisiin leikkauksiin. Vuonna 2001 jonottavien määrät koko HUSissa nousivat edelliseen vuoteen verrattuna 14 %, helsinkiläisten määrä 29 %. Helsingin kaupunki varasi jonojen purkuun lisämäärärahoja ja osti palveluja yksityisiltä. Hyvinkään sairaanhoitoalueella hoitajono lyheni edellisestä vuodesta. (HUS-tilinpäätös 2000 ja 2001, Uutis-Husari 17/2000.) Lääkärilakolla oli vaikutusta vuoden 2001 toimintaan.

Helsingin sairaalat

Helsingin kaupungin erikoissairaanhoito siirtyi muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta HUSiin. Perusterveydenhuoltoon jäi mm. valtaosa psykiatrisista toiminnoista, sisätauti-poliklinikoita ja Malmin sairaalan sisätautitoiminnat ja sairaalapäivystys. Lievien vammojen hoitovastuu siirtyi perusterveydenhuollolle, terveysasemille tai keskitettyyn terveyskeskuspäivystykseen. Erikoissairaanhoitoa tarvitsevat vaikeat vammapotilaat ohjataan Töölön sairaalaan. Sisätaudeissa suurin muutos oli Helsingin kaupungin Läntisen suurpiirin perustason sairaalapäivystyksen siirtyminen Meilahden sairaalasta Marian sairaalaan ja Helsingin kaakkaisen suurpiirin päivystyksen siirtyminen Mariasta sairaalasta Malmin sairaalaan.

Hyksissä hoitoa keskitettiin reuma-, silmä-, korva-, nenä- ja kurkkutaudeissa, osittain keuhkosairauksia, aikuisten tapaturmapotilaiden päivystyksessä ja hoidossa. Neurologian polikliininen erikoissairaanhoito siirrettiin neurologian vastualueeseen ja neurokirurginen toiminta varautui huolehtimaan vammapotilaiden hoidon keskittämisestä aiheutuvasta hoidon tarpeesta. Lastenpsykiatrista akuuttia kriisihoitoa tehostettiin ja perusterveydenhoidon ja sosiaalitoimen yhteistyötä lisättiin. Lastenpsykiatriset ja nuorisopsykiatriset palvelut olivat alimitoitettuja. STM:n lisärahoituksen avulla perustettiin uusi työryhmä ja otettiin käyttöön psykiatrian klinikan lakkautettu nuorisopsykiatrisen osasto.

Sisätautien työnjako erikoissairaanhoidon ja Helsingin perusterveydenhuollon sisätautien erikoisalojen välillä selkiytyi. Marian sairaalan sisätautien päivystys, ajanvarauspoliklinikka ja osastot hoitavat sisätautien erikoissairaanhoidon potilaat. Meilahden ja Auran sairaalat sekä Kirurginen sairaala vastaavat sisätautien erikoisalojen yliopistosairaalan tason potilaista. Kirurgian tulosyksikkö järjestää sairaanhoitopiirin kunnille erityistason kirurgisia, teho- ja kivunhoidon palveluja sekä vastaa Helsingin kaupungin alueen kirurgisesta erikoissairaanhoidosta. Kirurgian tulosyksikkö vastaa lääketieteen kirurgisesta perusopetuksesta, kirurgi- ja anestologian erikoislääkäreiden koulutuksesta sekä suu- ja leukasairauksien erikoishammaslääkäreiden koulutuksesta erityisvaltionosuuden turvin sekä

lisäksi eriasteisen terveydenhuollon henkilöstön koulutuksesta. Lasten ja nuorten sairaalan toiminta vastaa Helsingin, Lastenlinnan ja Hyksin lastensairaaloiden ja Kättilöopiston lastentautien toiminnasta sekä Hesperian sairaalan ja Lapinlahden nuorisopsykiatriasta. Laakson sairaalan nenä-, silmä- ja korvatautien toiminta siirrettiin Silmä- ja korvasairaalaan. Syöpätautien osaamiskeskus vastaa suurimmasta osasta HUS-piirin sädehoidosta ja syövän lääkkeellisestä hoidosta. Konsultoivan onkologin, kiertävän erikoislääkärin vierailuilla sairaanhoitopiirin sairaaloissa parannetaan piirin sairaaloiden toimintamahdollisuuksia syöpäpotilaiden hoidossa.

Luottamusta sairaaloiden kesken pyritään lisäämään ja organisaatioiden rajoja vähentämään. HUS-piirissä noudatettavalla hoitolinjalla voidaan antaa samanlaista hoitoa. Aktiivisen hoidon jälkeen päätyttyä on tarkoitus potilas siirtää jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon. Potilastapauksittain suunniteltu jatkohoito ja hoidon jälkeinen seuranta tapahtuu yhteistyössä erikoissairaanhoidon yksiköiden ja perusterveydenhuollon kanssa. Neuvottelevan ja tietoja vaihtavan työtavan saavuttamiseksi Helsingin perusterveydenhuollon ja HUSin välille käynnistettiin yhteinen hoitosopimushanke. (Husari 2000/5-6.)

Päivystystoimintaa keskitettiin ja terävöitettiin erityistason potilaiden ohjausta. Sen seurauksena Meilahteen ohjautuvat potilaat olivat entistä enemmän lääketieteellisesti vaativia ja suurempi osa päivystykseen tulevista potilaista jäi sairaalaan. Meilahden perinteisestä päivystysosastosta luovuttiin ja siitä tehtiin valvontaosasto. Sen hoitojaksojen määrä lisääntyi ja keskimääräinen hoitoaika lyhentyi. Hoitoketjuja kehitettäessä ja toteutettaessa ongelmia tuotti se, että potilassiirrot terveyskeskussairaaloihin kangertelivat. Jatkohoitopaikan saaminen on ongelmallista Helsingissä. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilasohjauksen seurauksena 16.000 käyntiä siirtyi terveyskeskuksissa hoidettaviksi. Reumatologiassa Malmin sairaalan toiminta siirtyi Kasarmikadulle Kirurgiseen sairaalaan ja ensimmäisenä Suomessa sen päiväosastotoiminta alkoi. Kaksivuorotyötä lisäämällä saatiin tietokonetomografiatutkimusjonot loppumaan ja MRI tutkimuksia pystyttiin lisäämään. Laboratoriotutkimuksista on poistettu päällekkäisyyksiä.

Vuonna 2000 sisätaudeissa oli kardiologian ja gastroenterologian erikoisaloilla potilaita jonossa 800, infektio- ja poliklinikalle noin kuukauden jono. Alue- ja keskussairaaloista tuli sairaalasiirtoina potilaita lähes päivystysluonteisesti erityistason tutkimuksiin ja hoitoon. Naistentautien jono oli lisääntynyt ja oli 1.750 potilasta. Korva-, nenä- ja kurkkutautien leikkausjonossa oli 3.430 henkilöä. Kaihileikkauksiin odotti Hyksin sairaaloihin 360 potilasta. Kaihileikkausjonon mediaanijonotusaika 223 vrk, lasten karsastusleikkaukseen 368 vrk ja korvaleikkaukseen 430 vrk sekä nenäleikkaukseen 400 vrk. Jonoissa oli yhteensä 9300 potilasta. Vuoden 2001 lopussa oli jonottajia yhteensä 8600 ja jonotusajat vaihtelivat 90 päivästä 230 päivään.

Hyksin sairaaloihin tuli vuonna 2000 lähetteitä terveyskeskuksista 50 %, yksityislääkäreiltä 25 % ja muilta lähettäjäiltä 25 %. Vuonna 2001 tuli lähetteitä terveyskeskuksista 55 % ja yksityislääkäreiltä 25 %, loput muilta lähettäjäiltä. Lähetteitä HUS/Helsingin sairaaloihin vuonna 2001 tuli terveyskeskuksista 50 %, yksityislääkäreiltä 27 %, loput olivat muiden laitoksien ja HUSin sisäisiä. (Punnonen, sairaaloiden tammi-joulukuu 2000, Punnonen, Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 2000, HUS-tilinpäätös 2000 ja 2001.)

Jorvin sairaala

Perusterveydenhuollon kanssa yhteistyössä laadittiin 10 laaja-alaista hoitoketjua kansantautien osalta. Sairaalassa kehitetty sähköinen epikriisi-palautejärjestelmä otettiin käyttöön myös Espoon terveyskeskuksessa. Kotona annettavan erikoissairaanhoidon toiminta käynnistyi sisätautien sekä aikuis- ja lastenpsykiatrian erikoisaloilla. Tulokset olivat positiivisia. Jorvin sairaala avohoitopainotteisuutta lisättiin ja hoitajaksojen pituutta lyhennettiin, joten niiden määrä kasvoi ja hoitopäivien määrä hieman väheni. Nuorisopsykiatrinen toiminta siirrettiin perusterveydenhuollosta Jorviin. Magneettikuvaustoiminta käynnistettiin.

Yhteistyössä kuntien kanssa asetettiin tavoitteeksi leikkausjonon lyhentäminen. Vuoden 2000 aikana tavoite saavutettiin ja kasvaneesta lähetemäärästä huolimatta leikkausjono lyheni 850 potilaalla. Jonossa oli kuitenkin 4.696 potilasta, joista kaihileikkaukseen odotti 215 potilasta. Lähetetteitä tuli sairaalaan terveyskeskuksista 66 %, yksityislääkäreiltä 23 % ja muilta 11 %. Vuoden 2001 aikana lähetetteitä tuli terveyskeskuksista 63 % ja yksityisiltä lääkäreiltä 23 %, muilta loput. (Punnonen, Sairaanhoidopiiriin ja sairaaloiden vuosi 2000, HUS-tilinpäätös 2000 ja 2001.)

Peijaksen sairaala

Vantaan perusterveydenhuollon röntgenyksiköt siirrettiin organisatorisesti Peijaksen toiminnaksi. Osaamiskeskuksen toiminta ei käynnistynyt, mutta sairaalan omaa gastroenterologista toimintaa tiivistettiin siten, että kirurginen ja sisätautien gastroenterologinen vuodeosasto toteutettiin yhteistoimintana samalla vuodeosastolla. Vuonna 2000 hoidettujen potilaiden jonotusajat olivat tekonivelleikkaukseen 7 kk, polven tekonivelleikkaukseen 12 kk, sapen tähytysleikkaukseen 6 kk ja ortopediseen tähytysleikkaukseen 5 kk. HUS-kirurgiassa hoidettiin yli 6.200 vantaalaispotilasta. Valtaosa heistä hoidettiin Peijaksessa. Lukuihin eivät sisälly silmä- ja korvatautien, hermoston kirurgian eivätkä naistentautien leikkaushoidot. Henkilöpula haittasi lyhytkirurgian laajentamista. Psykiatriseen avohoitotoimintaan panostettiin lisäämällä henkilökuntaa akuuttipsykiatrian poliklinikoille, kuntoutuspsykiatriaan ja vanhuspsykiatriaan. Kellokosken sairaalan käyttöä ei voitu kuitenkaan vähentää.

Käynnistettiin magneettikuvaustoiminta, perustettiin sisätautien lyhythoitoyksikkö, mutta käyttö jäi alle tavoitteen. Magneettikuvauslaiteella voidaan esim. nivelkierukkavauriot saada todennetuksi ilman tähytystä, joten osa tutkimustähytyskäytöstä kapasiteetista on mahdollista käyttää korjaaviin leikkauksiin. Peijaksen sairaala osallistui lääketieteen kandidaattiopetukseen sisätautien, kirurgian, keuhkosairauksien, neurologian ja anestesiologian aloilla yhteistyössä yliopiston kanssa. Erikoislääkärinkoulutusta annettiin erikoisaloilla: sisätaudit, neurologia, kirurgia, silmätaudit, psykiatria, nuorisopsykiatria ja radiologia.

Lähetteen määrä vuonna 2000 kasvoi 15 % edelliseen vuoteen verrattuna. Lähetetteitä saapui terveyskeskuksilta 67 % ja yksityislääkäreiltä 23 %. Hoitajaksoit vähenevät 2 %, mutta hoitopäivät lisääntyivät 5 % edelliseen vuoteen verrattuna. Operatiiviseen hoitoon odotti vuoden 2000 lopussa 5.400 potilasta, joista kaihileikkaukseen 610. Vuoden 2001 aikana lähetteistä oli terveyskeskuksista 64 %, yksityislääkäreiltä 20 %, muiden laitoksien

ja HUSin sisäisiä läheteitä loput. Vantaalla oli vuonna 2001 edellisvuotta enemmän ongelmia jatkohoitopaikan järjestämisessä. Jonotusajat keskeisimpiin leikkauksiin pidentyivät. (Punnonen, Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 2000, HUS-tilinpäätös 2000 ja 2001, Vantaan Sanomat 3.12.2000.)

Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue

Eräiden kuntien arvioitua erikoissairaanhoidon tarpeensa liian vähäiseksi, aiheutui talousarviovajetta. Länsi-Uudenmaan sairaalan dialyysiyksikköä käyttivät myös Lohjan sairaanhoitoalueen kunnat. Neurologian suunniteltu lisäys toteutettiin, neurologian vastaanoton käynnit lisääntyivät ja hoitokasvoja kertyi suunniteltua enemmän. Kirurgipulan vuoksi jotkut kirurgian poliklinikalle kasvoivat, leikkausjonot pysyivät ennallaan. Sairaanhoitopiirin ulkopuolelta tulleiden synnyttäjien määrä kasvoi ja yhä useampi venäläinen ja balttilainen on halunnut tulla synnyttämään Tammisaaren sairaalan synnytysosastolle. Synnytysosastolla käynnistettiin raskaanaolevien akupunttiopoliikklinikka, jolla hoidetaan mm. raskaudenaiheisia pahoinvointeja. Naistentautien päiväkirurginen toiminta lisääntyi ja gynekologisista leikkauksista hoidetaan 55 % päiväkirurgisesti, 35 % endoskooppisesti. Uutena toimintona on rintasyöpöpotilaiden hoito.

Psykiatriassa jatkui lääkäripula. Tammisaari ja Hanko pyrkivät lisäämään psykiatrista avohoittoa terveyskeskuksessaan. Psykiatrian poliklinikan toimintaa vähennettiin, kun Tammisaaren kaupunki käynnisti oman psykiatrisen avohoitotoiminnan. Röntgenosaston digitalisointia jatkettiin ja natiivikuvauksissa otettiin käyttöön digitaalinen kuvalevyjärjestelmä ja aloitettiin radiologisen tietojärjestelmän luominen. Lääketieteen kandidaattien ruotsinkielistä opetusta annettiin sisätautien, naistentautien ja keuhkotautien erikoisaloilla.

Läheteitä tuli sairaalaan vuonna 2000 terveyskeskuksilta 58 % ja yksityislääkäreiltä 15 %. Operatiiviseen toimenpiteeseen odotti 600 potilasta. Vuonna 2001 läheteitä tuli terveyskeskuksista 64 % ja yksityislääkäreiltä 22 %. (Punnonen, Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 2000, HUS-tilinpäätös 2000 ja 2001.)

Lohjan sairaanhoitoalue

Lohjan sairaanhoitoalue tuotti erikoissairaanhoidon oman alueensa kuntien lisäksi myös Siuntion kunnalle ja eräillä erikoisaloilla myös Karjaan kaupungille. Toiminnassa panostettiin toiminnan potilaslähtöisyyteen, hoitoketjujen toimivuuteen, verkottumiseen ja sidoryhmäsuhteisiin, henkilökunnan motivoimiseen ja monitaitoisuuteen sekä yksikkökustannuksien kilpailukykyyn. Tavoitteena oli hyvän alueellisen kuntayhteistyön kehittäminen HUS-piirin puitteissa neuvotteluin ja toiminnan seurannoin. Lohjan sairaalan päivystystä vahvistettiin perusterveydenhuollon päivystyksellä sekä Vihdin ja Karkkilan sydänyön päivystyksellä. Päiväkirurgian toiminnan siirtämisellä kirurgiseen yksikköön saatiin vuodeosastoilta tilaa mm. perusterveydenhuollon potilaiden hoitoon.

Sairaanhoitoalueen kunnat hankkivat lastentautien vuodeosastopalveluja ja erityiskon-

sultaatioita jonkin verran Jorvin sairaalasta. Lohjan sairaanhoitoalue myi Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueelle neurologian ja ihotautien palveluja ja sieltä ostettiin Lohjan alueen kunnille dialyysipalveluja ja kliinisen neurologian tutkimuspalveluja sekä tietokonetomografiapalveluita.

Erikoislääkärikoulututusta annettiin seuraavilla aloilla: sisätaudit, kirurgia, naistentaudit ja synnytykset, psykiatria, anestesiologia ja kuvantaminen. Somatiikassa toiminta kasvoi suunnitellusti, mutta oli avohoitokäynneissä ja yleislääketieteen hoitopäivissä suunniteltua voimakkaampi. Somatiikan hoitajaksoja kertyi enemmän kuin kunnat olivat tilanneet. Sairaalassa hoidettavat potilaat ovat olleet sairaampia ja vaikeahoitoisempia. Psykiatria kärsi lääkäripulasta. Psykiatriassa hoitopäivät ja ajanvarauskäynnit lisääntyivät erityisesti lasten- ja nuorisopsykiatriassa. Neurologian ja keuhkosairauksien poliklininista toimintaa lisättiin ja vahvistettiin lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian poliklinikkatoimintoja. Nuoriso- ja lastenpsykiatrian toimintaa lisättiin erityisvaltionavun tuella. Nuoriso- ja lastenpsykiatrian käyntejä tuotettiin enemmän kuin oli suunniteltu. Patologian toimintaa lisättiin. Sairaala tuottaa alueensa terveyskeskusten tarvitsemat patologian palvelut.

Lohjan sairaanhoitoalueella tehdyn kuntaprofilitutkimuksen selvityksen mukaisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö oli muokkautunut kuntarakenteen mukaisesti. Sairaanhoitoalueen vakioidut terveydenhuollon menot olivat HUS-piirin keskimääräisiä menoja pienemmät ja perusterveydenhuollon ja vanhusten hoidon menot alle HUS-piirin ja koko maan keskiarvon alapuolella, mutta erikoissairaanhoidon menot HUS-piirin keskiarvon tasossa. Sairaanhoitoalueen somaattisen erikoissairaanhoidon kustannusten korkeasta tasosta koko maahan verrattuna 64 % katsottiin johtuvan runsaasta käytöstä ja lopun erikoisesti Hyksin heikosta tuottavuudesta.

Lähetettä saapui vuonna 2000 terveyskeskuksista 63 %, yksityislääkäreiltä 25 % ja muilta 12 %. Operatiiviseen toimenpiteeseen odotti 1000 potilasta, joista 500 kaihileikkaukseen. Vuonna 2001 tuli lähetettä terveyskeskuksista 61 % ja yksityisiltä 29 %. Hoitoon päässeiden potilaiden jonotusajat oli 100 päivästä 210 päivään. (Punnonen, Sairaaloiden tammi-joulukuu 2000, Punnonen, Sairaanhoidopiirien ja sairaaloiden vuosi 2000, HUS-tilinpäätös 2000 ja 2001, Husari 2000/6.)

Hyvinkään sairaanhoitoalue

Sairaanhoitoalueen tärkeimmäksi painoalueeksi asetettiin somaattisen erikoissairaanhoidon kehittämisessä erityisosaamisen kasvattaminen ensihoidosta akuuttitoimintaan. Päivystysjärjestelmän uudistamisella terveyskeskusten ja sairaaloiden kanssa taataan osaaminen ja toiminnan tarkoituksenmukaisuus ja taloudellisuus. Se tukee päiväkirurgisen toiminnan kehittämistä vuodeosastojen käyttöä vaikeasti sairaille. Psykiatrisessa toiminnassa kehitettiin Kellokosken sairaala koko sairaanhoidopiirille palveluja tuottavaksi. Laatuhankkeina sairaanhoitoalueella valmistuivat merkittävänä astmapotilaan, aivoverenkiertopotilaan, rintasyöpäpotilaan ja lonkkamurtumapotilaan hoitoketjut. Onkologikonsultaatioita saatiin syöpätautien osaamiskeskuksesta ja kunnille annettiin erikoislääkäripalveluja.

Hyvinkään lastenpsykiatrinen työryhmä käynnistyi, fysiatrian ja lastenneurologian palveluja lisättiin. Hyvinkään sairaalan poliklinikkasiipi valmistui ja toimintojen siirto Kiljavalta tapahtui. Valtion erityisrahoituksella voitiin käynnistää Hyvinkään ja Nurmijärven

psykiatrian poliklinikoiden yhteydessä nuorisopsykiatrian poliklinikka. Konservatiivisilla erikoisaloilla hoitajakso ja psykiatriassa hoitopäivät ylittivät kuntatilauksen huomattavasti. Päivystyssiäänottojen kasvaessa ei sisätaudeissa ja keuhkosairauksissa kyetty hoitajaksoja vähentämään kuntatilausten edellyttämällä määrällä. Potilaspaineen kasvaessa aikuispsykiatriassa yksi avo-osasto muutettiin suljetuksi osastoksi, jotta Peijaksesta pystyttiin ottamaan ylipaikoilla jonottavia potilaita.

Leikkausmäärät jäivät suunnitellusta kirurgiassa ja korva-, nenä- ja kurkkutaudeissa tuotannon siirtyessä Kiljavalta Hyvinkäälle. Lieväoireisten suonikohjujen ja tyrien leikkauksista vähennettiin ja ohjattiin resursseja raskaampaan kirurgiaan, joten kokonaissuoritteiden määrä laski. Palvelutuotanto toteutui talousarvion mukaisesti. Kuntien palvelutalaukset laskivat jonkin verran, mutta palvelujen kysyntä kasvoi. Eniten kasvua oli kirurgiassa, lastentaudeissa, neurologiassa ja sisätaudeissa. Hyvinkään kaupungin terveyskeskuspäivystys toimii sairaalan tiloissa. Konservatiivisten alojen ja psykiatrian osalta kuntien hoitopäiväkertymät ylittyivät. Yhteistyössä kuntien kanssa asetettiin tavoitteeksi leikkausjonojen lyhentäminen. Ajanvarauspoliklinikan jonot kasvoivat. Sairaanhoidoalueella tehtiin kuntaprofiiliselvitykset ja sen mukaiset perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon toimintamallit.

Operatiiviseen toimenpiteeseen vuonna 2000 odotti 2.500 potilasta. Läheteiden määrä kasvoi 10 %:lla ja kirurgiassa leikkausjono 12 %:lla. Läheteitä lähettivät terveyskeskukset 58 %, yksityislääkärit 26 % ja muut 16 %. Vuoden 2001 aikana tuli läheteitä terveyskeskuksista 61 % ja yksityislääkäreiltä 26 %. (Punnonen, Sairaanhoidopiirien ja sairaaloiden vuosi 2000, Punnonen, Sairaaloiden tammi-joulukuu 2000, HUS-tilinpäätös 2000 ja 2001, Husari 2000/3, Uutis-Husari 5/2000, Linkki 3/200, 4/2000.)

Porvoon sairaanhoitoalue

Palvelujen kokonaiskysyntä kasvoi. Sairaalan päivystyskäyntien määrä vuonna 2000 kasvoi jonkin verran ja ylitti ennusteen 10 %:lla. Porvoon terveyskeskuksen ilta- ja viikonloppupäivystys oli sairaalan tiloissa. Päivystyssiäänottojen osuus päivystyskäynneistä oli alle kolmannes, mikä osoittaa osan päivystyskäynneistä olevan perusterveydenhuollon tasoa. Ensi-, uusinta- ja muiden käyntien määrässä oli kasvua, paitsi lastentaudeissa, missä se väheni. Hoitajaksojen määrässä keuhkosairauksissa ja kirurgiassa sekä pitkäaikaispsykiatriassa kokonaissuunnitelma ylittyi parilla prosentilla. Myös psykiatrian hoitopäivien kasvu ylittyi suunnitellusta 10 %:lla. Jatkohoitopaikan puuttumisen vuoksi korotettuja hoitopäivämaksuja kertyi vuonna 2000 suhteellisen paljon, pääosin Porvoon kaupungille, mutta vuonna 2001 yleislääketieteen päiviä ei syntynyt juuri lainkaan.

Päiväkirurgian osuus oli kirurgiassa 45 % ja naistentaudeissa 55 % kaikista elektiivisistä leikkauksista. Joihinkin toimenpiteisiin oli edelleen pitkiä keskimääräisiä odotusaikoja. Operatiivisiin toimenpiteisiin odotti 630 potilasta. Porvoon sairaalan dialyysitoimintaa ja neurologian poliklinikkatoimintaa laajennettiin. Teho-osaston käynnistäminen vuonna 2001 mahdollisti leikkauksen jälkeen huonokuntoisten potilaiden hoitamisen. Läheteiden määrä vuonna 2000 kasvoi 6 %, erityisesti terveyskeskusten ja HUSin sisäisiä läheteitä. Läheteitä saapui terveyskeskuksilta 65 % ja yksityisiltä lääkäreiltä 18 %. Vuoden 2001 aikana terveyskeskusten läheteiden osuus oli 69 % ja yksityislääkäreiden 16 %. (Punnonen,

Sairaaloiden tammi-joulukuu 2000, Punnonen, Sairaanhoidopiirien ja sairaaloiden vuosi 2000, HUS-tilinpäätös 2000 ja 2001.)

Kalliin hoidon tasaus

Kalliin hoidon tasauksen piiriin kuuluivat kaikki ne potilaat, joiden hoidon kustannukset vuonna 2000 ylittivät 300 000 mk. Ylimenevän kustannuksen osalta kustannuksista 80 % katettiin kunnilta asukaslukuperusteisesti kannetulla maksulla ja 20 % velotettiin potilaan kotikunnalta.

Vuonna 2000 kalliin hoidon tasauksen piiriin kuuluivat myös pitkäaikaishoidossa olevat psykiatriset potilaat sekä hengityshalvauspotilaat, jotka eivät aikaisemmin olleet kuuluneet tasauksen piiriin. Tästä johtuen kunnilta ennakkona peritty summa 52 mk/asukas ei riittänyt tasausmenettelyn suoritukseen, vaan kunnilta perittiin lisäkantoa 43 mk/asukas. Lisäkanto tehtiin 1.1.1999 asukasmäärän suhteessa, kuten alkuperäinen ennakon kantokin (HUS-tilinpäätös 2000).

.2 Sairaanhoidopiirin talous

Sairaanhoidopiirin talousarvio perustui kuntien kanssa solmittuihin palvelusopimuksiin. Kuntien kanssa laadittuja palvelusopimuksia jouduttiin tarkistamaan ja kunnat muuttivat tilauksiaan eri aikoina. Muuttuneiden tilauksien ja talousarvion laadinnan aikoina olleiden epävarmuustekijöiden vuoksi sitä jouduttiin tarkistamaan vuoden kuluessa. Laboratorio ja kuvantamistoinnissa sekä tukipalveluissa alennettiin hintoja. Sairaanhoidopiiri otti peruspääoman koron käyttöön, joka perustui 1998 toteutuneeseen palveluiden käyttöön ja vuodelle 1999 hyväksytyihin toiminnan muutoksiin sekä vuodelle 2000 hyväksytyihin toiminnan muutoksiin. Edellisen vuoden erikoissairaanhoidon menoja vertailtaessa koko maan keskiarvoihin Uudenmaan sairaanhoidopiirin menot olivat hieman alle keskiarvon ja Helsingin sairaanhoidopiirin menot yli keskiarvon.

Liite 24: Terveystalouden menot kunnittain mk/as. 1999 ja vertailu koko maahan. Terveystalouden menot olivat koko maassa 5 369 mk/as. ja vertailulukuna 100. Uudenmaan sairaanhoidopiirissä ne olivat 4 735 mk/as. ja vertailulukuna 88 sekä Helsingin sairaanhoidopiirissä 6 184 mk/as. ja vertailulukuna 115.

Perusterveydenhuolto koko maassa 2 059 mk/as., vertailulukuna 100. Uudenmaan shp:ssä 1.549 mk/as., vertailulukuna 75 ja Helsingin shp:ssä 2 299 mk/as., vertailulukuna 112.

Erikoissairaanhoido koko maassa 3 251 mk/as., vertailulukuna 100. Uudenmaan shp:ssä 3147 mk/as., vertailulukuna 97 ja Helsingin shp:ssä 3 866 mk/as., vertailulukuna 119.

Nouseva kustannuskehitys aiheutti vuonna 2000 alijäämäisen tuloksen muodostumiseen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirin tilikauden alijäämä oli 74,4 mmk. Vuoden 2001 aikana HUS sai tilikauden ylijäämäiseksi myymällä omaisuuttaan ja osuuksiaan, nostamalla palvelumaksuja ja perimällä lisäveloituksena jäsenkunniltaan 97,2 mmk.

HUSin tuottaman erikoissairaanhoidon menot jäsenkunnille asukasta kohti vuonna 2000 olivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 3.218 mk. Eniten erikoissairaanhoidon menoja asukasta kohti käyttäviä kuntia olivat Pohja 4.514 mk, Nummi-Pusula 4.078 mk ja Tammisaari 4.013 mk. ja vähiten asukasta kohti käyttäviä kuntia Myrskylä 1.861 mk, Kauniainen 2.483 mk ja Mäntsälä 2.636 mk. Suunnittelu- ja ohjausjärjestelmää on kehitetty terveysuunnittelun yhteydessä. Taloushallinto on yhdenmukaistettu myös tulosalueilla tehtävään talouden seurantaan. (HUS-tilinpäätös 2000 ja 2001, Punnonen, Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 2000 ja Punnonen, Sairaaloiden tammi-joulukuu 2000.)

8 Yhteenvedo

Uudellemaalle erikoissairaanhoidon luodun järjestelmän - kaksi sairaanhoitopiiriä ja niistä erillään itsenäisesti toimiva Hyks - toiminnassa esiintyi hankaluuksia alusta alkaen. Ne korostuivat erityisesti vuoden 1993 alusta lukien, josta lähtien valtionavut maksettiin peruskunnalle, ei kuntayhtymälle. Maksetut valtionavut olivat pienempiä kuin aikaisemmin ja samanaikaisesti kuntien kantokykyä oli korotettu. Yleisen laman vaikutuksesta kuntalaisten taloudellinen asema heikkeni ja terveystalouden kysyntä julkisessa terveydenhuollossa kasvoi. Kaikesta tästä oli seurauksena, että erikoissairaaloitten kuntalaskutus kasvoi.

Sairaanhoitopiirien ja Hyksin hallinnollisia järjestelyjä koskeneissa *asiakirjoissa mainittiin vankkana perusteluna, että erikoissairaanhoidon laitosten kesken sovitaan hoidon porrastuksesta ja potilasohjauksesta, jotka ulotetaan myös perusterveydenhuoltoon saakka.* Tämä ei kuitenkaan toteutunut, vaan erikoissairaanhoidossa hoidettiin myös sellaisia potilaita, joita olisi tullut hoitaa perusterveydenhuollon sairaalassa. Eräänä syynä siihen oli, että *erikoissairaanhoidon* ohjatuista läheteistä eivät kaikki olleet terveyskeskuksista, vaan lähes kolmannes tuli yksityislääkäreiltä ja työterveydenhuollosta. Nämä *otti Hyks hoidettavikseen, vaikka läheteapotilaat eivät olisikaan tarvinneet yliopistotasoisia sairaanhoitoa.* Tämä kasvatti yllättävästi ja tarpeettomasti myös kuntien kustannuksia. *Tältä osalta ongelma kohdistui Hyksiin. Toisaalta helsinkiläispotilaita ei Hyks voinut palauttaa jatkohoitopaikan puuttumisen vuoksi Helsingin kaupungin laitoksiin. Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallinnossa kunkin sairaanhoitoalueen sairaala oli siksi lähellä kunnallista päätöksentekoa, että sen toimintatapoihin pystyttiin vaikuttamaan.* (Haastattelu 2001.)

1990-luvun puolenvälin paikkeilla asiantuntijaselvitykset osoittivat erikoissairaanhoidossa olevan liikakapasiteettia ja toimintojen päällekkäisyyttä. Selvityksien mukaisesti erikoissairaanhoidon järjestelyjä ja toimintaa olisi ollut mahdollista järkipäristää sairaanhoidon tason huonontumatta ja saada sama tulos aikaan vähemmällä kustannuksilla. Kun erikoissairaanhoidon toiminnoissa ja järjestelyissä ei tapahtunut mitään tutkimuksien osoittamaan suuntaa tapahtuvaa kehitystä eikä tyhjentyviä vastauksia kuntien edustajien tekemiin kysymyksiin annettu, päättivät Järvenpään, Keravan ja Tuusulan kunnanjohtajat yhdessä teettää vielä yhden selvityksen, jonka oli määrä johtaa todellisiin muutoksiin. Selvityksen toimeksiantoa tekemään tuli muitakin kuntia, suurista kunnista Espoo ja Vantaa. Myös valtiosihteeri Raimo Sailas piti selvitystä tarpeellisena.

Varatuomari Pekka Ojalan selvityksessä todettiin tarpeelliseksi yhdistää kaksi sairaanhoitopiiriä ja Hyks yhdeksi kunnalliseksi toimielimeksi, joka olisi vastuussa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Jokaista yksittäistä sairaalaa varten olisi perustettava luottamushenkilöistä lauta-/johtokunta, joka sairaalan viranhaltijajohdon kanssa yhteisesti olisi vastuussa

asioiden ja toiminnan hoitamisesta kuntayhtymän hallitukselle. Erikoissairaanhoidon lääkärijohtajat eivät olleet kantaneet vastuuta sairaalan (klinikkansa) taloudesta, mutta olivat käyttäneet varsin itsenäistä ja itseriittoista omistajavaltaa yksiköissään. Luottamustoimieliemien hyväksymiä toimenpide- ja tavoiteohjelmia ei ollut noudatettu eikä myöskään sairaanhoitopiirien ja Hyksin kesken tehtyjä työnjakosopimuksia. Hyksiin tulleiden yksityislääkäreiden ja työterveyshuollon läheteiden määrä oli suuri, joten myös potilasohjantaankin olisi tullut kiinnittää huomiota. (Haastattelu 2001.)

Uudenmaan erikoissairaanhoidon hallinnon järjestämisestä ehdotuksen tehnyt Puerto-työryhmä totesi Helsingin sairaanhoitopiirin eli *Helsingin kaupungin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon olevan kallista ja siinä olevan päällekkäisyyksiä. Toimintojen rationaalinen kehittäminen oli vähäistä ja tuloksellisuus huono. Uudenmaan sairaanhoidon toimintaa se piti tehokkaana ja kustannuksiltaan kohtuullisena*, mutta piirin sairaaloiden verkottumisen olevan kesken. Sairaanhoitopiirien ja Hyksin välillä solmittu *työnjakosopimus ei ollut toteutunut* eikä toimijoiden kesken ollut riittävää työnjakoa. Toimintojen siirto Hyksistä sairaanhoitopiireihin ei ollut toteutunut suunnitellulla tavalla. *Hoitoonohjaus ei ollut toiminut, koska erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ei ollut toisaan kunnioitettavaa yhteistoimintajärjestelmää*, joka auttaisi sen toimivuutta. Sairaalat eivät ottaneet työssään huomioon kuntien ja niiden terveyskeskusten tavoitteita ja pyrkimyksiä. Seurauksena oli, että *kuntien ohjausvoima terveydenhuollon kehittämisessä ja toteuttamisessa ei ollut toiminut* eikä sopimusjärjestelmä ollut auttamassa yhteistavoitteellista toimivuutta.

Esiintyneiden ongelmien poistamiseksi työryhmän esityksen mukaan Uudenmaan erikoissairaanhoidon kehittämiseksi on muodostettava yhtenäinen sairaanhoitopiiri, missä pääkaupunkiseutu muodostaisi aluekokonaisuuden. Kuntien vaikutusmahdollisuutta hoitojärjestelyihin on lisättävä lautakunta/johtokuntajärjestelyissä. Perustettavan yhteisen sairaanhoitopiirin toiminnassa on lähdettävä siitä, että väestön terveydenhuollon tarpeet otetaan huomioon, vahvistetaan perusterveydenhuollon asemaa ja puretaan erikoissairaanhoidon ylikapasiteettia ja päällekkäisiä toimintoja. *Tämän toteuttamiseksi pääkaupunkiseudulla kullakin sairaalalla tulisi olla asiantuntijoista koottu oma toimielin, joka vastaisi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä ja hoidon porrastuksesta. Työryhmä totesi vielä, että Uudenmaan alueen terveydenhuoltojärjestelmän kaikkien tasojen käyttämistä lääkäri- ja erikoislääkärikoulutuksen järjestämisessä ei ole käytetty eikä terveystieteellisessä tutkimuksessa ollut edistytty tarpeeksi.*

Hallinnon uudelleenjärjestelyistä antamassaan lausunnossa Helsingin terveysviraston toimitusjohtaja Matti Toivola painotti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjaon selkeyttämistä, jotta kansantautien hoito voitaisiin järjestää asianmukaisesti ja turvata vanhusten sairaudenmukainen hoito. USHPn johtaja Aune Brotherus-Kettunen totesi liikapasiteetin ja päällekkäistoimintojen olevan Hyksin ja Helsingin toiminnoissa sekä USHPn noudattaneen tehtyä työnjakosopimusta. Hyksin sairaalanjohtaja piti tarpeellisenä lisätä erikoissairaanhoidon konsultaatioita perusterveydenhuollossa sekä ylikapasiteetin vuoksi rationalisoida pääkaupunkiseudun kirurgian, sisätautien ja neurologian päivystyspoliklinikat.

Uudenmaan alueen väestön terveystarpeeseen vastaavan kunnallisen erikoissairaanhoidon tavoitteiksi *Puerto-työryhmä asetti palvelujen hyvän saatavuuden, selkeän hoitoonohjaukseen, kunnan ja kuntalaisten vaikutusmahdollisuuden hoitojärjestelyihin, toiminnan koordinoiminnin. Päätösvalta olisi tuotava lähelle palvelujen tarvitsijoita ja kunnallista pää-*

tösvaltaa olisi vahvistettava.

Erikoissairaanhoitolain perustelut olivat yhdenmukaiset Puerto-työryhmän kannanottojen kanssa, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien *kunnallinen erikoissairaanhoito on järjestettävä alueen väestön ja koko terveydenhuollon tarpeista. Perusterveydenhuollon asemaa on vahvistettava*, purettava erikoissairaanhoidon ylikapasiteettia ja päällekkäisiä toimintoja ja säilytettävä Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueiden asema ennallaan, mutta Jorvin ja Peijaksen sairaanhoitoalueiden tulisi kuulua pääkaupunkiseudun sairaanhoitoalueeseen yhdessä Helsingin sairaaloiden ja Hyksin kanssa. *Sairaanhoitopiirin sairaanhoitoalueet vastaavat paikallisten palvelutarpeiden tyydyttämisestä. Sairaanhoitopiirin ja alueen terveyskeskusten ja kuntien välinen yhteistoiminta on tehtävä toimivaksi.* Lääkäriskoulutuksen ja lääketieteellisen tutkimuksen järjestämisessä voitaisiin hyödyntää alueen sairaaloita. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, HUS, perussäännön ja hallinnon muiden sääntöjen laadinnassa oli Helsingin kaupungin ja Helsingin yliopiston yhdenmukaisella tahdolla ratkaiseva vaikutus. *Se ei ollut yhdenmukainen Puerto-työryhmän ehdotuksessa ja hallituksen esityksessä olleiden hallinnon ja toiminnan kehittämisen ja järjestämisen periaatteiden kanssa eikä vastannut myöskään kuntien esittämiä mielipiteitä.*

Hallinto-organisaatioaltaan kuntayhtymästä tehtiin pyramidimallin mukaisesti hierarkiseksi. Valtuusto valitsee Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueiden lautakunnat, joiden tulee huolehtia alueen sairaanhoidon järjestämisestä, mutta niiden päätäntävaltaa pienennettiin aikaisemmasta. Kuntayhtymän hallitus toimii Helsingin yliopistollisen keskussairaalan toimialueen (pääkaupunkiseutu) lautakuntana ja valitsee Hyks/Helsingin sairaalat, Hyks/Jorvin sairaala ja Hyks/Peijaksen sairaalan johtokunnat, joilla ei ole päätäntäoikeutta. *Tämä merkitsi kunnallisen päättäjän etäännyttämistä ja demokratia heikentämistä sekä kuntien ohjausvoiman vähentämistä.*

Toiminnallinen henkilökuntaorganisaatio tehtiin kaksijakoiseksi ns. korin pohjamallin mukaan:

1. hierarkkiseksi tulosalueittain, joita ovat Hyks/Helsingin sairaalat, Hyks/Jorvin sairaala, Hyks/Peijaksen sairaala, Hyvinkään sairaanhoitoalue, Lohjan sairaanhoitoalue, Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue ja Porvoon sairaanhoitoalue. Tulosalueen, sairaanhoitoalueen/sairaalan, johtajan on johdettava toimintaa ja vastattava toiminnallisesta ja taloudellisesta tuloksesta. (Luottamustoimielin, lautakunta, on lähellä ja tekee tarvittavia päätöksiä toimivaltansa rajoissa.)

2. toimialamukaisesti (professionaaliseksi, diagonaaliseksi) Hyks/Helsingin sairaaloiden tulosalue on jaettu lääketieteellisiin toimialoihin (esim. sisätautien toiminnot, kirurgian toiminnot ym.) ja Hyks/Helsingin sairaaloiden toimialajohtajat johtavat ja koordinoivat oman erikoisalansa toimintaa koko sairaanhoitopiirissä. Tässä suhteessa on *muodostettu vertikaalinen professionaalinen johtamismalli, joka diagonaalisesti lävistää tulosalueet.* Samalla se suurensi eri rakennuksissa olevan erikoisalalan sairaalan (klinikan) kokoa tuomatta hallinnollista rationaalisuutta. Tämän hallintomallin yliopisto asetti ehdoksi sille, että se aloittaa yliopistollisen lääkärikoulutuksen Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa. *Toimialajohtajat ovat kaukana luottamustoimielimestä. Kunnallinen demokratia ei toimi.* HUS-piirin toiminnan valvonta on toimialakohtainen. Kuntayhtymän hallitukselle annetaan yhtymäkohtainen toteutumaraportti.

HUSin toiminnan toteuttamistavoitteeksi on laadittu kuntien ja terveyskeskusten kanssa yhteisesti terveystuunnittelu, mutta sen noudattaminen kangertelee toimintaorganisaatios-

sa, samoin kuin sairaaloiden välinen työnjako ja potilasohjaus. Hyksin sairaalaan tuli potilaita yksityislääkärin läheteillä 25 %, terveyskeskuksista 50 % ja muilta lähettäjäiltä 25 %. Hyks ei lähettänyt potilaita muihin sairaaloihin. Eri sairaanhoitoalueiden sairaaloihin tuli potilaita yksityislääkärin läheteillä noin 25 % ja terveyskeskuksista 60-70 %. Helsingin kaupungin osuus Hyksin sairaalan käytöstä oli noin 50 % ja Espoon ja Vantaan vähän yli 10 % eli pääkaupunkiseudun kunnat käyttivät Hyksin palveluista noin 80 % ja HUS-piirin muut sairaanhoitoalueet yhteensä noin 20 %.

Kustannukset ovat nousseet. Tappioiden peittämiseksi myyty omaisuutta ja erotus katettu kunnilta perityillä lisämaksuilla. Uudistuksen tavoitteena olleet managerialistisen johtamisen vahvistaminen ja sen avulla tuloksellisuuden saavuttaminen sekä kunnallisen, kuntien, päätös- ja ohjausvallan lisääminen eivät ole toteutuneet.

7. TAPAHTUMIEN JA HALLINNOLLISTEN RATKAISUJEN ARVIOINTIA

1 Erikoissairaanhoidon kuntapohja vahvistuu

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntainliiton perustaminen ja siten Helsingin yliopistollisen keskussairaalan (Hyks) toiminnan aloittaminen oli keskeytymätöntä jatkoa Helsingin yleisen sairaalan toiminnalle ja viimeinen lenkki siinä järjestelyssä, jolla valtiolta siirsi vastuun sairaanhoidosta huolehtimisesta ja sairaaloiden ylläpitämisestä kuntien velvollisuudeksi. Siirtohetkellä sairaanhoitotoiminnassa ei tapahtunut muutoksia ja taloudellinen volyyymi noudatteli aluksi entistä suuruutta, vaikka maksajiksi tulivat jäsenkunnat. Hyksin toimintojen kehittämisessä Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan osuus oli erittäin tärkeä. Sairaanhoitotoiminnan johtamisesta vastanneet professoriylilääkärit huolehtivat oman erikoisalansa toiminnan, hoitomuotojen, opetuksen ja ulkomaisten yhteyksiensä kehittämistä yhdessä dosenttien ja apulaisopettajien kanssa ja vaikuttivat merkittävästi myös luottamustoimielinten päätöksentekoon. Sairaalan johtaminen oli professionaalista, kliiniseen autonomiaan perustuvaa. Sairaanhoidon tiedollisesti ja taidollisesti korkean tason sekä tutkimuksen ja tieteen kehittämisen mahdollisuuksiin hallinnollinen muutos (kuntainliiton perustaminen) antoi joustavuutta, sillä kunnallisena sairaalana taloudellinen ja hallinnollinen päätös oli saatavissa suhteellisen nopeasti verrattuna aikaisempaan valtiolliseen hallintolinjaan. Päätöksenteko tapahtui tästä lähtien kuntainliiton toimitelmissä. Laissa olleiden säännösten lisäksi yliopistosairaaloiden toimintaa ei juuri ohjattu ulkopuolisilla määräyksillä tai ohjeilla, joten keskussairaalan toiminta ja kehitys oli varsin itsenäistä. Toisaalta yliopistosairaalalla ei ollut kovinkaan paljon hallinnollisia mahdollisuuksia ohjata oman sairaanhoitopiirinsä alueellisten sairaaloiden tai sairaanhoidon toimintaa. Jäsenkuntien sairaanhoidon ja sairaaloiden toimintaa sekä perusterveydenhuollon kehittämistä Hyks ei kyennyt tukemaan eikä se osoittanut siihen haluakaan. Se keskittyi vain omaan toimintaansa. Siihen ei sisällynyt kokonaisvaltaista terveystieteellisten näkökohtien pohdintaa.

Kuntainliiton perustamisen yhteydessä valitun liittohallituksen jäsenistä puolet oli sairaalan palveluksessa olevia professoreita, joiden asiantuntemus ja vaikutus päätöksenteossa oli suuri. Merkittävää aikaisempaan oli se, että nyt liittohallituksen jäsenistä toinen puoli oli peruskunnista valittuja. He edustivat alueen kuntien ja kuntalaisten mielipiteitä ja toivat mukaan maallikkojen näkemyksiä asioista päätettäessä. Alkuvaiheessa sairaalakuntainliiton ylläpitäminen ei kovin paljon lisännyt kuntiin kohdistuvaa taloudellista räsitusta, annettiinhan toiminnasta aiheutuviin kuluihin menoperusteista valtionosuutta. Hyksin hallinnon kehittämisessä yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan osuus oli olematon. Hallintoa kehitettiin kuntainliiton maallikkojen voimin. Avainasemassa oli Hyksin ensimmäinen hallintojohtaja Alpo Asteljoki, jonka aikana luotiin perusta Hyksin hallinnolle.

Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntainliiton perustamisen yhteydessä kunnat lunastivat ja maksoivat sairaanhoidon antamista varten suhteutettuna silloiseen väestömääränsä tarpeeseen hoitopaikkoja yhteensä noin 2300. Todellisuudessa hoitopaikkoja lunastamishetkellä (1957) oli noin 1900 ja ensimmäisenä toimintavuonna (1958) vain noin 1700, joten lunastettu hoitopaikkaosuus ei sillä hetkellä vastannut koko hoitopaikkaa, vaan oli sen osa. Helsingin kaupunki oli lunastanut suurimman hoitopaikkamäärän lähes 1400 hoito-

paikkaa, sitten olivat Espoon kunta 150 hoitopaikalla ja Helsingin maalaiskunta 100 hoitopaikalla. Näiden jälkeen tulivat pääkaupunkiseutua ympäröivät kunnat Tuusula, Järvenpää, Kerava, Kirkkonummi ja Vihti. Pieniä kunnansairaaloita oli Espoolla, Nurmijärvellä ja Vihdillä. Helsingin maalaiskunta oli 1946 tapahtuneessa alueluovutuksessa joutunut antamaan omistamansa kunnansairaalan Helsingin kaupungille, joten sillä ei ollut omaa sairaalaa.

Varsin pian yliopistollisen keskussairaalan toiminnan järjestäytymisen jälkeen pääkaupunkiseudun kunnat havaitsivat, etteivät hoitopaikkavaraukset olleetkaan riittävät voimakkaan muuttoliikkeen vuoksi kasvavalle väestömäärälle. Koska nyt Helsingin yliopistollisella keskussairaalalla, Hyksillä, oli aluevastuu, potilaita voitiin siirtää sen vastuulle. Aikaisemmin potilaan saaminen Helsingin Yleiseen sairaalaan oli ollut erittäin vaikeaa ja erikoissairaanhoidon tarpeessa olevia oli jouduttu hoitamaan kotona. Helsingin ympäristökunnille tuli pakostakin sairaansijojen ylikäyttöä, joka oli mahdollista sen vuoksi, että Helsingin kaupunki oli varannut hoitopaikkoja yli oman tarpeensa. Helsingin kannanoton mukaan ”ylikäyttöpotilaiden” hoidosta hyötyivät Helsingin kustannuksella lähinnä Espoo ja Helsingin maalaiskunta. Kun ylikäyttökunnat, ensisijassa Espoo ja Helsingin maalaiskunta, halusivat ostaa lisää hoitopaikkoja Helsingiltä, se ei suostunut myymään niitä. Ostoehdotus kohtasi heti vastustusta. Sen sijaan Hyksin liittovaltuuston helsinkiläisjäsenet yliopiston edustajien kanssa yhteistuumin saivat aikaan päätöksen, jonka perusteella kuntainliitto peri ylikäytöstä hoitopäivämaksun lisäksi ylikäyttömaksua 20 %. Tästä taas vuorostaan syntyi espooilaisten ja Helsingin maalaiskuntalaisten keskuudessa ajatus, että tällä tavoin maksetaan Helsingin sairaanhoitokustannuksia, etenkin kun Helsinki, Hyksin sairaansijaosuuksien suurimpana omistajana, todellisuudessa saneli hallinnolliset päätökset. Näin syntyneet ristiriitit on ollut sitkeä ja sillä on ollut vaikutuksia siitä lähtien sairaalahallinnollisten järjestelyjen, päätösten ja muiden ratkaisujen tekemisessä. (Haastattelu 2001.)

Kymmenessä vuodessa, vuodesta 1958 vuoteen 1968, Helsingin ja muun Uudenmaan väkiluku kasvoi noin 190.000 hengellä, Helsingin väkiluku 81.000 ja muun Uudenmaan 110.000 henkeä, eli yhteensä 24 prosentilla. Samalla ajalla Hyksin paikkojen lisäys oli noin 850 sairaansijaa. Helsingin Lastenlinnan 200 hoitopaikan sairaala oli muodostettu 1968 kuntainliitoksi, jolla oli runsaasti jäsenkuntia ulkopuolella Uudenmaan. Tuona edellä mainittuna kymmenenä vuotena somaattisen erikoissairaanhoidon paikat Helsingin kaupungin sairaaloissa vähentyivät noin 1300 sairaansijasta 1200 sairaansijaan ja lisääntyivät Uudellamaalla 50 sairaansijasta 400 sairaansijaan Lohjan, Porvoon ja Länsi-Uudenmaan aluesairaaloitten tultua perustetuiksi. Sen sijaan Espoo ja Helsingin maalaiskunta, jotka eivät olleet saaneet valtion viranomaiselta sairaalansa rakennuslupaa, joutuivat vuokraamaan sairaansijoja ja ostamaan sairaalapalveluja yksityisistä sairaaloista, joita olivat Mehiläisen sairaala, Eiran sairaala, Sanervan sairaala, Helsingin Diakonissalaitoksen sairaala ja Boijen sairaala. Myöhemmin myös Kerava joutui ostamaan sairaalapalveluja yksityisestä sairaalasta. Samaa aikaan lääkintöhallitus jarrutteli kuntien perusterveydenhuollon henkilökunnan eli kunnanlääkärien, terveysisarien ja kunnankätilöiden palkkaamista odotellessaan kehitteillä olevien kansanterveyskomitean ja kansanterveystoimikunnan mietintöjen valmistumista ja niiden perusteella säädettäviä lakeja.

Vaikka Hyksin perustamiskirjan mukaista sairaansijamäärää valtio ei rakentanutkaan, niin sen sairaansijamäärä lähes ”pakosta” lisääntyi. Tähän johti jossakin määrin ulkopuolinen paine. Kun säätiöiden tai yhdistysten omistamien valtion tukea saaneiden hoitolaitoksien valtionapu vähentyi, ja muutenkin niiden taloudellinen kannattavuus heikkeni, niiden ”pelastamisesta” kohdistui jopa valtakunnallisen tason poliittinen paine Hyksiin. Tällaisten

tapahtumien seurauksena Hyks osti ja liitti omaan toimintaansa Allergiasäätiöltä allergiasairaalan, Radium-Kodilta sädehoitoklinikan, Sotainvalidien Veljesliitolta aivovammasairaalan ja Helsingin Munuaistautiyhdistykseltä avohoitodialyysiaseman. Mukana tuli myös henkilöstöhallinnollisia vaikeuksia siksi, että yksityisten ja säätiöiden laitosten henkilöstön palvelussuhteet olivat yleensä parempia kuin Hyksin. Kun näin Hyksin sairaansijamäärä lisääntyi, valtiolta siirsi omaa rakentamisvelvollisuuttaan eteenpäin ja lopulta vuonna 1990 totesi, ettei se rakennakaan enempää sairaansijoja, mutta ei myöskään Hyks enää tahtonut laajentua.

2 Aktiiviseen terveystalouteen

Sen jälkeen, kun kansanterveyslaki tuli voimaan ja sairaalalakiin lisättiin suunnittelua koskevat velvoitteet, valtioneuvoston hyväksymillä valtakunnallisilla kansanterveys suunnitelmilla ja sairaanhoidon suunnitelmilla annettiin yleiset velvoittavat terveystaloutelliset ohjeet terveyden- ja sairaanhoidon kehittämiseksi. Niiden avulla terveystaloutteen lisäksi toteutettiin myös muuta valtakunnallista aluepolitiikkaa. Periaatteena oli, että kansanterveystaloutteen toteuttaminen aloitettiin Pohjois- ja Itä-Suomesta, missä terveydenhuolto oli heikosti kehittynyt. Tämän ajattelun mukainen toteuttamismenettely jatkui aina 1980-luvun loppupuolelle saakka, jolloin Uudenmaan terveyskeskukset saivat viimeisimpinä perusinvestointinsa. (Niemivuo 1979, Salmela 1988.)

Rakenteellisesti Uusimaa ei ole yhtenäinen ja tasapainoinen, vaan siinä on voimakkaasti kehittyviä, taloudellisesti elinvoimaisia, tiheästi asuttuja ja kaupunkimaisia kuntia ja alueita sekä harvaan asuttuja, maaseutumaisia alueita, väestömäärältään ja taloudelliselta kantokyvyltään pienehköjä kuntia. Voimakkaita alueita ovat Itä-Uusimaa Porvoon ja Loviisan seuduilta, Länsi-Uusimaa Lohjan ja Tammisaaren seuduilta, keskeinen Uusimaa pääradan varrelta Hyvinkään, Järvenpään ja Keravan alueilta sekä pääkaupunkiseudulta Espoo, Vantaa ja Helsinki, jotka kaikki ovat kasvavia alueita. Näille kaikille oli työllistävä vaikutus omiin asioihinsa, kehittää omia hyvinvointipalveluitaan ja palvelurakennettaan sekä siten vahvistaa kuntarakennettaan.

Kun Uusimaa ei väestömääränsä ja tarpeensa edellyttämässä laajuudessa päässyt osalliseksi perusterveydenhuollon investointivaroista, etsittiin korvausta sairaalarakentamisesta, johon jäi tilaa. Uudistettiin, laajennettiin tai rakennettiin sekä perustettiin Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään, Porvoon ja Jorvin erikoislääkärijohtoiset sairaalat. Samaan luettiin voi lisätä hieman myöhemmin toteutetun Peijaksen sairaalan rakentamisen. Näin kansanterveystaloutteen toteuttamisen viivästyminen on ollut seurauksena terveystaloutteen painottumisen erikoissairaanhoidon Uudellamaalla enemmän kuin muualla Suomessa, ja työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on muodostunut erikoissairaanhoidon painotteiseksi.

Valtakunnalliseen terveystaloutteen ja sairaanhoidon kehittämiseen paneutuneet asiantuntijat ja hallintoviranhaltijat, jo lähes alusta alkaen, eivät pitäneet oikeana sitä, että terveystaloutteen järjestämisen suunnittelu jaettiin kahteen toisistaan lähes irrallaan oleviin kansanterveystaloutteen ja sairaanhoidon suunnitelmiin. Tämänkaltaisessa suunnittelujärjestelmässä nähtiin osan terveyden vaikuttavista tekijöistä jäävän huomioon ottamatta ja saatavan johtaa vinoutuneeseen lopputulokseen. Parempaan pidettiin sitä, että kansanterveys-

työstä ja sairaanhoidosta laadittaisiin yhtenäinen kokonaisvaltainen kehittämissuunnitelma, jolloin sen osien toisiaan tukevasta toiminnasta voitaisiin luoda parempi kuva. Samalla voitaisiin ja tulisi tarkastella myös sosiaalitoimen mahdollisuuksia terveyspalveluja lähellä olevan hoivan ja tuen antamisesta. (Pitsinki 1975, Sinkkonen-Nikkilä 1988, 38, Huttunen 1997.)

Uudenmaan läänin alueella tilanne vääristyi kansanterveystyön osalta vielä siinäkin mielessä, että Helsingin kaupungin tahdon mukaisesti sen erikoissairaanhoidon, kaupunginsairaala, siirrettiin kansanterveyslain alaiseksi toiminnaksi. Valtiovalta oli kyllä siihen hyvinkin halukas koettaessaan hidastaa silläkin tavalla valtionosuuskasvua. Toisaalta valtiovalta halutessaan osoittaa yleensä terveyskeskustoiminnan laajentumista viittasi julkisessa tiedottamisessaan myös Helsingin ja muidenkin kaupunkien kansanterveystyöhön siirrettyjen erikoislääkärijohtoisten kaupunginsairaaloiden hoitopaikkojen lukumäärään tahtoeensa todistella kansanterveystyöhön panostamistaan ja terveyskeskusten sairaansijojen lukumäärän kasvua. Helsingin kaupunginsairaalan siirto kansanterveystyön toiminnaksi hidasti samalla merkittävästi Helsingin kaupungin kokonaisvaltaista perusterveydenhuollon ja sen sairaanhoidon kehittymistä. Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon toimialojen johdossa olevat asiantuntijat halusivat kuitenkin edelleen korostaa erikoissairaanhoidon asemaa ja merkitystä ja ryhtyivät suunnittelemaan Koskelan sairaalan alueelle uutta, suurta erikoissairaanhoidon erityistason sairaalaa, josta toteutuessaan olisi tullut Hyksille kilpailija, mutta hanke sittemmin kariutui.

Uudenmaan alueellisen sairaanhoidon suunnitelman laatimiseen osallistuivat alueen sairaalakuntainliitoissa käytännön toiminnasta vastaavat henkilöt. Samoin meneteltiin Hyksissäkin, missä Hyksin oma henkilökunta lääketieteellisen erikoisalalan johtamisesta vastaavien kanssa ja heidän ohjeittensa mukaan laati oman sairaalansa (Hyksin) suunnitelman. Sairaalakuntainliittojen tekemien suunnitelmien pohjalta Hyks (alueellisen suunnittelun yhteistoimintaelin) kokosi keskussairaalapiirin alueellista sairaanhoidon toimintaa ohjaavan suunnitelman ja teki esitykset kiinteistörakentamisesta. 1970-luvun alkuun mennessä oli aluesairaalat lähes kokonaan rakennettu, paitsi Peijaksen sairaala. Kuntainliittojen omistamat aluesairaalat olivat tavallisimpien yleissairauksien hoitoon tarkoitettuja sairaaloita, joiden näkökohdat otettiin jokseenkin riittävän hyvin huomioon aluesuunnitelmaa laadittaessa. Vaikka alueellinen suunnitelma, jota Hyksissä oleva asiantuntemus jopa dominoi ja josta kullakin suunnittelukierroksella oli käyty alustavat neuvottelut lääninhallituksen kanssa, oli Hyks-painotteinen, oli asioista voitu neuvotella myös sairaaloiden kesken ja sopia ”pitkin hampain”.

Yleensä alueellisen suunnittelun yhteistoimintaelimessä käsitelty ja Hyksin liittovaltuuston hyväksymä alueellinen suunnitelma, vahvistettiin valtion viranomaisessa, ellei valtakunnallisessa aluepolitiikassa tapahtunut suunnanmuutosta. Näin kuitenkin tapahtui Peijaksen sairaalan osalta. Hyks oli jo vuoden 1974 alueellisessa suunnitelmassa sijoittanut Peijaksen sairaalan ensisijassa rakennettavien kiinteistöjen luetteloon ja myös lääkintöhallitus piti sairaalan rakentamista tarpeellisena. Se säilyi suunnitelmissa etusijoilla seuraavinkin vuosina, kunnes lääkintöhallitus laatiessaan sairaalahankkeiden 10-vuotisojelmaa vuosiksi 1979-1988 ryhtyi sitä vastustamaan eikä esittänyt sairaalahankkeisiin Peijaksen sairaalaa. Lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosasto oli samoilla linjoilla ja Hyksin liittohallitus aikaisemmista kannanotoista poiketen poisti suunnitelmastaan Peijaksen rakentamisen. Tästä nousi häly ja neuvotteluja käytiin jopa hallitustasolla. Kun valtioneuvosto sitten vahvisti vuosien 1979-1988 sairaanhoidon investointisuunnitelman, oli siihen mer-

kitty Hyksin keskussairaala-alueelle erikoislääkärijohtoisten sairaaloiden hankkeita varten määräraha, mutta vasta vuodelle 1986. Hyksin liittovaltuusto hyväksyessään alueellisen sairaanhoitosuunnitelman piti Peijaksen sairaalan rakentamista tärkeänä Peijaksen (vastualueen) sairaanhoitoalueen erikoislääkärijohtoisten hoitomahdollisuuksien huomattavan puutteen johdosta.

Kun muissa Uudenmaan sairaaloissa toimintaa kehitettiin hyväksytyyn suunnitelman mukaisesti, niin Hyksin toiminnallisen organisaation professionaalinen taso itsenäisyyttään korostaen ei sitoutunut aluesuunnittelujärjestelmään ja tehtyyn suunnitelmaan riittävästi. Sen voimakas huomio sairaanhoidossa kiinnittyi lääketieteellisen kehittämisen puolelle. Siinä ajattelussa väestöpohjasta ja väestötarpeista lähtevä toiminnan kehittäminen oli etäistä. Myöhemmin, kun perustettiin erikoisalakohtaisia alueellisia työryhmiä, joihin tuli jäseniä aluesairaaloista ja Hyksin erikoisalojen klinikoista, Hyksin sitoutuminen suunnitelmaan ehkä lisääntyi, joskin ”tietäväisyys” muita sairaaloita kohtaan säilyi ja toi mukanaan erikoisalakohtaisia ristiriitaisuuksia etenkin silloin, kun keskustelu koski toimintojen rationalisointia. Professionaalinen reviiirin vartiointi oli perinteistä ja voimakasta.

Alueellisella sairaanhoidon suunnitelmalla Hyks jonkin verran yhtenäisti ja yhdenmukaisti sairaaloiden toimintaa, mutta muutoin sairaalat toimivat oman talousarvionsa puitteissa itsenäisesti. Uudenmaan sairaalakuntainliittojen sairaaloissa toimittiin aktiivisen myönteisesti alueellisen suunnitelman mukaisesti. Sairaalakeskukset pyrkivät huolehtimaan kokonaisvaltaisesti alueensa sairaanhoidosta. Työnjakoa ja potilasohjausta sekä sairaanhoidon porrastusta alettiin jonkin verran saada aikaan aluesairaaloiden ja Hyksin kesken 1980-luvulla. Potilasohjaus ja hoidon porrastus toimivat alhaalta ylöspäin. Hyks keskitti kuitenkin itselleen toimintaa porrastuksen ideologiassa enemmän, kuin olisi ollut tarpeen. Tästä syntyi jännitteitä Hyksin ja muiden sairaaloiden välillä. Aluesuunnitelman mukaisesti Uudellamaalla psykiatrista sairaanhoitoa siirrettiin lähemmäksi somaattista sairaanhoitoa ja psykiatrista avohoitoa lisättiin, vaikkakaan ei riittävästi. Siitä lähtien kehityksen mukana tapahtunut psykiatrisen sairaanhoidon yhdistäminen muuhun erikoissairaanhoidon on muuttanut mielenterveyden sairauden, psykiatrian, sairaudeksi muiden sairauksien joukossa.

Vaikka Uudenmaan alueella oli useita kuntainliittojen aluesairaaloita ja mielisairaaloita, alkoi alueellinen sairaanhoitosuunnitelma ohjata niiden toimintaa ja kehittämistä vähin erin. Tähän oli omalta osaltaan vaikuttamassa myös se, että kuntainliitolle annettiin investointeihin ja toimintaan valtionosuutta hyväksytyyn toimintasuunnitelman mukaisesti. Sairaalakuntainliittojen liittovaltuustoissa toimintasuunnitelmia ja talousarvioita hyväksyttäessä säilyi tietty pidättyväisyys kustannuksia lisäävissä päätöksissä. Kuntainliittojen ja peruskuntien kesken ei juuri ollut menojen osalta erimielisyyksiä. Toisaalta hyväksytyt toimintasuunnitelma oli takeena siitä, että valtio oli sen mukaisesti tukemassa sairaalan toimintaa.

Sen sijaan Hyksin ja peruskuntien kesken oli kustannuksien nousun johdosta erimielisyyksiä ja tietyt ne syntyivät ensisijaisesti määrärahoista. Kansanterveytyön ja sairaanhoitosuunnitelmien laadinnan yhteydessä kunnat koettivat selvittää Hyksin tasoisen sairaanhoidon tarpeessa olevien potilaitensa määrää ja pyrkivät Hyksin kanssa sopimaan talousarvionsa varattavasta määrärahasta. Kuitenkin selvityksistä huolimatta Hyksin talousarviossa olivat suuremmat summat ja vuoden lopussa monissa kunnissa havaittiin Hyksissä olleen myös potilaita enemmän kuin oli arvioitu. Samanaikaisesti, kun aluesairaaloihin saatiin lisää hoitopaikkoja, Hyksissä syntyi potilasjonoja. Tämänkaltaiseen kehitykseen oli useita syitä.

Kun 1970- ja 1980-luvulla perusterveydenhuoltoon saatiin resurssilisäyksiä ja lääkä-

rityövoimaa tutkimaan potilaita, erikoissairaanhoidon lähettäjiä määrä kasvoi. Myös aluesairaaloista lähetettiin Hyksiin potilaita saamaan hoitoa. Pääkaupunkiseudun yksityislääkäreillä oli läheteosoitteena yleisimmin Hyks, ei niinkään aluesairaala, ja jos potilas vaikkapa terveyskeskuksessa vaati päästä hoidettavaksi Hyksiin, lääkäri potilassuhteen säilyttämiseksi ei kieltäytynyt antamasta sinne lähetettä. Kun Hyks ei harrastanut yhteistyötä aluesairaaloitten kanssa, saati peruskunnan terveyskeskuksen kanssa, potilaat jäivät Hyksin hoidettaviksi tai Hyksin potilasjonoon. Yksinkertaisen lauseen ‘oikea potilas oikeassa paikassa’ periaatteen soveltamista vaikeuttivat monet seikat, joilla ei ollut mitään tekemistä potilasturvallisuuden kanssa. (Haastattelu 2001.)

Toisaalta kunnalliset luottamushenkilöt arvostivat Hyksiä sen korkean hoitotason vuoksi ja tahtoivat antaa kuntalaisille parasta saatavissa olevaa hoitoa. Hyksin sairaalan hoitopäivän korkeasta hinnasta heillä oli kuitenkin harhakäsitys. He vertasivat sitä kunnan talousarviossa esitettyyn paikallissairaalan (kunnansairaalan) tai aluesairaalan hoitopäivähintaan ja näkivät niiden olevan suhteellisen lähellä toisiaan huomaamatta, että kunnansairaalan hoitopäivähinta oli ilmoitettu bruttohintana (kaikki kustannukset ilman valtionapua ja muita tuloja) ja Hyksin ja aluesairaalan hoitopäivähinta nettohintana (kaikki kustannukset vähennettynä valtionavulla ja muilla tuloilla). Helsinkiläiset olivat tottuneet pitämään Hyksiä omana sairaalanaan, jonne hakeuduttiin helposti, olihan Hyksin henkilökunnassakin (lääkäreillä ja hoitohenkilökunnalla) käsityksiä, että sairaala on tarkoitettu vain helsinkiläisille, kun sairaala on Helsingin kaupungissa. Toisaalta myös Helsingin terveyskeskuksen lääkärit lähettivät varsin herkästi perusterveydenhuollon potilaita Hyksin tutkittavaksi. Tämä kuormitti Hyksin poliklinikoita usein tarpeettomasti. Se, että Helsingin perusterveydenhuolto ei ollut varautunut riittävästi ottamaan potilaita perushoitoon, johti siihen, että Hyksin osastoille jäi hoitoon sellaisia potilaita, joiden sairaudenmukainen hoitopaikka olisi ollut terveyskeskuksen sairaala.

3 Sairaanhoitopiirien ja Hyksin yhteistyö

Erikoissairaanhoidon uudistamisen yhteydessä Uudellamaalla käydyissä keskusteluissa ja päätöksien teossa vaikuttivat erilaiset, toisilleen vastakkaiset mielipiteet merkittävästi sekä kunnallisella että valtiollisella tasolla. Kysymyksessä ei aina ollut ajatusten rationaalisuus, vaan siinä olivat niin paikallispoliittiset näkemykset kuin taloudellisetkin seikat. Mukana toimivat jo aikaisemmin Helsingin ja suurimmalta osalta pääkaupunkiseudun muiden kuntien kesken syntyneet vastakohtaisuudet. Kun sosiaali- ja terveysministeriön, STM, erikoissairaanhoidon hallintoa käsitelleissä lakien valmistelutyöryhmissä pidettiin parhaimpina lähtökohtana sitä, että jokaisessa keskussairaala-alueessa olisi vain yksi sairaanhoitopiiri, työryhmien helsinkiläisedustajat eivät halunneet Uudellemaalle yhtä sairaanhoitopiiriä, koska Helsingin arveltiin joutuvan maksamaan Uudenmaan muiden kuntien käyttöosuuksia. Sen vuoksi he vaativat Helsingille omaa piiriä, eivätkä olleet kiinnostuneet siitä, mitä muulle Uudellemaalle tapahtuu. Toisaalta myöskään Uudenmaan muut kunnat eivät pitäneet hyväksyttävänä sitä, että Hyks olisi liitetty Helsingin sairaanhoitopiiriin, koska ne arvelivat jäävänsä silloin ”äänettömiksi yhtiökumppaneiksi”. Uudenmaan Liitto teki sairaanhoidon hallintojärjestelystä luonnoksen, johon sisältyi kaksi ehdotusta: 1) yksi yhteinen sairaanhoitopiiri tai 2) kussakin vastuualueessa/sairaanhoitoalueessa (7) toimii kuntainliiton omis-

tama sairaala, joka vastaa alueensa sairaanhoidosta, ja jonka keskussairaalan on Hyks. Jonkinlaisena kompromissina syntyi kaksi sairaanhoitopiiriä, Helsingin sairaanhoitopiiri ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Lisäksi säädettiin erillislaki Hyksin asemasta. Hyks-neuvottelukuntamekanismilla ja sen valmisteluelimellä Hyks-toimikunnalla integroitiin Hyks alueelliseen kokonaisuuteen. Tämän mekaniikan avulla olisi pitänyt syntyä alueellista yhteistyötä sekä työnjakoa ja siihen liittyvää potilasohjausta Hyksin ja sairaanhoitopiirien sekä myös terveyskeskusten kesken. Näin ei kuitenkaan alkanut tapahtua.

STM huolestui Uudenmaan alueella tapahtuvasta kehityksestä, että Hyks toimi käytännön tasolla erillään Helsingin sairaanhoitopiirin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin palvelujärjestelmästä. Hyks ei sitoutunut yhteistoimintaan Helsingin sairaanhoitopiirin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eikä kunnallishallinnon ja kansanterveystyön edustajien kanssa. Organisaatiot toimivat omien intressiensä mukaisesti eikä sitoutumista alueelliseen kokonaisvaltaiseen tahdonmuodostukseen ollut. Kun Hyks ”putosi” kahden sairaanhoitopiirin väliin, oli se Hyksin terveydenhuollon ammattilaisten mielestä epämieluisia. Sairaanhoidon professionaaliset asiantuntijat katsoivat vain omaa reviiiriään ja sen asemaa. Seuraus oli, että Hyksissä *tieteellinen tutkimus lisääntyi ja alettiin keskittyä korkeatasoiseen erikoissairaanhoidon, koska yliopisto oli haluton sopimaan lääkärikoulutuksen antamisesta sairaanhoitopiirien sairaaloissa.* Tavanomaiset erikoissairaanhoidon *perustason* potilaat vähenivät, eivätkä riittäneet täyttämään opetuksen tarpeita. Ongelmaa yritettiin ratkaista Hyksin neuvoteltua Helsingin kaupungin kanssa siten, että Helsingin kaupungin Läntisen suurpiirin potilaita olisi voitu tuoda Hyksiin hoidettavaksi. Sen mukaisesti STM antoi siitä määräyksen. *Tämä työnjako ei toiminut käytännössä, vaikka Hyksin hallitus ja Helsingin kaupunki olivat sen hyväksyneet.* Lääkärit eivät Hyksissä eivätkä Helsingin kaupungin sairaaloissa pystyneet tai halunneet noudattaa sitä. Toisaalta tämä hoidollinen järjestelmä synnytti kaupunkilaisten keskuudessa erimielisyyttä ja käsitystä eriarvoisuudesta, sillä sen katsottiin asettavan Läntisen suurpiirin asukkaat muita kaupunkilaisia parempaan asemaan. Läntisen suurpiirin tuominen Hyksin hoitoon oli osa (helsinkiäisten ja Huttusen) suunnitelmasta liittää Hyks Helsingin kaupungin toimintaan. (Haastattelu 2001.)

Vaikka aikaisemmin Uuras-toimikunta oli ehdottanut Helsingin yliopistossa annettavan lääkärikoulutuksen siirtämistä tapahtuvaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa, STM ei ottanut siihen kantaa eikä tehnyt asiasta ehdotusta yliopistolle. Tähän toimettomuuteen vaikuttivat yliopisto-opettajien kielteinen mielipide ja lääketieteellisen tiedekunnan käsitys, etteivät opettajat voi siirtyä opetustehtävässään toiseen paikkaan. Lähellä pidettiin sitä, että potilaiden on tultava sinne, missä opetusta annetaan. Yliopistolla oli kuitenkin sitä ennen ollut kauan sopimuksia eräiden Helsingin sairaaloiden sekä Meltolan sairaalan kanssa opetuksen antamisesta.

Helsingin sairaanhoitopiirin, HSHP, hallinnosta vastasi kaupungin terveysvirasto. Kaupungin kansanterveystyötä varten oli kaupunkiin muodostettu seitsemän suurpiiriä, joiden toimintaa johti ja kehitti kukin terveyslautakunnan jaosto. Sen sijaan erikoissairaanhoidon järjestämistä varten ei ollut erillisiä alueittaisia luottamushenkilöorgaaneja. Erikoissairaanhoidon järjestäminen kuului terveysviraston sairaaloastolle. Toiminta organisoitiin vertikaalisesti erikoisalakohtaisesti toimialoittain (divisioonamalli), mikä vanhastaan oli ollut kaupungin sairaaloissa käytössä. Toimialajohtajan päättäntä- ja ratkaisuvallta säilyi entisellään. Samankaltainen entisen säilyttäminen ja uuden torjuminen oli myös niissä neuvotteluissa, joita selvitysmiesten ehdotusten perusteella käytiin Hyksin ja Helsingin sairaanhoitopiirin kesken 1990-luvun alkupuolella ja puolivälissä rationalisoinnista ja eräiden

toimintojen siirtämiseksi Hyksiin. Keskusteluissa toimintoja haluttiin uudistaa, mutta kun puhuttiin jonkin Helsingin sairaalan toiminnan antamisesta Hyksin tehtäväksi, muutosvastarinta oli ajoittain voimakas. Helsingin oma sairaanhoidon professionaalinen organisaatio vastusti. Helsingin sairaaloissa oli oma, varsin pitkältä ajalta kehittynyt jäykkä kulttuuri. Syntyneen vastustuksen vuoksi ei kaikkia siirrettäviksi ajateltuja sairaalatoimintoja saatu annetuksi Hyksin hoidettaviksi. Aina ei vastustettu uutta, mutta vanhasta luopuminen koettiin mahdottomaksi. Haveri (1995, 88) katsoo tämän liittyvän tulevaan muutoksen, missä oman aseman muuttumisesta, joko parempaan tai heikompaan suuntaan, ei olla aivan varmoja. Asia sai joissakin määrin kohtuuttoman mittasuhteen, kun Hyksin ja Helsingin kaupunginsairaalan ammattilaiset ”keskustelivat” Helsingin kaupunginvaltuutettujen ja muiden päättäjien välityksellä ohi esimiestensä. Valtuustossa oli nähtävissä jakautumista kahtia ”Hyks-puolueeseen” ja ”Helsingin sairaanhoitopiiripuolueeseen”. Keskusteluissa oli kysymys siitä, kumpi saa enemmän painoarvoa ratkaisuisissa Hyks vai Helsinki. Taustalla oli kilpailu resursseista ja etenkin asemasta. Kaupungin määrärahoja olivat tahtomassa Helsingin kaupungin sairaalat sekä Hyks. (Haastattelu 2001.)

Helsingin sairaanhoitopiirin, HSHP, ja Hyksin keskeiset keskustelut päivystyksen ja työnjaon järjestämisestä olivat moninaiset, pitkät ja vaikeat. *Työnjakosopimus toteutui huonosti.* Helsingin kaupunki (Helsingin terveyskeskus) ei kyennyt tarjoamaan riittävästi paikkoja niille potilaille, jotka eivät olisi tarvinneet yliopistosairaalan hoitoa. Helsingin näkökulmasta oli nähtävissä myös se, että Hyks otti mielellään hoitoonsa ”vähemmän tärkeitä potilaita” opetustarkoituksiin. Nämä molemmat seikat johtivat siihen, että potilaita hoidettiin Hyksissä ja Helsingissä liian pitkään, liian kalliilla paikalla. Eri sairauksia varten oli niin Helsingissä kuin Hyksissäkin laadittu hoitoketjusuunnitelmia, joiden mukaisesti potilas olisi tullut siirtää tarvetta vastaavaan hoitopaikkaan joko ”ylöspäin” tai ”alaspäin”. Hoitoketjut toimivat kuitenkin vain yksikön sisällä olevana ohjeena.

Uudenmaan sairaanhoitopiirin, USHP, organisatorisen ja hallinnollisen järjestelyn perusajatteluna oli, että kunnat ohjaavat sairaanhoitoa ja että sairaanhoitoalueille (aluksi osavastuualue) annetaan kohtuullisen paljon päätäntävaltaa. Alusta alkaen lähdettiin siitä, että kukin sairaala on ja toimii omana yksikkönään. Sairaanhoitopiirin keskushallinto, valtuusto ja hallitus määrittivät yleiset tavoitteet ja niiden puitteet, joihin sairaanhoitoalueiden tuli sopeutua. Piirin keskushallinto valvoi, että tehtyjä päätöksiä noudatettiin. Sairaanhoitoalueen lautakunta (ensin johtokunta-nimi) toimi yhteistyössä alueen kuntien kanssa melko vapaasti sääntöjen ja hyväksytyin talousarvionsa puitteissa. Alussa kaikkien sairaanhoitoalueiden johtoryhmät muodostivat sairaanhoitopiirin johtoryhmän, mutta sen työskentely havaittiin varsin pian heikkotehoiseksi. Sääntöjä muutettiin niin, että piirin johtoryhmän muodostivat vain alueiden johtajat. Siten saatiin toimiva, innovatiivinen ja yhteistä toimintaa kehittävä johtoryhmätyö aikaan. Sairaanhoitoalueen johtoryhmän oli alueen sairaalan toiminnan hoitamiseksi laadittavista suunnitelmista ja talousarviosta neuvoteltava kuntien ja terveyskeskusten kanssa. Näin päätösvalta ja suunnittelu oli siirretty lähelle toimeenpanokohdetta sopeutumaan sen vaatimuksiin. Piirin toiminnan alkuvuosina kuntien sairaanhoitoon varaamat määrärahat olivat alibudjetoituja, mutta sairaanhoitoalueella tapahtuneen vilpittömän yhteistyön ja neuvottelujen seurauksena budjetointi tuli realistisemmaksi. (Haastattelu 2001.)

Uudenmaan sairaanhoitopiirin toiminta vaihteli sairaanhoitoalueittain jonkin verran toisistaan, olihan sairaanhoitoalueiden väestön määrän ja sen ikärakenteen koostumuksessakin eroja. Jos jonkin sairaanhoitoalueen kunnat tahtoivat jonkin asian hoidettavaksi tietyllä

tavalla, oli se sitten toimintoja lisäävää tai vähentävää ja vastata siitä ja sen kustannuksista, ei keskushallinto siihen yleensä puuttunut. Hallinnollisen ohjauksen ja päätöksenteon siirtäminen mahdollisimman lähelle kuntia ja kuntalaisia olivat lakiehdotuksessa olleita hallituksen perusteluja. Alueellisella demokratialla oli vahva asema. Selvä konsensus oli siitä, että kun on kysymys kalliiden laitteiden hankkimisesta, se täytyy suunnitella koko piirin puitteissa eikä vain yhtä sairaanhoitoaluetta varten. Kunnat olivat järkeviä näissä asioissa. Yleensä sairaanhoitopiirin toiminta sopeutettiin kuntien tahtoon. Kunnallinen demokratia toimi. USHP:n organisoinnissa noudatettiin amerikkalaisissa suuryrityksissä toteutettua ja käytössä ollutta hallintotapaa, minkä voidaan sanoa olevan samanaikaisesti tiukasti keskitetty, mutta toiminnassa antavan suuria vapauksia toimintayksikölle. Organisaatio oli matala ja sen johto vähäinen. Toimintaa ja sen kehittämistä koskeva päätöksenteko oli hajautettu sairaanhoitoalueille, joten alueella olevat toivomukset voitiin ottaa huomioon terveydenhuollon kehittämisessä ja toteuttamisessa. Lautakuntatasolla voitiin neuvotella toiminnan toteuttamiskysymyksistä ja tarkastella henkilökunnan toiminnan tuloksellisuutta. Organisaation eri tasoilla voitiin analyttisesti osallistua päätöksentekoon, joten se arvosti työntekijöitä ja niiden työyhteisöjä sekä tuki autonomiaa, ritteliäisyyttä ja siten tuottavuutta. (Peters-Waterman 1982, 9, 13-15, Ryynänen 1996, 83, Stewart 1983, 11-12, Haveri-Majoinen 2000, 13, 20,37, Sairaanhoitopiirin ..., Haastattelu 2001.)

USHP:n aikana kunnilla oli yhteys sairaanhoitopiirin hallintoon joko suoraan tai sairaanhoitoalueen ja sen lautakunnan kautta, joissa oli kuntien luottamushenkilöitä päättäjinä mukana. Yhteydenpito toteutui varsin hyvin. Piirin valtuusto keskusteli ja päätti strategisesta suunnittelusta ja muista isoista asioista. Uudenmaan lääninhallituksen kanssa laadittiin 1995 lähtien piirin ja sen alueiden tavoiteohjelmia ja alueilla tehtiin yksityiskohtaisempia tavoitesuunnitelmia yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken. USHP:n sairaanhoitoalueiden ja niiden terveyskeskusten kesken tehtiin joustavaa yhteistyötä. Terveyskeskusten lääkäreille mahdollistettiin joko työskentelyjakso sairaalassa tai tutustuminen sairaalan toimintamahdollisuuksiin ja toisaalta sairaaloiden lääkärit kävivät tutustumassa terveyskeskusten työskentelymahdollisuuksiin. Näin tietoisuus toisista ja keskinäinen tiedonvaihto kasvoi ja hoidon porrastus parani. 1990-luvun puolen välin jälkeen USHP:ssä oli joillakin erikoisaloilla sairaaloiden keskeistä yhteistyötä ja tarkoitus oli selvittää, mitä yhteistyötä sairaalat voivat tehdä keskenään, mihin ”rooleihin” sairaalat voivat erikoistua. Yhteistyö terveyskeskusten ja kuntien kanssa syveni koko ajan ja toiminnoissaan sairaalat ja terveyskeskukset lähestyivät toisiaan uuden toimintatavan vahvistuessa. (Haastattelu 2001.)

USHP:ssä syntyneen yhteisiin tavoitteisiin pyrkivän ja alueiden välisten epäkohtien poistamiseen tähänneen oman toimintakulttuurin kehittyminen auttoi tekemään suuria ja joskus ikäviäkin ratkaisuja. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyksiä yhdistettiin rationalisoinnin ja kustannussäästöjen saamiseksi. Ikäviä olivat Meltolan ja Ohkolan sairaalan lakkauttamiset ja päätös Kiljavan sairaalan lopettamisesta, Tammiharjun sairaalan toimintojen osittainen muuttaminen ja Knipnäsän sairaalan toiminnan sulkeminen sekä henkilökunnan supistaminen. Ratkaisuilla sopeutettiin piirin toimintaa lääketieteen ja hoidon kehityksessä sekä yhteiskunnassa tapahtuneisiin muutoksiin. Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kuntien maksuosuudet käyttömenoihin laskivat vuoden 1992 kokonaissummasta 1.350 mmk:sta vuoden 1995 kokonaissummaan 1.311 mmk:aan. Maksuosuus alentui kaikilla muilla alueilla paitsi Peijaksen sairaanhoitoalueelle, jossa tapahtui Peijaksen sairaalan käyttöönotto. Samoina ajanjaksoina piirin hoitojaksojen määrä kasvoi 77.793 hoitojak-

sosta 90.045 hoitajaksoon.

Meltolan sairaalan lakkauttamisella saatiin säästöä erikoissairaanhoidon kustannuksiin, mutta kunnallisen terveyden- ja sairaanhoidon sekä sosiaalipalvelujen kokonaiskustannuksia tarkasteltaessa voidaan asettaa kyseenalaiseksi, kuinka paljon kustannuksia siinä todellisuudessa säästy. Karjaan kaupunki osti sairaalan, vuokrasi sen Folkhälsanille ja osti taas siltä vuorostaan kaupungin tarvitsemat (Meltolan terveydenedistämisalueen) perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelut, joiden ilmoitettiin tulevan kaupungille halvemmaksi kuin sen itsensä tuottamat. Kaupungin yksityistetyssä terveydenhuollossa näin ei kuitenkaan tapahtunut, sillä Meltolan terveydenedistämisalueen palvelujen hinta kohosi ennakolta ilmoitettua suuremmaksi ja vielä lisäksi lääninhallituksen arvioinnissa vanhusenhoito ja terveydenhoito todettiin Uudenmaan tehottomimmaksi. Kaupunki yritti rajoittaa HUSin sairaaloiden käyttöä, mutta lääninhallituksen kanta oli, että kunnan on vastattava tarpeellisen erikoissairaanhoidonkin antamisesta lain mukaisesti ja totesi Karjaan terveydenhuollon menojen olevan merkittävästi maan keskiarvoa korkeammat. Koska Meltolan terveydenedistämisalueen kustannukset olivat ajaa Karjaan kaupungin taloudellisesti kestävämmään tilaan, edellytti Karjaan valtuusto Folkhälsanin kanssa tehdyn sopimuksen hintoja muutettavaksi, sillä ainoat säästöt oli mahdollista saada sosiaali- ja terveysmenoissa. Monopoliaseman saanut Folkhälsan piti Karjaan vaatimusta 10-12 miljoonan vähennyksestä 42 miljoonan markan sopimuksesta rajuna ja mahdottomana toteuttaa. (Helsingin Sanomat 23.2.2001, 1.4.2001, 30.9.2001, 9.10.2001, 25.10.2001, 12.11.2001.)

Lähes samantyyppinen tapaus näyttää olevan Kiljavankin sairaala. On tehty tarvittavat päätökset Kiljavan sairaalan käytöstä luopumisesta ja erikoissairaanhoidon siirtämisestä Hyvinkään sairaalaan. Luopumispäätöksen teosta lähtien on etsitty Kiljavan sairaalalle käyttäjää ja käyttötarkoitusta. Asian selvittämistä varten perustettu työryhmä on tehnyt tarjouksia ja saanut tarjouksia. Useita vaihtoehtoja on ollut esillä. Työryhmän pohja-ajatukseksi on ollut, että peruskunnat perustaisivat kiinteistöyhtiön, joka ostaisi sairaalan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. Kiinteistöyhtiö vuorostaan vuokraisi sairaalan yhdelle isolle päätoimijalle, joka vuorostaan antaisi palveluja. Viimeisimpänä vaihtoehtona on ollut, että päävuokralaiseksi tulisi Mehiläisen tytäryhtiö Kunta-Mehiläinen. Mehiläinen kuitenkin edellytti, että kunnat sitoutuvat täyttämään 120 sairaansijaa 200 sairaansijasta ja ostamaan palvelut Mehiläiseltä. Sairaalan muusta käytöstä huolehtisi Mehiläinen itse. Tosiasia lienee tässäkin tapauksessa, että kustannuksia voidaan erikoissairaanhoidossa vähentää, kun ne siirretään kunnan kustantamaan perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen järjestämän hoidon kustannuksiksi. (Linkki 3/2000, Helsingin Sanomat 24.8.2001, 4.9.2001.)

1990-luvun alkuvuosina USHPn tavoitteleva työnjako Hyksin kanssa ei toteutunut perinteisen toimintakulttuurin hitaan sopeutumisen vuoksi. *Hyksissä hoidettiin aivan liian paljon perustason erikoissairaanhoidon potilaita* kaikilta USHPn sairaanhoitoalueilta. *Lähettävän lääkärin mielipiteille ei Hyksissä juuri annettu arvoa.* Hyksiin tutkimusta varten lähetettyä potilasta iso organisaatio pyöritti organisaationsa synnyttämistä impulsseista toiseen ja jokainen impulssi nosti kustannuksia. Lähettävälle lääkärille ei potilaasta annettu väliaikatietoja, ei loppuyhteenvetoa, eikä häntä palautettu oman lääkärisä hoitoon. Hyks oli kuin musta aukko. Yhteistyötä oli vain alhaalta ylöspäin, toisin päin ei yhtään. Sen sijaan suorissa yhteyksissään lääkäri pyynnöstä sai varsinkin vaikeiden asioiden hoitamisessa Hyksistä erinomaista palvelua. Lääketieteellisessä mielessä Hyks on laadukas ja erinomainen paikka, mutta hallinnollisissa asioissa ja potilaiden palauttamisessa sen yhteydet eivät toimi. (Haastattelu 2001.)

Lopulta pakon edessä työnjaon ja hoidon porrastuksesta käydyissä neuvotteluissa US-HPn ja Hyksin sekä toisaalta Hyksin ja Helsingin sairaanhoitopiirin kesken päästiin varsin nopeasti (lokakuu 1996) sopimukseen, vaikkakin Hyksin oli aluksi vaikeaa ymmärtää, että sen olisi rajoitettava perustason erikoissairaanhoidon antamista piirien potilaille ja ohjattava potilaita piirien sairaaloihin. Tämänkaltaisen ajattelu oli Hyksin kulttuurissa vierasta reviirijattelun ollessa voimakasta. Sopimuksen mukainen työnjako alkuvaiheessa ontui ja siinä oli erikoisalakohtaisia eroja. Sisätaudeissa työnjako ja potilasohjaus toteutuivat suhteellisen nopeasti ja helposti. Hyksin kirurgian ”omnipotenttisen” toimintatavan johdosta työnjakosopimusta ei kaikissa yksiköissä ”huomattu”, joten toteuttamisen aloittaminen viivästy i lähes vuodella. Tämän jälkeen se kuitenkin alkoi toimia, mutta ei ehtinyt ennen sairaanhoitopiirin lakkauttamista täysin toteutua.

Kun STM vaati tietoja Helsingin sairaanhoitopiirin ja Hyksin sekä Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Hyksin yhteistyön ja työnjakosopimuksen ensimmäisen vuoden 1997 toteutumisesta, ei Hyksissä sen toimintatavasta johtuen ollut näyttöjä. Poliitikot hermostuivat kustannusten nousunäkymien sekä sairaalatoimessa olevan kunnallisen ohjausvoiman tehottomuuden takia. Kahden sairaanhoitopiirin ratkaisulla oli arvioitu saatavan erikoissairaanhoidon kustannukset hallintaan ja turvattavan paikallisesti Uudenmaan alueella väestölle lähipalvelut. Hyksin ajateltiin pysyvän kuntaohjauksessa ja kehittyvän sitä mukaa kuin työnjaon ja sen mukaisen potilasohjauksen perusteella tilataan palveluja. Käytännössä sairaanhoitopiirit ja työnjakosopimukset eivät kuitenkaan varsinaisesti muuttaneet aikaisempaa käytäntöä. Professionaalinen reviiritaistelu ja siihen pohjautuva itseriittoinen toimintakulttuuri olivat vahvoja ja lähes muuttumattomia. Tämä ei tyydyttänyt päätöksentekijöitä. Kuntien edustajien ja valtion viranomaisten keskuudessa yhteistuumin syntyi tilanne, jossa vaadittiin sairaanhoitojärjestelmän hallinnollisiin rakenteisiin ja toiminnan järjestelyihin muutoksia.

Tähän tilanteeseen oli johtamassa valtakunnassa tapahtunut talouden heikentyminen. 1990-luvun alussa alkaneen talouslaman vaikutus alkoi tuntua kuntataloudessa viivästyneenä. Työttömyys lisääntyi, kuntien verotulot vähenivät ja sosiaalikulut kasvoivat. Terveyden- ja sairaanhoidon kulut eivät noudattaneet taloudessa tapahtunutta supistusta, vaan säilyivät jokseenkin ennallaan. Kuntien ahdinkoa lisäsi vielä se, että vuoden 1993 alusta kuntien saama valtioneuvosto muuttui ja se maksettiin siitä lähtien kunnalle, kun se aikaisemmin oli maksettu sairaalan ylläpitäjälle eli kuntayhtymälle, mutta tosiasiallisesti pienentyneenä yleistukena. Korvamerkittyä avustusta ei enää ollut, kuten aikaisemmin oli asianlaia. Terveydenhoidon määrärahat kilpailivat muiden kunnallisten menojen kanssa. Kunnat myönsivät vuosittain omien taloudellisten mahdollisuuksiensa mukaisesti erikoissairaanhoidon määrärahat ja toivoivat sairaalan sopeuttavan toimintansa siihen, mutta usein laskutetut menot ylittivät varatun määrärahan. Seurauksena oli, että käytiin keskustelua siitä, oliko kunta antanut liian pienen määrärahan vai oliko sairaala hoitanut sellaisia potilaita, joita olisi voitu hoitaa halvempihintaisessa hoitopaikassa.

Vuodesta 1996 vuoteen 1999 Hyksin avohoitokäynneistä käytti Helsingin kaupunki noin 53-56 % ja hoitajaksoista noin 50-53 %, Espoo käynneistä 14-13 % ja hoitajaksoista 12-10 % sekä Vantaa käynneistä noin 12-10 % ja hoitajaksoista 11 %. Uudenmaan muut kunnat käyttivät sekä käynneistä että hoitajaksoista kummastakin yhteensä noin 20 %. Uudenmaan sairaanhoitoalueiden kunnat ja terveyskeskukset saattoivat vaikuttaa lähisairaalaansa toimintaan ohjaavasti, mutta Hyksin toimintaan niillä ei ollut vaikutusta. Helsingin kaupungin tilanne näytti samankaltaiselta, ongelmalliselta.

4 HUSin terveystalitiikka ja toiminta

.1 Hallinnon järjestäminen

Uudenmaan alueen erikoissairaanhoitossa olevien ongelmien poistamiseksi perustettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS, ja muotoiltiin sen organisaatio. Siitä ptettess tulivat jonkin verran mukaan aikaisemmat kuntien väliset erimielisyydet ja niiden vaikutus. Etenkin Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallintoon vaikuttaneet olisivat halunneet, että ensin olisi selvitetty Helsingin sairaanhoitopiirin ja Hyksin toiminnassa olevat ongelmat, jolloin ne olisivat paremmin yksilöitävissä. Vasta sen jälkeen olisi tullut ryhtyä organisoimaan koko järjestelmää.

Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallituksen puheenjohtaja Erkki Verjnkorva 20.2.1996 puhuessaan sairaanhoitopiirien toiminnan järjestämistä käsitelleessä tilaisuudessa epäili piirien yhdistämisestä saatavia etuja. Hän katsoi trkeemmksi tehtäväksi Hyksin ja Helsingin sairaanhoitopiirin yhteistoiminnan tehostamisen ja Helsingin kaupungin alueella olevien päällekkäisyyksien purkamisen. Mikäli liikakustannuksia aiheuttavia rakenteita ei poistettaisi, ne ktkeytyisivt yhdistämisessä helposti suuremman organisaation sisään. Kolmen organisaation yhdistämisessä ongelmat hautautuisivat suurten lukujen keskimrisyyksiin eikä ongelmakohtia enää etsittisi eikä niihin puututtaisi. Hän totesi Uudenmaan sairaanhoitopiirissä organisaation ja toiminnan saneeratun kovalla kädellä ja sairaanhoitopiirin yhteistyön Hyksin kanssa kehittyneen myönteisesti.

Tätä ongelmien selvittelyä ei kuitenkaan hyväksytty, vaan lähdettiin suuruuden ekonomin kautta hakemaan tehokkuustekijit, joilla olisi edullista vaikutusta erikoissairaanhoiton investointeihin, niiden käyttöön sekä sairaanhoidon toimintaan. Puerto-tyrryhmlle välitettiin näkemys Uudenmaan sairaanhoito-organisaatioiden yhdistämisen välttämättömyydestä. Tyrryhm valmisteli nopeasti ehdotuksensa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin perustamisesta ja sen hallinnosta. Muutoksesta tehtiin tekninen. Se korosti johdon merkitystä, ja jätti organisaatioon jäljelle konfliktit ja eritasoisten ryhmien keskinäisen valta-asematavoittelun.

Luottamushenkilöorganisaatio muodostettiin pyramidimallin mukaisesti valtuuston, hallituksen, lautakunnan ja johtokunnan käsittäväksi. Valtuuston nimrist sairaanhoitoalueittain Hyvinkään sairaanhoitoalueen kunnilla on yhteensä 116 ääntä, Lohjan sairaanhoitoalueen kunnilla 69, Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen kunnilla 37, Porvoon sairaanhoitoalueen kunnilla 65, Hyks-toimialueen kunnilla 699 ääntä ja Helsingin yliopistolla 99 ääntä. HUSia perustettaessa toiminta- ja täytäntöönpanovalta keskitettiin hallitukselle, jolla hallintosäännön mukaan on valta puuttua varsin yksityiskohtaisiinkin asioihin. Sen on kiinnitettävä huomiota mm. toimintatavoitteiden toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen, valtakunnallisten ja erityisvastuualuekohtaisten tehtävien toteuttamiseen, hallinnon ohjaukseen sekä yliopistollisen terveystieteellisen opetus- ja tutkimustoiminnan järjestämiseen.

Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialueella eli Hyks/Jorvin, Hyks/Peijaksen ja Hyks/Helsingin sairaaloiden toimialueilla ei ole (paikallista) alueellista autonomiaa, vaan päätösvalta on keskitetty yhtymän hallitukselle, varsin kauaksi kuntalaisista ja kunnallisesta pttjst. (ks. 32: HUS-piirin luottamushenkilöorganisaatio.) Tällä keskussairaalan toimialueella on useita sairaaloita ja enin osa sairaansijoista, henkilökunnasta ja noin 85 % toiminnasta, joten keskitystä voidaan pitää voimakkaana. Päätöksenteko

sairaaloiden moninaisten tehtävien sopeuttamiseksi ja uudistamiseksi kysyntää vastaaviksi suuressa byrokraattisessa organisaatiossa muodostuu hitaaksi, myöhässä tapahtuvaksi ja konservatiiviseksi eikä joustavaksi kuten hajautetussa, desentralisoidussa organisaatiossa. Järjestelyt eivät tue muutokseen lähdetessä tavoitteeksi otettua kuntien ohjausvoiman ja alueellisen demokratian lisäämistä. Päätöksenteko ja toiminnan ohjaaminen sekä kuntalaisten ja käyttäjien mielipiteen tulo esille etäännyttiin. Kuntalaisten vaikutusmahdollisuuksia pienennettiin.

Toisaalta hyväksyttiin osittain Uudenmaan sairaanhoitopiirissä myönteisesti toiminut ”keskitetty, mutta toiminnallisesti hajautettu” ja innovatiivisesti toiminut organisaatio kuitenkin siten, että neljälle sairaanhoitoalueelle - Länsi-Uusimaan, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sairaanhoitoalueille - jäi päätösvallaltaan supistettuna lautakunta huolehtimaan alueellisesta sairaanhoidon järjestämisestä. Aikaisemmin lautakunnalla oli valmistelu- ja täytäntöönpanoasioiden lisäksi oikeus hyväksyä talousarvionsa käyttösuunnitelma. Uudistettujen sääntöjen mukaan sen hyväksyy yhtymän hallitus, lautakunta voi talousarvionsa puitteissa vain noin viiden prosentin rajoissa suunnata toimintoja. Lisäksi lautakunnalta poistettiin joitakin virkavalintoihin liittyviä ja muutamia pienempiä ratkaisu- ja päätäntämahdollisuuksia. Alueellista autonomiaa siis supistettiin ja toimintaa jäykistettiin. Lautakunnalle ei jäänyt mahdollisuuksia sopeuttaa alueellista toimintaa kysynnän ja vaatimuksien mukaisesti joustavasti käytettävissä olevien määrärahojen puitteissa paikallisiin tarpeisiin. Tämä valta oli keskitetty kuntayhtymän hallitukselle, kun perusteellinen muutos hallintoajattelussa olisi edellyttänyt hajautetun vallan käyttöä eli toiminnallista valtaa olisi pitänyt siirtää alaspäin. Hyks/Jorvin, Hyks/Peijaksen ja Hyks/Helsingin sairaalat alueille perustettiin johtokunnat, joilla ei ole päätösvaltaa. Niiden tehtävänä on keskustelutasolla huolehtia perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon sujuvasta yhteistyöstä sekä palveluiden saatavuudesta ja tasosta. Käytännössä johtokunnat ovat muodostuneet keskusteluelimiksi, joiden ei edes odoteta tekevän esityksiä hallitukselle. Organisaatio- ja toimivaltaratkaisut tehtiin Helsingin kaupungin ja yliopiston tahdon mukaisesti, eivätkä ne noudattaneet Puerto-työryhmän ja hallituksen esityksessä olleita tavoitteita ja periaatteita. Kunnallista päätäntävaltaa vähennettiin ja uudistamisen tavoitteeksi asetettu kuntien ohjausvoiman lisääminen heikennettiin entisestäänkin.

Toiminnan tehokkuuden ja joustavuuden turvaamiseksi olisi voitu hallituksen esityksen (HE 94/1988) edellytysten mukaisesti antaa lautakunnalle/johtokunnalle riittävä päätösvalta yksittäisten hallintopäätösten ja juoksevaa hallintotoimintaa koskevien ratkaisujen osalta. Tämä olisi vahvistanut kansanvaltaa paikallisen demokratian kautta sekä lisännyt tulosohjauksen toimivuutta. Päätöksenteko olisi voitu tuoda myös Helsingin kaupungin alueella (esim. Helsingin ”sairaala-alueissa”) lautakunnalle tai sairaalan lautakunnalle lähelle kuntalaista. Se olisi vahvistanut terveydenhoidossa kunnallista demokratiaa ja ottanut toiminnan järjestämisessä huomioon enemmän paikallisia näkökohtia, tuonut taloudellista vastuuta sekä saavuttanut paremmin kuntalaisten ymmärtämystä suhteessa menojen määrään ja toiminnan järjestämiseen. Sairaaloille olisi voitu antaa hyväksytyin työnjaon mukaiseen toimintaan toimintavapautta ja mahdollisuus kilpailla palvelujen toimivuudella ja hinnoittelulla. Sairaaloiden työnjakomalli oli tullut hyväksytyksi jo aikaisemmin. Tämänkaltainen toimintajousto tehostaisi tulosjohtamista. Sen toimivuuteen hallituksella olisi mahdollisuutta panostaa enemmän ja valvoa sen toteutumista.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallinnollis-toiminnallinen viranhaltijaorganisaatioon sijoitettiin ”korinpohjamallin” mukaisesti *kaksi toisiinsa nähden ristikkäistä*

(pyramidinen hierarkkinen malli versus diagonaalimalli) hierarkkista *ohjausmallia* eli ”käskyttämislinjau”, toisaalta alueittainen ja toisaalta linjahallinto seuraavasti:

1. Sairaanhoitoalueelle/sairaalalle hyväksyttiin kokonaisvaltaisesti toimiva ja alueellisesti vastuullinen, hierarkkinen malli. Siinä tulosalueen eli sairaanhoitoalueen/sairaalan (Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Hyvinkään ja Porvoon sekä Hyks/Jorvin ja Hyks/Peijaksen sairaalan) johtaja on vastuullinen koko alueen/sairaalan toiminnan ja talouden kehittämisestä. (ks. Kaavio 10: HUSin organisaatiopiirros.)

2. Hyksin/Helsingin sairaalat -tulosalueella, jossa kuntayhtymän toimitusjohtaja on tulosalueen johtaja, hyväksyttiin professionaalinen, asiantuntemusta korostava vertikaalinen hierarkkinen toimialakohtainen johtamismalli. Hyksin *tulosyksikköjako vastaa toimialajakoa*. Hyks/Helsingin sairaaloiden tulosyksikön johtaja on samalla koko HUS-kuntayhtymän erikoisalalan toimialajohtaja, jonka toimivalta ulottuu kaikkiin sairaanhoitopiirin sairaaloihin. Tässä mallissa on tulosalueen johtajan vastuu ei ole sairaalakohtaista, vaan on ”viipaloituu ja päätetty” erikoisalakohtaiseksi koko HUS- alueen käsittäväksi. Vaikutus ulottuu koko HUS-organisaation toiminnalliseen osaan. (ks. Liite 26: Sairaansijat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tulosalueittain ja erikoisaloittain.)

Kun koko kuntayhtymän toimialueiden toimintaa johdetaan toimialanäkökulmasta eli *organisaation sisään tehdyn divisioonamallin mukaisesti*, antaa se sellaisenaan *toimialajohtajalle ohjausvaltaa* ohi tulosalueen (sairaanhoitoalueen ja sairaalan) johtajan ilman vastuuta. Erikoisalojen itsenäisyyttä korostamalla on organisaatioon luotu *ristikkäinen käsky- ja ohjaussuhde*, joka mahdollistaa epäselvyyksien ja ristiriitojen syntymisen, kun toiminnallisilla henkilöillä on todellisuudessa kaksi esimiestä, joiden toimintatavat, tavoitteet, käsitukset ja vastuut todellisista toimintamahdollisuuksista voivat olla erilaiset. Tavanomaista on byrokraattisessa sairaalaympäristössä, että toimialan (johtaja-) ylilääkärin mielipide on voimakas, se tulee otetuksi huomioon ja ohittaa paikallisen (sairaalan) johtajan mielipiteen. Näin heikennetään paikallisten (sairaalan) johtoryhmien päätöksiä ja tuodaan työyhteisöön ristiriitoja. Monipolvinen hierarkkinen hallintokoneisto vaimentaa merkittävästi johtamisen tehoa ja tilanteen huomioon ottamista. Isoon ja moniportaiseen byrokraattiseen organisaatioon sisältyy ilmiö, että hallinnolliset päätökset, joita voi tulla kahdelta taholta, miedontuvat ja menettävät noudatettavuuttaan kullakin hallintotasolla kulkiessaan hallintoketjussa alemmille hallintotasoille. (Haastattelu 2001.) Peters-Waterman (1982) ja Haveri-Majoinen (2000) ovat käsitelleet samaa aihetta ja katsovat, että suuri ja moniportainen organisaatio ja siihen kuuluva käskyvaltojen ristiriitaisuus vähentää aloitteellisuutta, innovaatiota ja heikentää yksilön mahdollisuuksia vaikuttaa oman toimintansa ja työnsä kehittämiseen sekä tuo siten mukanaan tehottomuuden siemenen.

Kun kuntayhtymän toimintaa johdetaan merkittävästi *divisioonamallin* mukaisesti eli kullakin lääketieteellisellä erikoisalalla on oma johtajansa, jolla on kliininen autonomia, seuraa siitä, että hän keskittyy juuri oman erikoisalansa kehittämiseen ja tutkimiseen. Tieteen tekeminen, ”tieteellinen kilpailu”, saa suuren osan. Syntyy ”norsunluotorni-ilmiö”. Asioita tarkastellaan vain omasta näkökulmasta lähtien ja puolustetaan siihen liittyviä seikkoja. Tämä on kyllä ymmärrettävää, sillä ovathan toimialajohtajat tehneet omaa tieteellistä työtään, puolustaneet sitä ja haluavat edelleen kunnianhimoisesti kehittää sitä. Hallintorakenteessa olevia hoidon järjestämiseen liittyviä ongelmia ei nähdä eikä potilaan kulkua siinä ”viidakossa”. Kuntayhtymän sairaanhoidon kehittämistäkin tarkastellaan oman tieteenalan näkökohdasta lähtien, vähemmän tuottavuuteen pyrkivän sairaanhoitotoimen johtamisen näkökulmasta. Pannaan niukemmin painoa päätöksenteossa taloudellisille, hallinnollisille

ja kunnallispoliittisille tekijöille. Tulosjohtamisen arvot hajaantuvat ja ohjautuvat oman ja työyhteisönsä edun tavoitteluun. Yhteistyö ja sovittelu toisten toimialojen, tieteenalojen, kanssa muodostuu vähäiseksi. Henkilön vaikuttavuudesta riippuu, minkälaisen aseman hän saa organisaatiossa ja sen toiminnassa. Oman asemansa tai oman professionsa aseman puolustamiseen ja edistämiseen käytetty kapasiteetti eliminoi toiminnan volyyymia ja annettaessa asiaan kuuluvaa informaatiota valikoiduille päätöksentekijöille muokkaa sitä. Tämänkaltaisesta epävirallisen vaikutussuhteen syntymisestä Dahl puhuu kertoessaan johtajuuteen liittyvästä kunnianhimosta ja oman asemansa vahvistamisesta. (Dahl 1963, 89-95, Kinnunen 1992, 9-10, Simon 1965, 12, Tuomiranta 2001, 14, Haastattelu 2001.)

Uutta organisaatiota luotaessa oli tarkoitus parantaa johdettavuutta ja tuottavuutta, mutta ristiriitaisen elementtien olemassaolo tulosjohtamisessa ja johtamisen keskinäinen ristiriitaisuus hajottavat hallinnon uudistamisen periaatteet. Näin ollen tulosjohtamisen mallien periaatteet eivät toimi. Uuden organisaation ja siinä uuden julkisen johtamisen toivottiin lisäävän palveluja ja joustavuutta, mutta se vaatii hallinnon ristiriitaisuuksien poistamista ja johtamisesta vastaavilta pitkäjännitteistä sitoutumista poliittisen ohjauksen hyväksyntään suunnitelmiin ja tavoitteisiin sekä johtamistaitojen kehittämistä. (Haveri-Majoinen 2000, 22, Temmes 1994 c, 297-302, Haveri 1997, 31, 34.)

Keskitetyn sairaanhoidon asiantuntijajohto toimii eriytyneesti ja kukin organisaatio omista lähtökohdistaan. Siinä toimivilla professionaalisilla toimijoilla on hyvin vähän yhteistyötä luottamustoimielimien hallinnon kanssa. Sen kollegiaalinen organisaatio toimii omien intressiensä mukaisesti eikä sen johdolla ole riittävää taitoa uudistaa ja johtaa hallintokoneistoa eikä sitoutumista alueelliseen tahdonmuodostukseen ja tavoitteisiin. Kunnallispoliittisille päättäjille ei silloin myöskään välity yhteistä kuntayhtymää palvelevaa tasapainoista esitystä, jonka perusteella poliittiset päätöksentekijät voisivat HUSin hallituksessa tehdä alueellisesti yhteen sovitettuja ratkaisuja. Alueellista tahdonmuodostusta tukeva tavoite syrjäytyy. (Haastattelu 2001.)

Tyytymättömyyttä HUSin hallituksen toimintaan ja tehtyihin päätöksiin on esitetty esiin myös julkisesti. On arveltu, että olisi parempi perustaa HUSin hallitus hallinnon, talouden ja sairaanhoidon asiantuntijoista, koska ”monijäseninen ja ristiriitaisia intressejä palveleva luottamusmiesjoukko ei kykene sellaiseen strategiseen ajatteluun ja päätöksentekoon, joita nyt tarvitaan” sekä jättää poliittinen valvonta yhtymän valtuustolle. Tämä ajatus herättää kysymyksen, eikö HUSin ylimmän johdon (johtoryhmän), jossa on hallinnollista, taloudellista, lääketieteellistä ja hoidollista asiantuntemusta ja kokemusta, pitäisi pystyä tekemään hallitukselle perusteltuja, koko yhtymän terveydenhuollon toteuttamiseen ja taloudelliseen pohjaan rakentuvia strategisia päätösehdotuksia. Hallintoa johtavien viranhaltijoiden tehtäviin kuuluu palvella päätöksentekijää niissä ongelmissa, joiden kanssa organisaatio joutuu tekemiseen. Heidän on hallittava hallinnon toimeenpanoprosesseja ja niiden seurauksia. Päätöksentekijöiden tehtävänä on päättää poliittishallinnollisesta päätöksenteosta. Poliittisten päätöksentekijöiden päätökset ovat viranhaltijoita velvoittavia, mutta monipuolinen, kyselevä, asiallinen ja päätöksenteon perusteita selvittävä keskustelu vahvistaisi strategia-päätöstä ja antaisi toimivalle johdolle vankkaa tukea. (Simpanen (a) 2002, Raivio 2002, Stenvall 2000, 18-21, 32.)

Samaan ajatusryppäaseen kuuluu myös se ihmettely, miksi suuren osan vuorokaudesta tyhjinä seisovia poliklinikka- ja toimenpidetiloja ei vuokrata yksityislääkäritoimintaan täyden korvauksen periaatteella eli tehtäisiin ”yksityis-Hyks”. Tyhjinä seisovien tilojen ongelma on muissakin sairaaloissa, ei ainoastaan Hyksissä. Tähän asiaan on kiinnittänyt

huomiota myös HUSin hallituksen varapuheenjohtaja (Simpanen (b) 2003). Julkisen palveluorganisaation tulisi herkästi reagoida toiminta- ja työskentelytapojen uudistamisessa ympäristön muutoksiin ja vaatimuksiin ja löydettävä niihin ratkaisuja. Tämän asian periaatteellinen ratkaisu on kuntayhtymän hallituksen käsissä, mutta se vaatii hallituksen päättäväksi tehtyä esitystä, minkä perusteella voidaan ratkaista pidennetäänkö vuorokautista poliklinikka- ja muuta vastaanottoa ja minkälaiset ovat annettavat yleisohjeet työvuoroluetteloiden laatimisperiaatteista. Tämä ongelma pienenee, jos palvelutarjonnan lisäämisessä ja kysynnän tyydyttämisessä otettaisiin huomioon enenevässä määrin asiakkaiden tarpeet ja vaatimukset. Palvelujen lisäämisessä ajanvarauspotilaiden vastaanottoa voi jatkaa nykyistä käytäntöä pidempään järjestämällä säännöllisenä työaikana iltapoliklinikka, etukäteen pitkiksi tiedettyjä leikkauksia ja muitakin lääkäripalveluja. Työnantajan ja viranhaltijoiden välisissä keskusteluissa on löydettävissä uusia toimintatapoja ja ongelmien ratkaisuja lääkäreiden työaikajärjestelyihin, jotka sopivat yhteen sairaalan palvelutoiminnan kanssa. Työaikajärjestelyjen toteuttamistavoilla on suuri merkitys palveluresurssien tehokkaan käytön, henkilöstön yksilöllisten tarpeiden ja työsuojelun kannalta. (Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2001-2002, Lääkärisopimus 2001-2002, 9, 17-20, 36-47, 52-57, 101-102, Anttila 2002, Heiskanen 1984, 45, 57-60, 102-105, Temmes 1991, 202, 208.)

Sairaanhoidopiirejä on moitittu isännättömiksi organisaatioiksi, joissa kunta-alan päättäjät eivät hallitse taloudellisuutta. Näin varmaan monessa tapauksessa voidaan sanoa olevankin. Mikäli lähidemokratia pakenee nykyistä kauemmaksi sairaanhoidon hallinnosta ja taloudesta sekä niistä lähes piittaamatonta päätäntävaltaa siirtyy vielä enemmän sairaanhoidon ammattilaisille, isännättömyys on tosiasia. Organisaation erikoissairanhoidon asiantuntijaohjat ovat kollegiaalisesti sitoutuneet enemmän professioonsa ja sen toimintatapoihin kuin tehtyihin suunnitelmiin ja asetettuihin tavoitteisiin sopeutumatta kunnallistalouden antamiin rajoihin. Kollegiaalisuuden velvollisuudesta poikkeava ”*omavaltainen johtaja tärvää myös yhteistyön ainakin Helsingin yliopiston kanssa?*” Kun vielä taloudellisen ja hallinnollisen ristiriidan syntyessä puolustaudutaan professionaalisilla näkökohdilla ja vetäydytään kliinisen autonomian taakse, jäävät luottamustoimielimet ”aseettomiksi”. Erikoissairanhoidoa koskevat päätökset eivät kuitenkaan ole yksinomaan lääketieteellisiä tai eettisiä. Julkiseen johtamiseen liittyvät myös oleelliset liiketaloudelliset ja liikkeenjohdolliset elementit. Päätöksiin kytkeytyvät taloudelliset, hallinnolliset, henkilöstö- ja kunnallispoliittiset tekijät. Kuntatalous on se pohja, jonka talouden rajallisuuteen on sopeuduttava. (Tuomiranta 2001, 9-10, 13-14, Temmes 1991, 201, Karpakka 2002, Raivio 2002, Husari 6/2000.)

Uutta keskitettyä ja kuntien ohjausvoimaa heikentänyttä organisaatiomallia on puolusteltu sillä, että HUS on suuri, monipuolinen ja laajalla alueella toimiva organisaatio. Sen päätökset on tehtävä keskitetysti, jotta organisaation toiminta saataisiin tehokkaaksi. Hallinto ja toiminnan järjestäminen on nähty mekaanisena, jossa on vähän merkitystä potilailla ja henkilökunnan toimilla. Keskitetty hallinto ja siinä päättäminen ei saavuta tavoitteita, jos johtamisessa on puutteellisuutta. Keskitetyllä hallintojärjestelmällä on hajautettua heikompi mahdollisuus ottaa vastaan tietoa ja joustavasti muuttua vastaamaan paikallisiin tarpeisiin. Vaikka tavoitteena on toteuttaa kuntayhtymän alueella samantasoista sairaanhoidoa, on sen eri alueilla väestö- ym. seikoista erilaisia vaatimuksia, jotka tulee ottaa huomioon terveydenhuollon toteuttamisessa. Paikallisella toteuttamistasolla on parempi tuntemus alueen tarpeista ja asiakasläheinen toiminnan kehittämistavoite. (Haveri 1997, 47, Haveri-Ma-

joinen 2000, 20.)

Norjassa, missä erikoissairaanhoidon sairaalalaitos otettiin kokonaisuudessaan valtion hallintaan, tehtiin toisenlainen hallintomalli. Norjan sairaalahallinnon uudistuksessa erillisorganisaatiot keskitettiin yhdeksi organisaatioksi, mutta samalla se hajautettiin yksikkökoh-taiseksi ja alueellisesti vastuulliseksi organisaatioksi. Norjassa sairaalan (terveysyrityksen) johtokunnan on otettava huomioon sairaalan toiminta ja palveluja arvioivan vaaleilla valitun neuvontaelimen neuvot. Sairaalan on myös hankittava potilaiden ja käyttäjien kokemuksista tiedot, annetut neuvot ja mielipiteet sekä käsiteltävä ne suunnitelmien laadinnan yhteydes-sä. Toiminnan, jossa hoidon tilaaja ja tuottaja on erotettu, on perustuttava taloudellisuuteen. Vastaavanlaisia hallintomalleja on myös muissa pohjoismaissa ja Englannissa. (Lov om helsetoretak 2000, Kingdom 1996, Ham 1985, United Kingdom 1999, Klein 1998, Royce 2000, Stjernberg and Wennerberg 1980, Bolstad 2000, The Norwegian Social... 2000, HiT Sweden 2001, Grønvald - Alban 1995.)

HUS-kuntayhtymän toimitusjohtajan tehtäviin on määrätty koko kuntayhtymän opera-tiivinen toiminnan johtaminen. Hänellä on myös vastuu valtuuston ja hallituksen asettamien tavoitteiden saavuttamisesta sekä mm. kliinisen palvelutuotannon johtamisesta ja koordi-noinnista, talouden seurannasta, edunvalvonnasta, toiminnan kehittämisestä sekä yhtymän ulkoisista suhteista. Tämän kaiken ohessa hän on samanaikaisesti Hyks/Helsingin sairaalat tulosalueen johtaja. Voidakseen käytännössä strategisesti ja operatiivisesti johtaa HUS-kun-tayhtymää toimitusjohtajan työmäärää olisi vähennettävä, jotta hänellä olisi mahdollisuus ”jalkautua tehtaan lattialle”. Näin hän voisi perehtyä eri toimipaikoissa tehtävään työhön. Johtajuus rakentuu oleellisesti työn tarkoituksen ja tavoitteiden varaan, mutta keskeiseksi nousee vuorovaikutus johtajan ja johdettavien välillä. Samalla voi tarkastella, miten työ- ja toimintatavat on sovellettu HUSin tavoitteisiin. Niiden perusteella hänen on oltava valmis tekemään selkeitä esityksiä hallitukselle ongelmien poistamiseksi ja tavoitteeseen pääse-miseksi. Johtajan tehtävänä on vastata poliittishallinnollisen päätöksentekojärjestelmän toimivuuden vaatimista esityksistä ja hallinnon kehittämisen mikro- ja makrotasojen näkö-kulmat. Lähtökohtana tulee olla toiminnan ja hallinnon tehokkuuden edistäminen toimin-nan joustavuutta rajoittavia esteitä purkamalla, päätösvallan hajauttamisella sekä ohjauksen tulos- ja strategiakeskeisyydellä. Johtajan on toiminnassaan säilytettävä julkisen hallinnon perinteiset johtamisarvot ja kyky sovitella eri puolueiden ja intressiryhmien ajoittaisia ristikkäisiä vaatimuksia. Terveystenhoitoa voi ja pitää johtaa kuin mitä tahansa palvelutoi-mintaa. Johtajan on ymmärrettävä lukuja ja selvitettävä, mikä on palvelujen toteuttamisen kannalta tärkeää, ja sovitettava se palvelutarpeeseen. Ongelmien ratkaisua ei voi rakentaa yksinomaan rahan määrään, pitää tehdä myös rakenteellisia ratkaisuja, jos ne tuovat sääs-töjä. Terveystenhoito ei saavuta tavoitteita, jos johtaminen on huono. (Haveri 1995, 78-79, Lehto 2002, Karpakka 2002, Stenvall 2000, 28-29, Temmes 1991, 201-202, 216, Heiskanen 1984, 45.)

Kuntayhtymän toimintaa ja taloutta koordinoidaan HUS-kuntayhtymän johtoryhmässä, johon kuuluvat toimitusjohtaja, varatoimitusjohtajat, hallintojohtaja, tulosalueiden johtajat, toimialajohtajat, hallintoylihoitaja ja henkilökunnan edustus. Johtoryhmän koko on tämän osallistujamäärän perusteella noin 30 henkeä. Kun johtoryhmän, joka on noinkin suuri, tu-lisi keskustella ja käsitellä koko kuntayhtymän toimintaa, sen kehittämistä ja yhdenmukais-tamista sekä suunnittelua ja taloutta (*arvioida kuntayhtymän käyttötalouden ja pääoma-talouden kulujen keskinäistä suhdetta ja pääomamenojen ajoitusta sopeutettuna kuntien ilmoittamiin talouslukuihin*) pohdiskelevasti ja tasapainottavasti, voidaan oikeutetusti aset-

taa kyseenalaiseksi, kykeneekö se siihen. Peters-Waterman (1982) katsoo, että ryhmätyötä tekevää ryhmää kasvattamalla yli kymmenhenkiseksi ei sen käyttöön saada yhtään lisää henkistä pääomaa. Koska hieman yli puolet HUSin johtoryhmän jäsenistä on toimialajohdajia, jotka luonnollisesti puolustavat ja haluavat kehittää oman erikoisalansa toimintaa, on mahdollista, että heidän osuutensa asioista keskusteltaessa ja ehdotuksista äänestettäessä painottuu liikaa. Tuon suuruudessa ryhmässä osanottajat eivät voi keskustella vapaasti ja kommentoida toistensa esille tuomia ajatuksia, joten ryhmässä joudutaan jakamaan puheenvuoroja ja kuulemaan sarja ajatuksia. Näin johtoryhmän kokoukset muodostuvatkin tiedotustilaisuudeksi, jossa yhtymän johto tai kokouksen osanottajat ilmoittavat tarpeellisiksi katsomiaan asioita. Ryhmän koolla on merkittävä vaikutus viestinnän luonteeseen. (Peters-Waterman 1982, 32, Haveri 1995, 78-79, Helsingin Sanomat 15.9.2001, 'Yli seitsemän hengen ryhmätyö ei vain toimi', Haastattelu 2001.)

.2 Päätäjien ja toimijoiden keskinäisestä luottamuksesta

Kunnallisessa elämässä on tapana luottamushenkilöiden kesken keskustella valmisteluun toisesti esiin tulevista asioista ja sopia niissä noudatettavista menettelytavoista ja ratkaisujen tavoitteista, joiden mukaisesti viranhaltijat valmistelevat asioita päätösten tekoa varten tai, jos asioista päättäminen on viranhaltijan tehtävänä, ratkaisevat suuret asiat luottamus-toimielimessä käydyssä keskustelun periaatteiden mukaisesti. Keskusteluissa valmistellaan yleispiirteisiä tavoitteita ja toimintaperusteita. Tämä kaikki perustuu molemminpuoliseen luottamukseen. Viranhaltijalle annetaan arvoa ja kunnioitetaan hänen asemaansa ja toisaalta viranhaltija arvostaa luottamushenkilöiden tahtoa ohjata hänen ja organisaation toimintaa. Tämä edellyttää toisaalta myös sitä, että viranhaltija vilpittömästi tiedottaa luottamustoimielimelle, jos jostakin syystä annettuja ohjeita ei voisi noudattaa, ja keskustelee uusista esiin tulleista asioista vaikuttavista tekijöistä. Tämänkaltaisen avoin menettely ja molemminpuolinen luottamus, antaa viranhaltijalle toimintavapautta ja varmuutta suunnitella ja kehittää toimintaa yhteisesti hyväksytyyn suuntaan.

Puerto-työryhmä selvitellessään Helsingin, Uudenmaan ja Hyksin erikoissairaanhoidon tilaa ja siinä olevia ongelmia kiinnitti huomiota perusselvityksen tehneen Ojalan tavoin päätöksentekijöiden ja operatiivisen johdon välillä olevaan luottamuspulaan. Mielipiteiden vaihtoa ei nähty olevan riittävästi ja luottamushenkilöiden tiedonsaanti haluamistaan asioista oli jäänyt puutteelliseksi.

Valtioneuvosto esityksessään (HE 164/1998) katsoi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä voitavan tuottaa väestön tarvitsemat terveydenhuollon palvelut 1.400-2.800 silloista henkilöä vähemmällä henkilökunnalla. Vähentäminen voitaisiin toteuttaa mm. siten, ettei määräaikaisen henkilökunnan työsuhteita jatkettaisi.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin perustamisvaiheessa eri toimikunnat ja työryhmät (mm. Omahus ja Toka) valmistelivat omalta osaltaan periaatteita ja ohjeita, joiden mukaisesti olisi tullut HUSissa tehdä päätöksiä ja toimia. Järjestelytoimikunta käsitteli henkilöstöasioita. Sille annettujen asiantuntijaselvitysten mukaisesti toimintojen yhdistäminen ja päällekkäisten toimintojen poistaminen olisi vähentänyt työvoiman tarvetta lähes tuhannella henkilöllä. Tämä olisi järjestelytoimikunnalle annettujen tietojen mukaan voitu tehdä toiminnan kärsimättä tai hidastumatta. Näiden edellytysten vallitessa järjestelytoimikunnassa käytiin keskustelu, jossa sovittiin, että henkilökunnan vähentäminen voidaan tehdä si-

ten, että määräaikaiseksi palkattujen työsopimusta ei uudisteta. Tällä tavoin vajaan vuoden kuluessa olisi voitu henkilökunnan määrä supistaa tavoiteltuun lukuun ilman irtisanomisia tai erottamisia. Tämän varmistukseksi järjestelytoimikunta päätti, että toimintoja uudelleen järjesteltäessä, etenkin pääkaupunkiseudulla, organisaation ulkopuolelta ei saa palkata vakinaiseen palvelussuhteeseen muuten kuin varatoimitusjohtajan luvalla. Luottamushenkilöt uskoivat HUSin hallinnossa näin toimittavan, vaikka myöhemmin hyväksyttävän hallintosäännön toimintaohjeeseen tuli lausumaksi, että toimitusjohtaja ja varatoimitusjohtaja päättävät henkilökunnan palkkaamisesta ja he voivat delegoida valtaa alaspäin toimialajohtajille. Kuitenkaan henkilökunta ei vähentynyt, vaan sitä oli jatkuvasti palkattu ilman, että siihen edellytettyä lupaa olisi kysytty henkilöstöasioista vastaavalta varatoimitusjohtajalta. (Haastattelu 2001.)

Organisaatiomuutoksen yhteydessä HUSin palvelukseen vuoden 2000 alussa siirtyi kaikkiaan 18.411 henkilöä. Kun organisaatioiden yhdistämisessä piti henkilökunnan määrän vähentyä, niin se päinvastoin lisääntyi. Vuoden lopussa henkilöstön kokonaismäärä oli 18.953 henkeä eli henkilöstö kasvoi 542 hengellä vuoden 2000 aikana. Vuoden 2001 heinäkuun alussa oli henkilökunnan kokonaismäärä 20.653 henkeä eli lisäystä vuoden alusta lukien oli 1.700 henkeä, mutta määrä supistui vuoden loppuun mennessä 19.866 henkilöön. Lisäystä vuoden 2001 aikana oli kuitenkin 913 henkilöä. Kahden vuoden aikana henkilökunnan lisäys oli yhteensä 1.455 henkeä. (Henkilöstötilinpäätös.)

Liite 25: HUSin henkilöstö ammattiryhmittäin 1.1.2000-1.7.2001.

Tämän päinvastaisen kehityksen johdosta luottamushenkilöille ja etenkin luottamustoi-
messa oleville kuntien johtajille syntyi käsitys, että organisaatio oli pettänyt heidät, eikä ollut antanut arvoa heidän mielipiteilleen. Viranhaltijaorganisaatio toimi entiseen tapaan ”itseriitteisesti”. Luottamus johdon avoimuuteen ja uskottavuuteen häiriytyi. Muuttuneesta tilanteesta ei luottamushenkilöille ollut ennakolta annettu informaatiota eikä selvitystä. Ne vastaukset, jotka luottamushenkilöt saivat tilanteen paljastuttua, eivät tuntuneet antavan riittävää perustetta tapahtuneeseen. Asioiden ”karkaamisella” ja puhutusta ”lipeämällä” saivat hyvä toiminta- ja hallintotapa epäuskottavuutta. (Haastattelu 2001.)

.3 Valmius yhteistoimintaan

Kun Uudenmaan erikoissairaanhoidon järjestämisessä todettiin tehottomuutta, kalleutta ja hajaantuneisuutta, lähdettiin siitä ajatuksesta, että uudistettu organisaatio korjaa ja poistaa kaikki siihen saakka olleet tehottomuudet, kalleudet ja toiminnalliset päällekkäisyydet sekä lisää kunnallista ja paikallista päätöksentekoa. Ongelma nähtiin oikeastaan vain teknisenä organisaation uudistamisena. Kun organisaation uudistamisen lisäksi oli määrä saada elektroninen tiedonsiirto potilastiedostoon, laboratoriotointoihin ja kuvantamiseen sekä talous- ja kirjanpitoasioiden käsittelemiseen, nähtiin ongelmien poistamisen edellytysten olevan kunnossa vuonna 2004, jolloin järjestelmän odotetaan valmistuvan. Missään vaiheessa ei varsinaisesti tutkittu, mistä nämä kaikki ongelmat johtuivat, ei tutkittu organisaatioissa olevien henkilöiden keskinäisiä suhteita ja heidän asennoitumistaan organisaation tavoitteisiin tai yhteistyöhön ja toimintatapojen uudistuksiin. Vähäiselle huomiolle jätettiin

selvitys organisaation eri tasojen siihenastisesta toiminnasta, kuinka hyvin ne ovat sopeutuneet keskinäiseen yhteistyöhön ja miten vastuuntuntoisesti ne ovat toteuttaneet kullekin organisaation osalle annettuja tehtäviä. Organisaation uudistaminen ei sellaisenaan poistanut esiintyneitä ongelmia, vaan oli vain asemien uudelleenjärjestelyjä.

HUS-organisaatio on suuri taloudellisesti, toiminnallisesti ja henkilöstömäärältään sekä myös alueellisesti, onhan siihen yhdistetty Hyks ja kaksi sairaanhoitopiiriä eli HSHP ja USHP. Näihin kaikkiin oli muodostunut oma toiminta- ja työskentelykulttuuri. Hyksillä se oli osaamiseen pohjaava itsetietoinen ja joissakin suhteissa itseensä sulkeutunut kulttuuri. Helsingin sairaanhoitopiirillä eli Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidossa oli itsenäiseen ja vauraaseen asemaan kehittynyt kulttuuri. Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kehittyi kuntien ja terveyskeskusten kanssa yhteistyöhön pyrkivä kulttuuri. Suurimmat organisaatorakenteelliset ja henkiset muutokset ovat kulttuurimielessä tapahtumassa Helsingin kaupungin ja Hyksin palveluksessa olleille. Usea sata henkilöä on joutunut aivan sananmukaisesti siirtymään työpaikasta toiseen. Vähäisimmin muutoksia tapahtui entisen USHPn alueella olevissa sairaaloissa toiminnan jatkuessa niissä lähes ennallaan. Näiden eri kulttuurien muuttaminen ja sulattaminen yhteiseksi HUS-kulttuuriksi on hidasta. Tässä muutosprosessissa johtajien ja esimiesasemassa olevien uudistushalukkuus on ratkaiseva. Jos he pysyttävät entisessä, muodostuu heidän asenteensa myös työyhteisön toimintakulttuuriksi ja säteilee jarruttavasti muiden työyhteisöjen kanssa käytävään yhteistyöhön. (Husari 3/2000.)

HUS-muutostutkimuksessa Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidossa organisaation arvoina ovat olleet mm. humanismi ja tasavertaisuus sekä johtamis- ja työskentelykulttuurissa työntekijän arvostus ja eri ammattiryhmien tasavertainen kohtelu sekä työyhteisössä yhdessä toimiminen potilaan parhaaksi. Hyksin organisaation arvoiksi ja luonteeksi on tiivistetty akateeminen asiantuntijakulttuuri, huipputaso osaaminen ja tutkiminen, jonka työssä on korostunut koulutuksen ja ammatillisuuden kehittäminen, osaamisen ja tehokkuuden korostaminen sekä suuntautuminen tutkimukseen. (Husari 4/2001.) Hyksin kulttuuri periytyy aina Helsingin Yleisestä sairaalasta lähtien ja on näyttänyt pysyneen lähes muuttumattomana. Hyksin kulttuurissa on paljon hyviä puolia, mutta kielteistä siinä on se, että se on huonosti seurannut yhteiskunnallisessa ajattelussa ja sen arvojen käsittämisessä tapahtunutta muutosta sekä Hyksin muuttamista osaksi suurempaa sairaanhoito-organisaatiota, jossa korkeatasoista sairaanhoitoa annetaan Uudellamaalla muuallakin kuin vain Hyksissä. (Haastattelu 2001.)

Kuntayhtymän toimitusjohtaja Lauri A. Laitinen (Husari 3/2001) on painottanut uusien arvojen omaksumisen tärkeyttä jokapäiväisessä työssä ja toisten työn kunnioittamista. Tähän ajatukseen sopivat heikosti haastatteluissa annetut ”kentällä” olevat mielipiteet, joista osa seuraavassa:

Hyksissä on ollut liian aulis pyrkimys potilaiden ottamisessa (Hyksin) hoitoon haluamallaan jakaa hoitovastuuta muiden kanssa eikä osata jakaa yksittäisen potilaan hoitamista omaan osuuteen ja muiden osuuteen. Siihen on kuulunut myös puutteellinen kyky tai haluttomuus toimia yhteistyössä suoraan väestövastuulääkärin kanssa. Jos sinne lähetti potilaan, niin se katosi lääkärin näköpiiristä...lääkärin näkökulmasta olisi riittänyt paljon pienempi asioiden selvittely ja nopea palauttaminen oman lääkärin hoitoon. Erikoissairaanhoito pyöritti (potilasta) isossa myllyssä lopulta ihan eri syistä, kuin mistä syystä potilas sinne oli lähetetty. Lähetävälle lääkärille ei tullut mitään tietoa. Lääkärin arvo ja arvostus ovat olleet ja tulevat olemaan lääketieteen tekemisessä, vaalimisessa ja korostamisessa.

Avohoitolääkäri on sairaalalääkäriä kehnempi ja tyhmempi ja arvottomampi, koska hän ei tee lääketiedettä. Toimialojen mustasukkaisessa vahtimisessa esiintyy reviiiritaistelua, jota ei voi kuin hämmästellä, miten aikuiset ihmiset - kuin leikkivät lapset hiekkalaatikossa - varjelevat omaa aluettaan. (Haastattelu 2001.)

Tästä ”itseriittoisuudesta” tai riittämättömästä työnopastuksesta johtuu, että potilasohjaus ja samalla hoitoketju ei ole toiminut Hyksistä (alue)sairaalaan eikä varsinkaan terveyskeskukseen. Hoitoketju on toiminut alhaalta ylöspäin, mutta ei päinvastaisessa tapauksessa. Sairaalassa potilasta hoitavien lääkäreiden velvollisuuteen pitäisi kuulua huolehtia potilaan tarpeellisen hoidon jatkuvuudesta sairaalahoidon jälkeenkin. Kliinisten asioiden kehittämisen ohella hoitoketjuongelmien ratkaiseminen ja siinä henkilökuntaryhmien mukaan ottaminen potilasta kunnioittavien ja potilaan tarpeet huomioon ottavien ratkaisujen etsimisessä on oleellinen osa hoidon antamisesta. Hoitoketjuohjelmia eri sairauksia varten on tehty, mutta ne ovat jääneet lähes yksinomaisiksi toimintayksikön sisäisiksi hoitolinjoiksi eli minkälaisen linjan potilas sairaalan sisällä käy. Mutta, jos käsitetään hoitoketjulla sitä, että potilas on lähtenyt kodista ja palaa kotiin mahdollisesti terveyskeskuksen kautta, sen toteuttamisessa on edelleen suuri ongelma. Sairaala ei välttämättä mene joustavasti terveyskeskuksen tai kotisairaanhoidon kanssa yhteistyöhön, silloin kun olisi aika potilaan palata kotiinsa. (Haastattelu 2001.)

Helsingin sairaanhoidossa hoitoketjusta ei muodostunut hoitoketjua kodista kotiin. Tämä on ollut epäedullista Helsingin kaupungille ja siitä on ollut haittaa helsinkiläisille potilaille. Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaanhoitoalueiden sairaaloiden ja niiden terveyskeskusten välillä on ollut yhteistyötä lääkäreiden kesken ja hoitoketjut toimivat kohtalaisesti. Tähän johtaneena myönteisenä seikkana on ollut, että aluesairaalan lääkärit kävivät terveyskeskuksissa katsomassa työskentelyolosuhteita ja tutustuivat siellä työskenteleviin lääkäreihin ja terveyskeskuksista taas vuorostaan tutustuttiin sairaalan työskentelyyn. On selvää, että Hyksin kaikki lääkärit eivät voi käydä tutustumassa eri sairaaloiden ja terveyskeskusten työskentelyyn, mutta esimiesasemassa olevien tulisi olla tietoisia kyseisten tasojen toiminnallisista mahdollisuuksista, jotta he voisivat aktiivisesti opastaa alaisiaan joustavaan yhteistyöhön ja toisten työn kunnioittamiseen. Yhteistyö Hyksin sairaaloiden ja terveyskeskusten välillä tulisi saada toteutetuksi, jotta se johtaisi muutoksiin organisaatiokulttuurissa, erityisesti Hyksin sisällä ja Hyksin johdossa. (Haastattelu 2001.)

HUSin terveyspoliittisiin tavoitteisiin sisältyy se, että sen eri sairaaloiden ja perusterveydenhuollon sekä sosiaalihuollon hoitotyöstä voitaisiin muodostaa toiminnallisesti toisiaan täydentävä terveyden- ja sairaanhoidon sekä hoivan yhteinen kokonaisuus. Siihen kuuluvat yhteistyön toiminnallinen joustavuus ja potilaan itsenäisyyden, hänen etunsa ja tahtonsa kunnioittaminen. Hyvä yhteistyö on elintärkeä myös terveydenhuollon kokonaisuudelle. Perusterveydenhuolto palvelee suurinta osaa terveydenhuollon asiakkaista. Erikoissairaanhoidon kaikkien tasojen tulisi omalta osaltaan tukea perusterveydenhuoltoa tehtävässään. Lainsäädäntö on edellyttänyt, että erikoissairaanhoidon ja kansanterveystyö muodostavat yhtenäisen toiminnallisen kokonaisuuden. Sairaanhoitopiirin tehtävänä on toimia kunnallisen sosiaalitoimen kanssa yhteistoiminnassa, jotta syntyy toiminnallinen kokonaisuus niiltä osin kuin sosiaalihuollon osuutta tarvitaan sairauksien menestyksellisessä hoitamisessa. Asiakaslähtöisestä näkökulmasta toimittaessa potilaan palvelujen kokonaistarve määrittee eri palvelujen tuottajien roolin potilaan henkilökohtaisten palvelujen ketjussa. Eri toimijoiden alueellisen yhteistyön ja potilaskohtaisen yhteistyön kehittäminen on tärkeää ja tarpeellista. Mitä täydellisemmin hoitoketju toimii ja mitä läheisempää potilaspalvelu on,

sitä enemmän se parantaa toiminnan taloudellisuutta. HUS on asettanut tavoitteekseen, että hoitoketju saataisiin toimimaan vuonna 2004. (Laadukkaat palvelut ..., Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992:17.)

.4 Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajan arviointi

HUSia perustettaessa oli tavoitteena, että kaikki erikoissairaanhoido keskitetään HUSiin. Tätä periaatetta rikkoi kuitenkin se, että Helsingin kaupunki jätti osan erikoissairaanhoidosta omaksi toiminnakseen. Tämä on hyväksyttävää, jos Helsingin erikoissairaanhoidoa ei laajenneta nykyisestä ja jos tarkastellaan perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon rajoja uudelleen. Työnjaossa peruspalvelujen ja erikoissairaanhoidon välillä on monia yhteisiä tehtäviä. Usein terveyskeskuksesta lähetetään erikoissairaanhoidon tutkittaviksi ihmisiä, jotka voitaisiin hoitaa suoraan perustasolla. Tämä menettely näyttää olevan suhteessa siihen, kuinka kaukana tai lähellä sairaalaa terveyskeskuksen vastaanotto sijaitsee. Sairaalan vastaanotolle lähettämisen kynnys Helsingissä on ollut melko matala. Ehkä tämä oli syynä siihen, että Helsinki pidätti itsellään osan erikoissairaanhoidosta ja jakoi hoidon porrastuksen eri tavalla aikaisempaan verrattuna. Se hälvensi rajaa ja pyrki antamaan erikoissairaanhoidon lähipalveluja asiakkailleen siinä ympäristössä, jossa heitä voidaan fyysisten tutkimus- ja hoitoresurssien puolesta hoitaa. Tämänkaltaista periaatetta noudatti Uudenmaan lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosasto 1980-luvulla myöntäessään terveyskeskuksiin erikoislääkäreiden virkoja. Lääninhallitus lähti siitä ajatuksesta, että vaikeastikin sairaita ihmisiä voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, jos terveyskeskuksella on tarvittaessa käytettävissä erikoislääkärin asiantuntemusta, esim. erikoislääkärin konsultaatioiden muodossa. (Haastattelu 2001.)

Kun konsultaatio perusterveydenhuollossa toteutetaan siten, että konsultaatiotilanteessa omalääkäri (hoitava lääkäri) ja erikoislääkäri yhdessä miettivät konsultaatiotapausta, siirretään siinä osaamista omalääkärille laajemminkin. Se mahdollistaa tilanteiden hoitamisen vastaisuudessa entistä paremmin. Erikoissairaanhoidon on voitava ”jalkautua” jolloin se pystyy siirtämään tehokkaasti osaamistaan perusterveydenhuoltoon, jos siihen on halua, esim. traumatologiassa, gynekologiassa, silmä- ja korvataudeissa, ihotaudeissa, sisätaudeissa ja onkologiassa. Uusia yhteistyömuotoja on mahdollista etsiä vähitellen ja luopua jyrkästä jaosta perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Se vaatii alalla työskenteleviltä terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisvaltaista ajattelua. Sairaalan resursseina tarvitaan leikkaussaleja, sädehoitoa ja kuvantamista ym., mutta riittävällä osaamisella niiden käyttöä voidaan vähentää. HUSin olisi aktiivisesti pyrittävä lisäämään perusterveydenhuollossa erikoislääkärikonsultaatioita ja kohottamaan teknologisen tiedonsiirron osuutta. Osaamista voidaan liikutella ja osaaminen auttaa hoitamaan. Potilaiden siirtämistä tutkimuspaikasta toiseen voidaan vähentää, jos tietoa siirretään. (Haastattelu 2001.)

HUSin eräänä ajatuksena on ollut, että Hyksin lääkärit kävisivät työskentelemässä ja perehtymässä aluesairaaloiden työskentelyyn, mutta Hyksin lääkärit, opitun kulttuurinsa perusteella, kokevat sen vastenmielisenä, joten sen toteuttamisessa on vaikeuksia. (Haastattelu 2001.)

Uudelleen arviointia tulisi tehdä myös tiedottamisessa Hyksin, työterveydenhuollon ja yksityislääkäreiden kesken. Aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa havaittiin, että Hyksiin

työterveydenhuollon ja yksityislääkäreiden läheteillä tulleet eivät aina olisi olleet sen tasoisen laitoksen palveluiden tarpeessa. Se, että potilaita ohjattiin suoraan Hyksiin, johtui suurelta osalta siitä, ettei lähettävällä lääkärillä ollut tietoa siitä, että tarpeellisen hoidon olisi voinut saada muissakin Uudenmaan sairaaloissa. Riittämättömällä tiedotuksella oli syntynyt käsitys, että tavallisissakin asioissa vain Hyks on oikea hoitopaikka. Hyks (ja HUS) ei ole lähettänyt työterveyshuoltoon tai yksityisille lääkäreille tiedotuksia, mitkä tasapuolisesti korostaisivat kaikkien erikoissairaaloiden taitoa hoitaa ketä tahansa ja tarvittaessa halua siirtää potilaansa erityistason hoitoon Hyksiin. Koska nyt HUS on yksi organisaatio, Hyks voisi ohjata lähetteen toiseen, lähellä potilaan asuinpaikkaa olevaan sairaalaan, kuten se on tehnyt aikaisempina vuosina. (Haastattelu 2001.)

.5 Lääkäreiden koulutus

Helsingin yliopistollinen keskussairaala on osaamiseltaan erittäin korkeatasoinen ja arvostettu sairaala ja maailmankin mitassa lääketieteelliseltä tasoltaan ensimmäisten joukossa. Niin myös Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan lääkärikoulutuksen ja lääketieteellisen tutkimuksen arvostus ovat samalla tasolla. Helsingin yliopistollisessa sairaalassa tiedekunnassa opiskelevat tulevat hoitaviksi lääkäreiksi, mutta opetusohjelmassa ei ole riittävän vahvaa terveyspolitiikan ja väestön terveydenhuollon kokonaisvaltaista näkökulmaa. Myös koulutuksen yhteydessä annettava laajempi näkemys Uudenmaan terveydenhuollosta alueen kattavana yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena on vajavainen. (Haastattelu 2001.)

Tämänkaltaiset käsitykset olivat taustalla, kun sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 1993 asettama Uuras-toimikunta ehdotti, että Helsingin yliopiston tulisi siirtää tarvittavassa laajuudessa opetusta Uudenmaan ja Helsingin sairaanhoitopiirien sairaaloissa ja muissa yksiköissä tapahtuvaksi päällekkäistoimintojen ja ylimääräisten kustannusten välttämiseksi heikentämättä opetuksen tasoa ja aiheuttamatta opettajatyövoiman käyttöön tehottomuutta. Samoin toimikunta katsoi, että lääketieteellisestä opetuksesta ja tutkimuksesta johtuvat kustannukset tulisi kohdentaa paremmin aiheuttamisperiaatteen mukaisesti. Helsingin yliopisto suhtautui hyvin pidättyvästi tutkimuksen kustannusten tarkentamista kohdistuneeseen ehdotukseen sekä siihen, että lääkärikoulutusta annettaisiin muualla kuin Helsingin yliopistollisen sairaalan klinikoilla tai muutamassa Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon yksikössä.

Tämänkaltaisen perinteessä pitäytynyt ajattelumalli on ollut vaikuttamassa lääketieteellisen tiedekunnan koulutusperinteessä. Sen perinteen sekä ajattelumallin ovat nuoret lääkäriopiskelijat omaksuneet. Heille on muotoutunut perusteettomasti käsitys, että vain yliopistollisessa sairaalassa osataan ja muualla, etenkin terveyskeskuksissa, ei osata. Luontainen ymmärrys ihmisen sairastamisesta ja potilaan arjen ja hänen perheensä todellisuudesta on jäänyt etäiseksi eikä se välttämättä kasva, jos terveyskeskustyöskentely jää olemattomaksi. (Haastattelu 2001.)

Kun sosiaali- ja terveysministeriön asettama Puerto-työryhmä vuonna 1998 valmisteli ehdotustaan Helsingin ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon uudelleenjärjestämisestä, se toteutti, että Uudenmaan alueen terveydenhuoltojärjestelmän kaikkien tasojen hyödyntämistä lääkäri- ja erikoislääkärikoulutuksen ja yliopistotasoisien terveystieteellisen tutkimuksen

toteutuksessa ei ole tapahtunut.

Tampereen ja Kuopion yliopistoissa, missä lääkärikoulutus tapahtuu myös terveystieteiden keskusympäristössä, on paneuduttu terveydenhuollon ja lääketieteen yhteiskunnallisiin lainmukaisuuksiin sekä terveydenhuollon ulkopuolisiin ohjausvoimiin. Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa nämä ovat jääneet vähemmälle. Hyksissä kohdataan vaikeita sairaustapauksia ja tarvitaan korkeaa ammattitaitoa, mutta ymmärrys ihmisen arkipäivään näyttää kaventuvan erikoistumisen taitojen kasvaessa. Kun terveystieteissä ja (alue)sairaaloissa hoidetaan ihmistä, Hyksissä hoidetaan sairauksia. Kuitenkin sairauden hoitamiseen tulee kuulua ihmisen mukaan ottaminen, ymmärtäminen ja kuunteleminen sekä kiinnostus häneen vielä senkin jälkeen, kun hoitotoimenpide on tehty. Lääkäreiksi opiskelevien tulisi saada oppia myös terveyden- ja sosiaalihuoltoon ja kokonaisnäkemystä yhteiskunnasta sekä hallintotietoa, mitä he työssään julkisen työnantajan palveluksessa tarvitsevat, mutta varsinaista koulutusta siitä ei ole. Kouluttautuminen hallinnollisiin asioihin on jäänyt opiskelijan ja myöhemmin lääkärin itsensä vastuulle. (Haastattelu 2001.)

Lääketieteellistä koulutusta ollaan kyllä suunnittelemassa yliopistollisessa sairaalassa annettavan koulutuksen lisäksi perusterveydenhuoltoon. Tampereella ja Kuopiossa on terveystieteiden keskusympäristössä tapahtuva koulutus auttanut lääkäreitä valmistumisen jälkeen hakeutumaan kitkattomammin terveystieteiden keskusympäristöön. Myöskään korkeakoulutasoista jatkokoulutusjärjestelmää hallintotehtäviin opiskelemiseksi ei lääkäreille ole. Nykyisin perehdytään lähinnä ekonomisiin kysymyksiin, kustannuslaskentaan, kirjanpitoon ja jonkin verran johtamisoppiin. Yhteiskunnallisiin asioihin taikka kansainvälisiin ratkaisuihin ei koulutus anna valmiuksia. Lääkärikoulutus ei anna valmiuksia esimiehenä oloon ja johtamiseen. Kansainvälisen yhteistyön etenkin EU-organisaatioiden laajentuessa vaatii kykyä uudistaa hallinnossa olevia käsityksiä, varsinkin julkishallinnon tehtävissä ja niihin vaikuttavissa suhteissa. (Temmes 1994 c, 285, 305-306, Haastattelu 2001.)

Kun lääkäreiden perus-, jatko- ja erikoistumiskoulutus ”hajautetaan” HUSin (alue) sairaaloihin, joissa voidaan paneutua tavallisimpiin erikoissairaanhoidon sairauksien hoitamiseen, vähentää se Hyksin painetta ja mahdollistaa sen keskittymisen tehokkaammin erikoissairaanhoidon erityistason hoitoon ja opetukseen. Lääkäreiden erikoistumiskoulutusta annetaan jo eräissä HUSin sairaaloissa. Kun HUSin suunnitelmissa on, että terveystieteiden keskuslääkärit mahdollisuuksiensa mukaan voisivat tulla kouluttautumaan sairaalalääkärin tehtäviin keskussairaalaan, tämäkin olisi helpompi järjestää lähisairaalaan. ”Jos haluaa hyväksi erikoislääkäriksi, kannattaa erikoistua pienessä sairaalassa, jossa oppii kokonaisuuksia ja vastuuta. Näkee koko oviaukosta eikä avaimenreiästä, kuten yliopistosairaalaan” (Karpakka 2002).

.6 Toiminnan järjestelyt

HUSin toiminnan järjestelyissä on tavoitteena tehdä uudistuksia siten, että alueen sairaaloiden toimintaa pyritään suuntaamaan erikoistumaan johonkin erikoisalaaan, jolla se voi olla hyvä, ja siten palvelua tehokkaasti ja ammattitaitoisesti, myös omaa aluettaan laajemmin. Kirurgiassa viedään läpi uudistusta, että jos jossakin sairaalassa on vuodessa alle 50 kirurgista toimenpidettä, keskitetään tämä toiminta johonkin toiseen sairaalaan. Siitä tehdään osaamiskeskus, jossa tämänkaltaiset toimenpiteet suoritetaan. Tämä järjestely takaa hyvän

laadun ja ehkä kustannuksiltaan taloudellisemman toiminnan. Niiden sairaaloiden lääkäreille, jotka joutuvat luopumaan tästä kyseisestä erikoisalasta, annetaan mahdollisuutena kahden kuukauden aika vuodessa käydä tekemässä erikoisalansa toimenpiteitä siinä sairaalassa, johon kyseinen erikoisala on siirretty. Näin he säilyttävät erikoisalassaan taitonsa ja voivat vielä korottaa sitä työskentelemällä toisten asiantuntijoiden kanssa ja samalla parantaa ”oman sairaalansa” potilasturvallisuutta. Myös sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö suosituksessaan vaatii sairaaloilta minimimäärän leikkauksia, ensisijaisesti kuitenkin tekonivelleikkauksia ja pallolaajennuksia, koska leikkausten vähäisyys voi vaarantaa potilasturvallisuutta ja heikentää leikkaustuloksia (Helsingin Sanomat 19.9.2001).

Tämä toiminnan järjestely perustuu ajatukseen, että suuremmissa yksiköissä kustannus tulee halvemmaksi. Yleensä näin on, jos toiminnan lisääminen ei vaadi lisää toimenpiteitä, välineistöä tai henkilökuntaa. Sairaalan palvelutoiminta kohdistuu kuitenkin ihmisiin, jotka ovat erilaisia ja joiden sairaustapaukset eivät ole vakioitavissa ja joiden palvelun on oltava potilaskohtaista. Sairaalan palvelutoiminnan järjestelyissä on otettava huomioon toiminnan kiinteät kustannukset (esim. seinät yms.), joiden kasvattaminen ei ole lineaarista, vaan portaittaista, muuttuvat kustannukset, joita on sekä lineaarista että portaittaista kasvua noudattavia, sekä luonnollisesti henkilökustannukset. Kun kyse on operatiivisesta toiminnasta, voidaan sitä tiimin (lääkärit ja muu henkilökunta) puitteissa lisätä jonkin verran, mutta varsinainen pysyvä lisäys voi tapahtua uuden tiimin perustamisella, mikä on houkutus divisioonamallissa. Näin tullaankin siihen, kuinka paljon voidaan kasvattaa toimintaa taloudellisesti, ennen kuin siitä tulee epätaloudellista.

Borgenhammarin (1983, 40-44) mielestä sairaaloiden kokoa ei tulisi tehdä suureksi, koska siinä tulee kielteisenä ilmiönä ”hoitomagneetti”. Uskotaan vakaasti siihen, että mitä suurempi laitos on, niin sitä paremmat ovat laitteet ja henkilökunta ja sitä tuottavampi se on. Kun aikaisemmin rakennettiin suuria laitoksia, on suunta vuosien mittaan kääntynyt etsimään optimaalisia ratkaisuja, jotka vähentävät laitoksen kokoa. Tähän on vaikuttamassa sekin, että suuressa laitoksessa henkilökunnassa toistensa tuntemus jää vähäiseksi ja etäiseksi. Se sellaisenaan on vähentämässä sosiaalista yhteistunnetta ja mielipiteiden vaihtoa sekä heikentämässä joustavan yhteistyön kehittymistä (Haveri-Majoinen 2000, 37).

Taloustieteellisessä tutkimuksessa Laaksonen on tarkastellut yleensä sairaalakustannusten muodostumista ja todennut sairaaloiden käyttömenojen, jotka ovat potilaan hoitoa palvelevan toiminnan kustannuksia, riippuvan sairaalan koosta. Siinä vaikuttavat kiinteiden ja muuttuvien kustannusten suhteet. Perushankinnat ovat kiinteitä kertamenoja, mutta toiminnan laajentaminen ja tehostaminen muuttuvina menoina vaativat jatkuvasti lisää menoja. Sairaalaa tuotantolaitoksena ei voida määrittellä tuotoksen määrästä, sillä sairaalan tehtävänä on parantaa sairautta. Talousteoriittisten tutkimusten mukaan 310 sairaansijaa tuottaa minimin, mutta sairaalan koon kasvaessa kustannukset nousevat ja 600 paikkaisessa sairaalassa ne ovat 10 prosenttia minimiä suuremmat. Sairaalakustannuksiin vaikuttavat sairaalal palvelusten kysynnän ja kustannusten lisäksi sairaalataso teknisen tason nousu, lääketieteen kehitys ja volyymin lisääntyminen. (Laaksonen 1970.)

Samanlaiseen käsitykseen on tultu englantilaisessa Effective Health Care -julkaisussa sairaalan suuruutta ja terveydenhoidon palveluja, kustannuksia sekä hoitopäätösten mahdollisuuksia käsittelevässä kirjoituksessa. Sen mukaan ei ole olemassa minkäänlaisia todisteita siitä, että sairaalan kustannussäästöä voitaisiin saada lisäämällä akuuttisairaalan vuodemäärää yli 200 sairaansijan. Jos sairaalan hoitopaikkojen lukumäärä on yli 600, niin varsin todennäköistä on, että se osoittautuu epätaloudelliseksi, joskin tehottomuuden syihin

kerrotaan muilla tekijöillä olevan enemmän vaikutusta. Sairaalan kustannukset vaihtelevat sairauksien vakavuuden ja laadun kesken. Pienen sairaalan tehokkuutta ja taloudellisuutta saatetaan parantaa, jos sairaalan kokoa lisätään, mutta välttämättä se ei alenna keskimääräisiä kustannuksia, jos lisäys vaatii organisaation ja kiinteiden kustannusten lisäystä. (Effective). Sairaalakustannuksien karttuminen näyttää noudattavan U-käyrää tai jonkinlaista ”banaanikäyrää” suhteessa sairaalan kokoon. HUSin, joka on mammuttimainen sairaala, olisi voidakseen saada suuren sairaalan edun, mutta pienen sairaalan tehokkuuden, mahdollistettava hyväksytyn työnjaon puitteissa sairaaloille ”autonomista itsenäisyyttä”.

Liite 26: Sairaansijat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tulosalueittain ja erikoisaloittain.

HUS on sekä suomen- että ruotsinkielinen kuntayhtymä, jonka sairaalatoimintojen keskittämisessä ja terveystalouden tarjoamisessa on otettava huomioon kielelliset velvoitukset. Tämä asettaa eräitä rajoituksia hoitopalvelusten keskittämiselle. Samalla keskittämissuunnitelmia tehtäessä on otettava huomioon, ettei keskittämisen ja kustannussäästöjen nimissä tulisi siirretyksi tarpeettomasti kustannuksia potilaille ja heidän omaisilleen. Sairaalakustannuksia voidaan arvioida myös siltä kannalta, miten terveydenhuollon ja sairaalan palvelukset ovat potilaiden saavutettavissa. Mikäli palveluksiin hakeutuminen tuottaa kohtuullista enemmän vaikeuksia ja hankaluuksia, olisi ne otettava huomioon kielteisinä toiminnan keskittämisen suunnittelussa. Sairaaloiden kustannuksiin vaikuttavina tekijöinä ovat myös jokapäiväiseen hoidon järjestämiseen liittyvinä potilasvaihto ja vuodeosaston tehokkaan käytön suunnittelu ja potilaiden hoitoon liittyvien tutkimusten ja toimenpiteiden toteuttamisen oikea ajoittaminen. (Haastattelu 2001.)

Uudenmaan erikoissairaanhoidossa on tapahtunut tehokkuuden lisääntymistä uusien hoitotapojen käyttöönoton ja lääketieteen kehityksen mukana. Tämä käy ilmi mm. sairaansijamäärien, käyntien ja keskimääräisten hoitopäivien muutoksesta. Vuodesta 1989 vuoteen 1999 lakkautettiin USHP sairaansijoista 969, HSHPn sairaansijoista 1565 ja Hyksin ja Lastenlinnan sairaansijoista 1018 sairaansijaa. Sairaansijojen vähennys vuoden 1999 7836 sairaansijasta oli vuoden 2000 lopun 4038 sairaansijaan. Vuonna 1989 oli Uudenmaan (mukana ”sairaanhoitopiirit”, Hyks + Lastenlinna) erikoissairaaloissa keskimääräinen hoidon pituus somaattisissa sairauksissa 7,8 hoitopäivää, vuonna 1995 (USHP, HSHP ja Hyks) kaikissa sairauksissa keskimääräinen hoitoaika 7,1 hoitopäivää, vuonna 1999 6,3 hoitopäivää ja vuonna 2000 enää 5,1 hoitopäivää. Kaikkien käyntien lukumäärissä oli ajankohdittain muutosta ylös- ja alaspäin, mutta kun luvuista poistetaan sairaaloiden lakkauttaminen, oli käyntien määrä nouseva. Jos menoja tarkastellaan deflatoituina vuoden 2000 ajankohtaan, laskettuna asukasta kohti, on suunta ollut laskeva, mutta on otettava huomioon asukasmäärän kasvu, joten jakajana on suurempi luku. Arvioinnissa tulee kuitenkin ottaa huomioon, että sairaaloita poistettiin käytöstä ja, etenkin Helsingissä, psykiatrissa sairaanhoitoa siirrettiin perusterveydenhuollon vastuulle. Mutta kun tämä muistetaan ja otetaan tarkastelu-kohteeksi vuoteen 2000 deflatoidut kaikki erikoissairaanhoidon kokonaismenot suunta on nouseva, mikä osittain selittyy yleisestä kustannusten noususta ja lisääntyneestä sairaalatekniikan käyttöönottamisesta.

Liite 27: Erikoissairaanhoidon henkilökunnan ja menojen kehityksestä sairaanhoitopiireittäin.

Uudenmaan alueella oli erikoissairaanhoidon alueella: vuonna 1990 lääkäri/ 5,1 ss., 1995 lääkäri/ 3,6 ss. ja 2000 lääkäri/2,0 ss. Vuonna 1990 oli sairaanhoitaja/ 1,3 ss., 1995 sairaanhoitaja/0,9 ss., 2000 sairaanhoitaja/0,5 ss. Väestön lisäys oli edellä mainittuina aikoina keskimäärin 5 % paikkeilla ja

lisäys vuodesta 1990 vuoteen 2000 oli 12 %.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on tarkoitus ryhtyä purkamaan mahdollisuuksien mukaisesti nopeasti päällekkäisiä töitä, joskin siinä eteneminen on hyvin hidasta. Tietyn työskentelytavan omaksuneilla siitä luopuminen on uuden oppimista vasta sen jälkeen, kun on päätetty aktiivisesti luopua aikaisemmasta tavasta. Päällekkäisten töiden purkamista edistetään uudistamalla ja ottamalla käyttöön laboratoriotyössä entistä tehokkaampia analyysejä tekeviä robotteja. Kuvantamisessa koekäytetään digitaalisia laitteita, jotta telekuvansiirto voisi tapahtua elektronisesti spesialistin tulkittavaksi ja tarvittavan lausunnon antamiseksi. Yhteinen elektroninen potilastiedosto on syntymässä ja sen valmistumisen odotetaan antavan apua potilaiden hoidon järjestämisessä.

HUSin potilaat ovat erikoissairaanhoitoon pääsyä odottaessaan eriarvoisessa asemassa asiunkunnastaan riippuen. Sairaanhoitopiirin ”ulkokehällä” olevilla sairaanhoitoalueilla HUSin tarkasteluajana toiminta on ollut lähes entisenlaista. Yhteistyö terveyskeskusten ja peruskuntien kanssa on toiminut jokseenkin hyvin. Potilasjonoja on ollut, mutta ei kohtuuttomasti, ja nekin suurimmalta osalta operatiivisiin palveluihin ja aiheutuvat osittain lääkärripulasta. Akuuttipäivystystys yhteistyössä terveyskeskusten kanssa on toiminut, vaikka siinäkin on lääkärripulaa esiintynyt. Sen sijaan Helsingin seudun - Helsinki, Espoo ja Vantaa - sairaaloiden ongelmat ovat suuremmat. Keravalaiset ja vantaalaiset joutuvat jonottamaan pitempään, kun taas ”ulkokehäläiset” karkkilalaiset ja myrskyläläiset pääsevät nopeasti hoitoon. Helsingin ja Espoon asukkaat sijoittuvat jonotilanteessa jokseenkin keskipaikkeille. Ortopedisiin leikkauksiin HUSissa joutuu odottamaan keskimäärin hieman yli vuoden, kun taas Tammisaaressa pääsee leikkaukseen noin kahden kuukauden jonotuksella. Vaikka lapsipsykiatrisia hoitopaikkoja on lisätty, sairaalahoitoon joutuu jonottamaan varsin pitkän aikaa. Yleensä leikkausjonot ovat kasvaneet. Selvityksen alaiseksi onkin otettu, voitaisiinko potilaita ohjata hoitoon sellaisille sairaanhoitoalueille, joissa olisi kapasiteettia, vaikka sairaala olisi ns. omaa sairaalaa kauempana. Päiväkirurgista toimintaa on tehostettu koko sairaanhoitopiirissä. (Helsingin Sanomat 5.2.2001.)

Ongelmallisimmaksi on muodostunut pääkaupunkiseudun alueen päivystyspoliklinikkoiden toiminnan järjestelyt. Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa olevien terveyskeskuksien päivystysvastaanoton toiminnan vaikeutena on ollut terveyskeskuslääkäreiden puute. Päivystystoiminnan turvaamiseksi Espoo ja Vantaa ovat tehneet yksityisten lääkäripalveluja tarjoavien firmojen kanssa sopimukset saada lääkäri työvoimaa päivystykseen. Näillä järjestelyillä terveyskeskuspäivystys on saatu kohtuullisesti toimimaan. Helsingissä Marian sairaalan päivystyspoliklinikan toiminnan järjestäminen on kokenut ylivoimaisia vaikeuksia. Päivystykseen hakeutuneiden tai tuotujen määrään nähden poliklinikka on liian pieni jo tiloiltaan. Käyntejä on aivan liian paljon käytettävissä olevaan huonetilaan nähden. Eräänä ruuhkaa aiheuttavana seikkana on se, että poliklinikalta tulee apua hakemaan myös sellaisia, joiden hoito kuuluisi perusterveydenhuollon sairaaloille, mutta niihin pääsee lähinnä vain Malmin sairaalan tai Marian sairaalan päivystyspoliklinikkoiden kautta. Merkittävänä syynä siihen on myös, että helsinkiläiset ovat tottuneet hakeutumaan päivystyspoliklinikalle, jos eivät ole saaneet terveyskeskuksesta vastaanottoaikaa tarpeeksi pian. Päivystyspoliklinikalla olevaan ruuhkaan on osasyynä myös se, että Helsingin terveyskeskussairaalat eivät pysty ottamaan poliklinikalta jatkohoitoon niille kuuluvia potilaita. Helsingin suureen väestömäärään (500.000) nähden päivystäviä terveyskeskusvastaanottoja on liian vähän. Ongelman ratkaisemiseksi tulisi avata terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon yhteispoliklinikka, mutta tässä asiassa HUS ja Helsingin kaupunki eivät näytä pääsevän pikaisesti yksituumai-

siksi. Helsingin kaupunki on halunnut perustaa päivystyksen Laakson sairaalaan vaikka omalla kustannuksellaan, mutta HUSin ratkaisu viipyy vielä. Asia on saanut liikkeelle työsuojelupiirin, joka on pyytänyt sekä HUSia että Helsingin kaupunkia ryhtymään tilanteen korjaamiseksi pikaisesti toimenpiteisiin, koska työsuojelullisesti Marian päivystyspoliklinikan tilanne on rasittanut henkilökuntaa useita vuosia. Tilanteen helpottamiseksi Helsingin terveysvirasto on perustanut lisää terveyskeskuksen sairaalapaikkoja ja sosiaalivirasto ottanut käyttöön lisää vanhainkotipaikkoja. Lisäkevennystä toivat vielä päiväsairaalatoiminta ja tehostettu kotihoito. Nämä ratkaisut eivät ole poistaneet Marian päivystyspoliklinikan ongelmia. (Helsingin Sanomat 7.6.2001, 20.6.2001, Haastattelu 2001.)

5 Johtopäätökset

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin historia ja toiminta kaikkine edeltävine hallintovaiheineen on osa suomalaista terveyspolitiikkaa ja terveydenhuollon kehittymistä, joka on kokenut monenlaisia muutosvaiheita. Niihin kuuluvat saumattomasti niin laitos- kuin avohoitokin. Niiden kehittämisen painoarvo on vaihdellut. Vuoroin kehittämisen kohteena on ollut erikoissairaanhoidon kehittäminen, vuoroin taas perusterveydenhuollon kehittäminen. Kaikki tämä on seurannut yhteiskunnassa tapahtuneita ajattelun ja kehityksen muutoksia.

Toisen maailmansodan loppuvaiheen aikana ja sen jälkeen kohdistettiin huomio lasten ja äitien terveydentilan seurantaan ja ylläpitämiseen. *Hyvinvointikauden* alkaessa ruvettiin lisäämään myös terveyden- ja sairaanhoitopalveluja. Keskeiseksi tavoitteeksi asetettiin alueellisten eriarvoisuuksien poistaminen ja kansalaisten turvallisuuden edistäminen. Julkisen hallinnon toiminnan keskeisenä periaatteena oli tehokas organisoiminen. Poliittiset päättäjät asettivat normeja, suunnitelmia ja ohjasivat niiden toteutumista. Seurasi hyvinvointiyhteiskunnan tavoitteiden mukainen sairaalalaitoksen rakentaminen. Varsinainen, johdonmukainen tavoitteeseen tähtäävä suunnitelmallinen kansan terveydentilan kohottamiseen ja ylläpitämiseen paneutuva toiminta alkoi yhtäaikaaisesti kansanterveystyön säätämisen ja siihen liitetyn kansanterveystyön suunnitelmien laatimisen kanssa. Sitä täydensi sairaalalaitosta koskeva erikoissairaanhoidon suunnitteleminen. Varsin pian havaittiin, että nämä suunnitelmat olivat jossakin määrin toisistaan irrallaan, eivät saumattomasti täydentäneet toisiaan, etenkin kun ne olivat rahoituksellisesti riippumattomia toisistaan sekä irrallaan myös sosiaalihuollon terveydenhuollollisista ja hoivatavoitteista. Niistä *ei muodostunut yhtenäistä, kokonaisvaltaista terveyden- ja sairaanhoidon kehittämisjärjestelmää*. Kun kehittämisjärjestelmät olivat toisistaan erillisinä, rakentuivat erikoissairaanhoidonlaitos ja terveyskeskuskokonaisuus eriaikaisesti ja -tahtisesti Uudenmaan alueilla. Kahden kehittämisjärjestelmän toisistaan erillään oleminen mahdollisti sen, että Helsingissä toiminnan ja rakenteen kehittämisen painopiste oli korkeatasoisessa sairaalalaitoksessa siitä huolimatta, että se muodollisesti oli alkuaikeina terveyskeskuksen toimintaan luettuna. Sen seurauksena muu Helsingin terveyskeskustoiminnan edistäminen hidastui.

Uudenmaan alueella oli yksi sairaanhoitopiiri ja sen sairaalana oli Helsingin yliopistollinen keskussairaala, Hyks. Valtiovalta salli sairaanhoitopiirin perustamisen aikaan kuitenkin sen, että Helsingin kaupungin erikoissairaanhoidon jätettiin sairaanhoitopiirin toiminnan ulkopuolelle, vaikka kaupunki oli jäsenenä yliopistollisessa keskussairaalassa. *Piirin keskussairaala ohjasi lakisääteisellä aluesuunnittelulla, Helsinkiä lukuun ottamatta, sairaanhoi-*

topiirissä olevien eri kuntainliittojen erikoissairaaloiden toimintaa. Sairaanhoidopalvelujen kehittäminen tapahtui pääasiallisesti kuntainliittojen jäsenkuntien tarpeiden mukaisesti sillä edellytyksellä, että ne tulivat hyväksytyiksi alueellisessa sairaanhoitosuunnitelmassa. Tämä periaatteellinen hallinto- ja toimintamalli valtiovallan tiukassa ohjauksessa toimivat kohtuullisen hyvin taloudellisesti ja toiminnallisesti, siitä huolimatta, vaikka hallintomalli oli byrokraattinen ja päätöksenteoltaan moniportainen ja jäykkä. Hyvinvointikauden aikana, kun päätöksenteko oli moniportainen ja jäykkä, jouduttiin toiminta suunnittelemaan ja tavoiteasetelma pohtimaan perusteellisesti sekä hyväksytyä suunnitelmaa noudattamaan. Se takasi sen, että toiminnan muutospäätöksissä vältyttiin mahdollisilta virheiltiltä ja hyväksytyyn toimintaan saatiin kohtuullisesti varoja.

Kunnat ja kuntainliitot - Uudellamaallakin - polemisoiivat valtiovallan tiukkaa ohjaamista ja koettivat saada sitä vähennetyksi. Haluttiin saada enemmän joustavuutta sairaanhoidon suunnitelmien laatimiseen ja toteuttamiseen. *Myös valtiolta pyrki hajauttamaan julkista hallintoa ja saada toimintaan joustavuutta, tuloksellisuutta ja enemmän markkinaohjattavuutta eli managerialismia.* Markkinaohjattavuutta tavoiteltaessa oli pyrkimyksenä yhdistää lähellä toisiaan olevia samankaltaisia ja -tasoisia laitoksia yhden johdon alaiseksi ja saada siten toiminnallista tehokkuutta ja taloudellisia säästöjä. Niinpä kun Helsingin sairaaloiden ja Hyksin toiminta oli suuresti samankaltaista ja kun vielä lisäksi Hyksin potilaista oli valtaosa helsinkiläisiä, haluttiin Helsingin yliopistollinen keskussairaala yhdistettäväksi Helsingin kaupungin terveydenhuoltoon. Tällöin olisi erikoissairaanhoidon johtaminen yhdenmukaista. Kun ajatus ei saanut riittävästi kannatusta, säädettiin perustettavaksi Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja Helsingin sairaanhoitopiiri sekä näistä irralliseksi kuntien omistama Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Näissä kahdessa viimeksi mainituissa säilytettiin toimialakohtainen, erikoisalakohmainen, toiminnan johtaminen ja palvelujen antaminen. Uudenmaan sairaanhoitopiirissä sairaanhoidopalvelujen antaminen ja johtaminen rakentui sairaanhoitoalueittaisesti ja palveluja voitiin tarjota kohtuullisesti. Sairaanhoitopiirien (USHP ja HSHP) tuli tehdä työnjakosopimus Hyksin kanssa. Tavoitteena oli alentaa potilaiden määrää Hyksissä. Helsingin sairaanhoitopiiri pyrki myös määrätietoisesti vähentämään Hyksin käyttöä, mutta perusterveydenhuollon hoitopaikkojen vähäisyyden vuoksi kroonikkopotilaita oli Hyksissä paljon. Kaikilla näillä järjestelyillä - Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirien perustamisilla sekä Hyksin ”tilauksiin perustuvalla toiminnalla” - pyrittiin aikaisempaa enemmän saamaan toiminnalliset järjestelyt sellaisiksi, että eri yksiköt tavoittelisivat toiminnassaan markkinaohjattavuutta ja siihen liittyvää tehokkuuden kohottamista ja saamaan samalla vapautta toiminnan sopeuttamisessa vastaamaan kysyntätarvetta. Muutoksien eräänä tarkoituksena oli, että sairaanhoidon toimintaa saataisiin siirrettyksi Hyksistä (alue)sairaaloihin ja niistä painopiste suunnattaisiin terveyskeskuksiin.

Sairaanhoitopiirien ja Hyksin kesken tehtyjen *työnjakosopimusten tarkoituksena oli yhdenmukaistaa ja joustavoittaa sairaaloiden toimintaa ja ohjata yhteistyötä tulosjohtamisen suuntaan sekä saada taloudellisesti edullisempaa palvelutuotantoa. Markkinaohjaus ei kuitenkaan toiminut. Managerialismiin kuuluva toiminnan johtajan aseman korostaminen ja toimintavapaus hyväksyttiin, mutta siihen liittyvä toiminnan tehokkuuden etsiminen ja tulosvastuullisuus jäivät vieraiksi. Koko ajatus tuntui julkisen sairaanhoidon professionaalisisille johtajille vieraalta. Uusia toimintatapoja etsittiin, mukaan tuotiin uusia hoitomuotoja ja -tapoja, jotka olivat aikaisempia parempia, mutta kalliimpia. Korkeatasoisessa erikoissairaanhoidossa tieteen tekeminen ja tutkimustoiminta saivat aikaisempaa enemmän huomiota. Organisaatioiden keskeinen yhteistyö, sairaaloiden välinen työnjako, oli hyvin*

vähäistä. Luottamus toisen organisaation toiminnan tasoon oli huono ja tästä seurasi runsas päällekkäisten töiden määrä. Erikoissairaanhoidon ja terveyskeskustoiminnan kesken ollut toimintojen yhteensovittaminen heikkeni eikä niiden välille syntynyt toimivaa, kummankin osapuolen näkemyksiä kunnioittavaa yhteistoimintajärjestelmää. Terveyden- ja sairaanhoidon terveyskeskuspainotteinen hoitoideologia alkoi muuttua ja etääntyä terveyskeskustoiminnasta ja siirtyä erikoissairaanhoidon alueelle. Kunnallinen ohjausvoima etenkin Hyksissä oli heikko ja osoitti saman suunnan jatkuvan. Muun Uudenmaan sairaaloissa kuntien ohjausvoima oli tyydyttävä. Koko Uudenmaan erikoissairaanhoidon kustannukset kasvoivat, mutta voimakkaimmin Hyksin ja Helsingin sairaanhoitopiirin.

Kun Hyksin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteistoiminta sairaaloiden työnjaon perusteella saatiin toimimaan ja Helsingin sairaanhoitopiirin yhteistoiminta Hyksin kanssa alkoi, ei valtiovalta malttanut odottaa yhteistoiminnasta tuloksia, vaan lähti tekemään lainsäädännöllisiä muutoksia 1990-luvulla. Erikoissairaanhoidolakeja muutettiin ja perustettiin vuonna 2000 yksi yhteinen sairaanhoitopiiri, johon yhdistettiin Helsingin sairaanhoitopiiri ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri sekä Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Uusi sairaanhoitopiiri perustettiin aikana, jolloin valtiovallan tavoitteena oli syventää managerialismia ja samalla edistää kansanvaltaisuutta sekä saattaa päätöksenteko lähelle toimintaa ja kuntalaisia. Uuden piirijärjestelyn oletettiin voivan ottaa aikaisempaa paremmin käyttöön managerialistisen johtamisen usean sairaalan ja laitoksen organisaatiossa ja samalla tuovan mahdolliseksi kuntalaisia lähellä olevan toiminnallisen päätöksenteon. Muutoksen tavoitteeksi asetettiin saada aikaan kustannussäästöjä ja tehokkuutta, vähentää päällekkäistöimintoja, tuoda palvelut lähemmäksi kuntalaisia ja lisätä erikoissairaanhoidon hallinnossa ja järjestämisessä peruskuntien vaikutusta ja päätäntävältä. Näin ei kuitenkaan käynyt. Kunnallinen demokratia ei lisääntynyt, vaan päätöksenteko keskitettiin ja siten kuntien ohjausvoimaa heikennettiin. HUSin keskitetyn hallinnon ja toiminnan hallinnollisissa järjestelyissä ja liikkeelle lähdessä oli alkukankeuksia. Toimintatavoissa ei tapahtunut muutoksia eikä ”päällekkäisyys” vähentynyt. Kustannukset karkasivat. Ei tullut säästöjä, kuten valtiovalta ja kunnat odottivat. Kasvavan väestömäärän ja palvelujen kysynnän kasvun vuoksi HUS ei ole kyennyt antamaan riittävästi palveluja eikä sopeuttamaan niitä kysyntään. Potilasjonot ovat kasvaneet aikaisempaan hallintomalliin verrattuna.

Näin suuren organisaation, kuten HUS on, toiminnan liikkeelle lähtö ja sen hioutuminen joustavaksi ja kulloiseenkin tilanteeseen sopeutuvaksi vaatii aikaa. Piirin perustamisen yhteydessä tavoitteeksi otettu kunnallisen (läheinen kunnallinen) päätösvallan vahvistuminen on jäänyt toteutumatta, se torjuttiin. Toiminnallisessa johtajuudessaakaan ei näkynyt managerialistista kysynnän mukaista palvelujen sopeuttamista. HUSin hallinnollisissa ratkaisuisissa vähennettiin kunnallisen demokratian ja kuntien päätäntävällän osuutta sekä pienennettiin kuntien mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujen järjestämiseen. Kuntayhtymän hallitukselle on keskitetty aivan tarpeettomasti pieniä yksityiskohtaisia asioita. Niiden sijaan sen pitäisi keskittyä yleisten hallinnollisten ja taloudellisten periaatteiden ja sairaaloiden työnjaosta päättämiseen ja niiltä pohjilta toteutuksen ja toiminnan valvontaan. HUSin hallinnossa olisi käytettävä hyödyksi ”keskitetyn ja hajautetun” mallin etuja. Keskitetyssä mallissa hallitus ratkaisisi koko yhtymää koskevia asioita ja hajautetussa mallissa sairaanhoitoalueen lautakunta ratkaisisi (uudistettavan luottamushenkilöorganisaation) sääntöjen mukaisesti alueellisia asioita. Sairaanhoitoalueiden sairaaloissa on haluttu ”itsehallintoa” palvelujen järjestämisessä ja päätöksen teossa.

Kunnallisen ja alueellisen demokratian, päätäntävällän ja valvonnan lisäämiseksi olisi

Helsingin kaupungin alue jaettava erikoissairaalan käsittäviin ”sairaala-alueisiin” ja niihin perustettava päätäntävällän omaavat lautakunnat, kuten myös Jorvin ja Peijaksen alueille. Tällä tavalla päätäntävällän hajauttaminen ja sen tuominen paikalliselle tasolle lisää mahdollisuuksia saada ja omaksua uutta tietoa, reagoida tarvittaviin muutoksiin ja hankkia kansalaisten luottamusta. Tehtävät päätökset koskettavat läheisesti tunnettuja olosuhteita ja muutokset voidaan sopeuttaa paikallisiin olosuhteisiin. Pienessä organisaatiossa voidaan viranhaltijoiden kanssa neuvotella ongelmallisista toteuttamiskysymyksistä ja valvoa toiminnan tehokkuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. (Rynänen 1996, 83, Haveri 1997, 47, Stenvall 2000, 209-213, Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992:17.)

HUSin perustaminen sellaisenaan ja sen tähänastinen toiminta on ollut oikeansuuntainen, mutta vapaammalla, delegoidulla, hallinto- ja päätäntävällällä sekä siihen pohjautuvalla toimintatavalla kunnat voivat ohjata sairaaloiden toimintaa läheisemmin. Pienemmässä yksikössä on helpompi luoda avoin, luottamuksellinen ja innostava työkuulttuuri ja ilmapiiri. Suuri organisaatio mahdollistaa fuusioedut, mutta kun se on suurelta osalta jaettu ”viipa-loituun” toimintaan, ajautuu se helposti byrokraatiaan, kankeutuu välinpitämättömyyteen ja tulee siten vastuuntunnottomaksi ja johtaa huonoon palveluun. Kukaan ei suuressa organisaatiossa vastaa mistään sellaisesta, mikä voitaisiin nopeasti muuttaa. Toiminnalliset vaikeudet ovat kasaantuneet toimialajohtamisen eli diagonaalisen johtamisen alueille, eikä tähän mennessä hallinnollisilla uudistuksilla ole vaikeuksia saatu poistumaan. Toiminnallisessa organisaatiossa olisikin palattava HUSin perustamisen suunnittelussa olleen alkuperäisen suunnitelman mukaisesti pyramidimallin mukaiseen alueelliseen hierarkkiseen johtajuuteen. HUSin organisaatio (-piirros) olisi uudistettava ”keskitetyn ja hajautetun” mallin mukaiseksi. Tämänkaltainen uudistus ei ole esteenä sairaaloiden yhteistyölle eikä myöskään estä eri toimialojen henkilöiden keskinäistä joustavaa yhteistyötä ja laadunvalvontaa. Keskitetyt toiminnat palvelevat ”teknisesti” koko sairaanhoitopiirin toimintoja kuten kuvantaminen, laboratoriotoiminnot, atk-järjestelyt ja potilastiedoston kehittäminen. Hajautetut toiminnot ovat paikallisesti annettavia palveluja, joiden järjestämisestä sairaalan johtaja huolehtii ja johtaa kokonaisvaltaisesti. Hänen lähin esimiehensä olisi koko yhtymän hallintolääkäri tai toimitusjohtaja. Yhteistyössä ”aluelautakunnan” kanssa muodostuisi selkeä kokonaisvaltainen kuva paikallisesta sairaalan ja sairaanhoidon tarpeesta ja sen toteuttamisen järjestämisestä. Pienemmät ja rajalliset yksiköt olisivat selkeästi hallittavissa ja toimisivat parhaiten asukkaiden hyväksi. Oikean potilasohjauksen toteutumiseksi HUSin on tiedotettava sairaaloittensa työnjaosta ja toiminnasta tehokkaasti terveyskeskuksille, työterveydenhuollolle ja yksityislääkäreille.

Kuntien on määriteltävä terveyspoliittiset profilit. Terveysuunnittelua on tehtävä kuntien yleisjohdon, kuntien terveyskeskusten johtavien lääkäreiden ja kuntien talousjohdon kanssa yhteistyössä niin, että professionaalisuuden negatiiviset vaikutukset pystytään välttämään. Helsingin kaupungin olisi sopeuduttava palvelusopimuskulttuuriin.

Tulokellinen ja markkinaperusteinen johtaminen ja toiminta edellyttävät asiallisia ja taloudelliseen kantokykyyn sopeutettuja kokonaisvaltaisia tavoitteellisia suunnitelmia. Johtavien viranhaltijoiden ja tulosvastuussa olevien ammattihenkilöiden on sitouduttava tehtyihin suunnitelmiin ja tehtävä selkeitä lääketieteellisiä ja hoitotieteellisiä hyvään ratkaisuun tähtäviä ehdotuksia. Luottamushenkilöille on annettava aikaa suurten periaatteellisten kysymysten ymmärtämiseksi ja ratkaisemiseksi. Sairaanhoitopiirin ylimmän johdon täytyy katsoa kokonaisuutta ja kokonaisuuden etuja. Minkään ryhmän tai tekniikan ei tule saada yliotetta, potilaan etu on tärkein.

HUS-kuntyhtymän hallituksen ja ylimmän viranhaltijajohdon *on saatava tulosvastuussa olevat ymmärtämään, että julkisella toiminnalla ovat taloudelliset rajat, joiden asettaminen kuuluu luottamushenkilöjohdolle eli kuntayhtymän luottamustoimielimille.* HUSin keskushallinto ja sillä tasolla toimivat ovat kaukana kuntapäätäjistä ja ”reuna-alueiden” tuntemus on heikko. Yliopistosairaalan lääkärin on ymmärrettävä sairaalaansa laajempi toimintaympäristö, koko HUS-piiri, ja että sairaanhoitopiirin muissakin sairaaloissa tehdään tasokasta ja hyvää työtä. Hyks/Helsingin sairaaloiden toiminnan kasvattamisen ja keskittämisen sijaan olisi suunniteltava toimintojen siirtämistä ”alaspäin”. Helsingin ja Uudenmaan terveyden- ja sairaanhoito muodostavat yliopistollisen sairaalan, (alue)sairaaloiden ja perusterveydenhuollon kanssa yhden toiminnallisen yhteistyökentän sekä yhteen sovitettavan palvelujen kokonaisuuden. Siihen kokonaisuuteen kuuluu myös se, että eri alueilla olevissa sairaaloissa on väestön määrästä ja ikärakenteesta johtuen toisistaan hieman poikkeavana oman tasoisensa hoidot ja toimintatavat. Hinnat on määriteltävä vastaisuudessaakin sairaalakohtaisesti. Kun nyt HUSin johdon tasolla viritellään keskustelua hoidon kustannusten hinnoittelusta (vastoin sairaanhoitopiirin perustamisessa omaksuttua kantaa) sellaiseksi, että se olisi yhtä suuri samankaltaisesta toimenpiteestä (esim. suonikohjuleikkaus) sairaalasta riippumatta, vähentäisi se hintakilpailua ja kustannustietoisuutta ja siirtäisi kalliiden ja huonosti johdettujen sairaaloiden kustannuksia kustannustietoisten sairaaloiden rasitukseksi. Potilaan palvelujen kokonaistarve määrittelee eri palvelujen tuottajien roolin henkilökoh- taisessa hoitoketjussa. Toimijoiden alueellisen yhteistyön kehittäminen on erittäin tärkeää. On aktiivisesti kehitettävä hoitoketjuja ja niiden toimintaa. Tietotekniikan ratkaisulla ja niiden hyväksikäytöllä voidaan vähentää päällekkäistöitä. Etäpoliklinikkatoimintoja tulisi kehittää.

Lääkärikoulutuksessa tulisi käyttää hyödyksi yliopistosairaalan lisäksi myös muita sairaanhoitopiirin sairaaloita ja alueen terveyskeskuksia. Yliopiston kanssa käytävissä keskusteluissa olisi mietittävä lääkäreiden koulutusta ja sen järjestämistä sekä miten lääkäreiden koulutuksessa lääketieteellisen opetuksen lisäksi voitaisiin koulutukseen lisätä terveydenhuoltojärjestelmämme kokonaisuuden opetusta.

Terveyspalvelujen järjestämisestä on vastuu peruskunnilla. Erikoissairaanhoidon järjestämisestä kunnat ovat sopineet Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kanssa, joka on kuntien omistama kuntayhtymä. Neuvottelut palvelujen määrästä tapahtuvat kuntien ja niiden terveyden- ja sairaanhoidosta vastaavien kanssa. HUS isona organisaationa pystyy tuottamaan kunnille yksityiskohtaista tietoa terveys suunnittelua varten. HUSin asiantuntijoiden on esitettävä omalta puoleltaan ne sairaanhoidolliset tarvetiedot ja -ennusteet, jotka ovat odotettavissa lähivuosina. Suunnitelmien viimeistely ja todellinen sisällön määrittäminen on siirtynyt keskushallintoon, kauemmaksi suunnittelukohteesta, ja tuo siten epäuskottavuutta toimeenpanoon. Suunnitelman sisältö saa erikoissairaanhoidon painotteisuuden, kun sen lähtökohtana tulisi olla selvittää, mitä ja miten voitaisiin terveyskeskustasolla huolehtia tarvittavista sairaanhoidon palveluista ja tämän yli jäävä olisi erikoissairaanhoidon palvelua. Jos kuntien paikallista terveydenhuollon tuntemusta ja sosiaalitoimen lähipalvelujen tietoa ei oteta neuvotteluissa ja päätöksenteossa huomioon, ei terveyspoliittista terveys suunnittelua voi olla olemassakaan. Toisaalta kuntien on omalta osaltaan päästävä hyvään, myönteiseen suunnitteluun, luotava parametrit siitä, minkä verran kunnalla on varaa sijoittaa terveydenhuoltoon määrärahoja ja minkälaisina ne tulevat olemaan lähivuosina. Riittävien täsmällisten väestöennusteiden perusteella on arvioitava tulevat tarpeet. Niiden pohjalta voidaan määritellä kunnan painoalueet. Näin kunnat voivat olla perustellusti ostamassa palveluja,

joita niiden puolesta kuntien omistama sairaalalaitos järjestää.

Terveyskeskustoiminnan kehittämistä on tuettava konsultaatiotoiminnalla ottamaan enemmän hoitovastuuta potilaistaan. Helsingin terveyskeskuksen olisi omalta osaltaan lisättävä päivystysvastaanottoa ja mahdollistettava siinä myös psykiatrinen päivystys, jotta kalliin erikoissairaanhoidon päivystyksen osuus vähentyisi.

Terveyden- ja sairaanhoidon kysyntä on kasvanut ja laatuvaatimukset lisääntyneet. Kustannusten kasvun ja kuntien taloudellisten rajojen tiukentuminen ovat saattaneet työntekijäin aseman suurten paineiden alaiseksi. Samalla, kun terveydenhuollon työvoimaa tarvittaisiin lisää, tuloksellisuuden tavoittelussa hidastetaan sen kasvua. Työntekijöille asetetaan tehokkuusvaatimuksia ja yhtäaikaan vaaditaan inhimillistä ja myötätuntoista asennoitumista palveltaviin potilaisiin nähden. Tämän ristiriitaisen ongelman poistamiseksi on tarpeen kehittää uusia teknologioita ja uusia menettelytapoja, jotta terveydenhuolto kokonaisuudessaan pystyisi kilpailemaan niukentuneessa taloudellisessa tilanteessa hoitoa toteuttavan henkilökunnan saannissa ja samalla vastaamaan kasvavaan palvelukysyntään. Kuntien, terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon yhteisten väestö- ja kuntapohjaisten selvitysten ja palvelutarpeen arvioiminen ja sen toteuttamisen suunnitteluun eri palvelujen antajien kesken on panostettava erityisen voimakkaasti. Vain vilpittömällä suunnittelulla ja siihen tuottajaportaan sitoutumisella voidaan saavuttaa ajan mittaan kohtuullinen tasapaino kysynnän, tuotannon ja talouden kesken.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on toiminut kaksi vuotta. Se on suuri organisaatio ja siinä tapahtuvat muutokset ovat verkkaisia. Sen toiminnan sopeuttaminen kuntien tahdon ja kantokyvyn mukaiseen toimintaan tapahtuu päällekkäistoimintoja poistaen ja tietotekniikkaa hyväksi käyttäen. Tulosvastuulliset ja heidän alaisensa on aktiivisesti ohjattava hyväksymään Helsingin ja Uudenmaan koko terveyden- ja sairaanhoidon toiminta yhdeksi kokonaisuudeksi, jossa jokainen omalta osaltaan on edistämässä HUSin yhdessä kuntien kanssa hyväksymiä terveystaloudellisia tavoitteita.

LÄHDELUETTELO

- Aer, Juhani Kansanterveyslain toteutuksen nykyvaihe. Teoksessa Warsell, Leena (toim.):
Terveyskirja. Kansan Voima Oy:n Kirjapaino. Joensuu 1974.
- Ahlstedt, Leo - Jahnukainen, Iiro - Vartola, Juha: Organisaatio ohjauksjärjestelmän julkisessa hallinnossa. Amer-yhtymä Oy Weilin+Göös in kirjapaino, Espoo 1983.
- Almond, Gabriel A.: A Functional Approach To Comparative Politics, teoksessa: Almond-Coleman: The Politics of the Developing Areas. Princeton University Press. Princeton, New Jersey 1960.
- Anttila, Maija: Iltasairaalaistako apua? Uutispäivä Demari 30.10.2002, s. 5.
- Arbnor, Ingeman - Bjerke, Björn: Företagsekonomisk Metodlärä. Studentlitteratur, Lund 1977.
- Asetus 17/1860 Helsingin yleisen sairaalan siirtämisestä yliopiston kliinisen instituutin alaiseksi.
- Bentsen, Bent, Guttorm: Presentation of The Nordic Countries and Their Primary Health Care, 5. Norway. Scandinavian Journal of Primary Health. 1984;2.
- Biaudet, Eva: Hospital Healthcare Policymaker Forum Finland. Teoksessa: Hospital Healthcare Europe 2000/2001. The Official HOPE Reference Book. The Standing Committee of the Hospital of European Union. Campden Publishing Limited 2000.
- Bolstad, Målfrid: Norway's social security and health service. Norway Information. Produced by Nytt fra Norge the Ministry of Foreign Affairs. June 2000.
- Borgenhammar, Edgar: Leda lagom. Publica. LiberFörlag. Stockholm 1983.
- Brommels, Mats ja Korhonen, Timo: Kuluttajan vai tuottajan asialla? Hallinnon tutkimus 2/1991. Hallinnon tutkimuksen Seura r.y.
- Bäckman, Guy & Jakobsson, Gunvor: Nordisk Hälsopolitik. Åbo 1982. Åbo Akademi. Åbo Akademis kopieringscentral 1982.
- Dahl, Robert A.: Modern Political Analysis. Prentice-Hall. Inc., Englewood Cliff, New Jersey 1963.
- Eduskunnan vastaus Hallituksen esitykseen tulo- ja menoarvioksi vuodelle 1922. 1921 Valtioapäivät - Eduskunnan vastaus. Esitys N:o 22.
- Effective Health Care. December 1996. Volume 2 Number 8. Nuffield Institute for Health, University of Leeds. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. Bell and Bain Ltd, Glasgow.
- Elstad, Jon Ivar: Recent Developments in the Norwegian Health Care System: Pointing in What Direction? Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA-Skriftserie 1/97. Oslo. NOVA 1997.
- Faludi, Andreas: Planning Theory. Pergamon Press. A. Wheaton & Co. Ltd., Exeter 1984.
- Geyer, Curt: Joukot ja johtajat. Työväen kirjapaino. Helsinki 1929.
- Grønvald, Liselotte Freilev - Alban, Anita: Health Care in Denmark, teoksessa: Alban, Anita and Christiansen, Terkel (eds): The Nordic Lights. New Initiatives in Health Care Systems. Odense University Press. Odense 1995.
- Göteborgarnas hälsa. Sammanfattning av synpunkter och förslag. Göterborgs Friskvårdsberedning 1979-06-20.
- Haglund, Bo J. A. - Haglund, Gustav - Mattsson Bengt - Scherstén, Bengt - Svanström, Leif - Tibblin, Gösta: Presentation of Nordic Countries and Their Primary Health Care. 4. Sweden. Scandinavian Journal of Primary Health Care 1984; 2.
- Hallituksen esitys N:o 77 valtion tulo- ja menoarvioksi vuodelle 1935.
- Hallituksen terveystaloudellisen selonteon eduskuntakäsittely 26.-27.3.1985. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 1985. Valtion painatuskeskus.
- Ham, Christopher: Health policy in Britain. Macmillan Publishers Ltd. London 1985.
- Harisalo, Risto: Taloudellinen ahdinko ja uudistuva kunta. Tampereen yliopisto, Jäljennepalvelu. Tampere 1988.

- Haveri, Arto: Aluehallinto muutoksessa. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Jäjäennepalvelu. Tampere 1997.
- Haveri, Arto: Ohjelmat menestystekijänä. Strateginen lähestymistapa. Finnpublisher Oy. Tampere 1995.
- Haverinen, Riitta: Julkishallinnon modernisaatio ja paikallisen sosiaalipolitiikan vaihtoehdot. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1/2000.
- HE 94/1988 vp.: Hallituksen esitys Eduskunnalle erikoissairaanhoidolaiksi ja laiksi erikoissairaanhoitolain voimaanpanosta.
- HE 164/1998 vp.: Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi erikoissairaanhoidolain muuttamisesta ja Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaan annettun lain kumoamisesta.
- HE 95/1988 vp.: Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaan.
- Health Care Systems in the European Union. Austria, Finland, Sweden and Norway. Working Document. European Parliament Directorate General for Research. Luxembourg 1994.
- Heiniö, Paavo: Kuumelasaretti eli kunnan julkinen kunnallissairaala kolerasairaala. Teoksessa: Helsingin sairaalalaitoksen historia. Helsingin kaupungin julkaisuja N:o 19. Helsinki 1968.
- Heiskanen, Heikki (1984): Sidosryhmien johtaminen. Oy Rastor Ab, Helsinki. Gummerus Oy:n kirjapaino. Jyväskylä 1984.
- Heiskanen, Ilkka: Julkinen, kollektiivinen, markkinaperusteinen. Helsingin yliopisto. Helsinki 1977.
- Helander, Voitto: Julkisyhteisöt vaikuttajina. Arvi A. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna 1971.
- Helsingin kaupungin sairaalalaitoksen historia. Helsingin kaupungin julkaisuja N:o 19. Helsinki 1968.
- Helsingin Yleisen Sairaalan järjestelykomitea, 1841.
- HiT Sweden: Health Care Systems in Transition, Sweden 2001. European Observatory on Health Care Systems 2001. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen Ø, Denmark.
- Hoikka, Paavo - Kiljunen, Pentti: Sairaanhoidopiirin kuntainliittojen seurantatutkimus. Alustavia tutkimustuloksia. Sairaala 10/1984.
- Hoikka, Paavo: Paikallisen itsehallinnon valtarakenne. Tampereen yliopisto, Poliittikan tutkimuksen laitos. Tutkimuksia no 40/1975.
- Huttunen, Jussi: Terveyspalvelujärjestelmää kehitettävä kokeilemalla. Helsingin Sanomat 20.1.2001.
- Huuska, Väinö: Etujärjestöjen painostuspolitiikka Suomessa. WSOY Porvoo 1968. Newton, Kenneth: Second City Politics. Clarendon Press. Oxford 1976.
- Iklé, Fred Charles: How Nations Negotiate. Frederick A. Praeger. New York 1967.
- Itkonen, Rieti: Kunnallismiehen käsikirja. WSOY Porvoo 1946.
- Jutikkala, Eino & al.: Kaupunkilaitoksen historia 3. Suomen Kaupunkiliitto. Kunnallispaino Oy. Vantaa 1984.
- Jyränki, Antero: Valta ja vallan siirto. Kirjayhtymä. Tampereen Kirjapaino Oy. Tampere 1971.
- Kaasalainen, Silvo: Luottamushenkilöiden päätöksenteko-ongelmat ja päätöksenteon kehittämismahdollisuudet sairaalakuntainliitoissa. Acta Universitatis Tamperensis. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 1982.
- Kaitaranta, Heikki: Hälsovårdssystem, sjuklighet och hälsovårdskonsumtion i sju länder. Särtryck från Nordisk Medicin, 92, 1977, 286-290. Folkpensionsanstalten Institutet för social trygghet, E, 1977, nro 95. Helsingfors, Folkpensionanstalt 1967-1992.
- Kansanterveyskomitean mietintö 1965:B 72
- Kansanterveysvoimikunnan mietintö 1969:A 3
- Karpakka, Jarmo: Huono johtaminen heikentää terveydenhuollon tuloksia -kirjoituksessa. Helsingin Sanomat 4.10.2002, s. A 7.

Kauppinen, Ilkka: 30 vuotta keskussairaaloiden yhteistoimintaa. Keskussairaalaapiirien Liitto 1957-1987. Painokaari Oy. Helsinki 1987.

Keskussairaalaalaki 312/1948.

Keskussairaalaalaki 413/1943.

Keskussairaalaalakomitean mietintö. Komiteanmietintö 1952:17.

Kingdom, John: The United Kingdom, teoksessa: Wall, Ann (ed.): Health Care System in Liberal Democracies. Routledge, London 1996.

Kinnunen, Juha: KYSin johtaminen ja kulttuuri muuttuvassa toimintaympäristössä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin julkaisuja No 4/1992. Kuopion yliopistollinen sairaala, hallinto-keskus. Kuopion yliopistollisen sairaalan monistamo. Kuopio 1992.

Klein, Rudolf (edit.): Implementing the White Paper. Pitfalls and opportunities. A King's Fund analysis of Labour's plans for the NHS. King's Fund Publishing, London 1998.

Komiteanmietintö 1949:25. Keskussairaaloita koskevia kysymyksiä selvittämään asetetun komitean mietintö.

Komiteanmietintö 1956:51. Yliopistosairaalakomitean mietintö yliopistollisista keskussairaaloista.

Komiteanmietintö N:o 7/1933. Komiteanmietintö koskeva keskussairaalan perustamista Helsinkiin.

Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2001-2002. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Helsinki 2001. Suomen Kuntaliitto WS Bookwell Oy, Juva 2001.

Kunnallislaki 1976/953.

Kuntalaki 1995/365.

Kuntien valtionosuuslaki 688/1992.

Kuusi, Eino: Sosialipolitiikka. WSOY, Porvoo 1931.

Kuusi, Pekka: 60-luvun sosiaalipolitiikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja 6. WSOY. Porvoo 1961.

Känsälä, Risto: Professionaalisuus tulosjohtamisen vaikutusten säätelijänä kunnallishallinnossa. Hallintotieteen lisensiaatintutkimus. Vaasan yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Vaasa 1996.

Köhler, Lennart ja Martin, John (toim.): Methods and Experience in Planning for Health. Intersectoral Action for Health. The Nordic School of Public Health. minab/gotab Stockholm 1984.

Laadukkaat palvelut, hyvä hallinto ja vastuullinen kansalaisyhteiskunta. Hallintopolitiikan suuntaviivat. Valtioneuvoston periaatepäätös, Helsinki 1998. Oy Edita Ab. Helsinki 1998.

Laaksonen, Lasse: Sairaalamenot ja sairaaloiden kunnille aiheuttamat kustannukset. Taloustieteen pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto 1970.

Laine, Jermu: Talouspolitiikka ja terveyspolitiikka. Teoksessa: Kokko, Simo - Rajala, Matti (toim.): Terveys- ja talouspolitiikka. Kirjapaino Jaarli. Turenki 1975.

Laki aluesairaaloiden ja sairausmajojen lakkauttamisesta 1951/142.

Laki Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaista 1064/1989.

Laki kunnallisista yleissairaaloista 1965/561 ja siihen tehty muutos 1972/550 (suunnitteluvelvollisuus).

Laki sairaanhoitoalan kuntainliittojen uudelleenjärjestämisestä eräissä tapauksissa 1978/30.

Laki yliopistollisista keskussairaaloista 1956/392 ja laki yliopistollisista keskussairaaloista 1981/244.

Laukkanen, Reijo: Evaluaatiotutkimuksen käytön lisääminen päätöksenteossa. Hallinnon tutkimus 2/1995. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y.

Lehto, Markku: Terveystienhuolto nousi vaaliteemaksi -kirjoituksessa. Helsingin Sanomat 11.10.2002, s. A 7.

Lehtonen, Taru: In Search of Efficiency - Norddrg Based Pricing and Case-mix Accounting. Helsingin Kauppakorkeakoulu. HeSE print 2001.

- Leichter, Howard M.: A comparative approach to policy analysis. Health care policy in four nations. Cambridge University Press 1979.
- Leppo, Kimmo: Terveyden taloushistoria. Teoksessa: Kokko, Simo - Rajala, Matti (toim.): Terveys- ja talouspolitiikka. Kirjapaino Jaarli. Turenki 1975.
- Leskinen, Hannu: Kunta vastuuseen. Kuopion yliopisto. Acta 1/2001. Suomen kuntaliitto, Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki 2001.
- Lindgren, Björn: Health Care in Sweden, teoksessa: Alban, Anita and Christiansen, Terkel (eds): The Nordic Lights. New Initiatives in Health Care Systems. Odense University Press. Odense 1995.
- Lov om helsetoretak. Besl.O.nr.123 (2000-2001) ja Sosial- og helsedepartementet' in valmistelu-asiakirjat SHD - Ot.prp.nr. 66(2000-2001).
- Lähdesmäki, Kirsti: New Public Management julkishallinnon uudistajana. Paikallisen elinkeinopolitiikan johtamiskysymykset NPM:n näkökulmasta. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1/2000.
- Lähdesmäki, Kirsti: New Public Management julkisjohtamisen uudistajana. Paikallisen elinkeinopolitiikan johtamiskysymykset NPM:n näkökulmasta. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1/2000.
- Lääkärisopimus 2001-2002. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Suomen Kuntaliitto WS Bookwell Oy. Juva 2001.
- Mielisairaslaki 1952/187 ja sen muutos 1982/694.
- Mielonen, Marja-Leena: Psykiatrian hoito: mistä ja mihin suuntaan? Acta Universitatis Ouluensis. Oulun yliopisto, Oulu 2000.
- Mikkola, Hennamari - Keskimäki, Ilmo - Häkkinen, Unto: Tietoa DRG:stä. Kansainvälisistä kokemuksista suomalaisiin sovellutuksiin. Aiheita 39/1998. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.
- Mixa, Ólafur: Presentation of the Nordic Countries and Their Primary Health Care. 3. Iceland. Skandinavian Journal of Primary Health Care 1983; 3-4.
- Modeen, Tore: Det kommunala förtroendeuppdraget. Acta Academiae Aboensis. WSOY Porvoo 1962.
- Mälkiä, Matti: Hallintohistoria, hallintotiede, julkishallintotiede. Näkökohtia hallintotieteen, julkishallintotieteen ja hallintohistorian sisältöön sekä hallintohistoriallisen tutkimuksen asemaan julkishallintotieteen kentällä. Teoksessa: Stenvall, Jari - Tiihonen, Seppo (toim.) Julkinen hallinto menneisyyden puristuksessa. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Tampere 1995.
- Möttönen, Sakari: Tulosjohtaminen ja valta poliittisten päätöksentekijöiden ja viranhaltijoiden välisessä suhteessa. Suomen Kuntaliitto. Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki 1997.
- Newton, Kenneth: Second City Politics. Democratic Processes and Decision-Making in Birmingham. Clarendon Press. Oxford 1976.
- Niemelä, Pauli - Laurinkari, Juhani - Elo, Olavi: Terveystalouden hallinto, talous ja suunnittelu. Kustannuskiila Oy. Savon Sanomain Kirjapaino Oy. Kuopio 1979.
- Niemivuo, Matti: Aluehallinto ja aluepoliittinen lainsäädäntö julkisen vallan välineinä. Kustannusliike -JURIDICA -Ky. Helsinki. Vammalan Kirjapaino Oy Vammala 1979.
- Nousiainen, Jaakko: Suomen poliittinen järjestelmä. WSOY Porvoo 1959.
- Ojala, Aimo - Vataja, Pentti - Vintturi, Aulis: Kansanterveysyö. Suomen Kunnallisliitto. Kunnallispaino. Helsinki 1972.
- Oulasvirta, Lasse - Ohtonen, Jukka, Stenvall, Jari: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisu 2002:19. Edita Prima Oy. Helsinki 2002.
- Ouri, Kaari: Terveyspolitiikan perusteet. 4. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki 1981, KK kirjapaino.

- Paasivaara, Leena & Nikkila, Juhani: Vanhuspolitiikan heijastuminen kunnalliseen toimintaan vuosina 1930 - 2000. Hallinnon Tutkimus. Volume 22, Number 2, 2003.
- Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992:17. Sosiaali- ja terveysministeriö 1992.
- Perttula, Katariina: Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän murros ja kunnallisten vaikuttajien mielipiteet toimivasta palvelujärjestelmästä. Hallinnon tutkimus 1/1995. Hallinnon Tutkimuksen Seura r.y.
- Pesonen, Niilo: Terveyden puolesta - sairautta vastaan. Terveyden- ja sairaanhoito Suomessa 1800- ja 1900-luvulla. WSOY. Porvoo. 1980.
- Peters, Hans: Lehrbuch der Verwaltung. Springer-Verlag. H. Heenemann K. G. Berlin-Wilmersdorf 1949.
- Peters, Thomas J. - Waterman, Jr., Robert H.: In Search of Excellence. Lessons from America's Best-Run Companies. Harper & Row, Publishers, New York 1982.
- Pitkänen, Eero: Ohjelmaerusteinen suunnittelu kunnallishallinnossa. Oy Gaudeamus Ab. Helsinki 1975.
- Pitsinki, Pekka: Taloudelliset voimavarat ja terveyspolitiikka. Teoksessa: Kokko, Simo - Rajala, Matti (toim.): Terveys- ja talouspolitiikka. Kirjapaino Jaarli. Turenki 1975.
- Punnonen, Heikki (1988): Parempaan suunnitteluun. Sairaalaliiton julkaisu. Vammalan Kirjapaino Oy. 1988.
- Punnonen, Heikki: Syitä sairaaloiden kysynnän kasvuun. Kuntalehti 10/1996.
- Raivio, Kari: HUSin vaivat ovat vielä parannettavissa. Helsingin Sanomat 9.10.2002, s. A5.
- Relander, Arvo: ”Sairaalan päätoiminto on potilaiden hoito”. Lyhennelmä HYKSin sairaalanjohtajan, sairaalaneuvos Arvo Relanderin 20.1.2000 pitämästä jäähyväisluennosta Erikoislääkäri 1/2000.
- Repo, Päivi: Yksityispotilaan jonotusaika on puolet lyhyempi. Artikkelit Helsingin Sanomissa 6.10.2000.
- Roseman, Cyril - Mayo, Charles G. - Collinder, F. B.: Dimensions of Political Analysis. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey 1966.
- Royce, Robert: Primary Care and the NHS Reforms: A Manager's View. March 2000, Office of Health Economics. BSC Print Ltd., London 2000.
- Ryynänen, Aimo: Kunnan uusi toimintamalli. Gummeruksen Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1996.
- Sairaalahallintotoimikunnan mietintö. Komiteanmietintö 1983:17.
- Sairaalakuntainliiton johtaminen. Sairaalaliiton julkaisu 114. Mäntän Kirjapaino. Mänttä 1986.
- Sairaalamalaki 1956/49.
- Salmela, Reijo: Poliittishallinnollinen ohjaus ja terveyspalvelujen alueellinen tasa-arvo Suomessa. Terveydenhuollon hallinnon laitos. Kuopion yliopisto Kuopio 1988.
- Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio 1988.
- Salminen Ari (2001): Hallintotiede. Organisaatioiden hallinnolliset perusteet. Hallinnon kehittämiskeskus. Oy Edita Ab. Helsinki 2001.
- Salminen, Ari (1994): Markkinaperusteisuus, liikelaitostaminen, yhtiöittäminen. Teoksessa Tutkimaton uudistus? Julkisen sektorin uudistukset tutkimushaasteena. Valtiovarainministeriö. Painatuskeskus Oy. Helsinki 1994.
- Salminen, Ari - Niskanen, Jouni: Markkinoiden ehdoilla? Arvioita markkinaohjautuvuudesta julkisessa hallinnossa sektorissa. Valtiovarainministeriö. Vaasan yliopisto. Oy Edita Ab. Helsinki 1996.
- Salo, Heikki: Terveydenhoitolaki ja terveydenhuolto. Maalaiskuntien Liitto. Helsinki 1968.
- Simon, Herbert A.: Administrative Behavior. The Free Press. New York 1965.
- Simpanen, Veikko (a): Demokratiako esteenä erikoissairaanhoidon saamiselle? Uutispäivä Demari 11.10.2002, s. 5.
- Simpanen, Veikko (b): Lääkäritkin vuorotyöhön. Helsingin Sanomat 3.11.2003, s. A 5.
- Sinkkonen, Sirkka - Nikkilä, Juhani: Suomen terveydenhuollon hallinto. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu. WSOY, Juva 1988.

- Sintonen, Harri: An Approach to Economic Evaluation of Actions for Health. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tutkimusosasto. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1981.
- Sipponen, K.: Päätöksenteko kansanvallassa. Sanomapaino Helsinki 1967.
- Social- og helsesektoren i Norge - et overblikk. Social- og helsedepartementet. Juli 1999.
- Socialstyrelsen redovisar: Integrerat samhälle. Socialstyrelsen. A B Allmänna Förlaget. Borgströms Tryckeri AB. Motala 1971.
- Soininen, Gunnar: Helsingin sairaalaloista ennen kunnallisen sairaalalaitoksen syntyä. Teoksessa: Helsingin sairaalalaitoksen historia. Helsingin kaupungin julkaisuja N:o 19. Helsinki 1968.
- Sopimusohjaus Pirkanmaalla. Läpinäkyvyyttä ja asiakaslähtöisyyttä erikoissairaanhoidon. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Sosiaali- ja terveysministeriö, Valtiovarainministeriö, Suomen Terveystutkimus Oy. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 1/99.
- Sorsa, Kalevi: Kansanterveyden ja kansantalouden vuorovaikutus. Teoksessa: Kokko, Simo - Rajala, Matti (toim.): Terveys- ja talouspolitiikka. Kirjapaino Jaarli. Turenki 1975.
- Sozialrecht: Übersicht über das Sozialrecht. Bundesministerium für Arbeits und Sozialordnung. Juni 2000. Bonner Univesitäts-Buchdruckerei Berlin.
- Stenvall, Jari: Herrasmiestaidosta asiantuntijatietoon. Hallintohistoriakomitea. Painatuskeskus. Helsinki 1995.
- Stenvall, Jari: Käsikälyisestä toimijaksi. Acta Universitatis Tamperensis. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere 2000.
- Stewart, John: Kuntien uusi johtamistapa - muutos ja johtaminen. Finnpublisher Oy 1983. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 1983.
- Stjernberg, Torbjörn and Wennerberg, Ulf: Changin the Organization of Medical Services - The Case of the Stockholm County Council. Research Paper 6180 March 1980. The Economic Research Institute Stockholm School of Economics.
- STV XI: Terveiden- ja sairaanhoito: Suomen tilastollinen vuosikirja. Yleinen terveyden- ja sairaanhoito.
- STV: Väestö: Suomen tilastollinen vuosikirja. Väestötiedot.
- Summa, Hilka: Hyvinvointipolitiikka ja suunnitteluretoriikka. Yhteiskuntasuunnittelun täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A 17. Espoo 1989.
- Sundberg, Halvar G. F.: Kommunalrätt. Nordstedt. Stockholm 1964.
- Suomen vakinainen menoarvio vuodelle 1922.
- Tahvanainen, Aarno: Vantaan terveystoimen historia. Vantaan kaupungin offsetpaino. Vantaa 1996.
- Taipale, Vappu: Mielekäs elämä. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:20. Helsinki 1996.
- Temmes, Markku (1994 c): Eurooppalaiset esikuvamme. Uudistuvan hallintoajattelun lähteillä. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Painatuskeskus Oy. Helsinki 1994.
- Temmes, Markku 1991: Julkinen johtaminen. Vap-kustannus, Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1991.
- Temmes, Markku 1994 a: Hallinnonuudistusten evaluaation haasteista. Teoksessa: Tutkimaton uudistus? Julkisen sektorin uudistukset tutkimushaasteena. Valtiovarainministeriö. Painatuskeskus Oy. Helsinki 1994.
- Temmes, Markku 1994 b: Hallinto puntarissa. Hallintouudistusten arvioinnin mahdollisuudet ja edellytykset. Valtiovarainministeriö. Helsingin yliopisto. Painatuskeskus Oy. Helsinki 1994.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystalouden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1986.
- The Norwegian Social Insurance Scheme. January 2000. Sosial- og helsedepartementet. Informasjonsforvaltning, Hurtigtrykk - 07/00 - 250.

- Tiihonen, Seppo: Hallintohistorian tutkimuksesta. Teoksessa: Stenvall, Jari - Tiihonen, Seppo (toim.) Julkinen hallinto menneisyyden puristuksessa. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Tampere 1995.
- Tuberkuloosilaki 1960/355 ja sen 3. luvun muutos 1982/695.
- United Kingdom: Health Care Systems in Transition. United Kingdom 1999. European Observatory on Health Care Systems 1999. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen Ø, Denmark.
- Uuras-toimikunta: Komiteanmietintö 1994:10. UURAS-toimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Painatuskeskus Oy.
- Valsu: Valtakunnalliset suunnitelmat kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä ja valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1972 - 2002.
- Valtava: Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 1982/677.
- Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpiteistä keskushallinnon ja aluehallinnon uudistamiseksi. Helsinki 1993. Painatuskeskus Oy. Helsinki 1994.
- Vartola, Juha: Joitakin näkökohtia hallinnon menneisyyden tutkimukseen. Teoksessa: Stenvall, Jari - Tiihonen, Seppo (toim.) Julkinen hallinto menneisyyden puristuksessa. Tampereen yliopisto. Hallintotieteen laitos. Tampere 1995.
- Vartola, Juha: Julkisen suunnittelun ajattelutavoista ja luonteesta. Julkaisusarja B nro 35. Valtion painatuskeskus. Helsinki 1985.
- Vauhkonen, Onni: Yleiskatsaus lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin ja nykytilaan. Teoksessa: Vauhkonen, Onni - Laurinkari Juhani - Guy Bäckman: Suomalaisista terveyspolitiikkaa. WSOY Porvoo 1978.
- Väänänen, Pekka: Poliittinen uuden aikaistuminen. Karisto Oy:n kirjapaino. Hämeenlinna 1971. Yhteistyötä ja kumppanuutta terveydenhuoltoon Keski-Suomessa. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sopimuskokeilu. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 90/2000.

Espoon kaupunginarkisto

Espoon kaupunginhallituksen pöytäkirja.

Etelä-Suomen lääninhallituksen arkisto

Hänninen, Esko ja Huttunen, Jussi: Uudenmaan läänin erikoissairaanhoidon toimenpideohjelma. Selvitysmiesten raportti Hyks-neuvottelukunnalle. Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1994:5.

Kutsu kuntien edustajainkokoukseen. Lääninhallituksen kirje STU 331 A, 9.3.1999.

Neuvottelu: Kirje poliittisten puolueiden Helsingin ja Uudenmaan piirien piirijärjestöille. STU 600 B, 9.11.1998.

Pöytäkirja. Pöytäkirja lääninhallituksen kutsumasta kuntien ym. edustajien kokouksesta 1998.

Uudenmaan lääninhallituksen lausunto 28.6.1983 sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle sairaalahallintotoimikunnan (1983:17) mietinnöstä.

Helsingin kaupunginarkisto

Hgin kaupunginvaltuusto: Helsingin kaupunginvaltuuston pöytäkirja.

Terveydeksi: Helsingin kaupunki, Terveystieteiden tutkimuskeskus. Toimintakertomus vuosilta 1989-1999.

Vuosikertomus: Helsingin kaupungin vuosikertomus.

Kansallisarkisto

Helsingin sairaalakomitea 1858-1860.

Helsingin Yleisen Sairaalan järjestelykomitea 1841-1842 asiakirjat.

Valtioneuvoston pöytäkirja 6.9.1951.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sekä Helsingin yliopistollisen keskussairaala-liiton arkisto

Alsu: Alueellinen suunnitelma sairaanhoitolaitosten toiminnan järjestämisestä Helsingin yliopistollisessa keskussairaalaapiirissä.

Asettamispäätös: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perustamistoimenpiteiden valmistelutoimikunnan ja työryhmien asettaminen. Asettamispäätös STU 1522A. 17.12.1998.

Ehdotus HUS-kuntayhtymän suunnittelu- ja ohjausjärjestelmäksi. Järjestelytoimikunta 24.8.1999.

Helsingin kaupunginhallituksen pöytäkirjanote 6.1983 § 2150.

Henkilöstötilinpäätös. Henkilöstökertomus 2000 ja HUS:n henkilöstö 1.7.2001 ammattiryhmittäin.

HOVA: Hoitotyön vastuu ja työnjako erikoissairaanhoidon lyhytaikaishoidossa ja kunnan lähipalveluissa. Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

HUS-tilinpäätös: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tilinpäätös 2000 ja toimintakertomus 2000 sekä Tasekirja 2001.

HUS-valmistelu: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valmistelukokouksen pöytäkirja 30.11.1998.

Husari. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin yhteislehti.

HUSin hallitus: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin hallituksen pöytäkirja.

HUSin valtuusto: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valtuuston pöytäkirja.

Hyks-piirin tavoiteohjelma 2000, 1987.

Hyksin liittohallituksen lausunto 20.6.1983 STM:n sairaalahallintotoimikunnan mietinnöstä.

Hyksin liittohallitus: Helsingin yliopistollisen keskussairaalaaliiton liittohallituksen pöytäkirja.

Hyksin sairaalahallintotyöryhmän mietintö 30.1.1986.

Hyksin toimintakertomus: Helsingin yliopistollisen keskussairaalaaliiton toimintakertomus.

Hänninen, Esko ja Huttunen, Jussi: Uudenmaan läänin erikoissairaanhoidon toimenpideohjelma. Uudenmaan erikoissairaanhoidohanke -94. Helsingissä 30.8.1994.

KUKE-projekti: Lääkinnällisen kuntoutuksen kehittäminen Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (KUKE-projekti). Kuntoutuksen kehittämisen loppuraportti. Uudenmaan sairaanhoitopiiri 14.1.1999.

Kunta terveystalvelujen käyttäjänä ja maksajana. Helsingin yliopistollinen keskussairaala - Tutkimusjulkaisuja, AI/1981.

Kuuskoski-Vikatmaa, Eeva: Puhe Kuopion yliopistollisen keskussairaalan laajennuksen käyttöönotossa 20.9.1985.

Lastenlinna: Helsingin Lastenlinnan kuntainliiton toimintakertomus vuosilta 1972 - 1996.

Laurila ym. toivomusaloite Uudenmaan läänin erityisolosuhteiden ottamisesta huomioon erikoissairaanhoidon valmistelussa.

Linkki. HUS/Hyvinkään sairaanhoitoalue. Hyvinkään sairaanhoitoalueen lehti Linkki.

Miten HYKS toimii. Osa 1: Helsingin yliopistollisen keskussairaalan toiminta työntekijöiden kokemana. Helsingin yliopistollinen keskussairaala - Tutkimusjulkaisuja, A 2/1981.

Miten HYKS toimii. Osa 3: Potilaiden kokemukset ja tyytyväisyys hoitoon ja palveluihin sairaalassa. Hyvinvointiteoriasta lähtevä tarkastelu. Helsingin yliopistollinen keskussairaala - Tutkimusjulkaisuja, 2/1982.

Perussopimus: Edustajainkokouksen pöytäkirja 16.3.1999, 23.9.1999. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perustamisesta).

PSYKE-seurantaprojekti: Psykiatrisen toiminnan kehittäminen Uudenmaan sairaanhoitopiirissä 1990-luvulla. Uudenmaan sairaanhoitopiiri.

Relander, Arvo: (1) Terveydenhuollon lainsäädäntö esteenä voimavarojen tehokkaalle käytölle, PM 18.3.1985.

Relander, Arvo: (2) Erikoissairaanhoidon hallinnon vaihtoehtoisia järjestämistapoja Uudellamaalla, PM 30.4.1985.

SAIPA-projekti: Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaanhoidollisten palvelujen kehittämistä koskeva projekti. Toimenpide ehdotukset, SAIPA-projekti. Uudenmaan sairaanhoitopiiri 22.1.1998.

Sairaalakuntainliittojen kirje Uudenmaan lääninhallitukselle 13.6.1983.

Sisätautien hoidon alueellinen kehittämissuunnitelma. Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Hallintokeskus. Helsinki 1980.

SOKE-projekti: Somaattisten erikoisalojen toiminta tulevaisuudessa. Toimenpidesuunnitelma. Uudenmaan sairaanhoitopiiri 1995. SOKE-seurantaprojekti. Loppuraportti 13.12.1999.

SoTeKeKo -projektit. Uudenmaan sairaanhoitopiiri 1998.

Strategiasuunnitelma 1991. Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Suoritekäsikirja 2000. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hallitus 7.12.1999.

Tuomiranta, Mirja: Lääkärijohtaja - lääkäri vai Johtaja? Tutkimus lääkärijohtajien johtamistyön roolijännitteistä, johtamismotivaatiosta ja -roolista erikoissairaanhoidossa. Käsikirjoitus. 2001.

USHP: Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Kuntainliiton/kuntayhtymän toimintakertomus. Uudenmaan sairaanhoitopiirin perussääntö 1990.

Uudenmaan Sairaanhoitopiiri 1990-1999. Painotalo Miktor ky. Helsinki 2001.

Utis-Husari 6/2000. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin uutislehti henkilökunnalle.

Sosiaali- ja terveysministeriö

Asettamispäätös: Pääkaupunkiseudun ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamistyöryhmä. 16.04.1998, STM0268:00/15/01/1998

Erityistason sairaanhoidon järjestäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1994:40. Helsinki 1994.

Meltola: Kauppakirja 16.12.1997 Uudenmaan sairaanhoitopiirin omistaman Meltolan sairaalan omaisuuden myymisestä Karjaan kaupungille ja USHP:n ilmoitus 29.4.1998 STM:lle sen myymisestä, Karjaan kaupungin kirjeet STM:lle 10.7.1996, 12.8.1996, 7.12.1998 ja niihin liittyvät toimeksiantosopimukset 17.3.1998 terveydenhuoltopalvelujen ja vanhustenhuoltopalvelujen tuottamisesta sekä valtionosuuden palauttamista koskevat STM:n muistio 18.10.1999, päätös 8.4.1999 ja 27.10.1999.

Sopimus työnjaosta: Sopimus Helsingin sairaanhoitopiirin ja Helsingin yliopistollisen keskus sairaalan työnjaosta vuosina 1997-1999 ja Ohjeet helsinkiläisten potilaiden ohjaamisesta erikoissairaanhoitoon; Sopimus Uudenmaan sairaanhoitopiirin ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan työnjaosta vuosina 1997-1999 ja Ohjeet Uudenmaan sairaanhoitopiirien kuntien asukkaiden ohjaamisesta erikoissairaanhoitoon sekä Sosiaali- ja terveysministeriön ohje erityistason sairaanhoidon järjestämisestä 24.10.1996 N:o 17/021/96.

Toimikunnan asettaminen 23.9.1993 /155/051/93.

Suomen Kuntaliiton arkisto

Punnonen, Heikki: Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 1998. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Punnonen, Heikki: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen eri tehtävien nettokustannukset mk/as. 1999. Suomen Kuntaliitto 2000.

Punnonen, Heikki: Sairaaloiden tammi-joulukuu 1999. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2000.

Punnonen, Heikki: Sairaaloiden vuosi 1999. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 1999.

Sairaalaaliiton hallituksen pöytäkirja 30.3.1988.

Sairaalaaliiton lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle esityksestä laiksi Helsingin yliopistollisesta keskussairaalasta 22.3.1988.

Sairaalatilasto: Suomen sairaalatalous. Sairaalaliitto ja Suomen sairaalatilasto. Suomen Kuntaliitto
Suomen Kunnallisliiton lausunto Uudenmaan sairaanhoitopiirin perussäännöstä 9.5.1990.
Suomen Kuntaliiton kannanotto 20.10.1998 hallituksen esityksiin 164/1998 vp ja 165/1998 vp.
Suomen Kuntaliiton lausunto HE 164/1998 vp. erikoissairaanhoitolain muuttaminen ja ns. Hyks-lain kumoaminen 2.12.1998.
Suomen Kuntaliiton lausunto lakiluonnoksista hallituksen esitykseksi eduskunnalle erikoissairaanhoitolain, kansanterveyslain ja Helsingin yliopistollisesta annetun lain muuttamisesta terveydenhuollon tuottajien tuottaman opetus- ja tutkimustoiminnan rahoituksen osalta 20.6.1996.
Suomen Kuntaliiton lausunto Uudenmaan sairaanhoitopiirin perussopimuksesta 11.10.1995 ja 25.2.1997.

Uudenmaan liiton arkisto

Uudenmaan sairaalahallintotoimikunnan (UST) pöytäkirjat ja sairaalahallintotoimikunnan ehdotus 4.2.1986.
Yhteistyössä hyvinvoivaan yhteisöön. Uudenmaan sairaanhoitopiirin (Hyvinkään, Lohjan ja Peijaksen) sairaanhoitoalueen (-alueiden) sosiaali- ja terveyspalvelujen tavoiteohjelma(t). Uudenmaan lääninhallitus, Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Uudenmaan lääninhallituksen julkaisusarja 1993:2, 1993:5 ja 1993:10.

Valtioneuvoston arkisto

Alue- ja ympäristöpoliittinen ministerivaliokunta, joulukuu 1985: Läänin- ja piirihallinnon kehittäminen sekä kuntainliittohallinnon kokoaminen maakuntahallinnoksi.
Lipposen II hallituksen ohjelma 1999.
Sorsan IV hallituksen ohjelma 1983.
Valtioneuvoston päätökset.

Vantaan sosiaali- ja terveysvirasto

Mupro: Muutosprosessin suunnitteluryhmän raportti valmistelutoimikunnalle. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perustamistoimenpiteiden valmistelu. Helsinki 4.3.1999. HUS-muutosprosessi. Etelä-Suomen lääninhallitus.
Ojala, Pekka: Kunnan valinta- ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen kunnan asukkaiden eri koissairaanhoidon järjestämisessä. Selvitysraportti ja toimenpide-ehdotukset Keravan, Espoon, Järvenpään, Kauniaisten, Lohjan ja Vantaan kaupungeille sekä Nurmijärven, Tuusulan ja Vihdin kunnille. Helsinki 30.9.1997.
OMAHUS-työryhmä: Omaisuusjärjestely- sekä hallinnon ja huollon tukitoimintojen organisoinnin tilinjaukset. OMAHUS-työryhmän raportti 4.3.1999. HUS-muutosprosessi. Etelä-Suomen lääninhallitus.
Puerto: Pääkaupunkiseudun ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamistyöryhmän (PUERTO) muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistioita. 1998:14.
TOKA-työryhmä: Toiminta- ja kapasiteettilinjat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. TOKA-työryhmän raportti. 2.3.1999. HUS-muutosprosessi. Etelä-Suomen lääninhallitus.
Vantaan kaupunginhallituksen pöytäkirja.
Vuosisraportti: Helsingin ja Hyksin sekä Uudenmaan ja Hyksin välisten työnjakosopimusten toteutumisseuranta. Vuosisraportti 1997-1998. Hyks-toimikunta. Seurantaryhmä ja Hyks-toimikunta 01.04.1998.

Sanomalehdet

Helsingin Sanomat
Hufvudstadsbladet
Länsiväylä
Suomen Sosialidemokraatti
Suomenmaa
Uusi Suomi
Vantaan Alueuutiset
Vantaan Sanomat
Västra Nyland

Tutkimustietojen täydentämiseksi haastatellut henkilöt:

Alanko, Arto, ylilääkäri lääkintöhallituksessa, Hyksin erikoislääkäri ja vt.hallintoylilääkäri, Jorvin sairaalan johtava lääkäri, Etelä-Suomen läänin lääninlääkäri	03.08.2001
Alanko, Urpo, Vantaan kansanterveystyön johtava ylilääkäri, Vantaan sosiaali- ja terveystyöjohtaja	09.08.2001
Back, Jorma, Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveystyöyksikön päällikkö	16.08.2001
Brotherus-Kettunen, Aune, Hgin terveystyöyksikön hallintoylihoitaja, USHPn johtaja, HUSin varatoimitusjohtaja	17.07.2001
Böök, Heikki, Jorvin sairaalan hallintojohtaja	09.08.2001
Ervasti, Eero, LKT, kirurgisten ja ortopediatristen tautien erikoislääkäri, Jorvin sairaalan johtava lääkäri ja kirurgian yksikön ylilääkäri, lääkintöneuvos	02.07.2001
Gripenberg-Gahmberg, Marianne, Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalueen johtaja, Länsi-Uudenmaan aluesairaalan johtava lääkäri, sisätautien ja reumatologian erikoislääkäri, dosentti	10.08.2001
Heinonen, Ossi, Lääkintöhall. kansanterv.os. tarkastaja ja ylitarkastaja, Jorvin sairaalan liittovaltuuston jäsen ja varapj., Kirkkonummen kunnanvaltuuston jäsen ja varapj., Kirkkonummen kunnanhallituksen jäsen ja pj., Peijaksen sairaalan hallintojohtaja ja vs. johtaja	23.07.2001
Helenius, Marketta, Hyksin hallintoylihoitaja, sairaalahallinnollisen osaston apulaisosastopäällikkö, hoitotyöosaston osastopäällikkö, sairaanhoitaja johtaja	13.08.2001
Heliö, Reijo, Hyksin tutkimuspäällikkö, Hyksin palvelujohtaja	23.08.2001
Hertzen von, Heikki S, Hgin sos.- ja terveystoimen apulaiskaupunginjohtaja, STM:n kansliapäällikkö, Hyksin hallituksen puh.joht., Kymenlaakson shpn puh.joht. ja Kotkan sos.- ja terveystoimikunnan puh.joht.	03.07.2001

Honkala, Timo, Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen apulais- kaupunginjohtaja, Hyksin hallituksen puheenjohtaja.	07.08.2001
Huttunen, Jussi, Hyksin sisätautilääkäri, KYSin sisätautiopinprofessori, STM:n sosiaali- ja terveystoimialueen ylivoimajohtaja, STM:n ja Hyksin toimeksiannosta Uudenmaan erikoissairaanhoidon selvi- tysmies 1994 ja 1997, Kansanterveyslaitoksen pääjohtaja	03.09.2001
Häkkinen, Pirjo, HUSin erikoissuunnittelija	27.08.2001
Hämäläinen, Jorma, Tuusulan kunnanjohtaja	23.08.2001
Hänninen, Esko, Turun ja Porin lääninhall. sos.- ja terveysos. os.pääl- likkö, Uudenmaan lääninhall. sos.- ja terveysos. os.päällikkö, Etelä-Suomen lääninhall. sos.- ja terveysosaston Hgin alueyksi- kön päällikkö, johtaja Stakesissa, Hyks-toimikunnan pyynnöstä Uudenmaan erikoissairaanhoidon selvityshenkilö ja STM:n nimeämänä Uudenmaan erikoissairaanhoidon selvityshenkilö	06.07.2001
Karikumpu, Anne, HUSin talousjohtaja	07.09.2001
Karma, Pekka, johtava ylilääkäri, Hyksin johtajaylilääkäri, toimi- alajohtaja, professori	15.08.2001
Kauppinen, Ilkka, Hyksin hallintopäällikkö, HUSin hallintojohtaja	19.07.2001
Kautto, Tarja, kansanedustaja, Peijaksen edustaja Hyks-piirin sairaan- hoidon yhteistyöelimestä, Peijaksen sairaalan rakennustoimikun- nan jäsen ja puheenjohtaja, Peijaksen liittohallituksen puheen- johtaja, HUSin hallituksen varapuheenjohtaja, Peijaksen johto- kunnan puheenjohtaja	19.09.2001
Kekkonen, Raimo, Lohjan sairaanhoitoalueen johtaja, johtava lääkäri, LKT, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, yleislääketie- teen erikoislääkäri, erikoislääkärin hallinnollinen pätevyys	22.08.2001
Kekomäki, Martti, HUSin hallintoylilääkäri (suunnittelu-, koulutus- ja kansainväliset asiat), lastenkirurgi, dosentti, tohtori h.c.	27.07.2001
Kenttä, Mirja-Leena, Vantaan terveystoimikunnan terveyskeskuslääkäri	19.10.2001
Kirves, Tauno, Hyvinkään kaupunginjohtaja	29.08.2001
Koskinen, Pekka, Hyksin aluesuunnittelutalon suunnittelusihteeri, saman tason tstopäällikkö, USHPn projektipäällikkö, USHPn suunnittelupäällikkö ja HUSin valmiuspäällikkö	08.08.2001
Koskinen, Raija, valtiovarainministeriön budjettineuvos	20.08.2001
Kukkonen, Erkki, Järvenpään kaupunginjohtaja	02.08.2001

Laitinen, Lauri A., Merivoimien ylilääkäri, klinisen fysiologian ylilääkäri Keskussotilassairaala I:ssä, Tilkan Sotilaslääketieteen laitoksen johtaja, professorina Lontoossa, Ruotsin Astran tutkimusjohtaja, Helsingin yliopiston tuberkuloosi- ja keuhkosairausopin professori, Hyksin keuhkoklinikan ylilääkäri ja johtaja, sisätautien johtaja, yhdistettyjen sisätautien ja keuhkosairauksien klinikan johtaja, HUSin toimitusjohtaja	31.08.2001
Lang, Sune, Etelä-Suomen mielisairaanhuoltopiirin johtava lääkäri, LL, psykiatrian erikoislääkäri, Porvoon sairaanhoitoalueen johtaja	14.08.2001
Laurila, Ritva, Hgin sairaalalautakunnan pj., Lastenlinnan sairaalan hallituksen pj., Hyksin hallituksen varajäsen, kansanedustaja, eduskunnan talousvaliokunnan vpj., EU-parlamentaarikko, Hyksin hallituksen pj., Hyks-Helsinki-Uusimaa -lakisääteisneuvottelukunnan jäsen, HUSin järjestelykomitean puheenjohtaja, HUSin hallituksen puheenjohtaja	13.09.2001
Moisio, Antti, Espoon sos.- ja terveystoimen hallintojohtaja ja apulaiskaupunginjohtaja, Reumasäätien hall. jäsen, YTV:n valtuuskunnan ja hall. jäsen, Hyksin liittohall. jäsen ja varapuh.joht., Jorvin sairaalan kuntainliiton liittohall. jäsen, Uudenmaan läänin sos.- ja terv.huollon neuvottelukunnan puh.joht., Keskussairaalapiiirien Liiton johtok. jäsen ja puh.joht. sekä varapuh.joht., Sairaaliiton halli. jäsen ja puh.joht., Suomen Kuntaliiton terveydenhuollon neuvottelukunnan jäsen, arvonimi kaupunginjohtaja.	03.08.2001
Pehkonen, Irene, Hyksin rationalisointiyksikön suunnittelija, Hyksin tiedottaja, HUSin tiedotuspäällikkö	15.08.2001
Punnonen, Heikki, Suomen Kuntaliiton sosiaali- ja terveysyksikön sairaanhoitopiirialueen erityisasiantuntija	16.08.2001
Rantala, Erkki, Vantaan kaupunginjohtaja	05.09.2001
Relander, Arvo, Hyksin sairaalanjohtaja, sairaalaneuvos	27.06.2001
Saari, Asko, Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtaja, johtava lääkäri, kirurgian ylilääkäri, USHPn Soke-työryhmän projektipäällikkö	06.08.2001
Sahi, Ilkka, Vantaan kansanterveystyön johtava ylilääkäri, Espoon terveyskeskuksen vastaava ylilääkäri, Hgin kaupungin Koillisen terveyskeskuksen terveysjohtaja, HUS-järjestelyorganisaation Toka-työryhmän jäsen	25.07.2001
Savilahti, Risto, Espoon sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoylilääkäri	10.07.2001
Seppälä, Anja, HUSin hallintoylihoitaja	06.09.2001
Toivola, Matti, Helsingin terveysviraston toimitusjohtaja	27.08.2001

Tuomola, Seppo, Hyksin suunnittelija, Hyksin hallintojohtaja, Hgin terveysviraston hallintojohtaja, HUSin varatoimitusjohtaja	10.07.2001
Turtiainen, Reijo, USHPn talousjohtaja, HUSin palvelujohtaja	05.07.2001
Vento, Jaana, HUSin hallintolakimies	06.09.2001
Veräjänkorva, Erkki, Maalaiskuntien Liiton kuntatarkastaja, Hgin mlk:n kamreeri, YTV:n apulaisjohtaja, Hyksin tilintarkastaja, Jorvin sairaalan kl:n perustavan tmk:n jäsen, Jorvin sairaalan hallituksen vpj., Hyksin hallituksen jäsen, USHP:n hallituksen puheenjohtaja, Vantaan apulaiskaupunginjohtaja, kaupunginjohtajan arvonimi	30.08.2001
Virta, Kari, Espoon terveyslautakunnan jäsen, Jorvin sairaalan liittovaltuuston varajäsen, Lohjan sairaalan hallituksen jäsen, Kiljavan sairaalan liittovaltuuston vpj., Hyksin liittovaltuuston ja hallituksen jäsen, USHPn hallituksen jäsen, HUSin hallituksen jäsen, Nummi-Pusulän terveystakeskuksen johtava lääkäri.	17.9.2001
Wägar, Gustav, Meltolan sairaalan sisätautien erikoislääkäri ja johtava lääkäri, Peijaksen sairaalan johtava lääkäri, Jorvin sairaalan johtava lääkäri, dosentti	02.08.2001
Östman, Aune, Kiljavan sairaalan osastonhoitaja ja ylihoitaja, Hyvinkään sairaanhoitoalueen ylihoitaja	28.08.2001
Haastattelunauhut Vantaan kaupunginarkistossa	

Liitteet

Luettelot ja tilastot

Liite 1: Hyksin jäsenkunnat 1957

Helsingin yliopistollisen keskussairaalakuntainliiton jäsenet ja varatut sairaansijat

	1957 varatut hoitopaikat		1957 varatut hoitopaikat
Helsingin yliopisto	400		<i>siirto 2168</i>
Artjärvi	5	Loviisa	4
Askola	3	Myrskylä	3
Bromarf	1	Mäntsälä	19
Espoo	150	Nummi	3
Hanko	6	Nurmijärvi	7
Helsinki	1366	Pernaja	4
Helsingin maalaiskunta (Vantaa)	100	Pohja	5
Hyvinkään kauppala	9	Pornainen	2
Hyvinkään maalaiskunta	4	Porvoon kaupunki	7
Inkoo	3	Porvoon maalaiskunta	10
Järvenpää	40	Pukkila	2
Karjaan kauppala	3	Pusula	4
Karjaan maalaiskunta	2	Pyhäjärvi	6
Karjalohja	2	Sammatti	1
Karkkila	3	Sipoo	10
Kauniainen	7	Siuntio	4
Kerava	28	Snappertuna	1
Kirkkonummi	20	Tammisaaren kaupunki	4
Lapinjärvi	4	Tammisaaren maalaiskunta	2
Linjental	1	Tenhola	2
Lohjan kauppala	5	Tuusula	40
Lohjan maalaiskunta	6	Vihti	10
	<i>siirto 2168</i>	Yht.	2318

Liite 2: Hyksin klinikat ja sairaansijat 1958 ja 1968

Hyksin klinikat ja sairaansijat vuoden 1958 ja 1968 lopussa

	1958 sijainti	1958 ss	1968 sijainti	1968 ss
I sisätautien klinikka	Unioninkatu 33	99	Meilahden sair.	190
II sisätautien klinikka	Unioninkatu 38	88	Meilahden sair.	128
III sisätautien klinikka			Meilahden sair.	160
Hengityshalvauspotilaiden hoitokeskus	Unioninkatu 38	12	Unioninkatu 38	12
IV sisätautien klinikka (ruotsinkielinen)			Unioninkatu 38	131
Sisätautien erillisosastot			Unioninkatu 33	61
I kirurgian klinikka	Kasarmikatu 11	104	Töölön sair.	194
II kirurgian klinikka	Kasarmikatu 11	129	Meilahden sair.	192
III kirurgian klinikka	Kasarmikatu 11	67	Meilahden sair.	128
IV kirurgian klinikka (ruotsinkielinen)			Kirurginen sair.	130
V kirurgian klinikka (SPR:n sairaala)	Topeliuksenkatu 5	170	Töölön sair.	61
Kirurgian erillisosastot			Kirurginen sair.	148
Naistentautien ja synnytysklinikat	Haartmaninkatu 2	385	Haartmaninkatu	405
Lastentautien klinikka	Stenbäckink. 11	270	Stenbäckinkatu	320
Silmätautien klinikka	Haartmaninkatu 4 C	126	Haartmaninkatu	126
Korva-, nenä- ja kurkkutautien klinikka	Haartmaninkatu 4 F	110	Haartmaninkatu	135
Sädehoitoklinikka	Unioninkatu 38	43	Haartmaninkatu	125
Psykiatrian klinikka	Lapinlahden sairaala	123	Lapinlahdentie	180
Neurologian klinikka	Lapinlahden sairaala	57	Meilahden sair.	96
Iho- ja sukupuolitautilien klinikka	Snellmanink. 14	78	Snellmaninkatu	152
Iho- ja sukupuolitautilien klinikka	Kumpulan sairaala	62		
Keuhkosairauksien klinikka			Meilahden sair.	96
		1 923		3 170
Sairaansijojen lisäys 1958-1968	165%			

Liite 3: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1958

Lähde: STV XI: Terveyden- ja sairaanhoito 1958

STV: Väestö

Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1958

Erikoissairaanhoito	Väestö 1.1.	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Keskim. hoitoaika	Kuor- mitus %
Helsingin yliopist. keskussair.		1 718	587 710	13,8	93,7
I Sisätautien klinikka		99	33 821	16,6	93,6
II Sisätautien klinikka		82	28 391	18,1	94,9
Kirurgian klinikka		300	98 384	15,3	89,8
Naistentautien klinikka		385	138 214	9,3	98,4
Lastentautien klinikka		270	89 669	16,6	91,0
Silmätautien klinikka		120	44 319	16,4	101,2
Korva-, nenä- ja kurkkutautien klin.		108	37 459	12,2	95,0
I Iho- ja sukupuolitautilin klinikka		68	22 270	15,4	89,7
II Iho- ja sukupuolitt. klin. (Kumpula)		62	16 900	20,0	74,7
Sädehoitoklinikka		43	12 929	14,5	2,3
Neurokirurgian klinikka (SPR)		170	61 772	18,2	99,5
Hengityshalvauspotil. hoitokeskus		11	3 582	265,3	97,3
HYKS, psykiatria Lapinlahti		180	58 483	36,5	88,9
”HSHP”	445 190				
Helsingin kaupunki		1 331	448 453	18,4	91,1
Maria		372	143 741	17,6	105,9
Kivelä		465	162 022	23,9	90,3
Malmi		85	28 393	15,3	91,5
Aurora		409	114 297	16,6	76,6
Helsingin keskusmielisairaala: A		1 476	531 947	253,4	98,7
Kivelä: A		276	90 645	95,5	90,0
Kammio: A		100	40 312	88,2	110,4
Nikkilä: A		1 100	400 990	579,0	99,9
Nikkilän perhehoito		395	156 138		
Helsingin B-mielisairaalat		267	63 274		
Nikkilän Salon os: B		63	22 865	1 988,3	99,4
Nummelan, B		139	22 675	233,8	92,2
Kauniaisten hoitokoti, B		30	2 321	87,6	84,0
Sielullisesti sairaiden vastaanottoasema		35	15 413	11,8	120,6
Helsingin tuberkuloosiparantolat					
Helsingin kaup. tub.parantola		485	166 719	161,2	94,2
Auroran tub.os		10	2 233	61,2	61,0

Liite 3: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1958 (jatk.)

Erikoissairaanhoido	Väestö 1.1.	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Keskim. hoitoaika	Kuor- mitus %
”USHP”		341 324			
Erikoislääkärijoht. sairaala					
Hyvinkään kauppalan		56	23 565	9,2	115,4
Yleislääkärijoht. paikallissairaalat					
Hangon kunnansairaala		27	7 725	16,1	78,5
Hangon erill. synnytyssairaala		6	1 326	8,8	60,0
Karkkilan kpp. kunnansairaala		12	2 979	18,5	68,3
Espoon mlk. kunnansairaala		46	11 285	21,0	67,2
Hyvinkään mlk. kunnansairaala		12	4 458	11,5	110,8
Inkoon mlk. kunnansairaala		12	2 488	20,9	61,7
Nurmijärven kunnansairaala		20	8 065	12,3	110,5
Vihdin kunnansairaala		46	14 693	12,9	87,6
Hyvinkään kulkutautisairaala		6	90	6,4	3,3
Tuusulan kulkutautisairaala		16	5 250	25,5	90,0
Mielisairaalat					
Tammisaari: A		588	212 074	499,0	98,8
Kellokoski: A		630	202 726	509,4	88,2
Kellokosken perhehoito		79	27 802		
Tuberkuloosiparantolat					
Kiljavan parantola		304	96 637	197,0	87,1
Meltolan parantola		270	93 557	184,0	94,9
Lapinjärven parantola		27	10 569	297,7	107,4
Porvoon parantola		58	18 882	134,9	89,1

Liite 4: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1960

Lähde: SVT XI: Terveyden- ja sairaanhoito 1960

STV: Väestö

*Tahvanainen

Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1960

	Väestö 31.12.	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Keskim. hoitoaika	Kuormitus %
Hyks, yleissairaansijat		1 922	619 136	13,8	88,3
Hyks, psykiatria Lapinlahti		123	38 599	45,0	..
”HSHP”	463 212				
Helsingin kaupungin sairaalat					
Yleissairaalat		1 357			
Aurora (119 erik., 280 yl.)		409	128 011	16,9	85,7
Kivelä		477	139 530	21,2	80,1
Malmi		99	55 723	17,1	154,2
Maria		372	126 258	17,1	93,0
Helsingin mielisairaahan huoltopiiri		1 843			
Hesperia: A		325	110 737	73,5	93,4
Hesperian Kammion os.: A		100	42 398	104,7	116,2
Nikkilä: A		1 100	402 291	1 035,2	100,2
Nikkilän Salon os.: B		63	22 933	1 078,1	99,7
Nummelan: B		171	61 319	419,8	98,2
Pukinmäen hoitokoti: B		19	6 951	..	100,2
Punainen Tupa: B		30	10 998	..	100,4
Psykiatr. vastaanotto-os.: A		35	14 562	..	114,0
Helsingin tuberkuloosiparantolat		564			
Laakson		554	158 800	167,0	78,5
Auroran tub.os		10	37 886		1038,0
”USHP”	366 496				
Aluesairaalat		303			
Länsi-Uudenmaan		116	35 697	14,1	84,3
Porvoon seudun (41 erik., 74 yleisl.)		115	37 886	13,1	90,3
Hyvinkään kaup. (20 erik., 50 yleis)		72	29 725	9,4	113,1
Yleislääkärijohtoiset paikallissairaalat		358			
Hangon kaupungin		33	9 587	..	79,6
Hyvinkään mlk:n		12	5 338	..	121,9
Helsingin mlk:n vuokra, Diak.laitokselta*		30	..	..
Espoon kunnan		46	14 317	..	85,3
Inkoon kunnan		12	3 073	..	70,2
Nurmijärven kunnan		20	8 231	..	112,8

Liite 4: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1960 (jatk.)

	Väestö 31.12.	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Keskim. hoitoaika	Kuormitus %
Vihdin kunnan		42	14 775	..	96,4
Lohjan seudun		59	20 258	..	94,1
Loviisan seudun		76	17 491	..	63,1
Karkkilan kauppalan		12	3 207	..	73,2
Tuusulan tartuntatautien		16	4 728	..	81,0
Yleissairaalat yht.		661			
Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1960					
Uudenm. mielisair.huoltoapiiri		763			
Kellokoski: A	640		230 794	448,4	98,8
Paloniemen: B	123		40 118	128,1	89,4
Etelä-Suomen mielis.huoltoapiiri		633			
Tammiharju: A	603		216 853	267,2	98,5
Pernajan kunnal.k.os.: B	30		10 928	..	99,8
Uudenmaan ja Etelä-Suomen tub.piirit		660			
Kiljavan tuberkuloosi	305		84 733	192,0	75,9
Meltolan tuberkuloosi	270		78 260	134,0	79,2
Lapinjärven parantola	27		6 233	201,0	63,0
Porvoon parantola	58		17 989	114,0	84,8

Liite 5: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1968

Lähde: Suomen sairaalatalous 1968.
Sairaaliitto 1969. Kunnallispaino.
Helsinki 1969. STV: Väestö
1968

Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1968

	Väestö 31.12.	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Hyks		3 170	1 026 139	88,0	14,7
Helsingin Lastenlinna		200	63 923	87,0	69,8
”HSHP”	531 286				
Helsingin kaupungin sairaalat					
Yleissairaalat		1 216			
Auroran		392	115 741	81,0	14,8
Kivelän		390	128 490	90,0	23,6
Malmin		170	54 160	87,0	18,8
Marian		264	88 460	92,0	16,2
Helsingin mielisairaanhuoltoapiiri		844			
Hesperia: A		652	229 335	96,0	44,0
Pukinmäen hoitokoti: B		24	8 771	100,0	585,0
Röykän sairaala: B		168	61 180	99,0	1406,0
Helsingin tuberkuloosiparantolat					
Laakson sairaala		375	119 371	79,0	65,0
”USHP”	451 393				
Yleissairaalat		849			
Aluesairaalat		406			
Lohjan seudun		76	27 646	99,0	8,6
Länsi-Uudenmaan		140	38 891	71,0	13,4
Porvoon		190	44 330	83,0	14,6
Paikallissairaalat		443			
Hyvinkään seudun		82	29 955	100,0	8,4
Karkkilan		26	9 528	100,0	13,8
Espoon		81	29 252	99,0	44,6
Mehiläisestä vuokratut		66	18 829	..	..
Eirasta vuokratut		10	2 855	..	..
Helsingin mlk:n Diakon.laitoks. vuokra		70	26 090	..	..
Hyvinkään mlk:n		14	5 662	111,0	10,2
Inkoon		12	3 264	74,0	39,1
Nurmijärven		37	14 213	105,0	11,6
Vihdin		45	17 578	107,0	20,3

Liite 5: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1968 (jatk.)

	Väestö 31.12.	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Psykiatriset sairaalat		1 764			
Uudenm. mielisair.huoltoapiiri					
Kellokoski: A		640	234 411	94,0	326,0
Ohkolan: B		328	118 566	99,0	1317,0
Paloniemen: B		163	53 781	91,0	598,0
Etelä-Suomen mielis.huoltoapiiri					
Tammiharju: A		603	225 246	101,0	273,0
Pernajan kunnal.k.os.: B		30	10 716	98,0	3572,0
Tuberkuloosisairaansijat		512			
Uudenmaan ja					
Etelä-Suomen tub.piirit					
Kiljavan parantola		242	66 269	74,0	120,0
Meltolan parantola		270	94 419	93,0	35,0

Liite 6: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1974

Lähde: Suomen sairaalatalous 1974.
Sairaalaliitto. Kunnallispaino. Vantaa 1975
Väestö.

Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1974

	Väestö 31.12.	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
HYKS		3 237	885 913	75,0	11,8
Helsingin Lastenlinna		170	52 962	85,0	86,6
”HSHP”	503 909				
Helsingin kaupungin sairaalat					
Yleissairaalat		1 469			
Auroran		392	111 758	78,0	14,1
Kivelän		388	102 967	73,0	20,1
Malmin		170	64 435	104,0	17,9
Marian		519	86 298	85,0	15,5
Helsingin mielisairaanhuoltopiiri		1 900			
Hesperia: A		832	290 114	96,0	41,0
Nikkilän: A		900	519 641	98,0	474,0
Röykän sairaala: B		168	59 971	98,0	1481,0
Helsingin tuberkuloosiparantolat					
Laakson sairaala		372	116 829	84,0	71,0
Hoitokodit					
(ei laskettu mukaan) Hangonkadun hoitokoti		140	41 495	81,0	120,0
”USHP”	559 953				
Yleissairaalat		649			
Aluesairaalat		438			
Lohjan		108	39 482	100,0	9,4
Länsi-Uudenmaan		140	41 244	81,0	10,2
Porvoon		190	63 311	91,0	11,1
Paikallissairaalat		211			
Kauniaisten		12	1 832	42,0	11,7
Peijaksen, erikoislääkärijohtoinen		97	34 569	98,0	15,1
Hyvinkään seudun		102	37 576	101,0	9,1
Psykiatriset sairaalat		1 766			
Uudenm. mielisair.huoltopiiri		1 151			
Kellokoski: A		640	244 050	81,0	150,0
Ohkolan: B		328	119 560	100,0	1563,0
Paloniemen: B		183	60 214	94,0	1159,0
Etelä-Suomen mielis.huoltopiiri					
Tammiharju: A		615	225 513	99,0	148,0
Tuberkuloosisairaalat		461			
Uudenmaan ja Etelä-Suomen tuberkuloosipiirit					
Kiljavan parantola		210	47 658	61,0	81,0
Meltolan parantola		251	82 949	90,0	16,0

Liite 7: Helsingin yliopistollisen keskussairaalaapiirin sairaanhoidolliset vastualueet

HELSINGIN YLIOPISTOLLISEN KESKUSSAIRAALAPIIRIN SAIRAANHOIDOLLISET VASTUUALUEET

Sairaanhoidon alueellisen toiminnan eri tasojen yhteistyön lisäämiseksi ja porrastetun sairaanhoitojärjestelmän toteuttamiseksi suunniteltiin keskussairaalaapiiriin, Uudenmaan lääniin, kaikkiaan 7 vastuualuetta, jolla sijaitsevat sairaalat ja sairaalakuntainliitot voisivat päästä kiinteään yhteistyöhön.

Vastuualueet, niillä olevat kunnat ja sairaalakuntainliitot olivat seuraavat:

1. Helsingin vastuualue: (Helsingin kaupunki) *kaupungin sairaalat*, tuberkuloosi- ja mielisairaanhuoltopiiri;

2. Hyvinkään vastuualue: (Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula) *Hyvinkään alue-sairaala* (valmistui 1976) ja sen kuntainliitto, *Kellokosken mielisairaala* ja sen kuntainliitto, *Ohkolan mielisairaala* ja sen kuntainliitto, *Kiljavan tuberkuloosisairaala* ja sen kuntainliitto;

3. Jorvin vastuualue: (Espoo, Kauniainen, Kirkkonummi ja Vihti) *Jorvin sairaala* (valmistui 1976) ja sen kuntainliitto. Ennen sairaalan valmistumista Espoo osti palveluja Mehiläisen sairaalasta;

4. Lohjan vastuualue: (Karjalohja, Karkkila, Lohjan kaupunki, Lohjan kunta, Nummi-Pusula ja Sammatti) *Lohjan aluesairaala* (valmistui 1979) ja sen kuntainliitto, *Paloniemen mielisairaala* ja sen kuntainliitto;

5. Länsi-Uudenmaan vastuualue: Hanko, Inkoo, Karjaa, Pohja, Siuntio, Tammisaari ja Tenhola) *Länsi-Uudenmaan aluesairaala* ja sen kuntainliitto, *Meltolan tuberkuloosisairaala* ja sen kuntainliitto sekä *Tammiharjun mielisairaala* ja sen kuntainliitto;

6. Peijaksen vastuualue: (Kerava ja Vantaa) *Peijaksen sairaala* suunnitteilla, valmistui (Peijas-Rekolan sairaala) 1990. Sitä ennen kunnat saivat pääasialliset sairaalapalveluksensa vuokratiloissa toimivassa Vantaan erikoislääkärijohtoisessa paikallissairaalassa sekä Jorvissa ja Hyksissä;

7. Porvoon vastuualue: (Askola, Lapinjärvi, Liljendal, Loviisa, Myrskylä, Pernaja, Pornainen, Porvoon kaupunki, Porvoon maalaiskunta, Pukkila ja Sipoo) *Porvoon aluesairaala* ja sen kuntainliitto.

Näiden sairaaloiden lisäksi olivat *Helsingin yliopistollinen keskussairaala* ja sen keskussairaalaliitto sekä *Lastenlinnan sairaala* ja sen kuntainliitto.

Uudellamaalla toimivat *kuntainliitot* jakaantuivat *sairaalatyypeittäin* seuraavasti:

- yliopistollisen keskussairaalan kuntainliitto (yksi)
- aluesairaalakuntainliittoja (kuusi)
- mielisairaalakuntainliittoja (neljä)
- tuberkuloosisairaalakuntainliittoja (kaksi)
- Lastenlinnan sairaalan kuntainliitto (yksi)

Sairaalakuntainliitoilla oli kokonaisuudeksi katsottava sairaalayksikkö paitsi Etelä-Suomen mielisairaanhuoltopiirillä, jolla olivat Tammiharjun sairaala Tammisaarella, Pellon sairaala Espoossa, Veikkolan sairaala (vuokratilat) Vihdissä, Kevätkummun sairaala Porvoossa ja Norrgårdin sairaala Paraisilla.

Liite 7: Helsingin yliopistollisen keskussairaalan piiriin sairaanhoidolliset vastualueet (jatk.)

Mielisairaanhoidopiirien mielenterveystoimistot ja tuberkuloosipiirien tuberkuloositoimistot olivat eri puolilla piirinsä aluetta.

Uudenmaan sairaalakuntainliitoissa oli jäsenkuntia seuraavasti:

- *Yleissairaanhoido:* Helsingin yliopistollisessa kuntainliitossa 37 kuntaa; Jorvin sairaalan kuntainliitossa 6 kuntaa (vastuualueen ulkopuolelta Nurmijärvi ja Vantaa);

Hyvinkään aluesairaalan kuntainliitossa 5 kuntaa (Vihti vastuualueen ulkopuolelta); Länsi-Uudenmaan aluesairaalan kuntainliitossa 8 kuntaa; Peijaksen sairaalan kuntainliitossa 2 kuntaa; Porvoon aluesairaalan kuntainliitossa 11 kuntaa; ja Lastenlinnan sairaalan kuntainliitossa 19 kuntaa (*Hyks-piirin ulkopuolisia 64 kuntaa*).

- *Tuberkuloosihoido:* Helsingin kaupungin tuberkuloosipiiriin Laakson sairaala Helsingissä ja tuberkuloositoimisto Helsingissä; Uudenmaan tuberkuloosipiiriin kuntainliiton Kiljavan sairaala Nurmijärvellä ja tuberkuloositoimisto Helsingissä, jäsenenä 20 kuntaa (sairaansijoja omistava Helsinki ei kuulunut tuberkuloosipiiriin); Raaseporin tuberkuloosipiiriin kuntainliiton Meltolan sairaala Karjaalla sekä tuberkuloositoimistot Helsingissä, Karjaalla ja Porvoossa, jäsenenä 21 kuntaa (Helsinki, Lohjan kunta ja Vantaa omistavat sairaansijoja, mutta eivät kuuluneet tuberkuloosipiiriin) sekä Hyks-piirin ulkopuolelta rannikkoalueen 9 ruotsinkielistä kuntaa.

- *Psykiatrinen hoito ja mielenterveystyö:* Helsingin kaupungin mielisairaanhoidopiiriin kuntainliiton Hesperian sairaala Helsingissä, Nikkilän sairaala Sipoossa, Röykän sairaala Nurmijärvellä sekä mielenterveystoimistot Helsingissä; Uudenmaan mielisairaanhoidopiiriin kuntainliiton Kellokosken sairaala Tuusulassa sekä mielenterveystoimistot Hyvinkäällä, Järvenpäässä, Kellokoskella, Keravalla, Lohjalla, Vantaalla, Vihdissä ja Orimattilassa jäsenenä 20 kuntaa (Helsinki omistaa sairaansijoja, mutta ei kuulu piiriin) sekä Hyks-piirin ulkopuolelta 5 kuntaa; Ohkolan sairaalan kuntainliitossa 5 kuntaa sekä Hyks-piirin ulkopuolelta 4 kuntaa; Paloniemen sairaalan kuntainliitossa 7 kuntaa; Etelä-Suomen mielisairaanhoidopiiriin kuntainliiton Tammiharjun sairaala Tammisaarella, Veikkolan parantola Kirkkonummella, Kevätkummun sairaala Porvoossa ja Pellon sairaala Espoossa. Mielenterveyskeskukset Espoossa, Porvoossa ja Tammisaarella. Jäsenenä 19 kuntaa (Helsinki ja Vantaa omistivat sairaansijoja Tammiharjun sairaalassa, mutta eivät kuuluneet piiriin) sekä Hyks-piiriin ulkopuolelta 9 kuntaa.

Uudenmaan läänin alueen kunnat saattoivat kuulua 3-9 eri sairaalakuntainliittoon. Ruotsinkielisen väestön osuus eräiden kuntainliittojen alueella on suhteellisen suuri.

Uudenmaan kuntainliittojen lukumäärältään ja väestöpohjaltaan sekä toiminnaltaan oli maamme muuhin kuntainliittoihin verrattuna huomattavan suuri ja kuntainliittojen alueet keskenään epäyhtenäiset. Yksi kunta saattoi joutua eräissä tapauksissa hoidattamaan potilaitaan monessa (7-9) kuntainliitossa. (Uudenmaan sairaalahallintotoimikunta 3.10.1985.)

Liite 8: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1976

Lähde: Suomen sairaalatalous 1976.
Sairaalaliitto 1977. Kunnallispaino. Vantaa 1977

Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1976

	Sairaasijaj	Hoito-päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Hyks	3 056	800 283	72,0	11,1
Helsingin Lastenlinna	170	51 312	83,0	75,2
Helsingin kaupungin sairaalat				
Auroran	392	106 578	74,0	13,9
Kivelän	297	92 049	72,0	18,0
Malmin	166	60 505	99,0	15,7
Marian	491	157 991	88,0	27,1
Helsingin mielisairaahan huoltopiiri				
Hesperia: A	832	283 287	82,0	47,0
Nikkilä: A	900	323 610	82,0	47,0
Röykän sairaala: B	168	59 247	97,0	1795,0
Helsingin tuberkuloosiparantolat				
Laakson sairaala	217	48 208	61,0	58,0
Hoitokodit				
Hangonkadun	96	29 313	113,0	
Aluesairaalat				
Jorvin (aloitti toimintansa 1.11.76)	499	3 943	32,0	8,5
Lohjan seudun	108	38 692	98,0	9,7
Porvoon	200	63 597	88,0	11,0
Länsi-Uudenmaan	140	37 237	75,0	9,5
Paikallissairaalat				
Hyvinkään seudun	216	64 030	81,0	10,0
Kauniaisten	12	2 699	62,0	13,0
Peijas (erikoislääkärijoht., vuokrattu)	107	36 181	95,0	14,9
Etelä-Suomen mielis.huoltopiiri				
Tammiharjun: A	680	236 632	95,0	147,0
Uudenm. mielisair.huoltopiiri				
Kellokoski: A	640	235 429	73,0	175,0
Ohkolan: B	344	119 891	99,0	1918,0
Paloniemen: B	183	71 885	97,0	752,0
Uudenmaan ja				
Etelä-Suomen tub.piirit				
Meltolan parantola (tb.os. 131, muut 120)	251	75 773	93,0	15,0
Kiljavan parantola (tb.os. 88, muut 122)	210	48 360	83,0	62,0

Liite 9: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1979

Lähde: Suomen sairaalatilasto 1979.
Sairaalaliitto 1980. Vammalan kirjapaino. Vammala 1980

Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1979

	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Hyks	2 873	726 930	69,0	9,8
Helsingin Lastenlinna	170	47 201	76,0	66,9
Helsingin kaupungin sairaalat	<i>1 340</i>			
Auroran	394	92 203	64,0	12,4
Kivelän	292	102 882	97,0	21,1
Malmin	166	57 971	96,0	13,6
Marian	488	174 538	98,0	31,2
Helsingin mielisairaalan huoltopiiri	<i>1 608</i>			
Hesperia: A	540	204 023	91,0	35,7
Nikkilän: A	900	508 937	97,0	508,0
Röykän sairaala: B	168	61 162	100,0	1722,9
Helsingin tuberkuloosiparantolat				
Laakson sairaala	217	51 502	65,0	45,0
Hoitokodit				
Hangonkadun	96	23 890	68,0	77,9
Aluesairaalat	<i>1 174</i>			
Hyvinkään	216	63 285	8,0	8,9
Jorvin	510	113 448	61,0	6,6
Lohjan	108	33 392	85,0	8,6
Länsi-Uudenmaan	140	32 611	64,0	8,9
Porvoon	200	61 283	84,0	10,1
Paikallissairaalat				
Vantaan, erikoislääkäri, vuokratut	107	29 608	76,0	13,4
Uudenmaan ja Etelä-Suomen mielisairaalan huoltopiirit	<i>1 671</i>			
Kellokoski: A	468	220 423	95,0	141,8
Ohkolan: B	344	114 314	91,0	2931,1
Paloniemen: B	183	74 969	96,0	444,2
Tammiharju: A	676	217 162	86,0	153,0
Uudenmaan ja Etelä-Suomen tub.piirit	<i>461</i>			
Kiljavan parantola	210	59 637	78,0	32,9
Meltolan parantola	251	69 329	76,0	12,8

Liite 10: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1983

Lähde: Suomen sairaalatilasto 1983.

Sairaalaliitto 1984. Gummerus Oy:n kirjapainossa Jyväskylä 1984.

Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1983

	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Hyks	2 622	702 460	73,0	8,9
Helsingin Lastenlinna	170	39 457	64,0	43,7
Helsingin kaupungin sairaalat	2 359			
Auroran	364	100 031	75,0	12,3
Kivelän	253	89 221	97,0	36,7
Koskelan	1 035	361 002	96,0	88,7
Laakson	198	65 496	91,0	32,2
Malmin	166	50 019	83,0	13,0
Marian	343	117 473	94,0	23,2
Helsingin mielisairaalan huoltopiiri	1 445			
Hesperian	515	181 816	93,0	37,8
Nikkilän	800	421 801	90,0	564,9
Röykän	130	41 932	88,0	1644,4
Tuberkuloosisairaalat				
Laakson	155	44 952	79,0	28,8
Aluesairaalat	1 257			
Hyvinkään	216	60 821	77,0	8,4
Jorvin	510	121 823	65,0	6,2
Lohjan	191	47 424	68,0	8,6
Porvoon	200	54 867	75,0	8,8
Länsi-Uudenmaan	140	35 886	70,0	8,7
Paikallissairaalat				
Vantaan, erikoisl., vuokrattu	97	30 164	85,0	11,6
Uudenmaan ja Etelä-Suomen				
mielisairaalan huoltopiirit	1 546			
Kellokosken	412	156 832	81,0	102,7
Ohkolan	320	103 953	89,0	1961,4
Paloniemen	162	63 363	89,0	377,7
Tammiharjun	652	189 048	78,0	144,6
Uudenmaan ja				
Etelä-Suomen tub.piirit	453			
Kiljavan sairaala	202	52 107	71,0	18,9
Meltolan sairaala	251	66 997	76,0	11,1

Liite 12: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1985

Lähde: Suomen sairaalatilasto 1985.

Sairaalaliitto 1986. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 1986.

Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1985

	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Hyks	2 625	691 477	72,0	8,6
Helsingin Lastenlinna	170	42 968	69,0	31,0
Helsingin kaupungin sairaalat	2 656			
Auroran	368	100 055	74,0	12,2
Kivelän	241	91 716	104,0	34,4
Koskelan	1 035	366 934	97,0	84,9
Laakson	503	143 843	78,0	51,0
Malmin	166	56 077	93,0	12,5
Marian	343	124 030	99,0	16,9
Helsingin mielisairaalan huoltopiiri	1 265			
Hesperian	465	164 334	97,0	..
Nikkilän	650	228 547	95,0	..
Röykän	150	53 706	98,0	..
Tuberkuloosisairaalat				
Laakson	155	53 495	95,0	32,8
Aluesairaalat	1 257			
Hyvinkään	216	61 962	79,0	7,8
Jorvin	510	140 575	76,0	6,2
Lohjan	191	57 263	82,0	8,4
Porvoon	200	50 195	39,0	8,0
Länsi-Uudenmaan	140	39 444	77	8,5
Paikallissairaalat				
Vantaan, erikoisl., vuokrattu	97	35 190	99,0	13,0
Uudenmaan ja Etelä-Suomen mielisairaalan huoltopiirit	1 346			
Kellokosken	349	108 095	85,0	..
Ohkolan	320	95 895	82,0	..
Paloniemen	151	50 470	92,0	..
Tammiharjun	526	171 095	89,0	..
Uudenmaan ja Etelä-Suomen tub.piirit	453			
Kiljavan sairaala	202	56 364	76,0	9,8
Meltolan sairaala	251	76 601	84,0	10,2

Liite 13: Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1988

Lähde: Suomen sairaalatilasto 1988.
Sairaalaliitto 1989. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 1989.

Kunnalliset sairaalat Hyks-piirissä 1988

	Sairaasijaj	Hoito-päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Hyks	2 304	619 699	74,0	7,6
Helsingin Lastenlinna	170	39 108	63,0	26,0
Helsingin kaupungin sairaalat				
Helsingin erikoislääkärijohtoiset terveyskeskussairaalat	3 393	1 118 525	90,0	22,4
Helsingin mielisairaahan huoltopiiri Helsingin mielisairaalat	1 188	400 168	92,0	..
Tuberkuloosisairaalat Laakson	..	..	..	..
Aluesairaalat	1 277			
Hyvinkään	216	69 260	88,0	7,6
Jorvin	510	146 513	79,0	6,0
Lohjan	211	66 600	86,0	9,1
Porvoon	200	52 685	72,0	7,1
Länsi-Uudenmaan	140	33 095	65,0	6,1
Paikallissairaalat				
Vantaan, erikoisl., vuokrattu	97	33 164	94,0	14,3
Uudenmaan ja Etelä-Suomen mielisairaahan huoltopiirit	1 223			
Kellokosken	349	105 678	83,0	..
Ohkolan	302	86 414	78,0	..
Paloniemen	151	46 565	84,0	..
Tammiharjun	421	143 982	94,0	..
Uudenmaan ja Etelä-Suomen tub.piirit	453			
Kiljavan sairaala	202	46 966	64,0	10,7
Meltolan sairaala	251	64 255	70,0	9,9

**Liite 14: Keskussairaalat ja Uudenmaan läänin vastualueet
väestöpohjan mukaisessa järjestyksessä (1984)**

	Asukasmäärä
(Helsingin yliopistollinen keskussairaalapiiri	1 146 353)
<i>Helsingin vastuualue</i>	484 263
Turun yliopistollinen keskussairaalapiiri	429 452
Tampereen keskussairaalapiiri	415 360
<i>Jorvin jäsenkunnat</i>	368 083
Oulun yliopistollinen keskussairaalapiiri	277 232
Kuopion yliopistollinen keskussairaalapiiri	254 812
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri	246 237
Satakunnan keskussairaalapiiri	244 380
Päijät-Hämeen keskussairaalapiiri	199 616
Etelä-Pohjanmaan keskussairaalapiiri	194 404
Kotkan keskussairaalapiiri	193 926
<i>Jorvin vastuualue</i>	183 169
Pohjois-Karjalan keskussairaalapiiri	180 124
Vaasan sairaanhoitopiiri	177 663
<i>Peijaksen vastuualue</i>	167 869
Kanta-Hämeen keskussairaalapiiri	146 200
Etelä-Saimaan keskussairaalapiiri	134 642
<i>Hyvinkään vastuualue</i>	125 624
Keski-Pohjanmaan keskussairaalapiiri	122 152
Lapin keskussairaalapiiri	116 370
Mikkelin keskussairaalapiiri	111 443
Kainuun sairaanhoitopiiri	99 979
Länsi-Pohjan keskussairaalapiiri	83 495
<i>Porvoon vastuualue</i>	82 908
Savonlinnan keskussairaalapiiri	72 745
<i>Lohjan vastuualue</i>	66 424
<i>Länsi-Uudenmaan vastuualue</i>	48 282 *)
Ahvenanmaan keskussairaalapiiri	23 454

*) + ruotsinkieliset muilta vastuualueilta

**Liite 15: Jäsenkuntien äänimäärät ja jäsenten lukumäärät
Uudenmaan sairaanhoitopiirin liittovaltuustossa**

	Henkikirjoitettu väestö 1.1.85	Jäsenten luku sh-piirin liittovaltuustossa	Äänimäärä HYKS:n liitto- valtuustossa	Äänimäärä sh-piirin liitto- valtuustossa
Askola	4 123	2	3	5
Espoo	153 019	5	150	154
Hanko	12 103	3	10	13
Helsinki	484 122	6	690	346
Hyvinkää	38 440	4	28	39
Inkoo	4 235	2	4	5
Järvenpää	26 227	4	40	27
Karjaa	8 367	3	7	9
Karjalohja	1 226	1	2	2
Karkkila	8 360	3	15	9
Kauniainen	7 710	2	7	8
Kerava	25 852	4	38	26
Kirkkonummi	22 517	3	20	23
Lapinjärvi	3 452	2	4	4
Liljendal	1 412	1	2	2
Lohja	14 561	3	11	15
Lohjan kunta	17 008	3	11	18
Loviisa	8 742	3	8	9
Myrskylä	2 026	2	3	3
Mäntsälä	12 276	3	19	13
Nummi-Pusula	5 318	2	7	6
Nurmijärvi	24 072	3	32	25
Pernaja	3 676	2	4	4
Pohja	5 511	2	5	6
Pornainen	2 637	2	3	3
Porvoo	19 509	3	17	20
Porvoon mlk	20 089	3	14	21
Pukkila	1 635	1	2	2
Sammatti	1 085	1	1	2
Sipoo	13 747	3	20	14
Siuntio	3 926	2	4	4
Tammisaari	11 209	3	9	12
Tenhola	2 965	2	3	3
Tuusula	24 675	3	40	25
Vantaa	142 165	5	130	143
Vihti	18 870	3	15	19
Yhteensä	1 156 867	99	1 378	1 039
Artjärvi	1 156 867	1	2	ei sairaanhoito- piirin jäsen
Helsingin yliopisto			345	ei sairaanhoito- piirin jäsen

Liite 16: Yhteenveto Uudenmaan sairaanhoitopiirihankkeesta

Luvut puuttuvat terveystieteiden osalta, jotka ehdotetaan myös liitettäväksi sairaanhoitopiiriin alaisuuteen

	Sairaansijoja	Henkilökunta	Lääkäreitä	Käyttömenot milj.mk 1984
Hyks	2 614	7 168	593	1 113
Hyvinkää	216	348	28	56
Jorvi	510	1 264	92	167
Lohja	191	390	26	51
Porvoo	200	326	23	54
Länsi-Uusimaa	140	224	17	34
Meltola	251	360	25	49
Kiljava	202	274	13	36
Kellokoski	414	625	37	73
Tammiharju	563	610	33	83
Norrgård	36	19	-	3
Kevätkumpu	70	39	2	6
Pello	30	18	-	2
Ohkola	320	169	5	20
Paloniemi	162	94	2	13
Lastenlinna	170	482	38	54
Kuntainliitot yht.	6 089	12 410	934	1 814
Laakso	560	572	32	98
Aurora	368	832	62	124
Kivelä	253	509	29	77
Koskela	1 035	971	32	135
Malmi	166	334	21	51
Maria	343	696	51	107
Kätilöopisto	308	572	32	72
Hesperia	515	569	42	91
Nikkilä	730	672	18	105
Röykkä	150	102	1	17
Helsingin mielenter.tsto	-	53	21	24
Vantaa	97	9	17	22
Helsingin ja Vantaan sairaalat yht.	4 525	5 891	358	923
Ehdotettu Uudenmaan sairanhoitopiiri yht.	10 614	18 301	1 292	2 737

Liite 17: Kunnalliset sairaalat Uudenmaan alueella 1992

Lähde: Suomen sairaalatilasto 1992.

Suomen Kuntaliitto 1993. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 1993.

Kunnalliset sairaalat Helsingissä ja Uudellamaalla 1992

	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Hyks	1 984	482 662	85,0	5,7
Helsingin Lastenlinna	90	15 948	54,0	10,4
Helsingin sairaanhoitopiiri				
Yleissairaanhoito	1 538			
Auroran	195	51 568	83,0	6,9
Herttoniemen	25	4 879	70,0	4,5
Kivelän	160	54 082	109	18,1
Koskelan	236	76 855	92,0	16,7
Kätilöopiston	262	51 808	71,0	4,6
Laakson	260	68 744	83,0	10,2
Malmin	179	55 748	90,0	8,3
Marian	221	63 211	84,0	6,6
Psykiatria	963			
Auroran sairaala	22	5 298	76,0	64,0
Hesperian sairaala	502	158 046	42,0	93,0
Koskelan sairaala	37	11 334	26,0	91,0
Nikkilän sairaala	402	134 493	551,0	96,0
Uudenmaan sairaanhoitopiiri				
Yleissairaanhoito	1 717			
Hyvinkään	234	64 653	78,0	5,1
Jorvin	510	107 049	82,0	4,8
Kiljavan	172	38 027	69,0	8,8
Lohjan	207	50 686	95,0	6,7
Meltolan	148	44 618	86,0	9,5
Peijaksen	113	33 190	86,0	4,3
Porvoon	193	45 763	69,0	5,8
Länsi-Uudenmaan	140	28 747	68,0	4,8
Psykiatria	1 015			
Tammiharjun sairaala	307	102 437	108,0	92,0
Jorvin sairaala	62	15 072	21,0	71,0
Kellokosken sairaala	239	63 222	63,0	83,0
Lohjan sairaala	107	28 464	68,0	77,0
Ohkolan sairaala	200	61 053	814,0	93,0
Peijaksen sairaala	40	17 096	2,0	117,0
Porvoon sairaala	60	14 229	33,0	78,0

Liite 18: Kunnalliset sairaalat Uudenmaan alueella 1994

Lähde: Suomen Sairaalataloustilasto 1994.

Suomen Kuntaliitto 1995. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala 1995.

Kunnalliset sairaalat Helsingissä ja Uudellamaalla 1994

	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Hyks	1 810	479 135	87,0	5,2
Helsingin Lastenlinna	170	33 937	72,0	16,8
Helsingin sairaanhoitopiiri	1 756	514 243	80,0	9,7
Uudenmaan sairaanhoitopiiri	2 681	652 143	83,0	7,7
Hyvinkään	234	27 021	81,0	4,4
Jorvin	478	116 983	86,0	4,8
Kellokosken	239	65 424	81,0	55,0
Kiljavan	172	31 696	72,0	7,3
Lohjan	318	69 085	79,0	7,6
Länsi-Uudenmaan	140	27 027	74,0	4,0
Meltolan	148	34 316	75,0	6,9
Ohkolan	200	45 984	105,0	541,0
Peijaksen	250	60 676	4,9	80,0
Porvoon	195	55 925	85,0	6,9
Tammiharjun	307	88 000	94,0	82,5

Liite 19: Helsingin kaupungin terveystoimisto

Helsingin kaupungin terveystoimisto 1991

Eteläinen terveystoimisto

Kampinmalmin terveystoimisto
Lauttasaaren terveystoimisto
Punavuoren terveystoimisto
Taka-Töölön terveystoimisto
Vironniemen terveystoimisto
Kivelän sairaala
Lauttasaaren osasto

Itäinen terveystoimisto

Itäkeskuksen terveystoimisto
Kontulan terveystoimisto
Myllypuron terveystoimisto
Vuosaaren terveystoimisto
Myllypuron sairaala
Roihuvuoren sairaala

Kaakkoinen terveystoimisto

Herttoniemen terveystoimisto
Laajasalon terveystoimisto
Herttoniemen sairaala

Keskinen terveystoimisto

Alppiharjun terveystoimisto
Kallion terveystoimisto
Käpylän terveystoimisto
Vallilan terveystoimisto
Koskelan sairaala

Koillinen terveystoimisto

Jakomäen terveystoimisto
Malmin terveystoimisto
Pihlajiston terveystoimisto
Puistolän terveystoimisto
Pukimäen terveystoimisto
Suutarilan terveystoimisto
Malmin sairaala

Läntinen terveystoimisto

Haagan terveystoimisto
Kannelmäen terveystoimisto
Laakson terveystoimisto
Malminkartanon terveystoimisto
Pitäjänmäen terveystoimisto
Laakson sairaala
Riistavuoren sairaala

Pohjoinen terveystoimisto

Maunulan terveystoimisto
Paloheinän terveystoimisto
Suursuon sairaala

Erikoissairaalat

Auroran sairaala
Hesperian sairaala
Kätilöopiston sairaala
Marian sairaala
Nikkilän sairaala (Helsingin ulkopuolella)
Röykän sairaala (Helsingin ulkopuolella)

Liite 20: STM:n työryhmä (Puerto) Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamiseksi; jäsenet ja toimihenkilöt

Hallituksen talouspoliittisen ministerivaliokunnan kehotuksesta sosiaali- ja terveysministeriö asetti 1998 työryhmän selvittämään pääkaupunkiseudun ja Uudenmaan erikoissairaanhoidon toiminnan ja hallinnon uudistamista. Työryhmän tuli tehdä ehdotukset toimenpiteiksi ja antaa yksityiskohtainen mietintö, jonka mukaisesti järjestettäisiin Uudenmaan alueen erikoissairaanhoidon hallinnollinen ja toiminnallinen organisaatio ja niiden suhde kunnallishallintoon ja sen päätöksentekoon. Ehdotuksissa tuli ottaa huomioon myös Helsingin yliopiston lääketieteen opetuksen järjestäminen.

Työryhmän jäseniksi ja toimihenkilöiksi nimettiin seuraavat henkilöt:

Työryhmän puheenjohtajaksi

- sosiaali- ja terveysministeriön osastopäällikkö, ylijohtaja Kimmo Leppo ja jäseniksi
- ylipormestari Eva-Riitta Siitonen varajäsenenään apulaiskaupunginjohtaja Timo Honkala Helsingin kaupungista,
- kaupunginjohtaja Marketta Kokkonen varajäsenenään apulaiskaupunginjohtaja Antti Moisio Espoon kaupungista,
- kaupunginjohtaja Erkki Rantala varajäsenenään sosiaali- ja terveystoimen toimialajohtaja Urpo Alanko Vantaan kaupungista,
- kaupunginhallituksen varapuheenjohtaja Pekka Sauri Helsingin kaupungista varajäsenenään suunnittelija Kalle Könkkölä sosiaali- ja terveysministeriöstä,
- kaupunginjohtaja Per-Håkan Slotte Porvoon kaupungista varajäsenenään professori Mats Brommels Helsingin yliopistosta,
- perusturvajohtaja Kari Virta Karkkilan kaupungista varajäsenenään johtava lääkäri Raine Jakka Vihdistä,
- kaupunginjohtaja Rolf Paqvalin varajäsenenään sosiaali- ja terveysjohtaja Pekka Saarenmaa Keravan kaupungista ja
- apulaisosastopäällikkö Marjatta Blanco Sequeiros sosiaali- ja terveysministeriöstä varajäsenenään sekä
- työryhmän pysyvänä asiantuntijana neuvotteleva virkamies Martti Rissanen sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmän sihteereinä olivat

- lakimies Jaana Vento Uudenmaan sairaanhoitopiiristä,
- hallintojohtaja Seppo Tuomola Helsingin sairaanhoitopiiristä ja
- hallitusneuvos Pekka Järvinen sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Liite 21: Kunnalliset sairaalat Uudenmaan alueella 1999

Lähde: Suomen sairaalatilasto 1999.

Suomen Kuntaliitto 2000. Kuntaliiton painatuskeskus Helsinki 2000.

Kunnalliset sairaalat Helsingissä ja Uudellamaalla 1999

	Sairaan- sijat	Hoito- päivät	Kuormitus %	Keskim. hoitopv.
Hyks	1 356	440 597	89,0	4,8
Helsingin sairaanhoitopiiri	1 046	395 803	103,7	7,7
Uudenmaan sairaanhoitopiiri	1 882	620 919	117,8	6,3
Hyvinkään	525	181 288	94,6	9,3
Jorvin	433	134 030	84,8	4,4
Lohjan	225	61 048	74,3	5,6
Länsi-Uudenmaan	281	87 173	85,0	11,2
Peijaksen	238	105 041	120,9	5,3
Porvoon	180	52 339	79,7	5,0

Liite 22: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin väestö

Helsingin ja Uudenmaan shp:n väestö iän mukaan sairaanhoitoalueittain ja kunnittain 31.12.1999

Kunta- koodi	Sha/ Kunta	I k ä l u o k a t					75 -	Yhteensä	% osuus HUSin väestöstä
		0 - 14	15 - 44	45 - 64	65 - 74				
091	Helsinki	83 999	255 010	138 078	39 406	34 630	551 123	40,1	
	Hyvinkään sha	34 481	65 051	41 859	9 688	6 571	157 650	11,5	
106	Hyvinkää	8 080	17 321	11 216	3 316	2 392	42 325	3,1	
186	Järvenpää	7 740	15 671	9 026	1 812	1 210	35 459	2,6	
505	Mäntsälä	3 765	6 315	4 301	1 118	864	16 363	1,2	
543	Nurmijärvi	7 744	12 989	8 734	1 736	1 132	32 335	2,4	
858	Tuusula	7 152	12 755	8 582	1 706	973	31 168	2,3	
	Jorvin sairaala	52 842	111 725	61 901	12 962	8 061	247 491	18,0	
049	Espoo	44 301	95 989	51 686	10 870	6 821	209 667	15,3	
235	Kauniainen	1 804	3 335	2 272	678	460	8 549	0,6	
257	Kirkkonummi	6 737	12 401	7 943	1 414	780	29 275	2,1	
	Lohjan sha	15 441	29 652	20 816	5 580	4 201	75 690	5,5	
223	Karjalohja	272	445	393	168	135	1 413	0,1	
224	Karkkila	1 619	3 253	2 361	837	671	8 741	0,6	
444	Lohja	6 871	14 020	9 590	2 496	1 815	34 792	2,5	
540	Nummi-Pusula	1 196	1 994	1 675	568	478	5 911	0,4	
737	Sammatti	226	403	362	119	112	1 222	0,1	
927	Vihti	5 257	9 537	6 435	1 392	990	23 611	1,7	
	Länsi-Uudenmaan sha	8 808	17 319	13 714	4 305	3 954	48 100	3,5	
078	Hanko	1 676	3 680	3 266	789	773	10 184	0,7	
149	Inkoo	938	1 645	1 465	449	341	4 838	0,4	
220	Karjaa	1 635	3 259	2 276	835	782	8 787	0,6	
606	Pohja	899	1 706	1 406	511	438	4 960	0,4	
755	Siuntio	1 005	1 798	1 411	293	207	4 714	0,3	
835	Tammisaari	2 655	5 231	3 890	1 428	1 413	14 617	1,1	
	Peijaksen sairaala	42 218	92 539	55 058	10 893	5 815	206 523	15,0	
245	Kerava	6 043	12 995	8 447	1 596	1 056	30 137	2,2	
092	Vantaa	36 175	79 544	46 611	9 297	4 759	176 386	12,8	
	Porvoon sha	17 908	34 068	23 924	6 796	5 463	88 159	6,4	
018	Askola	913	1 701	1 187	309	250	4 360	0,3	
407	Lapinjärvi	536	979	864	338	341	3 058	0,2	
424	Liljendal	299	501	347	157	152	1 456	0,1	
434	Loviisa	1 146	2 736	2 295	821	630	7 628	0,6	
504	Myrskylä	406	661	559	221	189	2 036	0,1	
585	Pernaja	758	1 330	1 024	368	324	3 804	0,3	
611	Pornainen	1 105	1 586	950	231	169	4 041	0,3	
638	Porvoo	8 858	17 944	12 138	3 134	2 542	44 616	3,2	
753	Sipoo	3 887	6 630	4 560	1 217	866	17 160	1,2	
	HUS yhteensä	255 697	605 364	355 350	89 630	68 695	1 374 736	100,0	

Lähde: Tilastokeskus - Väestötillatost 31.12.1999

Liite 23: Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Kunta	Peruspääoma	, josta suhteell. osuus	VALTUUSTON JÄSEN- JA ÄÄNIMÄÄRÄ		
			Jäsenten lukumäärä	Kokonais- äänimäärä	Jäsen- kohtainen äänimäärä
Hyvinkään sha	275 155 263	11,87	10	116	
Hyvinkää - Hyvinge	82 201 183	3,55	2	35	17 1/2
Järvenpää - Träskända	59 710 851	2,58	2	25	12 1/2
Mäntsälä	28 215 282	1,22	2	12	6
Nurmijärvi	52 796 421	2,28	2	22	11
Tuusula - Tusby	52 231 526	2,25	2	22	11
Lohjan sha	163 212 316	7,04	12	69	
Karjalohja - Karislojo	4 035 017	0,17	2	2	1
Karkkila - Högfors	21 222 151	0,92	2	9	4 1/2
Lohja - Lojo	76 198 515	3,29	2	32	16
Nummi-Pusula	14 872 687	0,64	2	6	3
Sammatti	3 006 554	0,13	2	2	1
Vihti - Vichtis	43 877 392	1,89	2	18	9
Länsi-Uudenmaan sha	96 989 317	4,18	12	37	
Ekenäs - Tammisaari	29 156 785	1,26	2	12	6
Hanko - Hangö	17 478 261	0,75	2	7	3 1/2
Ingå - Inkoo	9 132 592	0,39	2	3	1 1/2
Karis - Karjaa	20 654 152	0,89	2	8	4
Pohja - Pojo	11 462 184	0,49	2	4	2
Siuntio - Sjundea	9 105 343	0,39	2	3	1 1/2
Porvoon sha	154 554 447	6,67	18	65	
Askola	7 002 859	0,30	2	3	1 1/2
Lapinjärvi - Lappträsk	5 861 760	0,25	2	2	1
Liljendal	2 767 374	0,12	2	2	1
Loviisa - Lovisa	14 010 097	0,60	2	6	3
Myrskylä - Mörskom	2 951 948	0,13	2	2	1
Pernå - Pernaja	6 757 203	0,29	2	2	1
Pornainen - Borgnäs	6 050 971	0,26	2	2	1
Porvoo - Borgå	79 142 904	3,41	2	34	17
Sibbo - Sipoo	30 009 331	1,29	2	12	6
HYKS-toimialue	1 628 691 997	70,24	17	699	
Espoo - Esbo	377 886 684	16,30	3	163	54 1/3
Helsinki - Helsingfors	873 540 083	37,68	5	376	75 1/5
Kauniainen - Grankulla	14 879 876	0,64	2	6	3
Kerava - Kervo	48 068 201	2,07	2	20	10
Kirkkonummi - Kyrkslätt	47 896 287	2,07	2	20	10
Vantaa - Vanda	266 420 866	11,49	3	114	38
Jäsenkunnat yhteensä - Medlemskommuner inalles	2 318 603 339	100	69	986	
Helsingin yliopisto - Helsingfors universitet			2	99	49 1/2
Yhteensä - Sammanlagt			71	1 085	

Liite 24: Terveydenhuollon menot kunnittain mk/as. 1999 ja vertailu koko maahan (= 100).

Terveydenhuollon nettokustannukset kunnittain mk/as. ja vertailu koko maahan (=100) vuonna 1999

Kunta	Terveyden huolto	Vert. koko maa	Perus-terv. huolto	Vert. koko maa	Erikois sair. hoito	Vert. koko maa	> 64-v. %-osuus	> 64-v. os. vert. koko maa
Koko maa	5 369	100	2 059	100	3 251	100	15	100
Uudenmaan shp.	4 735	88	1 549	75	3 147	97	10	69
Askola	4 540	85	1 289	63	3 180	98	13	86
Espoo	4 352	81	1 271	62	3 064	94	8	57
Hanko	6 392	119	2 348	114	3 997	123	15	103
Hyvinkää	5 168	96	1 789	87	3 353	103	13	91
Inkoo	5 619	105	1 996	97	3 563	110	16	110
Järvenpää	4 720	88	1 595	77	3 093	95	9	57
Karjaa	6 651	124	3 087	150	3 511	108	18	124
Karjalohja	4 517	84	1 122	55	3 322	102	21	145
Karkkila	5 788	108	2 001	97	3 740	115	17	116
Kauniainen	4 539	85	2 115	103	2 383	73	13	90
Kerava	4 728	88	1 451	70	3 233	99	9	59
Kirkkonummi	4 378	82	1 587	77	2 762	85	7	51
Lapinjärvi	4 964	92	1 589	77	3 253	100	22	150
Liljendal	6 072	113	2 683	130	3 270	101	21	143
Lohja	5 392	100	1 625	79	3 707	114	12	84
Loviisa	6 257	117	2 839	138	3 296	101	19	128
Myrskylä	4 846	90	1 854	90	2 946	91	20	136
Mäntsälä	4 645	87	1 551	75	3 039	93	12	82
Nummi-Pusula	5 699	106	1 726	84	3 887	120	18	119
Nurmijärvi	4 482	83	1 517	74	2 924	90	9	60
Pernaja	5 200	97	1 748	85	3 331	102	18	123
Pohja	6 185	115	2 008	98	4 104	126	19	129
Pornainen	4 209	78	1 076	52	3 067	94	10	67
Porvoo	4 949	92	1 701	83	3 175	98	13	86
Sammatti	4 681	87	1 302	63	3 306	102	19	127
Sipoo	4 609	86	1 399	68	3 149	97	12	82
Siuntio	4 889	91	1 300	63	3 566	110	11	72
Tammisaari	5 974	111	1 718	83	4 212	130	19	131
Tuusula	4 555	85	1 704	83	2 813	87	9	58
Vantaa	4 545	85	1 473	72	3 032	93	8	54
Vihti	4 798	89	1 745	85	3 014	93	10	68
Helsingin shp.	6 184	115	2 299	112	3 866	119	13	91

Lähde: Punnonen, Heikki: Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen eri tehtävien nettokustannukset mk/as. 1999.

Liite 25: HUSin henkilöstö ammattiryhmittäin 1.1.2000 - 1.7.2001

HUSin henkilöstö ammattiryhmittäin

1.1.2000

	Hoitajat	Lääkärit	Muut	Tutkimus	Yhteensä
HYKS	6 147	1 423	2 785	523	10 878
Apteekki	-	-	24	36	60
Hyvinkää	832	110	500	76	1 518
Jorvi	1 101	203	553	118	1 975
Lohja	386	51	203	30	670
Peijas	721	136	331	74	1 262
Porvoo	332	61	156	36	585
Länsi-Uusimaa	406	42	233	31	712
Yhtymän hallinto	20	15	94	3	132
Yhteensä	9 945	2 041	4 879	927	17 792

31.12.2000

	Hoitajat	Lääkärit	Muut	Tutkimus	Yhteensä	Muutos edelliseen
HYKS	6 537	1 481	3 038	620	11 676	7,3%
Apteekki	-	-	29	50	79	31,7%
Hyvinkää	864	124	503	88	1 579	4,0%
Jorvi	1 211	217	581	135	2 144	8,6%
Lohja	398	65	210	27	700	4,5%
Peijas	772	141	351	80	1 344	6,5%
Porvoo	341	61	166	39	607	3,8%
Länsi-Uusimaa	425	51	233	31	740	3,9%
Yhtymän hallinto	35	17	104	6	162	22,7%
Yhteensä	10 583	2 157	5 215	1 076	19 031	7,0%
Muutos edelliseen	6,4%	5,7%	6,9%	16,1%	7,0%	

1.7.2001

	Hoitajat	Lääkärit	Muut	Tutkimus	Yhteensä	Muutos edelliseen
HYKS	7058	1568	3447	534	12 607	8,0%
Apteekki	-	-	58	78	136	72,2%
Hyvinkää	941	132	539	74	1 686	6,8%
Jorvi	1287	229	654	126	2 296	7,1%
Lohja	435	68	224	25	752	7,4%
Peijas	814	154	386	86	1 440	7,1%
Porvoo	359	65	181	32	637	4,9%
Länsi-Uusimaa	465	62	272	31	830	12,2%
Yhtymän hallinto	33	16	116	14	179	10,5%
Yhteensä	11 392	2 294	5 877	1 000	20 563	8,1%
Muutos edelliseen	7,6%	6,4%	12,7%	-7,1%	8,1%	

Lähde:HUS, Henkilöstötilinpäätös, Henkilöstökertomus 2000 ja HUS:n henkilöstö 1.7.2001 ammattiryhmittäin.

Liite 26: Sairaansijat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä tulosalueittain ja erikoisaloittain

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
HK 14.11.2000

Sairaansijat helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiirissä tulosalueittain ja erikoisaloittain 1.1.2000 ja vuonna 2001

Tulosalue/ Erikoisala	1.1.2000	Suunnitelma 2001
HYKS	1976	1915
Sisätaudit	276	266
Kirurgia	479	482
Naistentaudit	78	78
Synnytykset	155	155
Lastentaudit	153	153
Lastenneurologia	57	57
Silmätaudit	43	26
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	89	61
Hammas-, suu- ja leukasairaudet	12	12
Iho- ja sukupuolitaudit	37	37
Syöpätaudit ja sädehoito	70	70
Neurologia	85	85
Neurokirurgia	50	50
Keuhkosairaudet	79	64
Psykiatria	219	219
Lastenpsykiatria	54	54
Nuorisopsykiatria	40	46
Jorvin sairaala	430	430
Sisätaudit	80	80
Kirurgia	94	94
Naistentaudit	24	24
Synnytykset	48	48
Lastentaudit	57	57
Silmätaudit	1	1
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	6	6
Neurologia	22	22
Keuhkosairaudet	27	27
Psykiatria	55	55
Lastenpsykiatria	8	8
Nuorisopsykiatria	8	8
Peijaksen sairaala	298	298
Sisätaudit	81	76
Kirurgia	100	100
Naistentaudit	14	14
Silmätaudit	2	2
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	4	4
Neurologia	12	12
Keuhkosairaudet	15	20
Psykiatria	70	70

Liite 26: Sairaansijat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä
tulosalueittain ja erikoisaloittain (jatk.)

Tulosalue/ Erikoisala	1.1.2000	Suunnitelma 2001
Länsi-Uudenmaan SHA	285	275
Sisätaudit	26	26
Kirurgia	30	30
Naistentaudit	8	8
Synnytykset	15	15
Lastentaudit	8	8
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	2	2
Kuuhkosairaudet	4	4
Psykiatria	176	166
Lastenpsykiatria	8	8
Nuorisopsykiatria	8	8
Lohjan SHA	216	216
Sisätaudit	55	55
Kirurgia	59	59
Naistentaudit	10	10
Synnytykset	16	16
Silmätaudit	2	2
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	2	2
Kuuhkosairaudet	8	8
Psykiatria	64	64
Hyvinkään SHA	529	543
Sisätaudit	60	60
Kirurgia	65	65
Naistentaudit	18	16
Synnytykset	28	28
Lastentaudit	18	18
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	5	5
Neurologia	10	10
Kuuhkosairaudet	30	30
Fysiatria ja kuntoutus	20	20
Psykiatria	236	252
Nuorisopsykiatria	39	39
Porvoon SHA	189	189
Sisätaudit	52	52
Kirurgia	50	50
Naistentaudit	10	10
Synnytykset	15	15
Lastentaudit	15	15
Psykiatria	47	47
HUS yhteensä	3 923	3 866

Liite 26: Sairaansijat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä
tulosalueittain ja erikoisaloittain (jatk.)

Erikoisalat yhteensä	1.1.2000	Suunnitelma 2001
Sisätaudit	630	615
Kirurgia	877	880
Naistentaudit	162	160
Synnytykset	277	277
Lastentaudit	251	251
Lastenneurologia	57	57
Silmätaudit	48	31
Korva-,nenä- ja kurkkutaudit	108	80
Hammass-,suu- ja leukasairaudet	12	12
Iho- ja sukupuolitaudit	37	37
Syöpätaudit ja sädehoito	70	70
Neurologia	129	129
Neurokirurgia	50	50
Keuhkosairaudet	163	153
Fysiatria ja kuntoutus	20	20
Psykiatria	867	873
Lastenpsykiatria	70	70
Nuorisopsykiatria	95	101
Erikoisalat yhteensä	3 923	3 866

Liite 27: Erikoissairaanhoidon henkilökunnan ja menojen kehityksestä sairaanhoitopiireittäin

Henkilökunta, sairaansijat, keskimääräinen hoitoaika, menot 1000 mk ja menot/asukasta kohti eri vuosina Helsingissä ja Uudellamaalla

	Lääkärit	Eriast. sair.h. ja vast.	Kaikki palvel. suhteet yhteensä	Erikois sairaan-sijat	Keskim. hoitopv.	Sairaan-sijat/1000 as	Kaikki käynnit yhteensä	Käynnit/asukas	Menot 1 000 mk	Väestö	Menot/asukas mk	Menot/as deflaoitu vuoteen 2000* mk
1989												
"USHP", som.	294	1117	3560	1820	7,5	2,50	251 583	0,34	748 822			
Psikiatria	95	307	1574	1031		1,41	78 642	0,11	208 703			
"USHP" kaikki	389	1424	5134	2851		3,91	330 225	0,45	957 525	729 235	1313	1933
HSHP, som.	283	1224	3599	1619	10,3	3,30	312 671	0,64	792 927			
Psikiatria	97	319	1412	992		2,02	82 953	0,17	297 605			
"HSHP" kaikki	380	1543	5011	2611		5,32	395 624	0,81	1 090 532	490 629	2223	3272
HYKS+Lastenlinna	684	2625	7952	2374	*7,2	1,9	525 440	0,43	1 787 198			
Uusimaa yht.1989	1453	5592	18097	7836	7,8	6,3	1 251 289	1,01	3 835 255	1 235 460	3104	4570
1990												
"USHP", som.	342	1289	3861	1973	7,4	2,70	280 550	0,38	916 043			
Psikiatria	87	331	1517	933		1,28	82 488	0,11	249 338			
"USHP" kaikki	429	1620	5378	2906		3,98	363 038	0,50	1 165 381	729 527	1597	2143
"HSHP", som.	298	1290	3688	1619	10,1	3,29	310 713	0,63	987 588			
Psikiatria	98	323	1411	938		1,90	82 384	0,17	266 333			
"HSHP" kaikki	396	1613	5099	2557		5,19	393 097	0,80	1 253 921	492 400	2547	3416
HYKS+Lastenlinna	688	2660	7972	2265	*6,5	1,9	498 258	0,41	2 032 326			
Uusimaa yht.1990	1513	5893	18449	7728	7,6	6,3	1 254 393	1,03	4 451 628	1 221 927	3643	4887
1992												
USHP, som.	339	1349	3872	1426	6,2	1,91	324 802	0,43	1 100 826			
Psikiatria	116	417	1779	943		1,26	128 155	0,17	260 988			
USHP kaikki	454	1766	5651	2369		3,17	452 957	0,61	1 361 814	747 277	1822	2236
HSHP, som.	298	1349	3542	1358	9,5	2,73	298 645	0,60				
Psikiatria	107	350	1093	904		1,82	101 387	0,20				
HSHP kaikki	405	1698	4635	2262		4,55	400 032	0,80	1 216 043	497 542	2444	2999
HYKS+Lastenlinna	701	2686	7845	1700	*5,7	1,4	520 782	0,42	2 171 496			
Uusimaa yht.1992	1559	6150	18131	6331	6,5	5,1	1 373 771	1,10	4 749 353	1 244 819	3815	4682

Liite 27: Erikoissairaanhoidon henkilökunnan ja menojen kehityksestä sairaanhoitopiireittäin (jatk.)

	Lääkärit	Eriast. sair.h. ja vast.	Kaikki palvelu suhteet yhteensä	Erikois sairaan-sijat	Keskim. hoitopv.	Sairaan-sijat/1000 as	Kaikki käynnit yhteensä	Käynnit/asukas	Menot 1 000 mk	Väestö	Menot/asukas mk	Menot/as deflaoitu vuoteen 2000*
1993												
USHP, som.	483	1905	6090	2277	6,3	3,01	500 008	0,66				
Psikiatria	52	228	1208	373		0,49	38 726	0,05				
USHP kaikki	536	2133	7298	2650		3,50	538 734	0,71	1 473 376	757 020	1946	2352
HSHP, som.	401	1744	4627	2136	8,4	4,26	427 244	0,85				
Psikiatria	99	317	1314	812		1,62	118 358	0,24				
HSHP kaikki	500	2062	5941	2948		5,88	545 602	1,09	1 224 986	501 527	2443	2951
HYKS	811	2241	7948	1730	5,4	1,4	643 397	0,51	2 071 508			
Uusimaa yht.1993	1847	6435	21186	7328	6,4	5,8	1 727 733	1,37	4 769 870	1 258 547	3790	4580
1995												
USHP	503	1972	6033	2048	7,1	2,6	535 428	0,69	1 514 157	774 535	1955	2228
HSHP	338	1444	3624	1464	9,2	2,8	320 668	0,62	1 026 478	515 765	1990	2268
HYKS	581	2430	5966	1559	5,0	1,2	645 580	0,50	2 104 915			
Uusimaa yht.1995	1422	5846	15623	5071	7,1	3,9	1 501 676	1,16	4 645 550	1 290 300	3600	4103
1997												
USHP	505	1985	5576	1916	6,3	2,4	634 076	0,79	1 753 500	800 640	2190	2382
HSHP	380	1489	3712	1216	7,4	2,3	439 189	0,81	1 057 800	539 363	1961	2133
HYKS	532	2630	6054	1529	4,9	1,2	718 180	0,54	2 534 093			
Uusimaa yht. 1997	1417	6104	15341	4661	6,2	3,5	1 791 415	1,35	5 345 393	1 322 181	4043	4397
1999												
USHP	481	2062	5655	1882	6,3	2,3	609 306	0,74	1 883 000	828 419	2273	2342
HSHP	380	1471	3181	1046	7,7	1,9	287 951	0,53	987 300	546 317	1807	1862
HYKS	1170	3870	8813	1356	4,8	1,0	664 143	0,49	2 742 400			
Uusimaa yht. 1999	2030	7403	17783	4284	6,3	3,2	1 561 400	1,15	5 612 700	1 357 660	4134	4259
2000												
HUS	2066	7853	17783	4038	5,1	2,9	1 540 836	1,12	5 802 100	1 374 736	4221	4221

*Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksikkö, Tuire Iso-Hollo-Malvaranta
Sairaalakustannusindeksit ja deflaatioindeksit v. 2000. Toimintamenot. Deflaatioindeksit 2000=1000 Lähde: Suomen sairaalatilasto a.o. vuosilta