



Päivä elämästä

VUOSIKERTOMUS 2013



JOKA PÄIVÄ ON MAHDOLLISUUS UUTEEN ELÄMÄÄN

Yhden vuorokauden aikana HUS:ssa tutkitaan, hoidetaan ja leikataan, synnyttään ja kuollaan. Esimerkiksi kaikki Suomessa toteutettavat elinsiirrot ovat HUS:n vastuulla. Se tarkoittaa, että yhden potilaan kuolema voi antaa toiselle aivan uuden elämän. Elinsiirron onnistuminen vaatii saumatonta yhteistyötä, laadukasta hoitoa ja jatkuvaa koulutusta. Tähän ja moniin muihin vaativiin erikoissairaanhoidon tehtäviin HUS:n tuhannet ammattilaiset valmistautuvat joka päivä.



**ELINSIIRTOKOORDINAATTORI
SIV ANSA:**

Oma työ tuntuu merkitykselliseltä, kun tiedän, että vakavasti sairas potilas on saanut uuden elämän.

SIVU 8



**ERIKOISSAIRAANHOITAJA
PAULA MÄKIÖ:**

Meillä on hyvä henki, mikä välittyy potilaillekin.

SIVU 22



**OSASTONYLILÄÄKÄRI
KARI KROOTILA:**

Osa kehitystyöstämme on maailmanlaajuisesti ainutlaatuista.

SIVU 32



**DONORKOORDINAATTORI
TUIJA LEVÄLAMPI:**

On todella tärkeää, että koko henkilöstö tiedostaa, että meilläkin voi olla mahdollinen elinhuovuttaja.

SIVU 38



**KLINIKKARYHMÄN JOHTAJA,
SAMI PIRKOLA:**

Avohoito on tuonut erinomaisia hoitotuloksia sekä merkittäviä kustannussäästöjä.

SIVU 44



Puoli miljoonaa potilasta	Suomen toiseksi suurin työnantaja	Tutkimus parantaa hoitoja	Tehokkuutta ja tukea	Kustannusten hallintaa
8 Elinsiirtokoordinaattori Siv Ansa 9 Asiantuntija Helena Isoniemi 10 Sydämensiirto antoi jatkoajan ja uuden elämän 15 Elinsiirron anatomia 18 Maailman parasta aivoinfarktin hoitoa 19 Parantavaa taidetta 20 Tapaturma-asema pelastaa ja paikkaa	22 Erikoissairaanhoitaja Paula Mäkiö 23 Asiantuntija Salla Koivunen 24 Huslaisia 24 Oikea tekniikka säästää selkää 25 Työolobarometri-kysely 26 Kuntoutus auttaa aivohalvauspotilasta 29 Perehdytys kehittyy opiskelijoiden mukana 30 Hyksin sydänlinja palvelee vuorokauden ympäri	32 Osastonylilääkäri Kari Krootila 33 Asiantuntija Risto Renkonen 34 Tarkkaa silmäkirurgiaa 35 Lauttasaareen uusi Silmätautien klinikka 36 Tutkimus parantaa hoitokäytäntöjä 37 Parasta leukemia-hoitoa	38 Donorkoordinaattori Tuija Levälampi 39 Asiantuntija Lasse Lehtonen 40 Energiatehokasta toimintaa 41 OLKA tarjoaa vertaistukea 42 Hankintaosaaminen mahdollistaa tehokkaan sairaalatoiminnan 43 Simulaatiossa teoria muuttuu todeksi	44 Psykiatrian klinikkaryhmän johtaja Sami Pirkola 45 Asiantuntija Anne Berner 46 Suuret rakennushankkeet 48 Hallittua kasvua 52 Tuloslaskelma, investoinnit ja tase

4 Toimitusjohtajan katsaus

6 Hallituksen puheenjohtajan katsaus

HUS:ssa korjataan vanhaa ja rakennetaan uutta – ja potilaat hoidetaan tehokkaasti.

Aki Lindén, toimitusjohtaja

TOIMITUSJOHTAJA

Tieto-
hallinto

YHTYMÄHALLINTO

Johtaja-
yllä lääkäri

Hallinto-
yllihoitaja

Hallinto-
yllä lääkäri

Hallinto-
johtaja

Henkilös-
töjohtaja

Viestintä-
johtaja

Talous-
johtaja

Tarkastus-
johtaja

SAIRAANHOITOALUEET

HYKS	Hyvinkää	Lohja	Länsi- Uusimaa	Porvoo
Medisiininen tulosyksikkö				
Operatiivinen tulosyksikkö				
Naisten ja lastentautien tulosyksikkö				
Psykiatrian tulosyksikkö				
Sydän- ja keuhkokeskus				
Syöpäkeskus				

Opetus ja
tutkimus

Sairaanhoitolliset
tukipalvelut

Hyksin
Oy

Tytär-
yhtiöt

HUS-
Työterveys

Ei-sairaanhoitolliset
tukipalvelut

HUSLAB

HUS-
Kuvantaminen

HUS-
Apteekki

Apuväline-
keskus

HUS-
Kiinteistöt Oy

Uudenmaan
Sairaalapesula Oy

Asunto- ja kiin-
teistöosakeyhtiöt

HUS-
Desiko

HUS-
Logistiikka

HUS-
Servis

HUS-
Tilakeskus

Ravioli

TOIMITUSJOHTAJA AKI LINDÉN:

SOTE JA TALOUDEN TASAPAINOA

Vuoden 2013 tilinpäätöksen tärkeimmät luvut olivat mieluisat HUS-kuntayhtymälle. HUS:n omistajakunnille kohdistuvat kulut eli sitovat nettokulut toteutuivat suunnitellusti 0,1 prosentin tarkkuudella. Budjetti alittui nyt ensi kerran vuoden 2002 jälkeen. Sitovat nettokulut kasvoivat vuoteen 2012 verrattuna 1,6 prosenttia.

Hyvään tulokseen vaikutti omalta osaltaan hyvin kehittynyt palveluiden myynti HUS:n omien jäsenkuntien ulkopuolelle.

Vuodelle 2013 oli budjetoitu seitsemän miljoonan euron alijäämä. Tulos oli kuitenkin päinvastainen ja ylijäämää kertyi kymmenen miljoonaa euroa. Ylijäämä johtuu kysynnän kasvusta ja lisääntyneestä palvelutuotannosta. Vuonna 2013 HUS:n kokonaisvelan määrä aleni, eikä uutta pitkäaikaista velkaa nostettu, vaikka investointien toteutuma oli yli sata miljoonaa euroa.


Toiminnallisestikin vuosi oli hyvä. Palvelutuotanto kasvoi 2,5 prosenttia. Silti moni asia kaippaa vielä parannusta. Velvoitteet erikoissairaanhoidon alalla ovat suuret. Esimerkiksi hoitotakuu ei vieläkään toteutunut täysin. Liike-elämän termein ilmaistuna HUS:n tilauskanta oli hyvä, mutta toimitusaika liian hidas. Toimialan vaatavuutta kuvaa se, että puolet kaikesta potilashoidosta tapahtuu heti eli odotusaika on sekunneista muutamaan tuntiin, kun kyse on ihmisten hengestä ja terveydestä.

HUS:ssa henkilöstö vastaa joka vuosi työolobarometrin mittaukseen. Siinä on mahdollisuus nimettömästi antaa palautetta työoloista ja johtamisesta. Osallistumisprosentti on hyvä, mihin todennäköisesti vaikuttaa se,

että joka vuosi tulosten analysoinnin jälkeen yrittään tosissaan ratkoa esille nousseita ongelmia. Viime vuosina – myös vuonna 2013 – tulokset ovat parantuneet, mistä voidaan olla tyytyväisiä. Omahyväisyyteen ei silti ole aihetta: toimintaa on jatkuvasti kehitettävä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon eli sote-järjestelmän uudistuksen valmistelua tehtiin koko vuoden 2013 ajan. Tämä vaati HUS:lta jatkuvaa aktiivisuutta ja vaikuttamista, jotta uudistuksessa ei tehtäisi sellaisia virheitä, joihin tietyt uhkakuvat ovat aikaisemmin viittanneet. Tällä tarkoitan ennen kaikkea HUS:n laajaan väestöön perustuvan järjestämisvastuun ja palveluiden tuottamisen pilkkomista. Oman arviomme mukaan pilkkominen heikentäisi hoidon laatua, vaarantaisi palveluiden tasavertaista saatavuutta ja nostaisi kustannuksia.

Aivan vuoden 2013 lopulla julkaistu lakiluonnos uudeksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaiksi sisälsi Uudenmaan osalta mallin, jossa koko maakunta muodostaisi yhden sosiaali- ja terveysalueen. Sitä ehdotusta voidaan pitää potilaiden ja veronmaksajien kannalta erittäin oikeaan osuneena.



**HUS:n
hyvät näytöt
puhuvat
puolestaan.**

**Ulla-Marja Urho,
hallituksen puheenjohtaja**

Kulunutta vuotta väritti sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisen rakenneuudistuksen valmistelu. HUS:n kanta mittavaan uudistukseen oli ensin odottava. Kun sote-esitykset loppuvuodesta saatiin, eivät ne työryhmien ja ehdotusten suman jälkeen enää järkyttäneet. HUS-alueen osalta lakiesityksessä on mahdollisuus turvata yhtenäinen erikoissairaanhoito.

HALLITUKSEN PUHEENJOHTAJA ULLA-MARJA URHO:

**HUS:n
uusi valtuusto
ja hallitus**

aloittivat nelivuotisen
työnsä keväällä 2013.
Hallituksen jäseniin
voi ja kannattaa
olla yhteydessä,
kun uusia avauksia
potilaiden hoidon
parhaaksi esitetään.

UUTTA INNOVATIIVISUUTTA YLIOPISTOLLISEEN ERIKOISSAIRAANHOITON

Olen koko luottamushenkilönä olemisen aikani todistanut ja vakuutellut, että HUS:n potilashoito toimii ja kustannukset ovat kohtuulliset. Siitä on viime vuosina saatu vakuutavaa näyttöä. HUS:n luottamushenkilöjohto on sote-valmistelun ajan pyrkinyt vaikuttamaan siihen, että hyvin toimivaa organisaatiota ei purettaisi. Nykyisen strategiansa pohjalta HUS esimerkiksi toimii jo tiiviissä yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa ja on myös tukipalvelujen tuottajana niin laboratorioissa, kuvantamisessa kuin kuljeksissakin. Hyvät näytöt puhuvat puolestaan.

Hyvin toimivan ison organisaation on annettava kehityä edelleen. Suuri ja yhtenäinen terveydenhuolto-organisaatio Uudellamaalla on veronmaksajien ja potilaiden etu.

Meilahden sairaala-alueen suuret rakennushankkeet etenivät vuonna 2013. Lastensairaalan paikka on hyväksytty kaavavalmisteluun, trauma-syöpäsairaalan paikasta on sovittu ja rakentaminen on sisällytetty taloussuunnitelmaan ja saanut valtuuston hyväksynnän.

Lastensairaalan rakentamisen rahoituksessa on käytös-

sä uudenlainen monikanavainen rahoitus, joka on myös hyväksytty. Rahoitus muodostuu HUS-investointibudjetista, valtion avustuksesta ja yksityisestä keräysrahasta. Uuden lastensairaalan rakentaa säätiö, jonka saamat kansalaisten lahjoitukset otetaan vastaan vastuullisuutta tuntien ja kiitollisena. Rahoitusmalli helpottaa HUS:n investointien maksamista. HUS vuokraa tilat säätiöltä lastensairaalan toimintaan.

Lastensairaalan rinnalla on tehty tärkeä päätös trauma-syöpäsairaalan rakentamisesta. Se voi alkaa vasta laboratorion uusien tilojen ja ison potilastornin saneerauksen valmistuttua.


Yliopistosairaalassa erikoissairaanhoito on myös uuden kehittämistä. Osaamisen keskuksat ovat HUS:ssa uusi tapa organisoida potilaiden hoito. Sydän- ja keuhko-keskus aloitti onnistuneesti vuosi sitten ja seuraavana aloitti Syöpäkeskus. Koko kulunut vuosi tehtiin töitä kymmenen muun osaamiskeskuksen alun hyväksi. Nyt on johtajat valittu, ja työ, jossa osaamista järjestellään

potilaiden hoidon parhaaksi, on hyvässä vauhdissa.

Vuoden 2014 alussa voimaan tullut potilaiden mahdollisuus valita hoitopaikkansa entistä vapaammin ei vielä ole vaikuttanut isossa sairaalassa, mutta se näkyy jo kilpailijoiden markkinoinnissa. Maan suurimman yliopistosairaalan on tehtävä yhteistyötä muiden sairaanhoitopiirien kanssa, mutta pidettävä kiinni myös omasta osaamisesta.

Vuonna 2013 ei saatu päätöstä kansallisen syöpäkeskuksen perustamisesta. Sen on oltava yliopistosairaaloitten kehitysyhtiö, mutta keskuspaikan pitää olla maan johtavassa syöpäkeskuksessa HUS:ssa. Kansallisen syöpäkeskuksen lisäksi myös HUS:n ja yliopiston yhteinen biopankki on saatava pikimmiten aikaan ja työ sertifioituksi.

Vaikka menestystä saatiin monella saralla, ei kaikessa kuitenkaan onnistuttu. Opetus- ja kulttuuriministeriö ei myöntänyt Helsingin yliopistolle lupaa terveystieteiden maisterikoulutukseen. Työ professuurin saamiseksi jatkuu, sillä ylempää korkeakoulututkintoa edellyttäviä virkoja aukeaa eläköitymisen kautta Uudellamaalla täytettäväksi.



Oma työ tuntuu merkitykselliseltä, kun tiedän, että vakavasti sairas potilas on saanut uuden elämän.

Siv Ansa, elinsiirtokoordinaattori

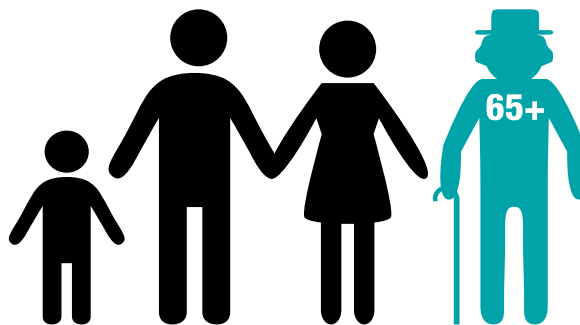
Elinsiirtokoordinaattori Siv Ansa, Meilahden sairaala

Hoidan yhdessä neljän muun koordinaattorin kanssa ympärivuorokautista, valtakunnallista elinsiirtotoimintaa. Koordinoimme kaikki Suomen elinsiirrot ensimmäisestä puhelinsoitosta lähtien. Työssäni olen konkreettisesti tekemisissä elämän ja kuoleman kanssa. Kuolema on aina ikävä tapahtuma, mutta jos ihmisen kuolema on väistämätön tapahtuma, on silti rikkaus, että joku muu – tai mahdollisesti useampikin potilas – voi saada uuden elämän. Kuoleman myötä toteutuu toisen ihmisen elämän sen hetken suurin toive uuden elimen muodossa. Noin pelkistettynä se kuulostaa melkein tunteettomalta, mutta juuri näkemällä tuon positiivisen puolen oma työ tuntuu palkitsevalta ja merkitykselliseltä. Vaikka luovuttajan omaisilla päällimmäisenä tunteena on luonnollisesti suru, voi uuden elämän lahjan antaminen tuoda omaisille myös lohtua myöhemmin. Kunnioitamme aina suuresti elinluovuttajia ja heidän omaisiaan.

HUS:N 22 SAIRAALASSA HOITOA SAI KAIKKIAAN

508 949 POTILASTA

1 657 421 avohoidon käyntiä
86 982 leikkausta
18 061 synnytystä



Joka neljäs HUS:n potilas on yli 65-vuotias

Potilaslähtöinen ja oikea-aikainen hoito. Tällä ytimekkäällä ilmaisulla kuvaillaan HUS:n toiminnan tärkeimpiin kuuluvia tavoitteita sairaanhoitopiirin strategiassa vuosiksi 2012–2016. Tavoitteiden valtavat mittasuhteet selviävät, kun eteen ladotaan tilastolukuja kuluneelta vuodelta: yli 500 000 potilasta, 87 000 leikkausta ja 18 000 synnytystä.

Sairaanhoidon strategisista tavoitteista vuonna 2013 hoidon avaintavoitteita olivat hoitotulosten vertailtava laatu, hoidon saatavuus, potilasturvallisuus ja vaikuttavuus.

Kuinka avaintavoitteissa onnistuttiin strategiakauden toisena vuotena? Hoitotulosten vertailun neljästä pilotti-hankkeesta saatiin toteutettua kolme. Hoidon saatavuuden osalta ensihoito saatiin järjestettyä kaikilla sairaanhoitoalueilla tavoitteen mukaisesti. Kiireellisen hoidon kriteerit saatiin alustavasti määriteltyä 10 yleisimmän

potilasryhmän kohdalla.

Kiireettömän hoidon odotusajoissa kriteerinä oli hoitoa ja tutkimusta odottavien potilaiden määrä asukaslukuun suhteutettuna. HUS:n tavoitteena oli saavuttaa yliopistollisten sairaanhoitopiirien pienimmät jonoluvut. Tältä osin tulosta ei tiedetä, koska vuoden 2013 vertailuaineistot eivät ole vielä valmistuneet. Potilasturvallisuuden ja vaikuttavuuden osalta tavoitteet saatiin täytettyä.

On selvää, että sairaanhoidon tavoitteiden toteutusta seurataan tulostilastoilla. Lukujen takaa löytyy hoitotyön arki, johon koko HUS:n toiminta perustuu. Strategisissa tavoitteissa onnistutaan vain, jos jokainen sairaalaan tullut potilas on se tärkein potilas. Juuri siitä, yksittäisen potilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta, syntyy tulos, joka näkyy myös suuressa kokonaisuudessa.



Helena Isoniemi
ylilääkäri

MAKSANSIIRROLLA NORMAALIIN ELÄMÄÄN

Maksansiirto on vakiintunut hoitomuoto loppuvaiheen maksan vajaatoiminnan hoitona. Suomessa on siirtoja tehty yli 30 vuotta, ja syksyllä 2013 tehtiin Suomen tuhannes maksansiirto. Siirtotulokset ovat maailman huippua, ensimmäisen vuoden eloonjäämisennuste on yli 90 prosenttia ja kymmenen vuoden 80 prosenttia.

Tavallisimmat siirron aiheet ovat olleet immunologisia sairauksia. Useissa maissa hepatiitti C -viruksen ja alkoholin aiheuttama kirroosi ovat tavallisimmat siirron aiheet. Myös meillä alkoholikirroosipotilaiden määrä on vähitellen lisääntymässä. Maksansiirtoja tehdään myös aivan pienille lapsille tavallisimmin synnyntäisten sappitiepuutosten tai aineenvaihduntasairauksien vuoksi.

Suomessa maksasiirrännäistä odottaa samaan aikaan 5-12 henkilöä ja siirtoja tehdään vuodessa 50–55. Tavoitteena on 70-80 siirtoa vuodessa. Maksansiirtoja, kuten kaikkia elinsiirtoja, eniten rajoittava tekijä on pula siirrännäisistä. Siirrännäiset saadaan aivokuolleilta henkilöiltä. Yleensä siirretään koko maksa yhdelle vastaanottajalle, mutta yksi maksa voidaan jakaa kahdelle henkilölle. Näin on tehty muutaman kerran HUS:ssa.

Maksansiirrolla pyritään palauttamaan potilaat normaaliin elämään, nuoret opiskelemaan ja työikäiset töihin sekä palauttamaan eläkeikäisille hyvää toimintakykyä. Maksansiirtopotilaiden elämänlaadun on todettu olevan käytännössä yhtä hyvä kuin muun väestön.

**”SYDÄMEN-
SIIRTO ANTOI
JATKOAJAN
JA UUDEN
ELÄMÄN”**



Vuosi 2013 on ollut ikonimaalari **Jonna Riihoselle** opettelua äitiyteen. Sydämensiirron läpi käyneen Riihosen elämä sujuu niin hyvin, että pieni **Jaro**-poika saa pian seurakseen siskon tai veljen. Uusi sydän on ihme, se on mahdollistanut niin monia asioita.

Maaliskuinen sunnuntai vuonna 2006 oli Riihosten perheessä ihan tavallinen, hyvä päivä. Illalla, hiukan ennen puoltayötä, puhelin soi. Jonna sekä aviomies **Jukka Riihonen** olivat vielä hereillä. Soitto tuli Meilahdesta, elinsiirtokoordinaattori **Catharina Yesiiltä**.

Riihoset saivat kuulla, että Jonnalle oli löytynyt siirtosydän. Meilahteen piti ehtiä mahdollisimman nopeasti, joten Riihoset tilasivat ambulanssin. Kotoa Vilppulasta 250 kilometrin päähän Helsinkiin, Meilahteen, ehdittiin alle kolmessa tunnissa.

Sydämensiirto onnistui. Leikkaus tehtiin maanantaina, Jonna heräsi tiistaina aamuyöstä

– Minulla oli aivan hirvää päänsärky. Sen rinnalla esimerkiksi leikkausarven kipu ei tuntunut mitään.

Jonna toipui vauhdilla. Meilahdessa hän oli viikon tehohoidossa, josta hän siirtyi osastolle. Muutaman viikon jälkeen hän pääsi kotiin. Sydämensiirron jälkeisenä kesänä Jonna oli jo niin voimissaan, että jaksoi kiivetä Yllästunturille. Jälkiäkin toki jäi, kuten esimerkiksi hyljinnänestolääkkeet, joita Jonna tulee syömään elämänsä loppuun.



Ikonin on maalattu lämpimin, kirkkain värein. Siinä on enkeli, joka pitelee käsissään sydäntä. – Tein maalauksen sydämeni luovuttajan muistolle, kertoo Riihonen.

Synnynnäinen vika

Jonnan aortan ohentuma on synnynnäinen. Vikaa korjattiin leikkauksilla, joista ensimmäinen tehtiin vuonna 1980. Jonna oli silloin 8-vuotias. Vuonna 1987 aorttaan asennettiin keinoläppä. Vuonna 1990 aortta repesi. Silloin leikattiin taas. Jonna tottui varhain ambulanssikyyteihin, sairaaloihin ja toimenpiteisiin.

Kolmen ensimmäisen leikkauksen jälkeen seurasi pitkä, hyvä kausi. Jonna opiskeli kuvataiteilijaksi ja kuvataiteiden opettajaksi. Ikonimaalaus on hänen erikoisalansa. Sydän alkoi oireilla uudestaan 1990-luvun lopulla. Vajaatoiminta kehittyi pikkuhiljaa, ja Jonnan kehoon alkoi kertyä nestettä. Jonna asui tuolloin Jyväskylässä, ja lääkärit vaihtuivat tiheään. Kenelläkään ei ollut kokonaiskuvaa tilanteesta.

Jonna muutti Haapavedelle, Pohjois-Pohjanmaalle lukuvuodeksi 2003–04. Hän kävi tuolloin kontrollissa Oulussa, jossa kardiologi halusi tutkia lisää. Tutkimukset suunnattiin Taysiin, jonka alueelle Jonna oli muuttamassa.

Leikkausjonoon

Tampereella kardiologi Pasi Lehto tutki Jonnan ja totesi sydämen vajaatoiminnan. Myös sydämensiirto otettiin puheeksi. Jonnaa leikkaus arvelutti ja pelotti, hänet oli leikattu jo kolmesti. Kardiologi vastasi kärsi-

vällisesti kysymyksiin, joita oli paljon.

Sydämen vajaatoiminta paheni. Vuoden 2005 alussa Jonnalle kirjoitettiin sairauslomapaperit. Jonna haki sydämensiirtojonoon, mutta ei saanut paikkaa vielä saman vuoden aikana. Hyväkkin tapahtui, Jonna ja Jarkko vihittiin vuoden 2005 alussa.

Seuraavan vuoden alussa sydämensiirtoarvio tehtiin uudelleen. Jonnan kunto oli jo huonontunut niin, että hän oli joutunut pyörätuoliin ja puhuminenkin hengästytti. Tällä kertaa Jonna pääsi leikkausjonoon. Kutsua sydämensiirtoon ei tarvinnut odottaa kuin pari kuukautta.

Uskallanko äidiksi?

Jonna oli uuden sydämen saadessaan 34-vuotias. Esikoispoika Jaro syntyi kuusi vuotta sydämensiirron jälkeen. Suomessa ei ollut aiempaa kokemusta uuden sydämen saaneesta, joka olisi tullut äidiksi.

Kaikki eivät suhtautuneet asiaan hyvin – lisäksi sekä Taysissa että HUS:ssa oltiin huolissaan. Myös Jonnaa huoletti, kestäisivätkö sydän ja munuaiset raskauden ja synnytyksen. Hän kuitenkin ajatteli, että jos keho sallii raskauden alkaa nelikymppisenä, kai se sen kestääkkin.

Loppuraskauden aikana hän kävi tiiviisti kontrollissa Meilahdessa kardiologilla sekä Naistenklinikalla. Synnyttämään Jonna tuli Naistenklinikalle, jossa kaikki

mahdollisesti tarvittava apu olisi lähellä.

Kaikki sujui kuitenkin hienosti ja kesällä 2012 syntyi maailmaan Jaro-poika. – Lapsen syntymä oli ihmeellistä, itketti ja nauratti yhtä aikaa, Jonna kertoo.

Pienen pojan ehdoilla

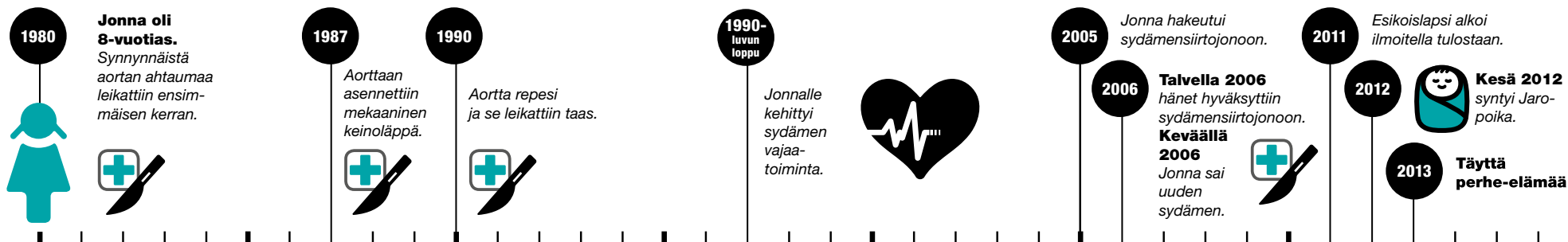
– Mitä pikku linssilude, sanoo Jonna Jaro-pojalleen, joka uteliaana tiirailee kohti kameraa. Jaro tasapainoilee äitinsä sylissä ja kikattaa. Nauru tarttuu äitiin. Ilo elää Riihosen perheen keittiöpöydän ääressä Vilppulassa.

Tunteiden kirjo lapsen syntymän myötä on ollut laaja. Onni on suunnaton, mutta jotkut tunteet, esimerkiksi kuolemanpelko, ovat iskeneet rajuihin. Siirtosydämen saaneen elinajanodote on noin 20 vuotta. Jonna on kuitenkin optimisti, ja lääketiedekin kehittyi koko ajan.

– Lapsi on kaiken odotuksen ja pelonkin arvoinen.

Kun Jaro syntyi, Jonna sai Naistenklinikalla hyvää hoitoa. Siellä sydämensiirto otettiin huomioon, mutta siitä ei tehty liian suurta numeroa. Näin Jonna elää nytkin – tilanteensa tiedostaen, mutta elämään ja pieneen Jaro-poikaansa keskittyen.

– Olen niin onnellinen, että meidän perheemme on nyt tässä tilanteessa. Meillä on terve lapsi, ja minä olen niin hyvässä kunnossa, että voimme saada myös toisen lapsen.



Jonna oli uuden sydämen saadessaan 34-vuotias. Esikoispoika Jaro syntyi kuusi vuotta sydämensiirron jälkeen. Suomessa ei ollut aiempaa kokemusta uuden sydämen saaneesta, joka olisi tullut äidiksi.





ELINSIIRRON ANATOMIA

– SOITOSTA UUTEEN ELÄMÄÄN

- 1 Brita Krogerus, sairaanhoitaja
- 2 Emmi Ylikoski, anestesia lääkäri
- 3 Eija Tukiainen, osastonlääkäri
- 4 Helena Isoniemi, yllä lääkäri
- 5 Henna Sammalkorpi, erikoistuva lääkäri
- 6 Nina Öst, sairaanhoitaja
- 7 Mia Kantomaa, sairaanhoitaja

Elinsiirto alkaa soitolla Hyksin elinsiirtotoimistoon, jossa päivystää jatkuvasti vähintään yksi viidestä elinsiirtokoordinaattorista. Vuonna 2013 soittoja mahdollisista elinluovuttajista tuli 281 kappaletta. Näistä 95 toteutui.

Suurin osa toteutumattomista elinluovutuksista johtui siitä, että mahdolliset luovuttajat olivat liian iäkkäitä, monisairaita tai heillä oli muita vasta-aiheita elinluovutukselle. Useimmiten soveltuva luovuttaja on menehtynyt aivoverenvuotoon.

Hyks tekee kaikki Suomen elintensiirrot. Luovuttajia tulee kaikkialta Suomesta – erityisesti yliopistosairaaloista – ja hätätilanteissa myös muualta Pohjoismaista. Yhdeltä

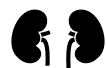
elinluovuttajalta voidaan saada useita elimiä: esimerkiksi Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa oli vuonna 2013 kymmenen sopivaa elintenluovuttajaa, joilta saatiin yhteensä 28 elinsiirrettä.

Asiantuntijoiden aikakriittistä yhteistyötä

Mahdollisen luovuttajan löydyttyä elinsiirtokoordinaattori kerää tiedot päivystävää kirurgia varten, joka arvioi onko kyseessä sopiva luovuttaja. Jos luovuttaja on sopiva, kutsutaan paikalle tarvittava henkilökunta ja tehdään aikataulu elintensiirtoa varten.

Kirurgi kutsuu paikalle myös siirtoelintä tarvitsevan

Vanhin elossa oleva maksansiirtopotilas on 88-vuotias. Hänelle siirto on tehty 20 vuotta sitten.



189
munuainen



49
maks



15
keuhko



21
sydän



10
haima

1
suoli

SUOMEN KAIKKI ELINSIIRROT HUS:N VASTUULLA

Vuonna 2013 tehtiin yhteensä 285 elinsiirtoa. Luovuttajia tulee kaikkialta Suomesta ja hätätilanteissa myös muista pohjoismaista. Lapsille tehtiin 11 munuaissiirtoa, maksansiirtoja 4 ja rintaontelon elintensiirtoja 7.

VUONNA 2013 SAATIIN 281 SOITTOA MAHDOLLISISTA ELINLUOVUTTAJISTA. NÄISTÄ 95 TOTEUTUI.

potilaan. Tämä saapuu Meilahden sairaalaan osastolle, jossa hän valmistautuu leikkaukseen. Siirtoleikkaukseen osallistuu leikkaavan kirurgin lisäksi kaksi kirurgia, instrumenttihoitaja, anestesia lääkäri- ja hoitaja sekä valvova hoitaja.

Luovuttajan luokse matkustaa irrotusleikkausryhmä, johon kuuluu kolme kirurgia, instrumenttihoitaja ja elinsiirtokoordinaattori. Matkan pituudesta riippuen luovuttajan luokse matkustetaan joko maanteitse tai lentäen. Sairaa-

Suurin osa toteutumattomista elinluovutuksista johtui siitä, että mahdolliset luovuttajat olivat liian iäkkäitä, monisairaita tai heillä oli muita vasta-aiheita elinluovutukselle. Useimmiten luovuttaja on menehtynyt aivoverenvuotoon. Luovuttajia tulee erityisesti yliopistosairaaloista. Yhdeltä elinluovuttajalta voidaan saada useita elimiä.

lasta, jossa irrotusleikkaus tehdään, leikkaukseen osallistuu anestesia lääkäri ja -hoitaja sekä valvova hoitaja.

Mikäli tarvitaan luovuttajan sydän ja keuhkot, on irrotusryhmiä kaksi. Ensimmäisenä irrotetaan sydän ja keuhkot, joiden siirtoon on käytettävissä lyhyempi aika kuin munuaisten ja maksan siirtoon. Leikkaukset koordinaidaan niin, että siirtoelimen vastaanottaja nukutetaan kun irrotusryhmän kirurgi on nähnyt omin silmin, että luovuttajan elin on siirtokelpoinen.

Siirtoleikkauksen leikkausviilto tehdään kun siirtoelimen irrotettu, huuhdeltu ja pakattu. Sen jälkeen elinsiirtokoordinaattori tuo elimen Meilahteen, jossa siirtoleikkauksen tekevä leikkausryhmä on valmistellut vastaanottajan. Vastaanottajan sairas elin irrotetaan vasta, kun siirtoelimen on samassa leikkaussalissa ja sen on todettu olevan kunnossa. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy tehohoitoon.

Aivokuolleen elinluovuttajan löydyttyä **ELINLUOVUTUS ALKAA** soitolla Hyksin elinsiirtotoimistoon elinsiirtokoordinaattorille.

Päivystävä **KIRURGI ARVIOI LUOVUTTAJAN SOVELTUVUUDEN.** Jos elinluovuttaja on sopiva, kutsutaan tarvittava henkilökunta paikalle ja tehdään elinluovutus- ja elinsiirtoleikkauksen aikataulu.

POTILAS SAAPUU MEILAHDEN SAIRAALAAN OSASTOLLE kirurgin kutsumana, valmistautumaan leikkaukseen. Siirtoleikkaukseen osallistuu leikkaavan kirurgin lisäksi kaksi avustavaa kirurgia, instrumenttihoitaja, anestesia lääkäri ja hoitaja sekä valvova hoitaja.

IRROTUS-LEIKKAUSRYHMÄ MATKUSTAA LUOVUTTAJAN LUOKSE matkan pituudesta riippuen joko maanteitse tai lentäen. Sairaalasta, jossa irrotusleikkaus tehdään, osallistuu anestesia lääkäri ja -hoitaja sekä valvova hoitaja.

Irrotusryhmiä on kaksi, **JOS MYÖS LUOVUTTAJAN SYDÄN JA KEUHKOT IRROTETAAN.** Vatsanalueen elimet preparaoidaan ennen sydäntä ja keuhkoja. Kaikkien elinten perfuusio aloitetaan samanaikaisesti ja perfuusion jälkeen elimet poistetaan.

LEIKKAUKSET KOORDINOIDAAN niin, että siirtoelimen vastaanottaja nukutetaan, kun irrotusryhmän kirurgi on todennut omin silmin luovuttajan elimen siirtokelpoiseksi.



- 1** Heidi Koivusalo,
laitoshuoltaja
- 2** Leena Nevanpää,
laitoshuoltaja

SIIRTOLEIKKAUKSEN LEIKKAUSVIILTO TEHDÄÄN

kun siirtoelin on irrotettu, huuhdeltu ja pakattu. Elinsiirtokoordinaattori tuo elimen Meilahteen, jossa siirtoleikkauksen tekevä leikkausryhmä on valmistellut vastaanottajan. Vastaanottajan sairas elin irrotetaan vasta kun siirtoelin on samassa leikkaussalissa ja sen on todettu olevan kunnossa.

LEIKKAUKSEN JÄLKEEN POTILAS SIIRTYY TEHOHOITON

ja leikkaussali valmistellaan tulevia kirurgisia toimenpiteitä varten.

MAAILMAN PARASTA AIVOINFARKTIN HOITOA

Meilahden Stroke Unit -yksikkö on aina tiedetty hyväksi hoitopaikaksi. Vuonna 2013 toiminnan tehokkuus vahvistettiin myös kansainvälisesti: HUS:n Meilahden yksikössä saa maailman nopeinta ja parasta aivoinfarktin hoitoa.

Kun Meilahden sairaalan päivystykseen tuotu aivoinfarktin saanut potilas siirretään ambulanssista osastolle, ei henkilönta kävele vaan juoksee. Ja syy 60 metrin pikapyrähdykseen on selvä: nopeus ratkaisee hoitotuloksen.

– Mitä pikemmin liuotushoito voidaan aloittaa, sitä paremmat mahdollisuudet potilaalla on selvitä takaisin normaaliin elämään. Keskimääräinen aika ovelta liuotuksen aloitukseen on 18 minuuttia. Oma ennätökseni on 7 minuuttia ja se taitaa samalla olla myös maailmanennätys, erikoislääkäri **Satu Mustanoja** hymyilee.

Liuotushoidon aloituksen nopeus kellon- tai vuodenaikasta riippumatta on yksi niistä tekijöistä, jotka ovat nostaneet Meilahden Stroke Unitin maailman huipulle. Se käy ilmi sairaaloiden laatutuloksia arvioivan Dr Foster -järjestelmän vertailuista. Arvostetun brittiläisen yrityksen vertailujärjestelmään kuuluu noin 40 merkittävää sairaalaa ympäri maailmaa, niiden joukossa HUS ensimmäisenä sairaalana Suomessa.

Dr Fosterin asiantuntijat kävivät joulukuussa Helsingissä esittelemässä tuloksia, joiden mukaan HUS on maailman paras sairaala aivoverenkiertohäiriöiden hoidossa. Meilahden Stroke Unit hoitaa vuosittain noin 500–600 potilasta ja aivoinfarktin saaneiden potilaiden kuolleisuus on siellä maailman alhaisin eli vain 46,9 prosenttia odotusarvosta.

– Tällainen tulos syntyy vain huippuunsa viritetyn ja HUS-alueen kattavan yhteistyön ansiosta. Se vaatii henkilökunnalta korkean ammattitaidon lisäksi myös vahvaa omistautumista tälle työlle, aivoverenkiertohäiriöiden hoidosta HUS:ssa vastaava osastoylilääkäri **Turgut Tatlisumak** kiittää.

Tatlisumak haluaa korostaa pitkäjänteistä ja vuosia kestänyttä työtä, jota HUS:ssa on tehty strokepotilaiden hoidossa. Ratkaiseva merkitys aivoinfarktin hoidon onnistumisessa on ollut potilashoidon tehostamiseen suuntautuneella tutkimustoiminnalla.



**Erikoislääkäri
Satu Mustanoja:**

*Meillä menee
vain 18 minuuttia
potilaan saapumi-
sesta liuotushoidon
aloitukseen.*



Galleristi Umut Kiukas kokosi Meilahden sairaalan tunneleihin graffitit maalanneen taiteilijaryhmän.

HUS:n strategia 2012–2016: TAIDE JA KULTTUURI SAIRAALOISSA

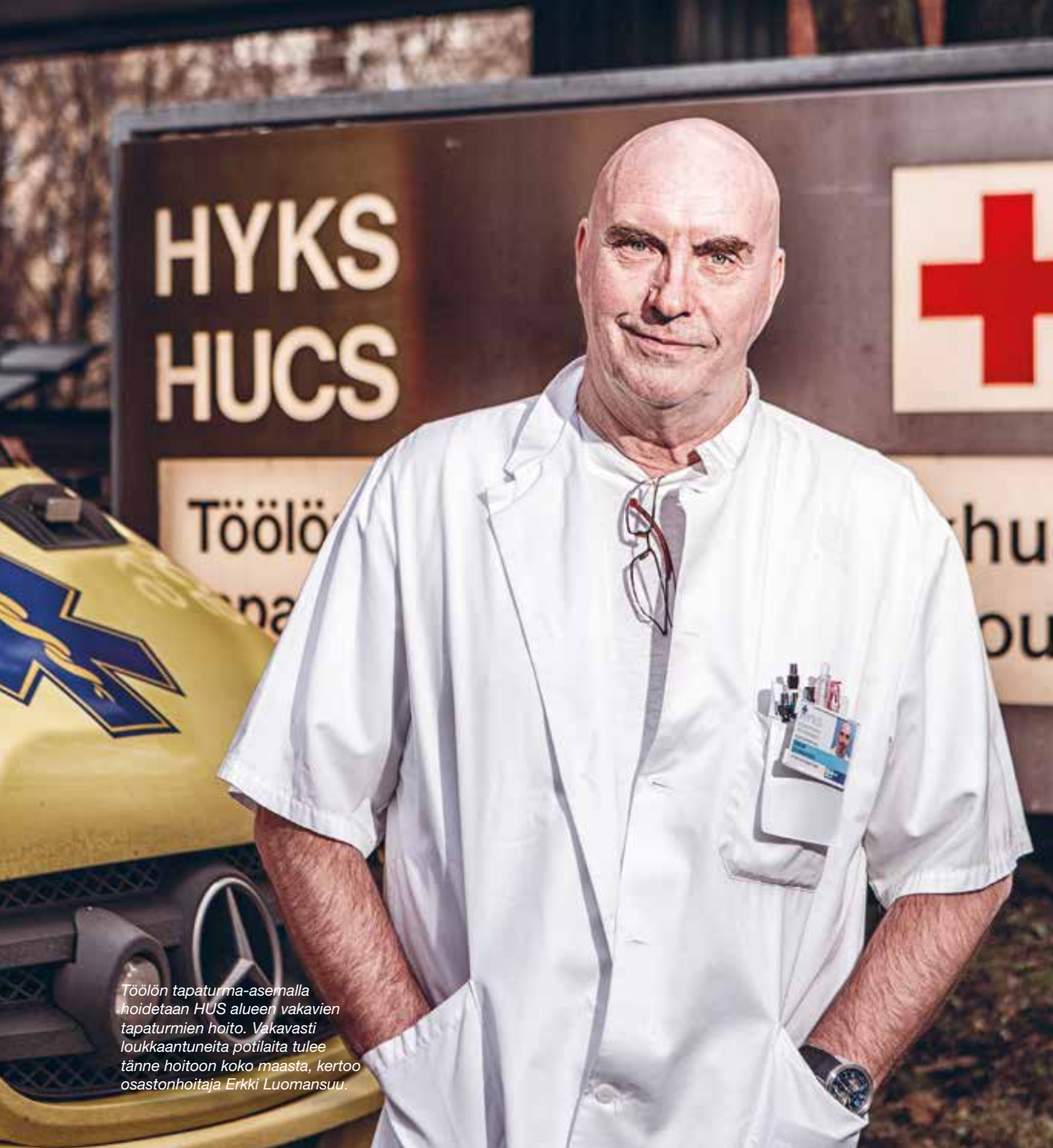
Potilaiden hoitoympäristöä kehitetään erillisen toimintaohjelman perusteella terveyttä edistäväksi ja potilaan voimavaroja tukevaksi. Taiteen ja kulttuurin monipuolista käyttöä lisätään osana potilaiden hyvinvointia ja hoitoa. HUS:iin ja sen eri sairaaloihin perustetaan taidetoimikunnat.

PARANTAVAA TAIDETTA

Syyskuisena maanantaiaamuna Meilahden sairaala-alueen tunneleissa kulkijoita tervehti yli sata seinämetriä Suomen eturivin graffiti-taiteilijoiden värikkäitä teoksia.

Laajan tunneliverkoston sokkeloihin maalatut kymmenen teosta nostivat hymyn niin henkilöstön kuin reiteillä kulkevien potilaidenkin huulille. Maalareiden tempaus oli yksi vuoden alussa toimintansa aloittaneen HUS:n taidetoimikunnan tilauksista. ”Jo olemassa olevan taidetoiminnan kartoitus, taidetoimikunnat kaikkiin sairaaloihin ja tukea uusiin taide-avauksiin”, tiivistä taidetoimikunta tavoitteensa. Uusi avaus oli muun muassa Taideakatemia kanssa yhteinen Parantava taide -hanke.

Vuoden 2014 talousarvion valmisteluvaiheessa HUS päätti lähteä mukaan taiteen prosenttiperaatteeseen. Talousarvioon varattiin 100 000 euron määräraha rakennus- ja suunnitteluvaiheessa olevien uusien sairaaloiden taidehankintoihin.



Töölön tapaturma-asemalla hoidetaan HUS alueen vakavien tapaturmien hoito. Vakavasti loukkaantuneita potilaita tulee tänne hoitoon koko maasta, kertoo osastonhoitaja Erkki Luomansuu.

TAPATURMA-ASEMA PELASTAA JA PAIKKAA

Töölön tapaturma-asemalle on keskitetty HUS:n alueen vakavien tapaturmien hoito. Se on 1,6 miljoonalle ihmiselle viimeinen turva, kun sattuu todella pahasti. HUS-alueen potilaiden lisäksi asemalla hoidetaan myös vakavasti loukkaantuneita potilaita muualta maasta.

Vaikeasti vammautuneiden potilaiden hoidon laatua seurataan Töölön sairaalassa traumarekisterin avulla. Rekisteriin kirjataan ne vaikeasti loukkaantuneet potilaat, joiden vammojen vaikeutta osoittava NISS-pisteytys ylittää kansainvälisesti sovitun ja yleisesti käytetyn raja-arvon 15 pistettä.

Traumarekisteriin kerätään tietoa muun muassa onnettomuustilanteesta, potilaan tilasta ensiapuhuoneessa, tehohoidossa sekä jatkohoitoon siirtymisestä.

Erikoislääkäri **Tuomas Brinck** on vertaillut rekisterin avulla Töölön tapaturma-asemaa suuriin saksalaisiin traumasairaaloihin. Vertailussa on tarkasteltu hoidon sisältöä ja keskiarvoisia tuloksia noin kuuden vuoden aikavälillä. Potilastiedot on tehty vertailukelpoiseksi, minkä ansiosta esimerkiksi kuolleisuutta voidaan vertailla.

Tuloksista selviää, että Töölössä tehohoito kestää vähemmän aikaa ja potilas pääsee siirtymään jatkohoitoon aikaisemmin kuin verrokkeina toimineissa suurissa saksalaisissa tapaturmapotilaiden hoitoon keskittyneissä sairaaloissa. Siitä huolimatta tärkein mittari eli odotettavissa oleva kuolleisuus ei eroa muista.

Odotettavissa oleva kuolleisuusluku huomioi potilaiden erilaisuuden esimerkiksi vammojen ja iän suhteen, ja kertoo vertailukelpoisesti kuinka tehokkaasti tapaturma-asema onnistuu tärkeimmässä tehtävässään eli ihmishenkien pelastamisessa.

– Tällainen vertailu on tärkeää. Jos kuolleisuus olisi suurempi, tietäisimme, että toiminnassamme on jotain oleellista kehitettävää ja opittavaa muilta, ylilääkäri **Jarkko Pajarinen** sanoo.

Rekisteristä selviää, että hoidon laatu ja tulokset ovat kehittyneet Töölön sairaalassa tarkastelujakson aikana, ja viimeisten vuosien tulokset ylittävät verrokisairaaloiden tulokset.

– Jatkossa haluamme myös tietää nykyistä paremmin, mitä kaikille Töölön sairaalassa hoidetuille tapaturmapotilaille tapahtuu sen jälkeen, kun vamman akuuttihoito ja seuranta klinikoissamme ovat päättyneet. Sillä tavalla voimme seurata hoitomme laatua ja muuttaa toimintatapoja, jos tarve on, Pajarinen sanoo.

Pajarisen mukaan seuraava kehitysaskel on, että kaikkiin potilaisiin ollaan yhteydessä, oli sitten kyse pienistä tai vakavista vammoista, ja toipumista sekä kuntoutumista



kartoitetaan vakioidusti osana potilaiden hoitoketjua.

Töölö hoitaa pahimman sattuessa

Töölöön päädytään, kun kyse on esimerkiksi suurienergisten autokolarien vammapotilaista, neurokirurgisesta potilaasta, tulipalon palovammapotilaasta tai muista vaikeasti vammautuneista potilaista.

Monivammapotilaasta on kyse silloin, kun potilaalla on useita vammoja, jotka erillisesti tai yhdessä muodostavat merkittävän hengenvaarallisen tilan. Monivammakriteerit täyttäviä potilaita tulee Töölöön vuodessa noin 90.

Ensihoitoyksikön antamia ennakkohälytyksiä tulee

Suuronnettomuustilanteissa Töölö toimii HUS-piirin merkittävimpänä onnettomuuspotilaiden vastaanottopisteenä.

- ympärivuorokautinen päivystyspiste
- 20 000 potilasta vuodessa



noin tuhat vuodessa, näistä noin 400 johtaa tapaturma-asemalla traumahälytyksiin. Asemalla hoidetaan kiireellistä hoitoa vaativia ortopedisiä, tapaturmakirurgisia, käsikirurgisia, neurokirurgisia sekä suu- ja leukakirurgisia potilaita.

Päivittäin hoidetaan keskimäärin 70 potilasta, joista 20–25 otetaan osastolle ja sitä kautta jatkohoitoon. Potilaiden keskimääräinen läpimenoaika on tällä hetkellä 2 tuntia 31 minuuttia. Aikaa koetetaan nopeuttaa uusilla ideoilla ja toimintaprosessien jatkuvalla kehittämisellä.

HUS on rakentamassa Meilahteen uutta traumasairaalaa, joka tulee korvaamaan Töölön tapaturma-aseman kuluun vuosikymmenen loppuun mennessä.



Meillä on
hyvä henki,
mikä välittyy
potilaillekin.

Paula Mäki,
erikoissairaanhoitaja

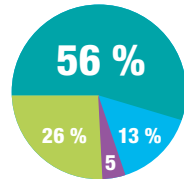
Sisätautien ja kirurgian erikoissairaanhoitaja Paula Mäki, Päiväsairaala:

Päiväsairaalassa hoidetaan monien erikoisalojen potilaita, joten pääsen tekemään sairaanhoitajan tehtäviä koko laajuudessaan. Yleensä työskentelen viikon verran samassa pisteessä, kuten toimenpiteissä tai infuusioissa. Työ Päiväsairaalassa on todella monipuolista, haastavaa ja vaatii hyviä ammatillisia taitoja. Olen oppinut täällä parin vuoden aikana paljon, mutta tässä työssä ei tule koskaan valmiiksi. Koulutuksia on tarjolla hyvin – itse suoritin reilu vuosi sitten työn ohella Taitava sisätautisairaanhoitaja -koulutuksen. Minulla on lisäksi monipuolinen ammatillinen tausta, mikä tuo työntekooni varmuutta. Potilaamme ovat kaikenikäisiä. Jokaisella hoitajalla on omat potilaansa, mutta hoidamme myös toistemme potilaita ja olemme aina valmiita auttamaan kollegaa. Meillä on hyvä henki, mikä välittyy potilaillekin – he tykkäävät käydä Päiväsairaalassa. Osa käy meillä toimenpiteissä muutaman viikon välein. Siinä syntyy monesti lämpimiä potilas-hoitajasuhteita.

HUS ON KOKO MAAN TOISEKSI SUURIN TYÖNANTAJA

21 751 TYÖNTEKIJÄÄ

- hoitohenkilökunta **12 189**
- muu henkilökunta **5 690**
- lääkärit **2 860**
- erityistyöntekijät **1 012**



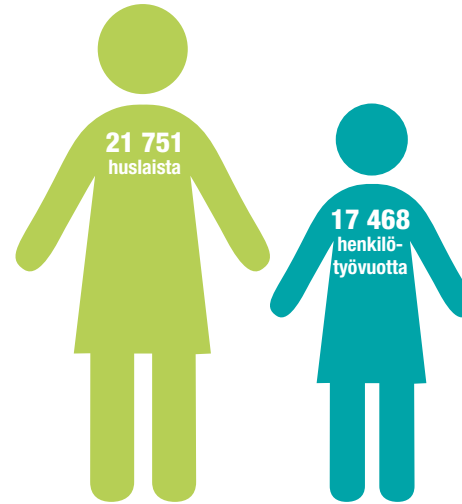
HUS:n toiminnan onnistuminen edellyttää riittävää, osaa-
vaa ja motivoitunutta henkilöstöä. Nykyisen ja tulevan
henkilöstön tyytyväisyys on yksi HUS:n tärkeimmistä
tavoitteista. Johtamista ja henkilöstön vaikutusmahdolli-
suuksia työhönsä sekä työhyvinvointia kehitetään jatku-
vasti. Työolobarometrin tulokset kertovat, että enemmän
kuin kahdeksan kymmenestä huslaisesta suosittelisi
HUS:ia työpaikkana.

Työntekijöistä 85 prosenttia on naisia. Vuoden mit-
taan avoimena oli 1 274 vakinaista työpaikkaa, joihin tuli
17 598 hakijaa. Määräaikaisia tehtäviä oli avoinna 528,
ja niihin haki 855 henkilöä. 4 150 terveydenhuoltoalan
opiskelijaa sai käytännön opetusta HUS:n sairaaloissa.

Suuressa organisaatiossa on hyvin erikokoisia yksiköi-
tä ja esimiestasoja on useita, jopa seitsemän. Esimiehiä

on yhteensä noin 950. Keskimäärin jokaisella esimiehellä
on 23 suoraa alaista. Esimiestyön onnistumista seura-
taan vuosittain tehtävällä työolobarometrillä. Useista
kysymyksistä koostuva esimiesindeksi oli 3,7 (asteikolla
1–5). Kehittämistä vielä on, sillä 3,9 pisteen tavoitearvoa
ei saavutettu, mutta kehitys jatkui edellisvuosien tapaan
myönteiseen suuntaan. Parhaat arviot esimiehet saivat
tavoitteellisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta.

Vuosittainen kehityskeskustelu esimiehen kanssa
on jokaisen HUS:n työntekijän oikeus ja velvollisuus.
Keskustelujen toteutumista ja sisällöllistä onnistumista
seurataan, ja esimiehiä koulutetaan niihin. Vuonna 2013
kehityskeskustelujen toteutumisprosentti oli 67 prosenttia,
kun tavoitteena on 80 prosenttia. Hyödylliseksi sen koki
71 prosenttia keskustelun käyneistä.



*Henkilöstön työpanos kasvoi
128 henkilötyövuodella.*



Salla Koivunen

henkilöstön kehittämisspäällikkö

KOULUTUS TAKAA KORKEAN LAADUN

*HUS tunnetaan korkealaatuisesta hoidosta ja hyvistä
hoitotuloksista. Hyvä maine on syntynyt osaavien
ammattilaisten työllä – siksi henkilöstön osaamista
kehitetään pitkäjänteisesti ja suunnitelmallisesti.*

*Koulutuksen avulla HUS ylläpitää ja lisää osaamista
strategisesti tärkeillä alueilla, jotka ovat potilaslähtöinen
ja oikea-aikainen hoito, korkeatasoinen tutkimus ja
opetus, tiivistyvä kumppanuus perusterveydenhuollon
kanssa sekä vaikuttava ja kilpailukykyinen toiminta.*

*Osaamisen kehittämisen taustalla ovat HUS:n asiak-
kaiden tarpeet ja ne erikoissairaanhoidon palvelut, joita
tuotamme jäsenkunnillemme ja muille asiakkaillemme.
Teemme huipputuloksia muun muassa vastasyntynei-
den tehohoidossa, syövän hoidossa, vaativissa lonkkien
ja polvien keinonivelleikkauksissa sekä aivo- ja sydän-
infarktien hoidossa. Elinsiirrot on valtakunnallisesti
keskitetty HUS:n sairaaloihin.*

*Henkilöstön osaamisen kehittämistä suunnitellaan
monipuolisten työkalujen avulla. Niihin kuuluvat muun
muassa jokavuotiset kehityskeskustelut esimiehen
kanssa. Suunnitelmien avulla pyritään ennakoimaan
myös tulevaa henkilöstötarvetta.*

*Oppilaitosten tarjoamien perus- ja erikoistumiskou-
lutusten lisäksi henkilöstön osaamista vahvistetaan
sisäisellä koulutuksella sekä työkierron, mentoroinnin,
verkko-oppimisen ja kehittämishankkeiden avulla.*



Mikko Keränen, erikoistuva lääkäri, bloggaaja:
– Blogiin *hus* -tekstit kertovat *husilais-*ten elämästä ja työstä. Blogit lisäävät keskinäistä viestintää ja yhteisöllisyyttä.



Anna Blubaum, lähihoitaja:
– Sairaalassa oleminen voi pelottaa, ja sitä epämiellyttävyttä hoitaja voi vähentää.



Mirja Koponen, sairaanhoitaja:
– Meillä dialyysiosastolla nauretaan paljon yhdessä. Potilaat tulevat pitkien hoitokontaktien takia hyvinkin tutuiksi.



Mervi Klapuri-Kari on ensimmäisiä uuden siirtoergonomiakoulutuksen käyneitä sairaanhoitajia. Koulutuksen pilotointi alkoi viime vuonna, ja nyt siirtämiseen on koulutettu yli 200 hoitajaa. Tavoitteena on tehdä siirtämisestä mahdollisimman turvallista sekä hoitajalle että potilaalle.

Siirtoergonomiakoulutus

OIKEA TEKNIikka SÄÄSTÄÄ SELKÄÄ

Potilaiden nosteleminen kuuluu menneisyyteen – nyt siirretään tai avustetaan siirtymisessä. Merkittävin ero aiempiin työtapoihin on psykologinen: ei puhuta enää nostamisesta, ainoastaan siirtämisestä. Kun tekniikka on kohdallaan, mikään ei ole raskasta ja selkäkin voi hyvin.

Täydellisesti toimivan siirtolakanan alla on pinta, joka liukuu kuin unelma sivulta sivulle – mutta ei alaspäin. Sairaanhoitaja **Mervi Klapuri-Kari** ei enää luopuisi

HUS:n keskuspesulasta tilattavasta lakanasta.

– Ja toinen, jota en vaihda, on siirtolakanan paikka sängyssä: sen kuuluu olla sekä hartioiden että takapuolen alla. Muuten siirtäminen on monin verroin työläämpää.

Jokainen hoitaja voisi siirtoergonomiakouluttaja, fysioterapeutti **Tiina Karjalaisen** mukaan käyttää siirtämiseen vähemmän voimaa ja enemmän apuvälineitä. Oleellista on ottaa huomioon potilaan toimintakyky ja paino.

– Jos selässä tuntuu työpäivän jälkeen yhtään mitään, tekee jotain väärin, Karjalainen sanoo.

• **Siirtoergonomiakoulutus** pyritään vakiinnuttamaan ensi vuodesta alkaen. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat HUS:ssa suurin yksittäinen sairauspoissaolon syy. Koulutuksella vähennetään hoitotyön kuormitusta ja lisätään potilasturvallisuutta.



Hanneli Saarikoski, jalkojenhoitaja:

– Keskeistä potilaan hoidossa on jalkineiden valinta. Vääränlaiset jalkineet voivat aiheuttaa monia ongelmia.



Matti Snellman, valokuvaaja:

– Iloa kliiniselle kuvaajalle tuottaa, kun potilas hymyilee viimeisessä seurantakuvauksessa.



Bozo Kipré, kokki:

– Raviolissa on helppoa. Ei töissä ollessa nähdä muun maalaisia vaan työkavereita.

Työolobarometri-kysely:

POSITIIVINEN KEHITYS JATKUI

HUS:ssa on vuodesta 2006 lähtien kartoitettu Työolobarometri-kyselyllä systemaattisesti henkilöstön mielipiteitä organisaation toiminnasta, johtamisesta, vuorovaikutuksesta ja omasta hyvinvoinnista. Vuonna 2013 kyselyyn vastasi 14 561 henkilöä eli 72,2 prosenttia henkilöstöstä (2012: 68,4). Vastausprosentti on noussut vuosi vuodelta, mikä kertoo, että henkilöstö pitää vastaamista tärkeänä.

84 prosenttia vastaajista ilmoitti, että työyksikössä on käsitelty kyselyn tulokset kuluneen vuoden aikana.

Kyselyn tuloksissa on jo usean vuoden ajan ollut positiivinen trendi, ja myös vuoden 2013 tulosten taso on pääosin sama tai aavistuksen parempi kuin edellisenä vuonna. Positiivista kehitystä näkyi oman työyksikön toimintaa ja työkykyä koskevilla kysymyksillä. Kehityskeskustelujen koettu hyödyllisyys sen sijaan laski ja esimiestyön osalta parannettavaa oli erityisesti palautteen antamisen osalta, mikä oli yksi vuoden 2013 kehittämiskohteista.

• **Vuoden 2014 kehittämiskohteiksi valikoituivat kehityskeskustelujen hyödyllisyys, esimiestyön tuki ja henkilökunnan osallistaminen erityisesti muutostilanteissa.**

HUS TARJOAA RUNSAASTI MAHDOLLISUUKSIA KOULUTTAUTUMISEEN.

Koulutukseen osallistui vuoden 2013 aikana 17 474 henkilöä, mikä on 80,3 prosenttia henkilöstöstä.



Kun verenpaine repäisi **Jukka Ahon** aivovaltimon, piti kävelminenkin opetella uudestaan.

KUNTOUTUS AUTTAA AIVOHALVAUSPOTILASTA

Kemian ja matematiikan lehtori Jukka Aho oli helmikuussa 2013 lähdössä valvomaan opiskelijoidensa tenttiä, kun hän sai aivohalvauksen suihkussa. Naapurin neuvokkuden ansiosta hän sai apua ja hänet vietiin ambulanssilla Meilahden sairaalan Aivohalvausyksikköön. Perillä selvisi, että verenpainetaudin haurastuttama aivovaltimo oli revennyt.

Taudin nimi on aivoverenvuoto, intracerebraalinen hematooma eli ICH. Siinä veri vuotaa aivokudokseen tai johonkin muuhun kallonsisäiseen tilaan. Veri vuotaa niin syvällä aivoaineksessa, tyvitumakealueella, etteivät neurokirurgit voi hoitaa sitä leikkaamalla.

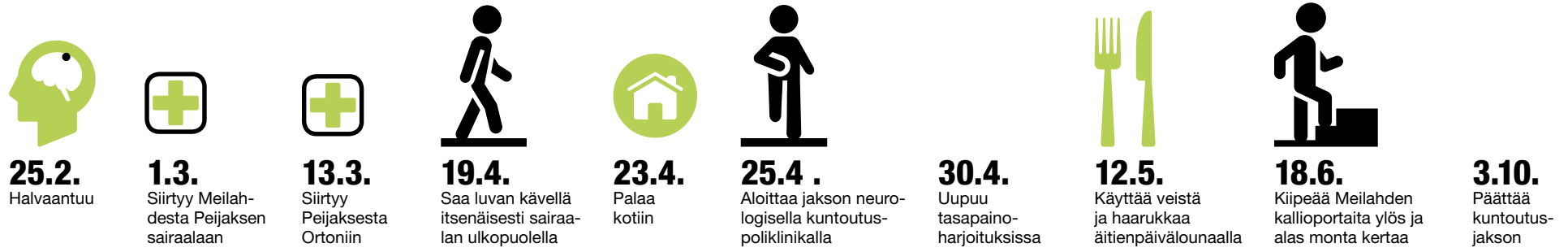
Aivohalvaukseen on sairastunut 82 000 suomalaista. Aivohalvaus eli AVH on perinteinen kliininen nimitys, joka tarkoittaa aivoinfarktin, aivoverenvuodon tai lukinkalvon alaisen verenvuodon (SAV) aiheuttamaa aivotoimintojen häiriötä.

Tärkein syy aivoverenvuotoon on kauan kestänyt ja huonosti hoidettu tai hoitamaton verenpainetauti. Siinä aivovaltimoihin syntyy rappeutumamuutoksia ja seinämät

Jukka Aho ja kuntoutuspoliklinikan kuntoutustiimi: sosiaalityöntekijä Danielle Engström (vas.), sairaanhoitaja Hanne Tiainen, toimintaterapeutti Mirja Lahtinen, ylilääkäri Minna Riekkinen, fysioterapeutti Marika Hillo ja neuropsykologi Heidi Heinonen.



Aivohalvauskuntoutuja Jukka Ahon matka takaisin arkeen vuonna 2013.





*Valpar 9 -testillä selvitetään, miten testattava suoriutuu eri työskentely-
asunnoissa. Testissä muttereita irrotetaan ja kiinnitetään kurotellen
tai kyykyssä ajoittain tuntoaistin varassa. Testissä arvioidaan lisäksi
testattavan ongelmanratkaisutaitoja ja keskittymiskykyä. Jukka Aho
avaa muttereita, toimintaterapeutti Mirja Lahtinen ottaa aikaa.*



*– Käsipöyrän polkeminen on hyvää kestävyysharjoittelua halvaantu-
neen yläraajan kuntouttamisessa, sanoo fysioterapeutti Marika Hillo.
Jukka Aho viihtyi käsipöyrän parissa myös terapiatapamisten 'ulko-
puolella.*



*Neuropsykologi Heidi Heinonen kartoittaa tietokoneohjelman avulla
kuntoutujan tarkkaavuutta, reaktionopeutta ja kuormittumista.*

heikkenevät. Aivoverenvuotoriskiä lisäävät veren hyytymistä ehkäisevä lääkehoito, verenvuototaudit ja aivokasvaimet. Etenkin nuorilla syynä voi olla poikkeama verisuonen rakenteessa.

Halvauksen subakuutti-vaihe kestää kolmesta kuuteen kuukautta. Se on tavallisesti tehokkaimman kuntoutumisen aikaa.

Jukka Ahon akuutin vaiheen hoitoa jatkettiin Peijaksen sairaalassa. Usein herätessään hän luuli olevansa kotona ja yritti lähteä omin päin kahvinkeittoon, vaikka vasen jalka ei vielä totellut. Kerran hoitaja löysi hänet lattialta.

– Ongelma täytyi pitkään järkeillä pois: ajatella tietoisesti, että noin pitkät käytävät ei mahtuisi meidän taloon, en siis voi olla kotona, Aho sanoo.

Kahden viikon kuluttua halvaantumisen Aho siirtyi Ortoniin, josta HUS hankkii muun muassa neurologista

kuntoutusta ostopalveluna. Ortonin hoidossa Aho kuntoutui niin, että tarvitsi kävelykeppiä enää henkiseksi tueksi.

Huhtikuussa, kun halvaantumisen oli kulunut kaksi kuukautta, Aho pääsi kotiin ja vei viisaalle yläkerran naapurilleen orkidean. Koti oli kuin ennen – paitsi liedestä ja kahvinkeitimestä katkeaa nyt automaattisesti virta.

HUS:n neurologisella kuntoutuspoliklinikalla Aho kävi monta kertaa viikossa, joskus kolmekin tuntia kerrallaan. Ensimmäisillä käynneillään Aho tapasi fysioterapeutti **Marika Hilloa** ja toimintaterapeutti **Mirja Lahtista**. Tutkimusten pohjalta tehtiin suunnitelma, miten Ahon ongelmia hoidetaan. Kun tasapaino ei tahtonut pysyä, fyysinen jaksaminen loppui nopeasti ja vasemman käden toimintakyky oli heikko. Kuntoutukseen kuului myös kotiharjoitteluohjeet.

Toimintaterapeutti edisti Ahon toimintakykyä hänelle

tärkeissä päivittäisissä toiminnoissa. Fysioterapeutti taas keskittyi lihaskunnan ja liikkuvuuden edistämiseen sekä fyysisen suorituskyvyn parantumiseen.

Verenpaine ja tupakka lisäävät riskiä

Kuntoutushoitaja **Hanne Tiaisén** luona mitattiin verenpainetta ja puhuttiin aivoverenvuotojen riskitekijöistä: tupakasta ja verenpaineesta. Jopa puolet aivohalvauksista uusiutuu, joten seuranta on elintärkeää. Diabetes on tupakoinnin ja korkean verenpaineen lisäksi tärkeä riskitekijä.

– Suuri syntyni oli, että en mitannut ja seurannut verenpainetta, vaikka verenpainetauti oli tiedossa. Luotin siihen, että lääkkeet pitävät verenpaineen kurissa. Ja tupakkaa vastaan taistelen nyt tosissani, Aho sanoo.

Yliääkäri Minna Riekkinen sanoo, että verenpainetaudin huono hoitotasapaino on varsin yleinen. Monelta tauti



Balance Masterin avulla arvioidaan ja analysoidaan ja harjoitetaan kuntoutujan tasapainoa. Fysioterapeutti Marika Hillo testasi Jukka Ahon edistymistä kuntoutuksen alussa, keskivaiheilla ja lopussa.

ylipäättään löytyy vasta, kun aivovaltimo repeää. Jotkut kuolevat saman tien.

Kuntoutujan motiivi ratkaisee lopputuloksesta paljon. Tärkein aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutumista ennustava tekijä on kuitenkin infarktin tai verenvuodon vaikeusaste.

Työikäiselle hyvä kuntoutumisen lopputulos on yleensä se, että pääsee takaisin töihin. Siihen HUS:n kuntoutuspoliklinikalla pyritäänkin: saamaan ihmiset takaisin työelämään, joskus samoihin tehtäviin mutta usein mukautettuun työhön. Kaikki eivät kuntoudu takaisin työelämään. Silloin pyritään mahdollistamaan kuntoutujalle osallistuminen mielekkääseen arkeen ja itselle merkitykselliseen toimintaan. Neuropsykologisista kuntoutujista töihin pääsee puolet.

PEREHDYTYKSEN KEHITTÄMISTYÖTÄ YLEINEN PEREHDYTYSOHJELMA VALMISTUI VUODEN 2013 LOPUSSA, JA SE OTE- Taan käyttöön vuoden 2014 aikana. Ohjelman tarkoituksena on varmistaa ja yhtenäistää työntekijöiden perehdytystä saadun palautteen perusteella.

Vuonna 2013 HUS:ssa sai käytännön opetusta yli 4 000 terveydenhuollon opiskelijaa. Heidän lisäksi noin 1 500 kesätyöntekijää kartutti kokemustaan sairaaloissamme. Huolellinen perehdytys on avainasemassa, jotta tulevien ammattilaisten mielestä HUS on houkutteleva työnantaja myös jatkossa.

Jokaisella opiskelijalla on oikeus saada hyvää ohjausta sekä toimia tasavertaisena työryhmän jäsenenä toimivassa oppimisympäristössä. Palautetta opiskelija saa koko harjoittelun ajan. Myös opiskelijan antama palaute on tärkeää, sillä sen pohjalta HUS voi kehittää omaa toimintaansa, mikä taas parantaa entisestään kaikkia harjoittelun pitkäaikaisvaikutuksia.

Harjoittelu- ja kesätyöjaksojen järjestäminen on tärkeä kanava HUS:n ennakoivassa rekrytoinnissa ja työnantajielikuvan parantamisessa. Käytännön opetus tuottaa työelämän tarpeita vastaavaa osaamista ja siksi tavoitteena on tarjota opiskelijoille mahdollisimman hyvää ja laadukasta ohjausta. HUS haluaa näin turvata ammattitaitoisen työvoiman saatavuuden myös tulevaisuudessa.



Hyksin Sydän- ja keuhkokeskus aloitti toimintansa vuonna 2013. Sen sydänlinja palvelee 2,5 miljoonan suomalaisen sydämiä – päivin ja öin.



Harmaalla ruudulla sykähtelee ihmisen tärkein lihas, varjoaine virtaa sen pintaa kiertävissä sepelvaltimoissa. Kardiologi, osastonlääkäri **Ilkka Tierala** osoittaa ruutua: tiukka ahtauma vasemman sepelvaltimon kiertävässä haarassa. Sydän ei saa tarvitsemaansa happea ja ravintoa, kova kipu on pakottanut sairaalaan. Sepelvaltimon tukkiva ST-nousuinfarkti on haudanvakava tilanne, eikä sen hoitaminen katso kelloa.

Kardiologi Juha Heikkilä uittaa sepelvaltimeen värttinävaltimon kautta katetrin, vie ahtauman kolmimillisen pallon ja laajentaa pallon kahdenkymmenen ilmakehän paineella. Toimenpiteen lopuksi pitää varmistaa sepelvaltimon eli koronaarin auki pysyminen metallisella

verkonpätkällä eli stentillä. Lopputuloksena on suuri, hyvä suoni vailla ahtaumaa.

Meilahden sairaalan kardiologisessa klinikassa tukkeutuneita sepelvaltimoita kuvataan ja avataan tarvittaessa vuorokauden ympäri. Joka kolmas ST-nousuinfarktiin sairastuva kuolee ennen kuin pääsee edes sairaalaan, ensihoidon turviin päässeistäkin kuolee viidennes.

Sairaalaan ehtineiden tilanne on parempi. Sinne päässeiden ST-nousuinfarktipotilaiden kuolleisuus on enää kolme prosenttia. ST-nousuinfarktia hoidetaan joko pallolaajennuksella tai liuotuksella. Kaunis tavoite on, että jokainen ST-nousuinfarktipotilas voitaisiin hoitaa heti pallolaajennuksella kardiologisessa keskuksessa.



Ilkka Tierala toivoo, että kaikkien suomalaisten sydämiä hoidettaisiin kardiologisessa keskuksessa.

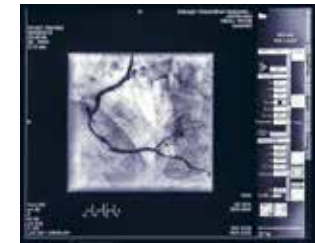
Ensihoito tuo Hyksiin vuosittain 700 ST-nousuinfarktipotilasta ja saman verran ei-ST-nousuinfarktipotilaita.

Juha Heikkilä avaa ahtauman pienoisen pallon ja hurjan paineen avulla. Soile Timberg pitelee paineräikkää.



Teho-osaston elvytysryhmän hoitaja Pasi Kyllönen, Ilkka Tierala ja sisätautipäivystäjä, erikoistuva lääkäri Rauf Samaletdin hoitavat huonokuntoista potilasta.

Sepelvaltimohaaran ahtauma tuottaa voimakkaan rintakivun, kun sydän ei saa tarvitsemaansa happea.



Viive diagnoosista pallolaajennukseen saa olla enintään kaksi tuntia, sillä viive lisää aina kuolemanvaaraa. Mitä nopeammin toimitaan, sitä parempi on potilaan ennuste. HUS-alueella sairaalaan on lyhyt matka, ja pallolaajennukseen pääsee Käypä hoito -suosituksen mukaisessa ajassa.

Tauti, jonka kaikki saavat

Kaikki saavat sepelvaltimotaudin vanhentuuksaan. Heikkilä kuvaa sairautta dynaamiseksi ja hyvin laaja-alaiseksi. Tyypillinen sairastunut on 50-vuotias tupakoiva mies tai yli 70-vuotias tupakoimaton nainen. Kakkostyyppin diabetes on tupakan jälkeen toiseksi tärkein riskitekijä, muita ovat korkeat kolesterolit ja verenpainearvot.

Joihinkin äkillinen sydäntapahtuma ei koskaan iske, vaikka sepelvaltimotauti oireilisi niin, että lehden lukemisenkin tuntuu liian rasittavalta. Toiset taas tipahtavat kam-

miovärinään suorilta jaloilta, ilman ennakkovaroituksia. Pienen pieni verisuonen seinämän kolesteroliplakki saattaa äkkiarvaamatta revetä ja verihyytymä tukkii suonen.

Suomalaisissa sairaaloissa hoidetaan vuosittain 7 000 ST-nousuinfarktia ja 15 000 ei-ST-nousuinfarktia. Äkkikuolemakin on tavallinen sydäntapahtuma: niitä sattuu vuosittain 7 000.

– Mutta jos ensihoidossa saadaan kammiovärinä hoidettua ja rytmi palautettua, potilas voi aikanaan palata ihan normaaliin elämään, Heikkilä sanoo. Fyysisen ja psyykkisen kuntoutuksen, elämäntapaneuvonnan ja sosiaalisen tuen avulla toimintakyky palautuu parhaassa tapauksessa ennalleen.

Täällä ollaan vastuussa 2,5 miljoonan suomalaisen sydämistä. Vanhemmat sydämeen erikoistuneet lääkärit ovat usein taustaltaan sisätautilääkäreitä, nuorem-


mat ovat voineet erikoistua suoraan kardiologiaan.

Millainen on hyvä kardiologi?

– Ensiksikin kärsivällinen: ajattelee ja diagnosoi kuten sisätautilääkäri. Toisaalta pitää olla luonteen kovuutta hoitaa hommat aina ajallaan, eikä tekemistä saa pelätä. Käsinäppäryyttä täytyy olla, muttei saa hidastella eikä liiaksi hienostella, koska se vie liikaa aikaa. Käsiyöläiskardiologi tykkää, kun ympärillä tapahtuu, Tierala sanoo.

Palaamme katetrisaatiolaboratorioon, jossa lyijypukuinen Juha Heikkilä aloittelee tällä haavaa illan viimeistä varjoainekuvausta keskustellen samalla potilaan kanssa tupakoinnin haitoista.

Ehkä juuri tänä yönä kenenkään sydämeen ei ala sattua niin paljon, että Heikkilän ja hänen tiiminsä pitäisi palata sairaalaan.



Osa kehitystyöstämme on maailmanlaajuisesti ainutlaatuista.

Kari Krootila, osastonylilääkäri

Osastonylilääkäri, etuosakirurgisen yksikön vastuulääkäri Kari Krootila:

Työni tarjoaa haasteita joka päivä. Pääsen seuraamaan etuosakirurgian laajaa ja nopeaa kehitystä monipuolisesti – sekä osallistumaan sen kehittämiseen. Hyödynnämme HUS:ssa monipuolisesti modernia kaihikirurgiaa vaativissa harmaakaihileikkauksissa. Lisäksi hoidamme muun muassa sarveiskalvonsiirrot uudella tavalla eli vaihtamalla vain sarveiskalvon vaurioituneet kerrokset. Näin vähennämme komplikaatioita ja hylkimisreaktioita sekä lyhennämme toipumisaikaa. Olemme Suomen ainoa yksikkö, joka voi keskittyä etuosakirurgian erikoisalojen hoitamiseen ja alan kehittämiseen. Kehitystyön ansiosta tarjolla on nyt enemmän hoitovaihtoehtoja, jotka voidaan valita yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan. Olemme kehittäneet esimerkiksi sarveiskalvon kartiopullistuman hoitoa, mikä vähentää sarveiskalvon siirtoleikkausten tarvetta. Osa kehitystyöstämme on myös maailmanlaajuisesti ainutlaatuista, esimerkiksi femtosekunti-laseravusteiset sarveiskalvon ja sisäiset hajataiton korjausleikkaukset.

KANSAINVÄLISESTI KORKEATASOINEN TUTKIMUSTYÖ TUOTTAA

UUTTA TIETOA PAREMPAAN HOITOOON

- 1 000** lääketieteen ja hammaslääketieteen perustutkinto-opiskelijaa
- 2 000** erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäriopiskelijaa
- 169** suoritti lääketieteen perustutkinnon
- 191** erikoislääkäriä valmistui
- 10** erikoishammaslääkäriä valmistui
- 104** väitöskirjaa

5 %

huslaisista on suorittanut tutkijakoulutuksen



Suomalainen yhteiskunta odottaa oikeutetusti HUS:lta uusimpaan tietoon perustuvaa sairauksien diagnostiikkaa ja hoitoa. Korkeatasoinen ja pitkäjänteinen tutkimustyö on välttämätön edellytys tämän tavoitteen saavuttamiseksi – tieteellisen tutkimuksen kautta henkilöstöllä on myös asiantuntemusta objektiiviseen näyttöön perustuvista parhaista hoitokäytännöistä.

HUS:n menestys kansainvälisesti arvostettuna tieteen tekijänä ja siten hoitojen kehittäjänä perustuu klinikoiden ja yliopiston perustutkijoiden tiiviiseen yhteistoimintaan: HUS on osa Akateeminen lääketiedekeskus Helsinkiä (Helsinki Academic Medical Center), joka sijoittuu Euroopassa kymmenen parhaan kliinisen lääketieteen tutki-

musta tekevän yhteisön joukkoon. Vuodesta 2000 alkaen HUS:n henkilöstö on toiminut kansainvälisissä asiantuntijatehtävissä yli 1 600 kertaa ja lähes puolet tutkimusryhmien vetäjistä on kutsuttu kilpailtuihin tehtäviin kansainvälisten oppikirjojen kirjoittajiksi.

Tutkimuksen tulokset näkyvät myös sairaalatoiminnan arjessa. Viimeisten 11 vuoden aikana HUS:ssa on otettu käyttöön yhteensä yli 700 uutta, potilaan tutkimusta tai hoitoa koskevaa, omaan tutkimustyöhön perustuvaa parannusta. Esimerkki maailmanluokan saavutuksesta on aikakriittinen aivoverenkiertohäiriöiden hoito: liuotushoito voidaan HUS:ssa aloittaa 20 minuutissa potilaan saapumisesta, kun maailmalla tavoitteena pidetään 60 minuuttia.



Risto Renkonen
lääketieteellisen tiedekunnan dekaani, Helsingin yliopisto

AKATEEMINEN LÄÄKETIEDEKESKUS HELSINKI UUDISTAA OPETUSTA

HUS ja Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta muodostavat yhdessä Academic Medical Center Helsinki -lääketiedekeskuksen ytimen. Tämän kokonaisuuden keskeisimpiä yhteistyömuotoja ovat lääketieteellinen opetus ja tutkimus. AMCH on kansainvälisten arvioiden mukaan Euroopan kymmenen ja maailman 50 parhaan lääketieteellisen opetus-, tutkimus- ja hoitokeskuksen joukossa.

Vuoden 2013 aikana aloitettiin sekä lääkäreiden että hammaslääkäreiden opetuksen sisällön uudistus. Ensin on tarkasteltu muutunutta toimintaympäristöä, ja nyt koulutuksen sisältöä muutetaan vastaamaan nykypäivän terveydenhuoltoa.

Uudistamme myös opetusteknologioita. Opetuksen siirtyminen digimaailmaan on edennyt todella nopeasti ja menestyksellä. Yksi kehityshanke on ollut ensimmäisen kurssin opiskelijoille Jane ja Aatos Erkon säätien tuella jaetut iPad-tablettitietokoneet.

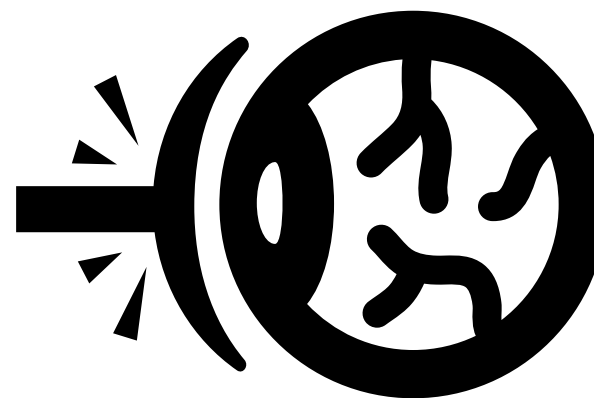
Tutkimus potilaiden parhaaksi on toinen keskeinen teema AMCH:n toiminnassa. Vuosittain julkaisemme yli 2 000 vertaisarvioitua tieteellistä artikkelia. Lista artikkeleista päivittyy kerran vuorokaudessa Meilahden kampuskirjasto Terkon verkkosivuilla. Tutkimuksista saa tietoa myös lukemalla Viikon julkaisu -blogia, jossa asiantuntijat esittelevät kerran viikossa mielenkiintoisen tutkimustyön.



Osastonylilääkäri Kari Krootila on opiskellut lävistävää sarveiskalvon siirto-tekniikkaa Hyksissä ja kerroksittaisia siirtoja ulkomailla.

TARKKAA SILMÄKIRURGIAA

Silmä-korvasairaalan Silmätautien klinikalla tehdään Suomen vaativinta silmäkirurgiaa.



Hyksin silmä- ja korvasairaalan silmäpankki on vaatimaton huone, mutta silmäklinikan etuosakirurgisessa yksikössä tehdään monipuolista ja vaativaa silmän kirurgiaa, kuten sarveiskalvon siirtoja.

Diagnostisesti ja hoidollisen välineistönsä puolesta Silmätautien klinikka on Suomessa ainutlaatuinen. Koko maan sarveiskalvon siirroista se tekee puolet, ja ainoastaan täällä voidaan tehdä sarveiskalvon osittaisia siirtoja. Sarveiskalvon siirtoja tehdään vuosittain runsaat sata. Sarveiskalvo on vain puoli millia paksu ja halkaisijaltaan reilun sentin. Se on silmän taittovoimaisin linssi, joka muodostuu viidestä kerroksesta.

Päällimmäisenä on epiteeliä, toisena Bowmanin kerros, kolmantena strooma eli paksu kollageeniverkko, neljäntenä Descemetin kerros ja alimmaisena ainoastaan yksisoluinen endoteelikerros, joka toimii nestepumppuna. Useimmiten kudossiirtoa tarvitsevalla potilaalla on keratokonus eli sarveiskalvon kartiorappeuma. Siirtoja tehdään myös lapsille, joilla on synnynnäinen sarveiskalvon häiriö, sekä ikäihmisille.

Osastonylilääkäri **Kari Krootila** ja dosentti **Juha**

Holopainen alkoivat tehdä neljä vuotta sitten Silmätautien klinikalla valokovetushoitoja keratokonuspotilaille. Se on hoitomenetelmä, jossa keratokonusen eteneminen pysäytetään UVA-säteilyn avulla. Kaikille valohoito ei sovi. Jos tauti on päässyt pitkälle tai sarveiskalvo on kovin ohut, hoitoa ei voi antaa.

Siinä vaiheessa, kun sarveiskalvon siirtoa aletaan harvita, keratokonus on kuitenkin yleensä jo vähentänyt potilaan toimintakykyä huomattavasti.

– Sarveiskalvon siirto on riskialtis operaatio, josta koituu aina jonkinlaisia ongelmia, sanoo Kari Krootila.

Vuoden ajan lävistävästä sarveiskalvon siirtoleikkauksesta silmässä täytyy pitää ompeleita. Verisuoneton kudosa ei muodosta arpea, joten siirteen kiinnittyminen kestää pitkään. Kaikkiaan jälkihoito kestää puolitoista vuotta. Keskussairaaloissa se ei onnistu, vaan kaikkien jälkihoito tapahtuu Hyksin silmäklinikalla.

Keratokonusta voidaan hoitaa kirurgisesti kolmella tavalla: Valokovetushoidon lisäksi kartionmallista sarveiskalvoa voidaan ryhdistää pyöreämmäksi C-kirjaimen muotoisen, sarveiskalvon sisään asennettavan tukikaaren

avulla. Voidaan tehdä läpäisevä sarveiskalvon siirto, jossa koko sarveiskalvo vaihdetaan ja joillekin potilaille voidaan tehdä pintaosien kerroksittainen siirto. Niitä tehdään Suomessa ainoastaan Hyksissä.

Läpäisevän siirron ongelma on elimistön hylkimisreaktio. Sarveiskalvon alin kerros, yhden solukerroksen paksuinen uusiutumaton endoteeli, on kaikkein herkin hylkimään vierasta kudosta.

Mutta jos sarveiskalvon sisin kerros on terve, kuten keratokonuksessa, siihen ei aina tarvitse kajota. Voidaan vaihtaa vain päällimmäiset osat ja jättää paikoilleen sekä hankala endoteeli että sitä peittävä Descemetin kerros.

Yhteensä Descemetin kerros ja endoteeli ovat millin sadasosan paksuisia. Osasiirto on erittäin vaikea leikkaus: paikalleen on jätettävä sarveiskalvosta 10–15 mikrometriä. Se on käsittämättömän vähän. Jos sarveiskalvon syvemmat kerrokset räpsähtävät leikkauksessa rikki, on tehtävä perinteinen leikkaus eli vaihdettava koko sarveiskalvo.

Krootila aloitti pintaosien kerroksittaiset siirrot vuonna 1999. Nykyään leikkauksia tekee kaksi silmäklinikan kirurgia. Yhteensä sarveiskalvon siirtoja tekee neljä lääkäriä.

Myös kaihileikkauksen jälkeen sarveiskalvo voi samentua pysyvästi. Kun sarveiskalvon sisin kerros, endoteeli, on sairas, voidaan korjata kirurgisesti vain vaurioitunut sisin kerros. Silloin vaurioitunut endoteelisolukerros ja Descemetin kalvo poistetaan. Pienen viillon kautta silmän sisään asetetaan korvaavat kerrokset. Näin potilas toipuu nopeammin kuin lävistävän siirtoleikkauksen jälkeen.

Krootila aloitti sisäkerroksen siirtoleikkaukset sittemmin eläkkeelle jääneen dosentti **Risto Uusitalon** kanssa vuonna 2006. Nykyään toimenpiteitä tekee ainoastaan Kari Krootila.

– Tavoitteena on, että useampi kirurgi tekisi näitä kaikkia toimenpiteitä. Koulutamme nuoria erittäin mielellämme, mutta tämä on hyvin pitkä tie, Krootila sanoo.

Krootilan mukaan siirteistä sen sijaan ei ole varsinaista pulaa, mutta tarve on jatkuva. Sarveiskalvosiiirteet hankitaan yhteistyössä HUS:n elinsiirtotoiminnan kanssa, mutta niitä joudutaan hankkimaan myös sairaanhoitopiirin ulkopuolelta. Siirrejonossa odottaa jatkuvasti parisataa potilasta. Jonotus voi kestää vuosia.

– Elinsiirtotoimintaa koko sairaanhoitopiirissä on lisättävä. Jos ketju toimisi, meilläkin olisi riittävästi siirteitä.



Sarveiskalvosiiirteet odottavat uutta silmää silmäpankin jääkaapissa. Kun uusi sarveiskalvo on saatu paikoilleen, ompeloiden täytyy olla silmässä vuoden ajan, muuten siirrännäinen ei kiinnity kunnolla.

SILMÄTAUTIEN LÄNTINEN POLIKLINIKKA ALOITTI LAUTTASAARESSA

Hyksin Silmätautien klinikka sai kaivattua lisätilaa uudesta toimipisteestä, joka elokuun lopulla aloitti toimintansa Lauttasaaren Gyldenintielle.

Vuokrasopimus on kuudeksi vuodeksi. Kiinteistöön siirtyi Silmä-korvasairaalaista kaihileikkaustoimintaa, verkkokalvopoliklinikka sekä hajallaan kolmessa eri pisteessä ollut silmätautien kuntoutus. Väestön ikäännyessä silmänsairauksien määrä ja siten silmätautien palveluiden kysyntä kasvavat voimakkaasti, eivätkä Meilahden kampuksella sijaitsevan Silmä-korvasairaalan tilat taivu vastaamaan toiminnan kasvuun. Silmä-korvasairaalaan vapautuvalle tilalle löytyy käyttöä. Erityisesti kasvava diabetespotilaiden ryhmä samoin kuin lapsipotilaat tarvitsevat lisätilaa. Vapautunutta leikkaussalikapasiteettia tullaan käyttämään muuhun silmäkirurgiseen toimintaan.

Parisuhdeväkivaltaa käsittelevän tutkimuksen tulosten jalkauttaminen HUS:n käytännön hoitotyöhön paransi hoitoketjua sekä potilaan että hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

TUTKIMUS PARANTAA HOITOKÄYTÄNTÖJÄ



Parisuhdeväkivalta koskettaa noin 22 prosenttia suomalaisista.



- Tutkimus ja käytäntö tarvitsevat ja ruokkivat toisiaan. Kun tutkimme jotain asiaa ja viemme tulokset käytäntöön, havaitsemme asioita, jotka joko tukevat tai kyseenalaistavat tuloksia. On mahdollista löytää myös aivan uusia tutkimuskohteita. Teorian ja käytännön välinen suhde on kuin rulla, joka pyörii loputtomiin, sanoo tutkija **Tiina Lindholm**.

Lindholm on väitellyt Åbo Akademiassa terveystieteiden tohtoriksi aiheenaan parisuhdeväkivalta naisten ja miesten näkökulmasta. Väitös on osa HUS:n ja Åbo Akademin yhteistä EVO-tutkimushanketta, joka yhdistää professori emerita **Katie Erikssonin** kehittämää karitatiivista hoitoteoriaa ja käytännön hoitamista.

Hoitotieteellisen tutkimushankkeen kautta Lindholm on päässyt näköalapaikalle tutkimuksensa tulosten jalkauttamisessa käytäntöön. Hän oli muun muassa mukana Jorvin moniammatillisessa kehittämistyöryhmässä, jossa laadittiin väkivaltaa kokeneiden ja tehneiden potilaiden hoitopolku sekä päivitettiin potilasohje.

- Tavoitteena oli yhtenäistää ja sujuvoittaa hoitokäytäntöjä niin, että syntyisi katkeamaton hoitoketju, eikä potilaan tarvitsisi hyvinkin vähäisillä voimavaroillaan etsiä apua yksin, vaan hänellä olisi jatko selvillä, kun hän lähtee sairaalasta. Hoitopolku on myös henkilökunnalle erittäin tärkeä apuväline väkivallan osapuolten kohtaamisessa ja hoitamisessa.

Lindholm toteaa, että usein hoitotyössä keskitytään väkivallasta syntyneeseen vammaan ja jätetään kaikki muu siihen liittyvä käsittelemättä.

– Potilaalla ei ole pelkästään fyysisiä vammoja, vaan myös paljon esimerkiksi häpeää ja syyllisyyttä. Kysymyksessä voivat olla jopa eksistentiaaliset elämän ja kuoleman kysymykset, joista on tärkeää ottaa vastuuta moniammatillisesti.

Keskiössä eettiset näkökohdat

Lindholm korostaa eettistä näkökulmaa hoitotyössä.

– Ydinsanomani on, että hoitohenkilökunnan tulee todella sisäistää työnsä eettiset näkökohdat ja hoitamisen idea, jotka korostuvat erityisesti väkivaltaa tehneen potilaan hoitamisessa – hänelläkin on ihmisarvo. Meidän tehtävämme on auttaa potilasta eteenpäin puolueettomasti, syyttämättä ja tuomitsematta. Meillä on hoitotyön tekijöinä mahdollisuus olla auttamassa häntä parempaa elämää kohti.

Hoitopolku ja uusittu potilasohje otettiin Jorvissa käyttöön keväällä 2013. Lindholm on saanut niistä rohkaisevaa palautetta.

– Malli antaa työntekijälle rohkeutta puuttua väkivaltaan. Kun hän tietää, että meillä tehdään näin, hänellä on ”lupa” puuttua ja toimia. Potilas on keskipiste, mutta ohjeessa on ajateltu myös hoitohenkilökuntaa: väkivalta voi olla työntekijällekin hyvin arka, vaikea ja pelottavakin asia.

Jorvin projekti loppui vuoden 2013 lopussa, mutta Lindholm toivoo sille jatkoa.

– Hartaana toiveenamme on, että projektia voitaisiin laajentaa koko HUS:n alueelle ja luoda yhteiset hoitokäytännöt väkivaltaa kohdanneiden ja tehneiden hoidossa. Se on koko organisaation, hoitohenkilökunnan ja ennen kaikkea potilaan parhaaksi.

Akuuttiin myeloiseen leukemiaan sairastuu vuosittain Suomessa noin 150 ihmistä. Lääkehoidon terveille kudoksille aiheuttamat vauriot lisäävät hoitoon liittyvää kuolleisuutta, joten paremmin syöpäsoluun kohdentuvien hoitojen tarve on suuri.

Tavoitteena on parhaan hoidon määrittäminen jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Se vaatii saumatonta tiedonkulkua laboratorion ja hoitavan yksikön välillä.

– Tutkimuksessa kehitetään ja käytetään uusia testejä yksilöllisen syövän lääkeherkkyyden mittaamiseen. Keskeistä on se, että kutakin syöpää tutkitaan yksitellen, Porkka kertoo.

Normaalista potilasjoukosta poiketen Porkan ja Kallioniemen tutkimuksen kohteena on yksittäinen potilas, jonka lääkevasteen ja biologisten ominaisuuksien kautta voidaan löytää vastauksia ongelmiin.

– Käytämme hyväksi syöpälääkkeiden herkkyyttä määrityksiä ja lääkkeille vastustuskykyiseksi muuttuneen syövän geenimuutoksien tutkimusta. Näiden perusteella pyritään kehittämään parempia yhdistelmähoitoja, jotta syövän uusiutumista voitaisiin tulevaisuudessa estää, Porkka ja Kallioniemi tiivistävät tutkimuksen tavoitteet.



PARASTA LEUKEMIA- HOITOA, YKSILÖLLISESTI

Professorit **Kimmo Porkka** ja **Olli Kallioniemi** kehittävät Syöpäsäätiön suurapurahan turvin akuutin myeloisen leukemian täsmähoitoa.

Kimmo Porkan (vas.) tutkimusryhmä toimii Hyksin hematologian klinikassa ja Olli Kallioniemen ryhmä Suomen molekyyliääketieteen instituutissa (FIMM) Helsingin yliopistossa.



On todella tärkeää,
että koko henkilöstö
tiedostaa, että meillä-
kin voi olla mahdol-
linen elinluovuttaja.

Tuija Levälampi, donorkoordinaattori

Donorkoordinaattori Tuija Levälampi, Porvoon sairaala:

Donorkoordinaattorit tekevät yhteistyötä sairaalan eri osastojen ja lääkäreiden kanssa. Järjestän henkilökunnallemme koulutuksia, vastaan sairaalamme elinluovutusohjeista ja teen elinsiirtoasiaa tunnetuksi sairaalassamme oppimispolun avulla. Polulla pyrimme kuvaamaan elinluovuttajan matkaa sairaalassa, aina tunnistamisesta elinsiirtoon asti. On todella tärkeää, että koko henkilökuntamme tiedostaa, että meilläkin voi olla mahdollinen elinluovuttaja – ja silloin hänet pitää hoitaa elinluovutusohjeiden mukaan. Samalla me donorkoordinaattorit teemme elinsiirtoasiaa tunnetuksi potilaiden ja omaisten keskuudessa. Työtämme helpottaa, jos omainen tietää läheisen kannan elinluovutukseen. Jokainen onnistunut elinsiirto säästää veroeurojamme, mutta ennen kaikkea jokainen elinsiirto antaa mahdollisuuden toiselle ihmiselle. Olen tavannut ihmisiä, jotka ovat saaneet siirteen. Kaikki ovat olleet todella kiitollisia uudesta mahdollisuudesta, uudesta elämästä.

SUURELLA TOIMIJALLA ON SUURI VASTUU MYÖS YMPÄRISTÖSTÄ

ENERGIATEHOKKUUS NOUSI JÄLLEEN

Energiankulutus HUS:n rakennuksissa 2013

• Lämpö (normitettu)	151 450 MWh	säästö 1,8 %
• Sähkö	108 957 MWh	säästö 1,6 %
• Maakaasu	2 824 883 Nm ³	säästö 11 %

Asunto Oy:iden kulutus ei ole mukana luvuissa.

Muutos 2012–2013



(Kulutusarvio 25 MWh/talo)

HUS paransi energiatehokkuuttaan ja ylitti vuodelle 2013 määritellyn säästötavoitteen reilusti jo elokuussa. Energiatehokkuustoimet ovat täten hyvässä vauhdissa vuodelle 2016 asetettua 25,1 GWh:n säästötavoitetta ajatellen. HUS on ollut mukana kuntien energiatehokkuussopimuksessa (KETS) vuodesta 2008 saakka.

HUS:n energiatehokkuussopimuksen ohjausryhmä kokoontui vuoden 2013 aikana kaksi kertaa ja perusti HUS:n ydintoiminnan ja tukipalvelujen energiatehokkuustyöryhmän, jossa on jäseniä useimmista toimintayksiköistä. Työryhmä kokoontui vuoden aikana neljästi.

Energiatehokkuustyöryhmä seurasi sekä energiankulutusta että lämmön, sähkön ja veden mittaroinnin

kehittämistä. Työryhmä tarkkaili energiankulutusraportteja sekä säästötoimenpiteiden laskentaa, joiden tulokset raportoitiin valtakunnalliseen KETS-vuosiraporttiin. Yksi työryhmän keskeisistä teemoista vuonna 2013 oli energiatehokkuuden tietoisuuden ja viestinnän parantaminen.

Vuoden 2013 energiakustannukset olivat kokonaisuudessaan 19,3 miljoonaa euroa, mikä oli kolme prosenttia vähemmän kuin edellisellä vuonna. Erityisesti maakaasun käytössä saavutettiin merkittäviä säästöjä, kun sen kulutus laski jopa 11 prosenttia. Sekä lämmön että sähkön kulutus laski vajaat kaksi prosenttia, kun taas veden kulutus säilyi ennallaan.



Lasse Lehtonen
hallintoylilääkäri

POTILAAT MUKAAN POTILASTURVALLISUUSTYÖHÖN

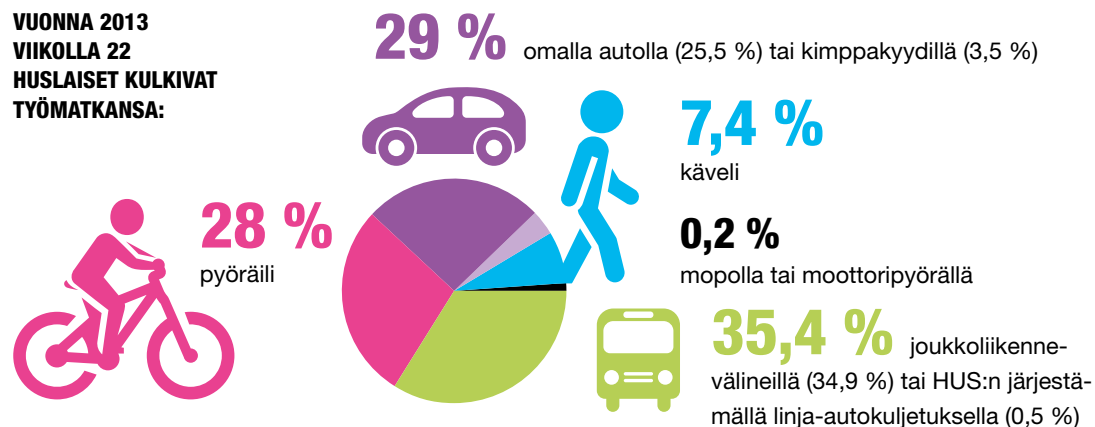
Vaaratilanteiden avoin raportointi on keskeinen menetelmä potilasturvallisuuden kehittämisessä. Siksi henkilöstöä ja potilaita kannustetaan hoidon yhteydessä havaitsemiensa vaaratilanteiden ilmoittamiseen. HUS käyttää hoidon vaaratilanteiden raportointiin HaiPro-järjestelmää ja pyrkii edistämään vaaratilanteiden aktiivista ilmoittamista järjestelmän kautta.

Tässä on onnistuttu hyvin, sillä vaaratilanteita ilmoitettiin entistä aktiivisemmin: ilmoitusten määrä kasvoi vuoden 2012 noin 10 000 raportista noin 13 000:een. Lääkitykseen liittyvät vaaratilanteet ovat edelleen suurin vaaratilanteiden ryhmä, 42 prosenttia kaikista vaaratilanteista. Toinen keskeinen ryhmä ovat tiedon kulkuun ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat, 22 prosenttia kaikista vaaratilanteista.

Vaaratilanneilmoitusten käsittely HUS:ssa on ohjeistettu tarkasti. Oleellisena osana potilasturvallisuuden parantamisen toimintamallia on henkilöstön velvoite korjaaviin toimiin, kun vaaratilanne on havaittu. Vakavien vaaratilanteiden selvittämisessä käytetään kansainvälisten mallien mukaan niin sanottua juurisyyanalyysiä, jonka avulla pyritään selvittämään toiminnan eri osien vaikutus vaaratilanteen syntymiseen.

Potilaiden mukaan saaminen on keskeinen osa potilasturvallisuustyötä. HUS käyttää menetelmänä joukkoistamista, joissa potilasturvallisuusaiheisella hus.fi/potilasturvallisuuskysely -keskustelupalstalla kartoitetaan potilasturvallisuuteen liittyviä ongelmia.

**VUONNA 2013
VIIKOLLA 22
HUSLAISET KULKIVAT
TYÖMATKANSAA:**



KAIKKI SEKAJÄTTEET ENERGIAHYÖTYKÄYTTÖÖN

HUS jatkoi jäteseurantajärjestelmän kehittämistä, mikä vaatii perusteellista suunnittelua ja selvitystyötä yhdessä sekä HUS:n sisäisten sidosryhmien että jätehuollon yhteistyökumppaneiden kanssa. Tuloksena on yhä pienemmät jätekuormat kaatopaikoille.

Johtoajatus jäteseurannassa on: mitä et voi mitata, sitä et voi johtaa. Jäteseurannan mittaus kohenee uuden Meilahden jäteaseman myötä, jonka ansiosta yhdyskuntajätteestä saadaan kiinteistökohtainen tilastointi. Tavoitteena on saada vastuuyksikkökohtainen tietos jätemääristä.

Vuonna 2013 HUS:ssa syntyi jätettä 7,2 miljoonaa kiloa, jonka vuosittaiset kustannukset olivat noin kuusi miljoonaa euroa. Kaikesta HUS:n yhdyskuntajätteestä oli materiaalina hyödynnettävää 41 prosenttia – tavoitteena on kasvattaa luku 50 prosenttiin vuoteen 2016 mennessä.

Kaatopaikalle vietävän sekajätteen määrä koko HUS:ssa oli 18 prosenttia kokonaisjätemäärästä. Vuonna 2014 kaatopaikalle vietävän jätteen määrä tulee vähenemään kaikissa yksiköissä, kun Vantaan uusi jätevoimalaitos aloittaa toimintansa. Lisäksi Vantaan Energia on sopinut jätehuoltoyrityksien kanssa sekajätteen vastaanottamisesta uuteen voimalaansa Länsi-Uudenmaan ja Lohjan alueelta. Tämän ansiosta kaikki HUS:n sekajätteet siirtyvät energiahyötykäytön piiriin vuoden 2014 aikana.

VÄHEMMÄN KULUTUSTA, ENEMMÄN ENERGIA- TEHOKKUUTTA

Energiankulutusta analysoimalla on saatu viime vuosina aikaan runsaita säästöjä. Sairaalakiinteistöjen lämmön- ja sähkönkulutusta on pystytty vähentämään huomattavasti rakennusautomaation toiminnan hienosäädöllä ja kustannuksia on kyetty edelleen laskemaan muun muassa lämmön talteenottojärjestelmien toiminnan optimoinnin kautta.

– Jo pelkästään viimeisten kahden vuoden aikana toteutetut muutokset tarkoittavat noin puolen miljoonan euron vuotuisia säästöjä energiankulutuksessa. Nämä säästöt on saavutettu käytännössä ilman investointeja, toteaa HUS-Kiinteistöt Oy:n kiinteistöpalvelupäällikkö Jukka Hakkila.

Hakkilan johtaman kiinteistöpalveluyksikön ohjauksessa useiden HUS:n sairaalakiinteistöjen käytönaikaisista energiatehokkuutta on pystytty kohentamaan selvästi. Henkilöstön osaamisen ohella myös teknisiä ratkaisuja on kehitetty säästöjen aikaansaamiseksi – viimeisimpänä tehostamishankkeena aloitettiin sähköisen HUSe-seurantajärjestelmän kehittäminen loppuvuodesta 2013.

– Uuden järjestelmän kautta pystymme seuraamaan reaaliajassa rakennusten energiankulutusta, olosuhteita ja talotekniikan hälytyksiä, ja tarvittaessa johtamaan näihin liittyviä prosesseja, Hakkila sanoo.

OLKA TARJOAA VERTAISTUKEA

Potilastukipiste OLKasta on mahdollista saada vertaistukea ja -tietoa aiemmin sairastaneilta.

OLKA avattiin huhtikuussa 2013 Meilahden tornisairaalan aulassa. Huhti-joulukuussa 2014 OLKassa tilastoitiin 2 300 käyntiä. Pisteessä ovat päivystäneet potilasjärjestöjen vapaaehtoiset, koordinaattorina toimiva **Johanna Pikkarainen** ja sairaanhoitaja **Minna Myllykoski**.

– OLKA on matalan kynnyksen kohtaamispaikka, jonne ovat tervetulleita potilaat, heidän läheisensä, sairaalan henkilökunta sekä muut kävijät. OLKA on paikka, jossa on aikaa kohdata ihminen ja kuunnella, kertoo Pikkarainen.

OLKassa toimii arkipäivisin kaksi päätoimista terveydenhuoltoalan ammattilaista.

– Olemme OLKassa vapaaehtoisten, vertaistukihenkilöiden ja potilasjärjestöjen edustajien kanssa ohjaamassa ja auttamassa. Vapaaehtoisina toimii yli 50 henkilöä.

Tavoitteena on, että potilasjärjestöjen tukimuodot ovat oikea-aikaisesti ja helposti potilaiden ja läheisten saatavilla. Diagnoosi mahdollisesti mullistaa ihmisen elämää, mihin vertaistuella voidaan saada helpotusta.

OLKA tarjoaa tilat potilasjärjestöjen käyttöön teemapäivien muodossa. Toiminnassa on aktiivisesti mukana noin 40 potilasjärjestöä.

Vuonna 2013 OLKassa päivysti hankkeen koordinaattorina toimivana Johanna Pikkaraisen (oik.) lisäksi muun muassa Vuokko Heikkilä-Kankkonen Rintasyöpäyhdistyksestä.



HYVÄ HANKINTAOSAAMINEN MAHDOLLISTAA TEHOKKAAN SAIRAALATOIMINNAN



Rakennustyömaan aita kylpee kevätauringossa keskellä vilkasta Meilahden sairaala-alueella Helsingissä. Sen takana käy kuhina, kuten viereisen sairaalarakennuksen sisälläkin. Kummassakin tehdään töitä potilaiden parhaaksi.

HUS on viimeisten vuosien ajan elänyt voimakkaan rakentamisen aikaa, ja tulee elämään sitä myös lähitulevaisuudessa. Vanhoja sairaalakiinteistöjä on peruskorjattu, tiloja muutettu ja uusia rakennettu tehokkaan ja tarpeenmukaisen sairaalatoiminnan varmistamiseksi. Sairaalatoiminnan luonteen vuoksi niin valmiisiin kiinteistöihin kuin rakennusvaiheen prosesseihin kohdistuu erityisvaatimuksia, joihin vastaaminen vaatii hankinnan erityisosaamista.



– Uusia tiloja rakennetaan luonnollisesti siksi, että sairaalat voisivat toimia mahdollisimman nykyaikaisissa ja riittävässä tiloissa. Meidän tehtävämme on löytää osaavimmat ja samalla kustannustehokkaimmat tekijät, jotta lopputulos palvelisi käyttötarkoitusta, sanoo HUS-Kiinteistöt Oy:n rakennuttamispäällikkö **Vesa Vainiotalo**.

Yksi rakennusvaiheen tärkeimmistä tekijöistä on projektin vieminen läpi niin, että siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa käynnissä olevalle sairaalatoiminnalle. Esimerkiksi melu- ja värinärajat ovat monesti huomattavasti matalampia kuin asuin- tai toimistorakennustyömailla.

Moninaisten rakennusajan vaatimusten, kohtuullisten kustannusten ja aikataulussa pysymisen yhtälö ei yleensä lukeudu helpoimpiin ratkaistaviin. Siksi lankoja pidetään prosessien alusta loppuun käsissä siellä, missä se parhaiten osataan.

– HUS-Kiinteistöjen rakennuttamispalvelut vastaa kokonaisprosessista aina suunnittelusta rakentamiseen, luovutukseen ja käyttöönottoon saakka, unohtamatta luovutuksen jälkeisen takuuajan valvontaa, tarkastuksia ja korjauksia, Vainiotalo luettelee.

Samaan aikaan kun valtamedia on nostanut esiin rakennustyömaiden harmaata taloutta, HUS:n paperit ovat

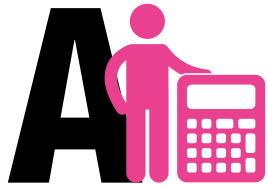
pysyneet puhtaana. HUS-Kiinteistöt Oy on tehnyt tiivistä yhteistyötä Uudenmaan verotarkastusyksikön kanssa, ja tarkastuksia on suoritettu niin työmailla kuin yhtiön omassa taloudenpidossakin. Moitittavaa ei ole löytynyt. Verotuksen ohella myös tilaajavastuuta ja yhteistyökumppanien moitteettomuutta pidetään rakennuttamisyksikössä tiukasti silmällä.

– Käytössämme on tilaajavastuun valvojapalvelu, joka kertoo automaattisesti, jos seurannassamme olevien yritysten lainmukaisesta tilaajavastuuvälvoitteista löytyy puutteita.

Osansa hankintaosaamisen tasosta kertoo myös rakennushankkeiden pysyminen kustannusarvioissa.

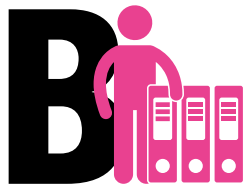
– Palveluiden tuottamisessa, ostamisessa ja yhteistyökumppaneiden valinnassa korostuu HUS:ille, asiakkaille ja ympäristölle saavutettava kokonaisuhyöty, Vainiotalo toteaa.

RAKENNUSINVESTOINNIN ANATOMIA



HANKESUUNNITTELU

- suunnittelijoiden kilpailuttaminen
- suunnittelusopimuksien laatiminen
- teknisten tietojen selvittäminen
- suunnitteluryhmän ohjaus
- aikataulujen ja kustannusten ohjaus



TOTEUTUSSUUNNITTELU

- energiatehokkuuden suunnitteluratkaisut
- tietomallinnuksen hyödyntäminen
- suunnitteluryhmän ohjaus
- aikataulujen ja kustannusten ohjaus



VALMISTELU JA RAKENTAMINEN

- urakoiden ja hankintojen kilpailuttaminen
- urakka- ja hankintasopimusten laadinta
- rakentamisen ohjaus ja valvonta
- aikataulujen ja kustannusten ohjaus ja valvonta



VASTAAN- JA KÄYTTÖÖNOTTO

- talo- ja rakennusteknisten järjestelmien tarkastukset
- rakennuksen vastaanotto-tarkastus
- luovutus ja käytönopastus käyttäjille
- huoltokirjatiedot ylläpitoon
- takuuajan valvonta, seuranta ja -tarkastukset



Pelastajaopiskelijoiden simulaatioharjoitus yhdessä Metropolia Ammattikorkeakoulun kymmenestä simulaatiotilasta tähtää elämykselliseen oppimiskokemukseen, mutta ennen kaikkea vuorovaikutus- ja ajattelu-taitojen kehittämiseen. Terveystieteiden alan simulaatio-opetuksessa voidaan harjoitella koko hoitoketjua ensihoidosta sairaanhoitoon ja laboratoriotutkimuksiin.

Simulaation osallistujat tietävät suurin piirtein, mitä on tulossa, mutta aina kaikki ei mene käsikirjoituksen mukaan. Toisin kuin oikeassa elämässä, simulaatiossa eri ratkaisumalleja voidaan pysähtyä miettimään kesken harjoituksen.

Simulointi korvaa jossain määrin käytännön harjoittelua: se on edullista ja potilasturvallista, ja siinä saadaan treenattua juuri sitä, mitä halutaan. Osa harjoitukseen osallistuvista 6–8 opiskelijasta suorittaa, toiset seuraavat. Seuraaja havaitsee kokonaisuuden, suorittaja pääsee työskentelemään paineen alla.

SIMULAATIOSSA TEORIA MUUTTUU TODEKSI

Kun potilassimulaattori Olaville tulee kammiovärinä, pelastajaopiskelijat **Lauri Rusama** ja **Mikko Salmela** ovat nopeasti paikalla, kyselevät ystävältä taustat ja aloittavat elvytyksen.

– Simulaation avulla opiskelijat voivat yhdistellä tietoaan laajemmiksi kokonaisuuksiksi. He ovat kokeneet, että teoretietoja pääsee kerrankin soveltamaan, sanoo hoitotyön koulutusohjelman lehtori **Jaana-Maija Koivisto**.

– Oppiminen on hyvin monipuolista: mukana on tekeminen, näkeminen ja kuuleminen. Opiskelija ajattelee itse ja perustelee sen, mitä tekee, sanoo lehtori **Tuija Uski-Tallqvist**.

Tutkimusten mukaan simulaatio-opetus auttaa oppimaan teknisiä taitoja, kuten ilmatien hallintaa tai vastasyntyneen elvytystä, jopa paremmin kuin perinteinen opetus. Simulaatio kohentaa lisäksi ryhmätyötaitoja sekä kehittää opiskelijoiden itseluottamusta ja päätöksentekosaamista.

Koiviston ja Uski-Tallqvistin mukaan simulaatio-opetukseen voisi yhdistää huiman määrän opintoja. Oivaltavan simulaation luominen on kuitenkin työlästä. Menetelmä edellyttää opettajalta enemmän paneutumista kuin laboraatiotunnin vetäminen, sillä opetustilanne on herkempi.



Avohoito on
tuonut erinomaisia
hoitotuloksia
sekä merkittäviä
kustannussäästöjä.

**Sami Pirkola, psykiatrian
klinikkaryhmän johtaja**

Psykiatrian klinikkaryhmän johtaja, vastaava ylilääkäri Sami Pirkola

HUS:n psykiatrialla on useita valtakunnan tason vastuuta, kuten transseksuaalien tutkimustoiminta ja kotiutettavien rauhanturvaajien psyykkisen hyvinvoinnin tuki. Myös osaamisemme syömishäiriöiden hoidossa on Suomen huippua. Olemme tuotteistaneet palvelujamme uudelleen ja etsimme jatkuvasti uusia, usein konsultatiivisia tapoja vaikuttaa yli tavanomaisten potilaskäyntien – ja luoneet siten kustannustehokkaita ja toimivia hoitomuotoja. Esimerkiksi syömishäiriöissä olemme aloittamassa hoitojen työnohjausta videoteitse ja jopa videovälitteistä hoitotoimintaa HUS-piirin ulkopuolelle. Toisaalta jalkaudumme aiempaa herkemmin ja etsimme organisaatioiden välistä toimintaa jyrkän erikoissairaanhoitokeskeisyyden sijaan. Olemme lisäksi siirtäneet mielenterveyshäiriöiden hoidossa painopistettä avohoitoon. Se on lyhentänyt hoitoonpääsyn jonotusaikoja dramaattisesti ja tuonut erinomaisia hoitotuloksia sekä merkittäviä kustannussäästöjä. HUS:n tuottama Mielenterveystalo-verkkopalvelu on yksi innovatiivinen esimerkki toiminnastamme.

KUSTANNUSTEN HALLINTAA

- **508 949** eri potilasta hoidettiin HUS:ssa
- **joka kolmas** jäsenkuntien asukkaista käytti erikoissairaanhoidon palveluita
- kustannukset asukasta kohden **noin 899 €**

Joka kolmas jäsenkuntien lähes 1,6 miljoonasta asukkaasta käytti erikoissairaanhoidon palveluita



HUS:n ytimen muodostaa laadukas ja osaava hoito, jonka toteuttaa ammattitaitoinen, asialleen omistautunut henkilöstö. Päätehtäviensä ohella se myös tekee sairaanhoidopiiriin taloudellisen tuloksen. HUS on voittoa tavoittelematon kuntayhtymä, jonka toimintakuluista yli 60 % on henkilöstökuluja. Suuren volyyminsa myötä muutokset henkilöstökuluissa vaikuttavat koko kuntayhtymän kustannuskehitykseen. Kertomusvuoden aikana niin potilaskuin henkilöstömäärä jatkoivat edeltävien vuosien tapaan kasvuaan, mutta kehitys oli kustannustehokasta. Lukumäärien kasvaessa myös henkilötyön ja koko sairaanhoidopiiriin tuottavuus nousivat.

Vuoden aikana HUS:n taloudenpidossa tapahtui

merkittävä käänne, kun toimintakulut saatiin edellisiä vuosia paremmin hallintaan: tämä tulee osaltaan vaikuttamaan positiivisesti myös tulevien vuosien taloudelliseen kehitykseen. Loppuvuodesta toteutettujen sopeuttamistoimenpiteiden myötä myös sitovia nettokuluja saatiin vähennettyä merkittävästi. Hyvin toteutetusta taloudesta kertoo edelleen myös se, ettei kuntayhtymä ottanut tilikauden aikana uutta pitkäaikaista lainaa, vaikka talousarviossa oli varauduttu 60 miljoonan euron lainannostoon. Tilikauden tulos muodostui lopulta 10,6 M€ ylijäämäiseksi ja vaikutti HUS:n taserakenteeseen kohentavasti: taseeseen kertynyt alijäämä supistui 9,8 M€:sta 2,7 M€:oon.



Anne Berner

yhdistyksen ja säätiön puheenjohtaja, Uusi Lastensairaala tukiyhdistys 2017 ry

LASTENSAIRAALAN RAHOITUSTA KERÄTÄÄN SUOMESSA UUDELLA TAVALLA

Toimitusjohtaja Anne Bernerille Lastenklinikan ahtaat tilat tulivat tutuksi oman lapsen sairaalakäyntien myötä. Uuden lastensairaalan rakentamispäätös lykkääntyi vuosi vuodelta, mikä sai suomalaiset yritysvaikuttajat toimimaan. Berneriä pyydettiin mukaan luotsaamaan hanketta, jonka tavoitteena on moderni lastensairaala Helsingin Meilahteen.

– Halusin näyttää esimerkilläni, ettei hyvinvointiyhteiskunnassakaan auttavan käden ojentaminen saa unohtua.

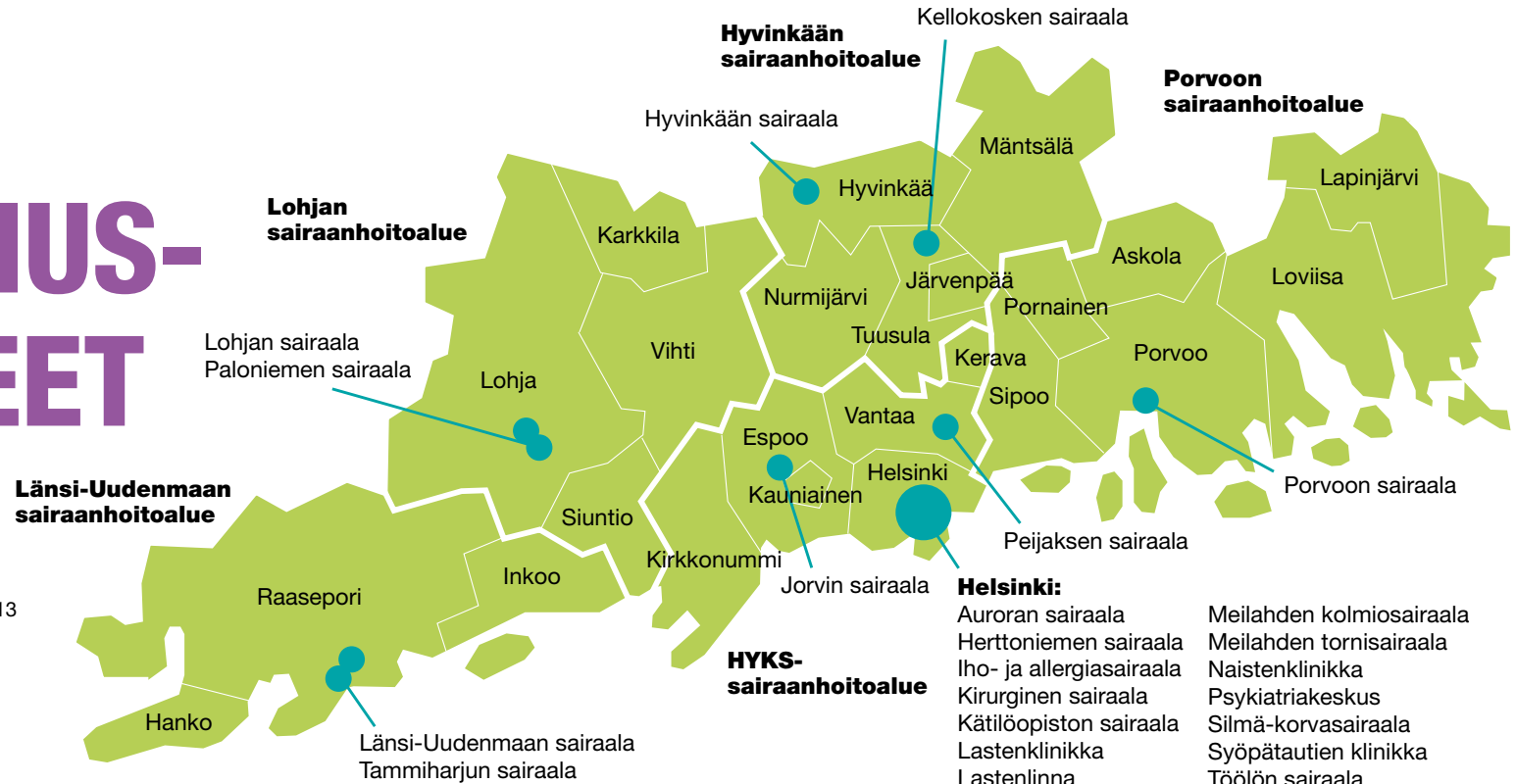
Lastensairaalan varainkeruuseen luotiin suomalaisittain historiallinen rakenne, jossa mukana ovat kansalaiset, yritykset, kuntayhtymä ja valtio yhdessä.

– Rahoitusmalli on ainutlaatuinen maailmassa. En tiedä, missä muualla valtio, kuntayhtymä sekä kansalaiset ja yritykset yhdessä rahoittaisivat ja rakentaisivat sairaalaa julkiselle toimijalle tasa-arvoisin ehdoin.

Yksityisten ja yritysten lahjoituksia koordinoi Uusi Lastensairaala 2017 ry -tukiyhdistys, joka kanavoii kerätyt varat Uusi Lastensairaala 2017 -säätiölle neljännesvuosittain. Yleisen keräyksen tavoitteena on hankkia 30 miljoonaa euroa lastensairaalan rakentamista varten.

– Mukana on jo miljoona suomalaista – ja iso osa heistä on yksityisiä kansalaisia. Maailmalla tällaisissa projekteissa on mukana usein muutama suurrahoittaja.

SUURET RAKENNUS- HANKKEET



HYVINKÄÄN SAIRAALA

- Endoskopiayksikön muutostyöt, 2010–2013
kustannusarvio 2,1 M€,
toteuma 2013: 1 179 000 €
- Keskuskeittiön peruskorjaus ja laajennus,
2013–2015 kustannusarvio 3,8 M€,
toteuma 2013: 298 000 €

Kellokosken sairaala

- Ohkolan sairaalan peruskorjaus,
vaihe 2, 2011–2014
kustannusarvio 3,5 M€,
toteuma 2013: 1 389 000 €
- Muuntamon uusiminen, 2013–2014
kustannusarvio 0,8 M€,
toteuma 2013: 300 000 €

PORVOON SAIRAALA

- Vuodeosastojen peruskorjaus,
vaihe 1, 2011–2014 kustannusarvio 4,3 M€,
toteuma 2013: 953 000 €
- MR-tilan rakentaminen ja fysioterapian
tilat, 2013–2015 kustannusarvio 1,6 M€,
toteuma 2013: 148 000 €

Helsinki:

Auroran sairaala
Herttoniemen sairaala
Iho- ja allergiasairaala
Kirurginen sairaala
Kätilöopiston sairaala
Lastenlinna
Lastenlinna

Meilahden kolmiosairaala
Meilahden tornisairaala
Naistenklinikka
Psykiatriakeskus
Silmä-korvasairaala
Syöpätautien klinikka
Töölön sairaala



MEILAHDEN TORNISAIRAALA:

Potilastornin peruskorjaus, TP-siiven p-krs peruskorjaus, maanalainen huoltopiha, sähköjakeluverkon liittymän vahvistus, potilastornin varavoima, hybridileikkaussaliin päivittäminen sekä putkipostin peruskorjaus ja laajennus.

**JORVIN SAIRAALA:**

Päivystyslisärakennus, patologian tilojen peruskorjaus, putkipostin sekä keskuskeittiön peruskorjaus ja laajennus

**HYKS****Jorvin sairaala**

- Päivystyslisärakennus, 2010–2015
kustannusarvio 56,9 M€, toteuma 2013: 7 486 000 €
- Patologian tilojen peruskorjaus, 2011–2013
kustannusarvio 1,1 M€, toteuma 2013: 311 000 €
- Putkipostin peruskorjaus, 2012–2016
kustannusarvio 1,4 M€, toteuma 2013: 0 €
- Keskuskeittiön peruskorjaus ja laajennus, 2013–2016
kustannusarvio 6,0 M€, toteuma 2013: 36 000 €

Kätilöopiston sairaala

- Muutostyöt lastenpsykosastoa varten, 2011–2013
kustannusarvio 800 000 €, toteuma 2013: 618 000 €

Lastenlinikka

- Vesikatto, A-osa, 2013–2014
kustannusarvio 1,9 M€, toteuma 2013: 188 000 €

Meilahden sairaala

- Potilastornin peruskorjaus, 2009–2014
kustannusarvio 92,5 M€, toteuma 2013: 39 699 000 €
- TP-siiven p-krs peruskorjaus, vaihe 1, 2012–2015
kustannusarvio 4,7 M€, toteuma 2013: 355 000 €

- Maanalainen huoltopiha, 2007–2014
kustannusarvio 30,4 M€, toteuma 7 931 000 €
- Sähköjakeluverkon liittymän vahvistus, 2012–2015
kustannusarvio 5,7 M€, toteuma 403 000 €
- Potilastornin varavoima, 2013–2014
kustannusarvio 5,7 M€, toteuma 37 000 €
- Hybridileikkaussaliin päivittäminen, 2012–2014
kustannusarvio 1,7 M€, toteuma 1 646 000 €
- Putkipostin peruskorjaus ja laajennus, 2013–2014
kustannusarvio 1,4 M€, toteuma 36 000 €

Naistenlinikka

- Lisärakennuksen laajennus ja peruskorjaus, 2010–2015
kustannusarvio 40 M€, toteuma 2013: 5 696 000 €

Silmä-korvasairaalaa

- Varavoimahanke, 2011–2013
kustannusarvio 830 000 €, toteuma 2013: 42 000 €

Syöpätautien linikka

- 1. krs pohjoisosan peruskorjaus ja laajennus, 2009–2013
kustannusarvio 10,7 M€, toteuma 2013: 4 110 000 €
- Lineaarikiikahdyttimet 9 ja 10 sekä tilat, 2010–2014
kustannusarvio 10 M€, toteuma 2013: 5 335 000 €

Erittelystä mainittu kohteet, joissa HUS-Kiinteistöt Oy toimii rakennuttajana.

HALLITTUA KASVUA

HOITOPALVELUT

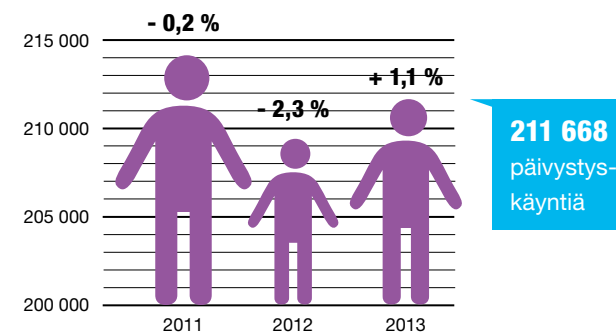
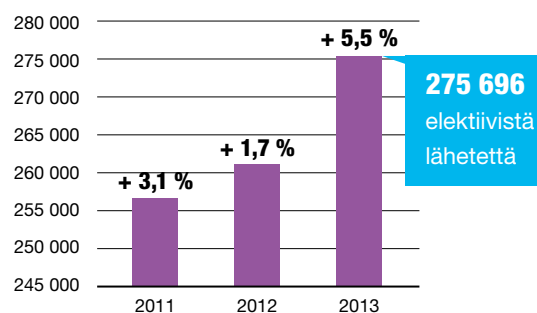
*Enemmän kysyntää,
enemmän palveluja*

HUS:n tarjoamien palvelujen kysyntä kasvoi edelleen vuonna 2013, ja se näkyi myös palvelutuotannossa. Ei-päivystyksellisten (elektiivisten) läheteiden määrä kasvoi 5,5 % ja päivystyskäyntien määrä 1,1 %. Ennalta suunniteltuun hoitoon otetuista potilaista 60,9 % saapui terveyskeskuksen ja 30,1 % yksityislääkärin lähettämänä. Osuudet pysyivät lähes muuttumattomina edelliseen vuoteen verrattuna. 43,4 % potilaista saapui HUS:iin päivystyksellisinä potilaina.

Palvelutuotannon laskutusosuudella painotettu volyyymi kasvoi 2,5 % edelliseen vuoteen verrattuna ja ylitti talousarvion 1,4 prosentilla. Palvelurakenteen ja hoitokäytäntöjen muuttuminen avohoitopaikotteisemmaksi jatkui. Edelliseen vuoteen verrattuna hoitajaksojen (NordDRG) kokonaislukumäärä kasvoi 3,1 % ja käyntituotteiden kokonaislukumäärä 4,9 %. Psykiatristen hoitopäivien lukumäärä puolestaan laski 10,5 prosentilla.



EI-PÄIVYSTYKSELLISTEN LÄHETTEIDEN JA PÄIVYSTYSKÄYNTIEN LUKUMÄÄRÄT, SEKÄ LUKUMÄÄRIEN MUUTOSPROSENTTI EDELLISESTÄ VUODESTA



HOIDETUT POTILAAT

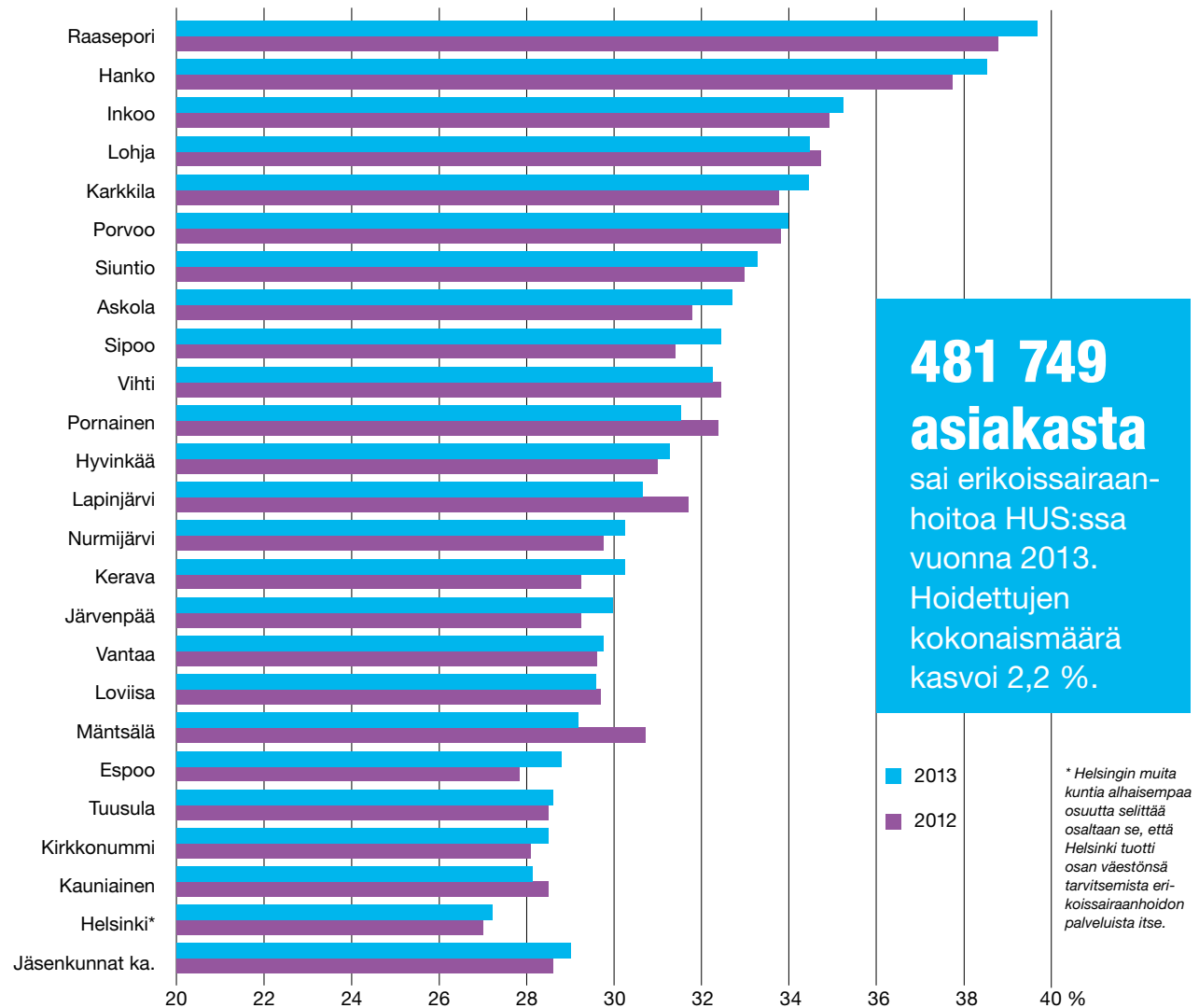
Joka kolmas käytti erikoissairaanhoidon palveluita

Erikoissairaanhoidossa hoidettiin 481 749 eri potilasta, joista HUS:n jäsenkuntien asukkaita oli 458 100. Sairaanhoitoalueen 1,2 prosentilla kasvaneeseen väkilukuun suhteutettuna noin joka kolmas (29 %) alueen asukkaista käytti HUS:n tuottamia tai järjestämiä erikoissairaanhoidon palveluita.

Sekä erikoissairaanhoidon potilaiden kokonaismäärä että jäsenkunnista tulleiden potilaiden määrä kasvoivat edellisestä vuodesta 2,5 %. Kun mukaan lasketaan yhteispäivystysten terveyskeskuspotilaat, HUS:ssa hoidettujen eri henkilöiden kokonaismäärä (508 949) kasvoi 2,2 prosentilla. Palveluiden käytössä suhteessa väestöön on suuria kuntakohtaisia eroja.



HOIDETTujen ERI POTILAIDEN OSUUS KUNNAN KOKONAISVÄESTÖSTÄ VUOSINA 2012 JA 2013

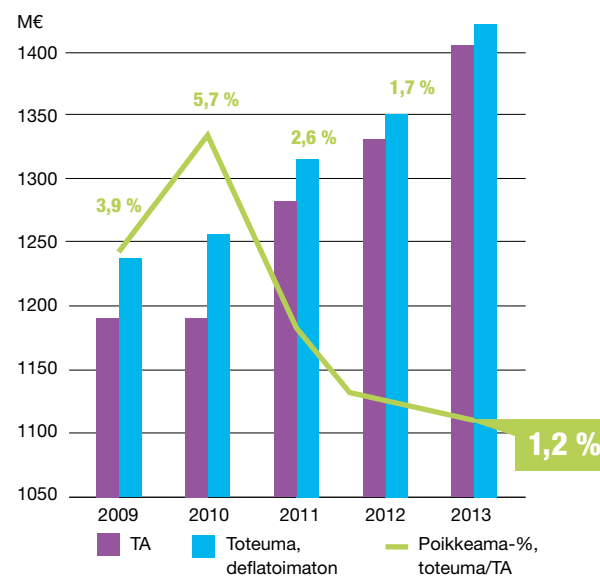


HOIDON SAATAVUUS JA HOITOON PÄÄSY

Hoitoa odottavien määrä nousussa

Palvelutuotannon kasvusta huolimatta hoitoon pääsyä odottavien hoitotakuun piiriin kuuluvien potilaiden määrä kasvoi edelliseen vuoteen verrattuna. Kiireettömään polikliiniseen tutkimukseen ja hoitoon odottavien potilaiden lukumäärä kasvoi 7,5 %. Yli kolme kuukautta odottaneiden määrä puolestaan kasvoi 2 187 potilaaseen (+126,9 %). Vuodeosastohoitoon odottavien potilaiden määrä sen sijaan laski 2,1 % edelliseen vuoteen verrattuna ja yli kuusi kuukautta odottaneita oli enää 297 (-27,4 %).

HUS:N JÄSENKUNTIEN MAKSUOSUUDET JA MUUTOSPROSENTTI EDELLISESTÄ VUODESTA



TUNNUSLUKUJA	HUS		HYKS	
	2013	2012	2013	2012
NordDRG-tuotteita	625 672	606 838	502 718	485 545
Hoitopäivätuotteita	209 017	233 755	98 204	107 589
Käyntituotteita	1 657 421	1 580 702	1 234 118	1 169 888
Terveyskeskuskäyntituotteita	75 637	75 831	39 105	41 788
Laskutettavia potilastapahtumia	2 567 747	2 497 126	1 874 145	1 804 810
Leikkauksia	86 982	89 455	69 323	71 234
Synnytyksiä	18 061	18 099	14 358	14 605
Palveluita käyttäneitä eri henkilöitä (oma toiminta, erikoissairaanhoido)	462 368	452 998	388 858	377 836
Sairaansijat 31.12.	2 831	2 935	1 960	1 988
Henkilöstö 31.12.	21 751	21 738	11 756	11 690
Toimintatuotot milj. euroa	1 848,0	1 747,6	1 335,1	1 251,5
Toimintakulut milj. euroa	1 721,1	1 668,9	1 307,1	1 263,1
Väkiluku 31.12.	1 581 450	1 562 796	1 163 428	1 147 072
Jäsenkuntien maksuosuudet euroa/asukas keskimäärin (deflatoitu, ennakkoväkiluku 31.12.)	899,3	880,6	823,6	799,1

HUS:N TALOUS

Kulujen kasvu maltillista

Vuonna 2013 toimintakulujen kasvu saatiin aikaisempia vuosia paremmin hallintaan. Loppuvuoden sopeuttamistoimenpiteiden ansiosta sitovat nettokulut alittivat alkuperäisen talousarvion miljoonalla eurolla. HUS:n toimintakuluista yli 60 prosenttia on henkilöstökuluja ja niiden hallittu kasvu sopeuttamistoimenpiteiden myötä vaikutti koko kuntayhtymän kustannuskehitykseen. Henkilöstökulujen vertailukelpoinen kasvu oli 1,8 % edelliseen vuoteen verrattuna ja siinä on huomioitu vuoden 2012 tilinpäätökseen sisältyvä lomapalkkavelan laskentaperusteiden muutos.

Vastaavasti toimintakulujen vertailukelpoinen kasvu edelliseen vuoteen verrattuna oli 2,8 %, kun huomioidaan ensihoitotoiminnan laajentuminen vuoden 2013 alussa.

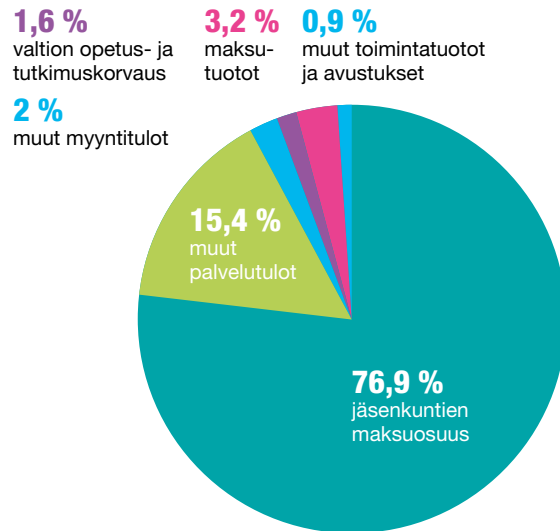
HUS-kuntayhtymän tilikauden tulos muodostui 10,6 M€ ylijäämäiseksi. Tilikaudelle kohdistuu potilasvakuutuskannan uudelleenarvostuksesta johtuvia talousarvion ylittäviä kertaluonteisia kuluja 5,2 M€. Lisäksi suoraan omaan pääomaan kirjattiin 3,5 M€ aiemmille tilikausille kohdistuvaa potilasvakuutusvarauksen muutosta. Vuoden 2013 ylijäämän myötä HUS:n taserakenne koheni, taseeseen kertynyt alijäämä supistui 9,8 M€:sta 2,7 M€:oon.

Jäsenkuntien yhteenlaskettu, erikoissairaanhoidon

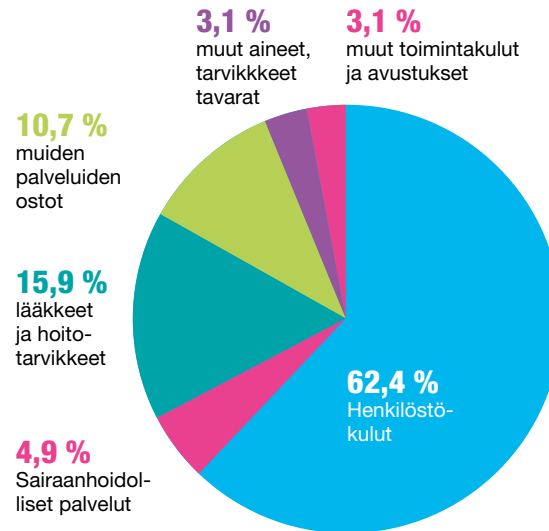
palvelujen käytön kattava maksuosuuslaskutus kasvoi 68,5 M€ (5,1 %) ja oli kertomusvuonna 1 421,7 M€, ylittäen talousarvion 16,3 M€:lla (1,2 %). Jäsenkuntien erikoissairaanhoidon toimintavolyymin 2,5 prosentin muutos huomioon ottaen talousarviolylytystä voidaan pitää hyvin maltillisena.

Maksuosuuslaskutuksen (ml. ostopalvelut) kasvusta 2,4 % aiheutui palveluiden määrällisen käytön lisääntymisestä. Palveluhintojen noususta (n. 2 %) sekä käytettyjen palvelujen sisällöllisestä muutoksesta johtunut käytettyjen palvelujen keskihinnan nousu puolestaan aiheutti 2,7 % kasvun maksuosuuslaskutukseen.

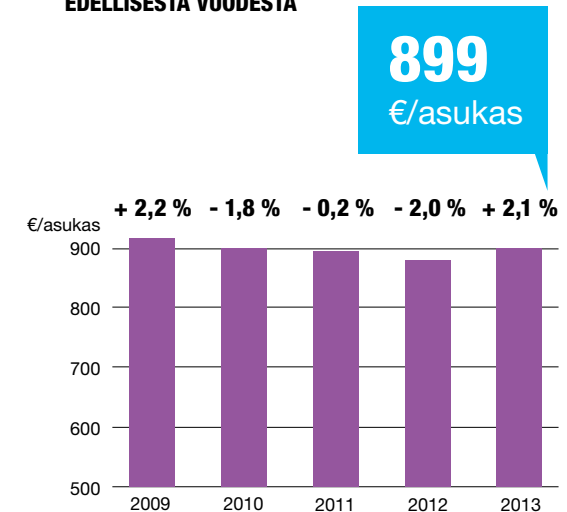
HUS:N TOIMINTATUOTTOJEN JAKAUMA 2013



HUS:N TOIMINTAKULUJEN JAKAUMA 2013



JÄSENKUNTIEN DEFLATOIDUT MAKSOSUUDET JA MUUTOS EDELLISESTÄ VUODESTA



TULOSLASKELMA 1 000 euroa	TP 2013	TA 2013	Poikkeama TP 2013/ TA 2013	TP 2012	Muutos-% TP 2013/ TP 2012
Toimintatuotot yhteensä	1 848 008	1 818 639	1,6 %	1 744 580	5,9 %
Myyntituotot	1 772 983	1 745 227	1,6 %	1 668 651	6,3 %
Jäsenkuntien maksuosuus	1 421 720	1 405 451	1,2 %	1 353 206	5,1 %
Muut palvelutulot	285 017	274 130	4,0 %	246 998	15,4 %
Muut myyntituotot	36 984	34 609	6,9 %	32 833	12,6 %
Valtion opetus- ja tutkimuskorvaus	29 262	31 036	-5,7 %	35 614	-17,8 %
Maksutuotot	58 626	59 677	-1,8 %	58 679	-0,1 %
Tuet ja avustukset	8 206	5 807	41,3 %	6 815	20,4 %
Muut toimintatuotot	8 193	7 928	3,3 %	10 435	-21,5 %
Toimintakulut yhteensä	1 721 116	1 705 166	0,9 %	1 668 902	3,1 %
Henkilöstökulut	1 074 048	1 078 449	-0,4 %	1 068 950	0,5 %
Palvelujen ostot	267 868	254 313	5,3 %	234 899	14,0 %
Aineet, tarvikkeet ja tavarat	326 060	319 546	2,0 %	316 092	3,2 %
Avustukset yhteensä	903	619	46,0 %	785	15,1 %
Muut toimintakulut	52 237	52 241	0,0 %	48 175	8,4 %
Toimintakate	126 892	113 473	11,8 %	75 678	67,7 %
Rahoitustuotot ja -kulut	13 047	14 771	-11,7 %	13 588	-4,0 %
Vuosikate	113 845	98 702	15,3 %	62 090	83,4 %
Poistot ja arvonalentumiset yhteensä	103 280	105 702	-2,3 %	97 597	5,8 %
Tilikauden tulos	10 566	-7 000	-250,9 %	-35 507	-129,8 %
Toimintakulut ja poistot yhteensä	1 824 396	1 810 869	0,7 %	1 766 499	3,3 %
Sitovat nettokulut	1 411 154	1 412 451	-0,1 %	1 388 713	1,6 %

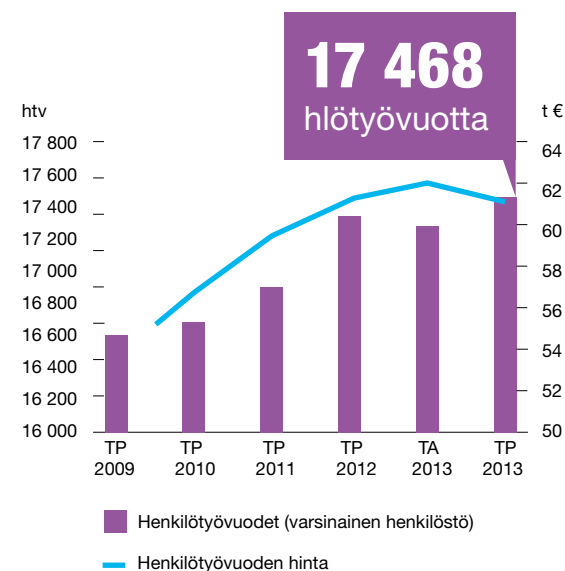
HENKILÖSTÖ

Lähes 22 000 ammattilaista

Henkilötyövuosia vuonna 2013 toteutui 17 468, määrän kasvaessa edellisestä vuodesta 128:lla (0,7 %). Toteutuma ylitti talousarvion 188 henkilötyövuodella (1,1 %). Vuoteen 2012 verrattuna henkilötyövuoden hinta laski 0,2 prosenttia ja oli 61 127 euroa.

Vuoden lopussa HUS:ssa työskenteli 21 751 henkilöä (2012: 21 738).

HENKILÖTYÖVUODET (VARSINAINEN HENKILÖSTÖ) JA HENKILÖTYÖVUODEN HINTA



INVESTOINNIT

Vahvempia edellytyksiä ydintoiminnalle

HUS:n investoinnit tukevat hoito- ja tukiprosessien tehostamista ja siten vahvistavat kilpailukykyä suhteessa muihin palveluntuottajiin. Investointien yhteismäärä oli vuonna 2013 132 M€. Investoihin varattiin 148 M€, mutta useista suurista muutoksista johtuen määrä muutettiin joulukuussa 2013 129 M€:ksi. Tämä ylittyi HUS-tasolla noin 3 M€:lla.

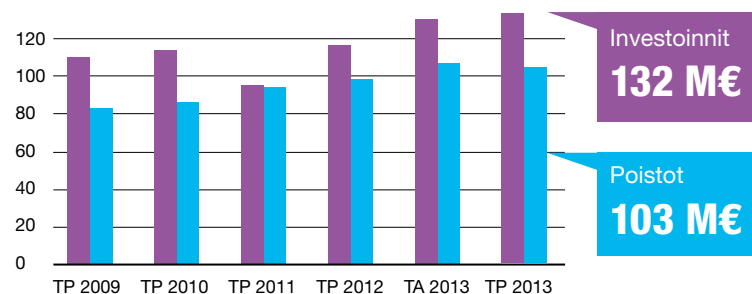
Uudis- ja peruskorjausrakentamisen osuus investoinneista oli 89 M€. Suurten rakennusprojektien, kuten Meilahden tornisairaalan ja Jorvin sairaalan lisärakennuksen lisäksi investoitiin uuteen lääkintälaitte- ja informaatioteknologiaan, toiminnanohjausjärjestelmiin, potilashoidon peruslaitteistoihin ja sairaalatiilojen muutostöihin, kosteusvaurio- ja muihin korjauksiin sekä tukipalvelutoiminnan kehittämiseen.

Vuoden aikana valmistuivat muun muassa Hyvin-

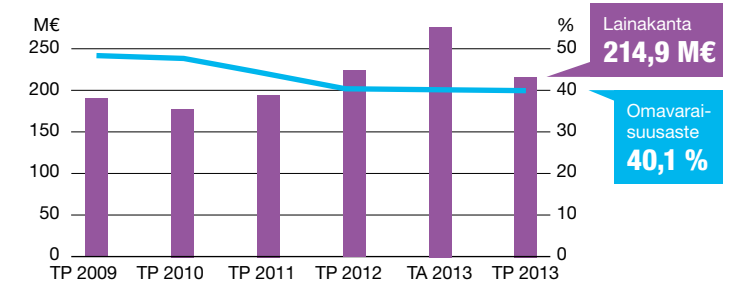
kään sairaalan endoskopiayksikön hanke, Syöpätautien klinikan ensimmäisen kerroksen peruskorjaus ja laajennus sekä lastenpsykiatriaa varten tehdyt muutostyöt Kätilöopiston sairaalassa. Meilahden Lastensairaalan sekä Traumakeskuksen ja Syöpäkeskuksen suunnittelussa ja rahoitusratkaisuissa voitiin edetä suunnitelmien mukaisesti.

Tutkimus- ja hoitolaiteinvestoinneissa painopiste oli syöpätautien ja sydäntautien sekä Kuvantamisen liikelaitoksen riittävän laitekapasiteetin turvaamisessa hyödyntäen kehittyvää laiteteknologiaa. Vuonna 2013 sairaanhoitoalueiden ja liikelaitosten tutkimus- ja hoitolaiteisiin sekä apuvälineisiin käytettiin lähes 28 M€. HUS:n Tietohallinto investoi potilastieto- ja tukijärjestelmiin, toiminnanohjauksen ja raportoinnin järjestelmiin sekä tietoteknisiin peruspalveluihin noin 12 M€.

HUS:N INVESTOINNIT JA POISTOT



HUS:N LAINAKANTA JA OMAVARAISUUSASTE

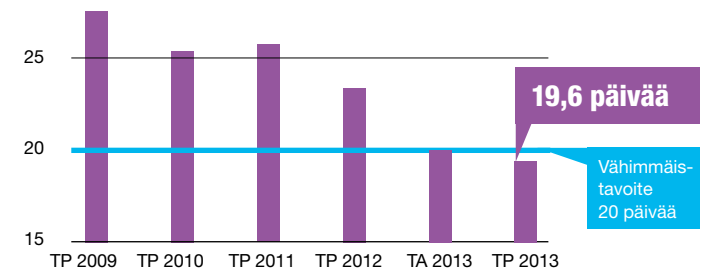


RAHOITUS JA KASSAN RIITTÄVYYS

HUS-kuntayhtymä ei noston tilikauden aikana uutta pitkäaikaista lainaa, vaikka talousarviossa oli varauduttu 60 M€:n lainannostoon. Lainoja lyhennettiin 9,3 M€. Kassan riittävyys oli 19,6 päivää ja kuntayhtymän oma-varaisuusaste oli 40,1 %, toteutuen tavoitteenmukaisena.

Nettorahoituskulut (13,0 M€) toteutuivat 1,7 M€ talousarviota alhaisempina. Kuntayhtymän lainasalkun toteutunut keskiporko oli 1,3 % (2012: 1,9 %) ja rahamarkkinasijoitusten keskiporko 0,5 % (2012: 0,9 %). Vuoden lopussa lainakanta oli 214,9 M€ ja rahavarat 101,3 M€. Kuntayhtymän lainasalkun korkoriskistä oli suojattu tilinpäätöshetkellä 32 prosenttia. Nettolainasalkusta, jossa huomioidaan kuntayhtymän lyhytaikaiset likvideettisijoitukset, noin 60 % oli suojattu korkoriskiltä.

HUS:N KASSAN RIITTÄVYYS

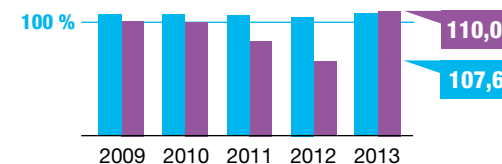


TULOSLASKELMA (1 000 euroa)

		HUS-konserni		HUS-kuntayhtymä	
		1.1.-31.12.2013	1.1.-31.12.2012	1.1.-31.12.2013	1.1.-31.12.2012
Toimintatuotot	Myyntituotot	1 780 416	1 675 597	1 772 983	1 668 651
	Maksutuotot	58 626	58 679	58 626	58 679
	Tuet ja avustukset	8 215	6 822	8 206	6 815
	Muut toimintatuotot	14 222	15 392	8 193	10 435
		1 861 479	1 756 491	1 848 008	1 744 580
Toimintakulut	Henkilöstökulut				
	Palkat ja palkkiot	-890 165	-881 975	-871 824	-863 963
	Henkilösivukulut				
	Eläkekulut	-158 394	-153 522	-154 990	-150 276
	Muut henkilösivukulut	-48 118	-55 756	-47 235	-54 712
	Palvelujen ostot	-240 084	-208 890	-267 868	-234 899
	Aineet, tarvikkeet ja tavarat	-337 665	-325 098	-326 060	-316 092
	Avustukset	-903	-785	-903	-785
	Muut toimintakulut	-55 308	-50 134	-52 237	-48 175
		-1 730 637	-1 676 160	-1 721 116	-1 668 902
	Osuus osakkuusyhteisöjen voitosta (tappiosta)	64	-95	0	0
Toimintakate	130 906	80 236	126 892	75 678	
Rahoitustuotot ja -kulut					
Korkotuotot	593	1 095	1 365	1 694	
Muut rahoitustuotot	143	136	140	133	
Korkokulut	-3 035	-3 997	-2 792	-3 670	
Muut rahoituskulut	-11 887	-11 876	-11 760	-11 745	
	-14 186	-14 642	-13 047	-13 588	
Vuosikate	116 720	65 594	113 845	62 090	
Poistot ja arvonalentumiset					
Suunnitelman mukaiset poistot	-106 098	-99 820	-103 280	-97 597	
Satunnaiset erät	0	0			
Tilikauden tulos	10 621	-34 226	10 566	-35 507	
Tilinpäätössiirrot	-938	-1 613			
Vähemmistöosuus	211	1			
Tilikauden alijäämä	9 894	-35 838	10 566	-35 507	

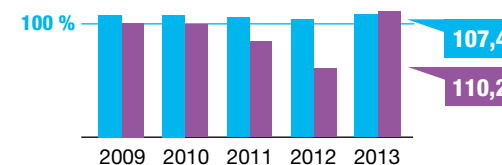
TULOSLASKELMAN TUNNUSLUVUT

HUS-KONSERNI



■ Toimintatuotot / Toimintakulut, %
■ Vuosikate / Poistot, %

HUS-KUNTAYHTYMÄ



■ Toimintatuotot / Toimintakulut, %
■ Vuosikate / Poistot, %

RAHOITUSLASKELMA (1 000 euroa)

	HUS-konserni		HUS-kuntayhtymä	
	2013	2012	2013	2012
Toiminnan rahavirta				
Vuosikate	116 720	65 594	113 845	62 090
Satunnaiset erät	0	0	0	0
Tulorahoituksen korjauserät	7 361	178	6 947	179
Investointien rahavirta				
Investointimenot	-143 860	-124 176	-132 132	-115 818
Rahoitusosuudet investointimenoihin	0	0	0	0
Pysyvien vastaavien hyödykkeiden luovutustulot	518	4 814	485	4 510
Toiminnan ja investointien rahavirta	-19 261	-53 590	-10 855	-49 040
Rahoituksen rahavirta				
Antolainauksen muutokset				
Antolainasaamisten lisäys	0	0	-8 100	-9 000
Antolainasaamisten vähennys	8	8	1 553	3 399
Lainakannan muutokset				
Pitkäaikaisten lainojen lisäys	370	40 230	0	40 000
Pitkäaikaisten lainojen vähennys	-10 501	-11 663	-9 270	-10 540
Lyhytaikaisten lainojen muutos	0	0	0	0
Oman pääoman muutokset	-3 524	0	-3 500	0
Muutokset vähemmistön osuudessa	329	0	0	0
Muut maksuvalmiuden muutokset				
Vaihto-omaisuuden muutos	-295	2 041	-244	2 031
Saamisten muutos	4 130	-10 438	2 564	-8 594
Korottomien velkojen muutos muilta	13 627	26 794	12 679	26 688
Rahoituksen rahavirta	4 144	46 971	-4 319	43 983
Rahavarojen muutos	-15 117	-6 619	-15 173	-5 057
Rahavarat 31.12.	101 908	117 025	101 316	116 489
Rahavarat 1.1.	117 025	123 645	116 489	121 546
Rahavarojen muutos	-15 117	-6 619	-15 173	-5 057

**RAHOITUSLASKELMAN
TUNNUSLUVUT**

HUS-KONSERNI	2013	2012	2011	2010	2009
Investointien tulorahoitus, %	81,1	52,8	75,9	73,2	75,6
Toiminnan ja investointien rahavirran kertymä viideltä vuodelta, M€	-153,9	-140,7			
Lainanhoitokate	8,8	4,4	4,7	5,3	5,6
Kassasta maksut, M€	1 899,9	1 827,9	1 727,9	1 644,7	1 602,7
Kassan riittävyys (pv)	19,6	23,4	26,1	25,6	27,7

HUS-KUNTAYHTYMÄ	2013	2012	2011	2010	2009
Investointien tulorahoitus, %	86,2	53,6	81,9	76,0	75,4
Toiminnan ja investointien rahavirran kertymä viideltä vuodelta, M€	-126,5	-122,6			
Lainanhoitokate	9,7	4,6	5,0	5,4	6,4
Kassasta maksut, M€	1 885,2	1 819,7	1 719,0	1 633,6	1 589,0
Kassan riittävyys (pv)	19,6	23,4	25,8	25,4	27,6

- Investointien tulorahoitus, %
= 100*Vuosikate/Investointien omahankintameno
- Toiminnan ja investointien rahavirran kertymä viideltä vuodelta, M€
- Lainanhoitokate
= (Vuosikate+Korkokulut)/(Korkokulut+Lainanlyhennykset)
- Kassasta maksut, M€
- Kassan riittävyys (pv)
= 365 pv x rahavarat 31.12./Kassasta maksut tilikaudella

TASE (1 000 euroa)

	HUS-konserni		HUS-kuntayhtymä	
	2013	2012	2013	2012
VASTAAVAA				
Aineettomat hyödykkeet				
Aineettomat oikeudet	46	173	0	0
Muut pitkävaikutteiset menot	44 312	46 407	44 037	45 907
Aineettomat hyödykkeet	44 358	46 580	44 037	45 907
Aineelliset hyödykkeet				
Maa- ja vesialueet	13 833	12 279	12 173	10 745
Rakennukset	463 525	484 322	439 052	458 594
Kiinteät rakenteet ja laitteet	11 324	12 550	11 324	12 550
Koneet ja kalusto	82 303	85 929	77 380	81 339
Muut aineelliset hyödykkeet	933	761	138	138
Ennakkomaksut ja keskeneräiset hankinnat	161 235	99 226	135 458	83 098
Aineelliset hyödykkeet	733 153	695 068	675 524	646 465
Sijoitukset				
Osakkuusyhteisöosakkeet ja -osuudet	14 945	14 649	14 948	14 716
Muut osakkeet ja osuudet sekä osakkeiden arvonkorotukset	3 042	3 054	6 176	6 344
Muut lainasaamiset	508	516	36 523	29 976
Muut saamiset	254	254	254	254
Sijoitukset	18 748	18 472	57 901	51 290
PYSYVÄT VASTAAVAT	796 259	760 119	777 462	743 663
TOIMEKSIANTOJEN VARAT	4 468	4 057	4 468	4 057
VAIHTUVAT VASTAAVAT				
Vaihto-omaisuus	18 498	18 203	18 291	18 046
Saamiset				
Pitkäaikaiset saamiset	576	577	576	577
Lyhytaikaiset saamiset	76 224	78 275	75 537	78 099
Saamiset	76 800	78 852	76 113	78 677
Rahoitusomaisuusarvopaperit	37 378	44 071	37 369	44 063
Rahat ja pankkisaamiset	64 531	75 031	63 947	72 427
VAIHTUVAT VASTAAVAT	197 206	216 158	195 719	213 213
VASTAAVAA YHTEENSÄ	997 933	980 335	977 649	960 933

TASE (1 000 euroa)

	HUS-konserni		HUS-kuntayhtymä	
	2013	2012	2013	2012
VASTATTAVAA				
OMA PÄÄOMA				
Peruspääoma	391 253	391 253	391 253	391 253
Muut omat rahastot	1 055	1 031	0	0
Edellisten tilikausien ylijäämä (alijäämä)	-12 313	23 525	-13 260	22 248
Tilikauden ylijäämä (alijäämä)	9 894	-35 838	10 566	-35 507
OMA PÄÄOMA	389 889	379 971	388 559	377 993
VÄHEMMISTÖOSUUDET	3 139	2 599	0	0
POISTOERO JA VAPAAEHTOISET VARAUKSET				
Poistoero	1 473	1 419	0	0
Vapaaehtoiset varaukset	4 489	3 641	0	0
POISTOERO JA VAPAAEHTOISET VARAUKSET	5 962	5 060	0	0
PAKOLLISET VARAUKSET				
Eläkevaraukset	2 480	2 737	2 480	2 737
Muut pakolliset varaukset	44 300	41 712	44 300	41 712
PAKOLLISET VARAUKSET	46 780	44 449	46 780	44 449
TOIMEKSIANTOJEN PÄÄOMAT	4 468	4 057	4 468	4 057
VIERAS PÄÄOMA				
Pitkäaikainen korollinen vieras pääoma	217 084	228 325	204 648	214 886
Pitkäaikainen koroton vieras pääoma	2	2	0	0
Lyhytaikainen korollinen vieras pääoma	11 352	10 243	10 238	9 270
Lyhytaikainen koroton vieras pääoma	319 256	305 629	322 956	310 277
VIERAS PÄÄOMA	547 695	544 199	537 842	534 434
VASTATTAVAA YHTEENSÄ	997 933	980 335	977 649	960 933

TASEEN TUNNUSLUVUT

HUS-KONSERNI	2013	Omavaraisuusaste 40,3 %			
		2012	2011	2010	2009
Omavaraisuusaste, %	40,3	39,8	44,7	47,6	47,8
Suhteellinen velkaantuneisuus, %	29,0	30,7	28,6	27,9	28,2
Kertynyt ylijäämä (alijäämä), 1 000 euroa	-2 419	-12 313	27 025	43 326	43 875
Lainakanta 31.12. (1 000 euroa)	228 436	238 568	210 001	193 532	206 713
Lainasaamiset 31.12. (1 000 euroa)	508	516	524	623	626

HUS-KUNTAYHTYMÄ 2013	2013	Omavaraisuusaste 40,1 %			
		2012	2011	2010	2009
Omavaraisuusaste, %	40,1	39,9	44,7	47,8	48,1
Suhteellinen velkaantuneisuus, %	28,7	30,3	28,2	27,3	27,6
Kertynyt ylijäämä (alijäämä), 1 000 euroa	-2 694	-13 260	25 748	41 847	42 648
Lainakanta 31.12. (1 000 euroa)	214 886	224 156	194 696	177 121	189 556
Lainasaamiset 31.12. (1 000 euroa)	36 523	29 976	24 376	13 547	7 551

- Omavaraisuusaste, %
= 100*Oma pääoma/(Koko pääoma-Saadut ennakot)
- Suhteellinen velkaantuneisuus, %
= 100*(Vieras pääoma - Saadut ennakot)/Käyttötulot
- Kertynyt ylijäämä (alijäämä), 1000 euroa
- Lainakanta 31.12. (1 000 euroa)
= Vieras pääoma-(Saadut ennakot+Ostovelat+Siirtovelat+Muut velat)
- Lainasaamiset 31.12. (1 000 euroa)
= Sijoituksiin merkityt muut lainasaamiset
- Lainakanta 31.12. (1 000 euroa)
= vieras pääoma-(saadut ennakot+ostovelat+siirtovelat+muut velat)
- Lainasaamiset 31.12. (1 000 euroa)
= sijoituksiin merkityt muut lainasaamiset



HUS on Suomen suurin erikoissairaanhoidon toimija ja koko maan toiseksi suurin työnantaja. Osaamisemme on kansainvälisesti korkea-tasoista. Tuotamme palveluja lähes 1,6 miljoonalle asukkaalle ja vastaamme joidenkin erityisalojen sairaanhoidosta valtakunnallisesti. Vuosittain noin puoli miljoonaa potilasta saa hoitoa 22 sairaalassamme. HUS:n liikevaihto on yli 1,8 mrd. euroa ja palveluksessamme on lähes 22 000 ammattilaista.

Stenbäckinkatu 9, PL 100, 00029 HUS, puh. 09 4711

www.hus.fi

- www.facebook.com/HUS.fi
- twitter.com/HUS_uutisoj
- www.linkedin.com/company/hospital-district-of-helsinki-and-uusimaa-hus-
- www.youtube.com/HUSvideot
- www.issuu.com/husjulkaisut

HUS on savuton.