

Terveysthuolto markkinapaineissa: Businesscase Reumasäätiön sairaala 1951-2010

Mikko Nenonen, yleislääketieteen erikoislääkäri, dosentti, eMBA, yksityislääkäri

Olli Nylander, valtiotieteiden maisteri, konsultti

Tiivistelmä

Reumasäätiön sairaala ei kaatunut läheteiden vähenemisestä aiheutuviin talousvaikeuksiin. Taustalla oli pitkä kehitys, jonka aikana sairaalan johdossa ei ajoissa huomattu toimintaympäristön muutosta, ja lähdetty uudistamaan sairaalan tuotevalikoimaa ja toimintamalleja. Uudistustyö käynnistyi liian myöhään ja se jäi pinnalliseksi, vaikka johtikin laatutunnustukseen vuonna 2005. Uudistus- ja laatutyössä kehitettiin monia organisaatio- ja toimintamalleja, jotka voisivat olla käyttökelpoisia uudistettaessa peruspalveluita Suomessa lähivuosina. Kirjoittajien mielestä Reumasäätiön sairaala olisi onnistuessaan uudistuksissaan voinut välttää konkurssin.

Historia ja katsauksen tausta

Reumasäätiön sairaalan toiminta käynnistyi 1951 Heinolassa, jonne rakennettiin 309 paikkainen sairaala mäntykankaalle, alueelle, jonka uskottiin olevan mahdollisimman suotuisa reumasairaiden toipumiselle. Sairaalan toiminta päättyi konkurssiin huhtikuussa 2010. Medi uutisten haastattelussa 19.3.2010 sairaalan viimeinen toimitusjohtaja Hannele Kalske kuvaa konkurssiin johtaneita syitä: ”Sairaalan talousvaikeudet alkoivat vuonna 2005, kun läheteiden määrä alkoi laskea. Yksi taloudellisista takaiskuista oli se, että kaavailtu yhteistyö Invalidisäätiön Ortonin kanssa kariutui. Kyse on usean vuoden tappiokierteestä, joka on vuosi vuodelta pahentunut.”

Konkurssipesän varojen jaosta sovittiin toukokuussa 2017, joten sairaalan tarina on nyt valmis. Konkurssin syitä on käsitelty mielestämme yksinkertaistaen. Koska terveydenhuoltoon SOTE-uudistuksen myötä tuodaan yhä enemmän markkina- ja kilpailuelementtejä, olemme pitäneet tarpeellisena palata asiaan uudesta näkökulmasta.

Katsauksen aineistona ovat julkisten lähteiden lisäksi Reumasäätiön johtoryhmän ja vuosisuunnittelun aineistot vuosilta 2002 – 2008, laatupalkintokilpailun aineistot ja kirjoittajien henkilökohtaiset arkistot. Aineistosta osa on julkaistu LinkedIn sivustolla (<https://www.linkedin.com/pulse/last-years-rheumatism-foundation-hospital-mikko-nenonen>). Kirjoittajat ovat saaneet arvokkaita kommentteja Reumasäätiön hallituksen viimeiseltä puheenjohtajalta Olli Hakkaraiselta. Kirjoitusta ovat kommentoineet myös konkurssin aikaan VALVIRA:n ylijohtajan toiminut Marja-Liisa Partanen ja peruspalveluministerinä toiminut Paula Risikko.

Toimintaympäristön muutokset ovat organisaatioiden johdon ”jokapäiväistä leipää”. Siksi organisaatioilla on visio, missio ja strategia, joita ajoittain tarkistetaan. Miksi tämä ei onnistunut Reumasäätiön johdolle, jolla oli käytössään huippuluokan johtamisjärjestelmä ja sitä tukeva raportointi (<http://www.tekniikkatalous.fi/tyoelama/2005-11-11/Presidentti-Halonen-jakoi-laatupalkinnot-3292218.html>)?

Reumasäätiön sairaalan perustaminen osana Kansaneläkelaitoksen strategiaa

Ajatus reumasairauksiin erikoistuneen sairaalan perustamisesta heräsi 30-luvulla (1). Reumasairaudet iskivät tuolloin työikäiseen väestöön ja lapsiin johtaen vuosikymmenien työkyvyttömyyteen.

Reumasairaudet olivat Kansaneläkelaitokselle (KELA) kuluerä, jota toivottiin voitavan vähentää tehokkaalla kuntoutuksella ja hoidolla. Vuonna 1938 Suomessa oli 1625 kroonisten niveltautien vuoksi ”täysin tai miltei täysin avutonta” 18-54 vuotiasta kansalaista (2).

Toimintaympäristö muuttui ja reumataudeista tuli vanhusväestön sairaus eikä lastenreuma johtanut työkyvyttömyyteen kuin poikkeustapauksissa. Laitosmuotoisen kuntoutuksen hyöty ei ollut itsestään selvä niin kuin sairaalan kulta-aikana. Reumasairaala ei enää ollut Kansaneläkelaitokselle strateginen sijoitus, ja sen rahoitustarpeisiin alettiin suhtautua kriittisemmin. Tätä kärjisti kehittynyt kilpailulainsäädäntö, joka rajoitti suoraa taloudellista tukea, johon Reumasairaalassa oli totuttu luottamaan. Varhaisempien talousjohtajien kerrottiin kassan huvetessa pakkaneen laskut laukkuun ja matkustaneen Kansaneläkelaitoksen pääkonttorille lisärahoitusta hakemaan.

Vuosien mittaan Kansaneläkelaitos avusti Reumasairaalaan 20 miljoonalla eurolla. Nämä olivat pääosin toiminnan loppuvuosien remontti- ja korjausavustuksia, joihin liittyi takaisinperintäehto.

Toimintaympäristön muutos näkyi jo vuosien 2002-2008 aikana, jolloin tukeen tarvittavat perustelut ja järjestelyt muuttuivat monimutkaisemmiksi kertoen Reumasairaalan ohentuneesta roolista

Kansaneläkelaitoksen strategiassa. Tätä taustaa vasten Kansaneläkelaitoksen haluttomuus pelastaa Reumasäätiön sairaala vuonna 2010 on ymmärrettävä: laitoshoidon raikkaassa mäntymetsikössä ei enää ollut strategian ytimessä.

Kolme perusongelmaa

Reumasairaalan 50-vuotisjuhlavuosi 2001 oli sairaalalle suuri ponnistus, ja se merkitsi aktiivisen strategisen kehittämisen käynnistymistä. Samalla toteutettiin sukupolvenvaihdos monessa avaintehtävässä.

Kehitystyössä nousi esiin kolme ongelmaa, jotka olivat kaatamassa sairaalan talouden jo paljon toteutunutta konkurssia varhemmin. Osa näistä pystyttiin korjaamaan EFQM-laatutyön osana 2002-2004. Toiminnan jatkuminen olisi kuitenkin edellyttänyt radikaalia uudistumista, mutta siihen aika, voimavarat, rohkeus/halukkuus ja osaaminen eivät enää riittäneet.

1. Sekava toimintamalli

Ennen vuoden 2004 organisaatiouudistusta sairaalan suurimpien asiakasryhmien hoito oli jaettu monen osaston kesken. Samoissa tiloissa hoidettiin erikoissairaanhoidon, kuntouttavan hoidon ja kuntoutuksen potilaita. Asiakassegmenttejä ei pystytty tunnistamaan, vaan kaikki saivat samankaltaisen hoidon riippumatta siitä, mikä oli maksajan tekemä tilaus: erikoissairaanhoidon potilaita kuntutettiin ja kuntoutuspotilaita tutkittiin ”samaan hintaan”.

Suurimmille tilauksille oli määritelty vuotuinen kokonaishinta, ei tilauksen volyyymiä tai minimimäärää. Näin Päijät-Hämeen reumatilauksen määräraha loppui jo alkutalvesta ja loppuvuoden hoito tuotettiin ”maksutta” tai ”lahjatyönä” ilman laskutusta. Kansaneläkelaitoksen kuntouttavan hoidon määräraha toteutui harvoin tilauksen, eli maksimisumman mukaisesti, koska jokaisen potilaan kohdalla KELA teki erillisen päätöksen. Toteutuma väheni vuosittain.

Rinnakkaisten tuotantoyksiköiden kilpailu määrärahoista, joiden tiedettiin loppuvan kesken, johti tilanteeseen, jossa määräraha pyrittiin käyttämään etupainotteisesti, jotta oman yksikön budjetti toteutuisi. Vuosi vuodelta määrärahat loppuivat yhä varhemmin, ja loppuvuodesta jouduttiin toiminnan

supistuksiin ja lomautuksiin. Vuoden 2004 organisaatiouudistus palautti määrärahojen käytön ohjattavuuden (Kuvio 1).

2. Vanhentuneet tuotteet

Reumasäätien sairaala oli pitkään tiennäyttäjä reumasairauksien hoidossa. Tämä asema menetettiin vuosituhatien vaihteeseen mennessä yliopistosairaaloille. Reumasairaalasta tuli osaavien käsityöläisten paja, jossa muualla kehitettyjä hoitoja toteutettiin korkealla ammattitaidolla. Hoidot pystyttiin toteuttamaan kustannustehokkaasti, josta muodostui sairaalan kriittinen menestystekijä. Toisaalta tehokas rutiiniprosessi söi jaksamista tutkimustyöltä, vaikka rahoituskin olisi ollut kunnossa.

Reumasairaalassa oli opittu luottamaan muutamaan vahvaan ”syömähampaaseen”, tuotteeseen, joiden tilausvolyymi oli suuri, sopimukset pitkäaikaisia, jopa niin, että niitä alettiin pitää itsestäänselvyyksinä ja tuotekehitykseen ei panostettu riittävästi. Vuonna 2005 analysoitiin koko sairaalan tuotepaletti (Kuvio 2). Tuotepaletin hiipuminen oli nähtävissä. Uutena nousussa olivat vain ortopediset jononpurut, jotka autoivat sairaalan nollatulokseen vuonna 2006.

Miksi tähän ei reagoitu, kun vielä oli aikaa? Tärkein syy on paradoksaalisesti vuonna 2005 myönnetty EFQM-laaturunnustus (450/1000 pistettä). Tunnustus nähtiin tavoiteltuna lopputuloksena, joka todisti sairaalan laadun tarjouskilpailuissa. Kun seuraavan vuoden sairaalan sisäisessä laaturunnustuksessa päädyttiin säätämään kriteereitä sopivan voittajan saamiseksi, katosi laaturunnustuksesta sisäinen uskottavuus, eikä seuraavalle vuodelle suunniteltuun kansalliseen laaturunnustukseen osallistumisesta enää tullut mitään.

Sairaala menetti huippuosaajiaan ja tuotekehittäjiään eläkkeelle ja kilpailijoille. YT-neuvottelun jälkeen irtisanomisissa menetettiin vahingossa tärkeä linkki yliopistotason huippututkimukseen. Perustetun kuntoutus(lahjoitus)professorin resurssit paloivat rutiinistyössä ilman, että sairaalan kultakauden tutkimusverkostoja päästiin uudelleenrakentamaan. Lisäksi professorin fokus oli kuntoutus, ei reumasairaudet. Näin satojen tuhansien eurojen vuotuista investointia ei voitu käyttää sairaalan ydinliiketoiminnan kehittämiseen.

Tuotepaletin uudistamiseen ei pystytty, koska tarrauduttiin yhteen sairausr ryhmään ja Reumaan rakennuksena, kun erilaiset avohoitomuodot olivat kulkeneet laitosajattelun ohi. Ajattelu myös rajoitettiin yhden maan markkinoihin. Tähän oli syynä: ensimmäiset venäläiset asiakkaat olivat maksaneet katteettomilla shekeillä ja tuoneet mukanaan sairaalabakteereita.

3. Luottamus

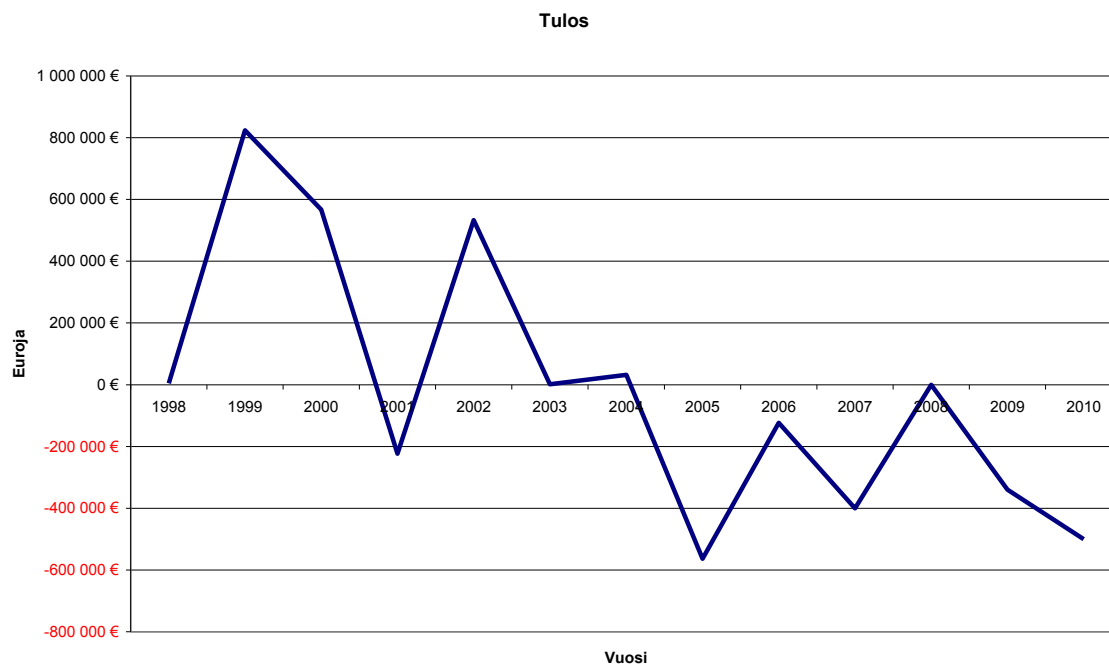
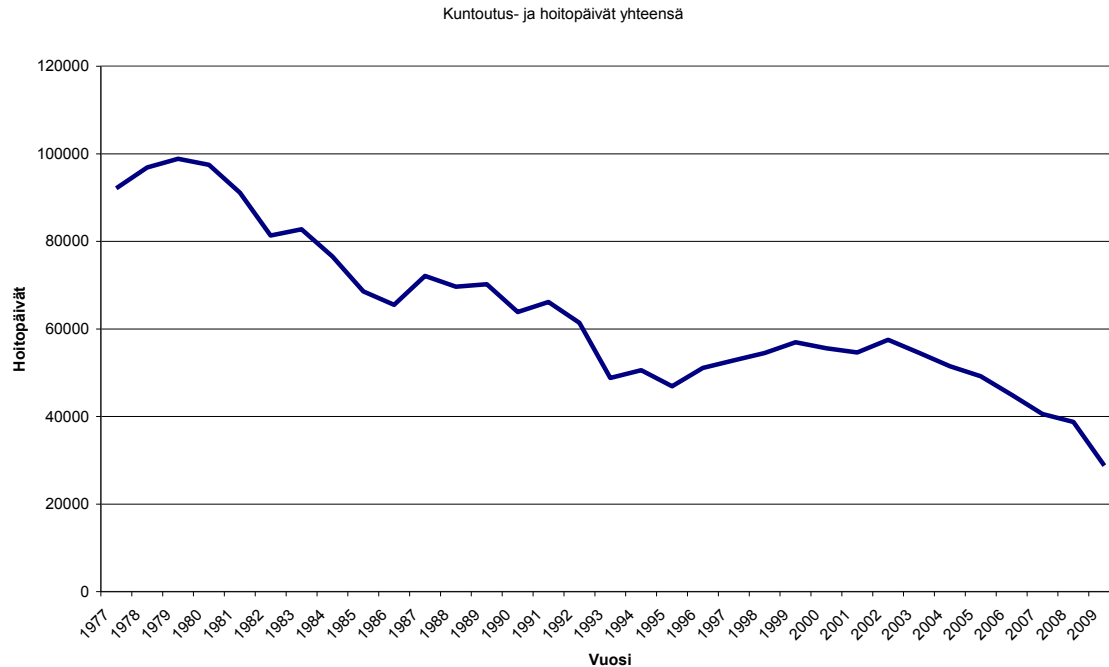
Samalla, kun Reumasairaalalla strateginen merkitys Kansaneläkelaitokselle väheni, lisääntyi epäily siitä, että kuntoutuksen nimellä sairaalassa tuotettiin erikoissairaanhoitoa ja tieteellisiä julkaisuja. Erityinen kipupiste oli KELA:n kuntoutuslain 4§ mukainen kuntouttava hoito, joka oli kehitetty hyödyntämään Kansaneläkelaitoksen omistamia sairaalapaikkoja.

Reumasairala markkinoi kunnille ja sairaanhoitopiireille kuntouttavaa hoitoa lupaamalla, että ”Reumasäätien sairaalassa kuntoutuksen ja sairaanhoidon menetelmät yhdistyvät” ja ”Kuntouttavan hoidon sisältö on pysynyt viimeisen parikymmenen vuoden ajan hyvin samanlaisena. Kohderyhmiä ovat olleet ja ovat lapset, nuoret ja työelämässä olevat aikuiset. Sairauden määrittämisen ja hoidon käynnistämisen lisäksi siihen kuuluu...”. Lisäksi kuntouttava hoito tuotettiin erikoissairaanhoidon osastolla, erikoissairaanhoidon potilaiden keskellä.

Kansaneläkelaitoksen käsiin päätyi myös Reumasairaalalla ohjekirje lääkäreille, jossa kerrottiin, kuinka erikoissairaanhoitoa tarvitsevat työikäiset potilaat, joilla epäiltiin tulehduksellista reumasairautta, voitiin

lähettää kunnalle maksuttomasti ns. KELA:n paikalle Reumasairaalaa. Tämä johti toistuvasti ikäviin keskusteluihin.

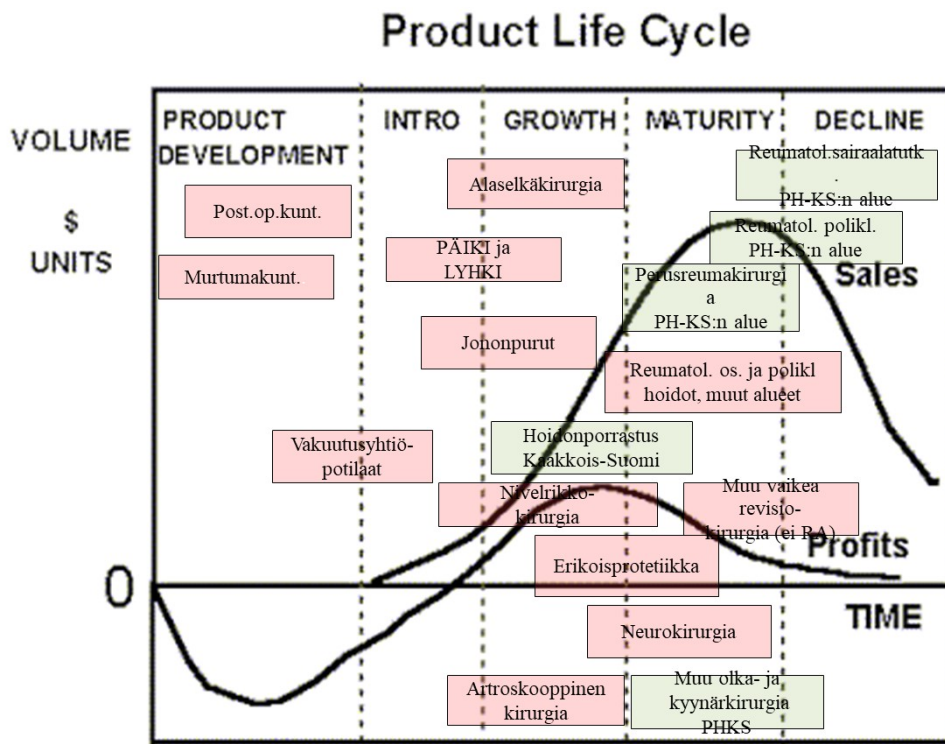
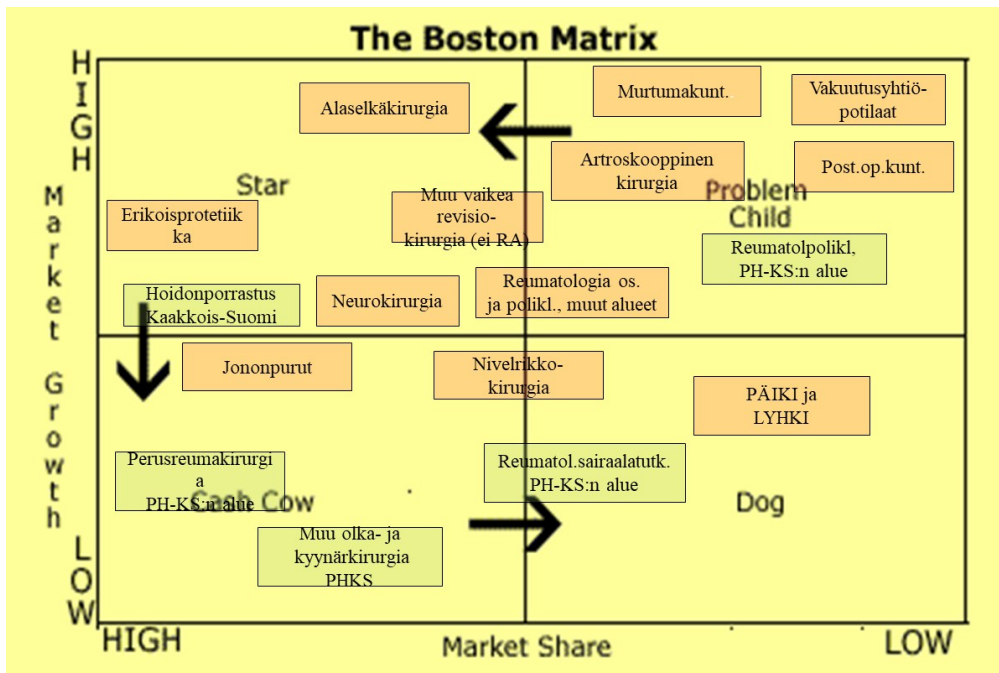
Organisaatiouudistus ja kuntouttavan hoidon uusi standardi palauttivat luottamuksen ja kuntouttava hoito läpäisi KELA:n toteuttaman auditoinnin.



Kuvio 1.

Reumasäätien sairaalan hoito- ja kuntoutuspäivien kehitys 1977-2009 sekä toiminnan tulos koottuna tilinpäätöksistä ja osin laskettuna muista lähteistä 1998-2010. Organisaatiouudistus vuonna 2004 aiheutti odotetusti tuloksen heikkenemisen, josta vuosina 2006-8 lähdettiin toipumaan. Uudesta

organisaatiomallista luopuminen 2008 ja paluu vanhoihin seuranta- ja ohjausmekanismeihin kuitenkin katkaisi tämän kehityksen.



Cash cows

```

graph TD
    subgraph Lääkäri_intensiivinen [Lääkäri-intensiivinen]
        L1[1. KKL 4$]
        L2[2. KKL 3$]
        L3[3. KELA sidekud. k.]
        L4[4B. KAULAR AMYL]
        L5[4A. SJÖ SLE MARF]
        L6[14B. Kela SPA kurss]
        L7[14A. KELA Arh kurss]
        L8[7. ESH erityisryhmät]
        L9[8. ESH raajadeform.]
        L10[12. KH KKL 3$]
        L11[11. KH KKL 4$]
        L12[Perusleikkaukset ja PHKS:n alue]
        L13[Muu olka- ja kyynärkirurgia PHKS]
        L14[Jononpurut]
    end

    subgraph Hoito_ja_terapiaintensiivinen [Hoito- ja terapiaintensiivinen]
        H1[1. KKL 4$]
        H2[2. KKL 3$]
        H3[3. KELA sidekud. k.]
        H4[4B. KAULAR AMYL]
        H5[4A. SJÖ SLE MARF]
        H6[14B. Kela SPA kurss]
        H7[14A. KELA Arh kurss]
        H8[7. ESH erityisryhmät]
        H9[8. ESH raajadeform.]
        H10[12. KH KKL 3$]
        H11[11. KH KKL 4$]
        H12[Perusleikkaukset ja PHKS:n alue]
        H13[Muu olka- ja kyynärkirurgia PHKS]
        H14[Jononpurut]
    end

    subgraph Tila_ja_laiteintensiivinen [Tila- ja laiteintensiivinen]
        T1[1. KKL 4$]
        T2[2. KKL 3$]
        T3[3. KELA sidekud. k.]
        T4[4B. KAULAR AMYL]
        T5[4A. SJÖ SLE MARF]
        T6[14B. Kela SPA kurss]
        T7[14A. KELA Arh kurss]
        T8[7. ESH erityisryhmät]
        T9[8. ESH raajadeform.]
        T10[12. KH KKL 3$]
        T11[11. KH KKL 4$]
        T12[Perusleikkaukset ja PHKS:n alue]
        T13[Muu olka- ja kyynärkirurgia PHKS]
        T14[Jononpurut]
    end

    subgraph Diagnostiikkaintensiivinen [Diagnostiikkaintensiivinen]
        D1[1. KKL 4$]
        D2[2. KKL 3$]
        D3[3. KELA sidekud. k.]
        D4[4B. KAULAR AMYL]
        D5[4A. SJÖ SLE MARF]
        D6[14B. Kela SPA kurss]
        D7[14A. KELA Arh kurss]
        D8[7. ESH erityisryhmät]
        D9[8. ESH raajadeform.]
        D10[12. KH KKL 3$]
        D11[11. KH KKL 4$]
        D12[Perusleikkaukset ja PHKS:n alue]
        D13[Muu olka- ja kyynärkirurgia PHKS]
        D14[Jononpurut]
    end

    L1 --- L2
    L2 --- L3
    L3 --- L4
    L4 --- L5
    L5 --- L6
    L6 --- L7
    L7 --- L8
    L8 --- L9
    L9 --- L10
    L10 --- L11
    L11 --- L12
    L12 --- L13
    L13 --- L14

    H1 --- H2
    H2 --- H3
    H3 --- H4
    H4 --- H5
    H5 --- H6
    H6 --- H7
    H7 --- H8
    H8 --- H9
    H9 --- H10
    H10 --- H11
    H11 --- H12
    H12 --- H13
    H13 --- H14

    T1 --- T2
    T2 --- T3
    T3 --- T4
    T4 --- T5
    T5 --- T6
    T6 --- T7
    T7 --- T8
    T8 --- T9
    T9 --- T10
    T10 --- T11
    T11 --- T12
    T12 --- T13
    T13 --- T14

    D1 --- D2
    D2 --- D3
    D3 --- D4
    D4 --- D5
    D5 --- D6
    D6 --- D7
    D7 --- D8
    D8 --- D9
    D9 --- D10
    D10 --- D11
    D11 --- D12
    D12 --- D13
    D13 --- D14
  
```

The diagram illustrates the funding structure for various medical services, categorized into four main groups: Lääkäri-intensiivinen, Hoito- ja terapiaintensiivinen, Tila- ja laiteintensiivinen, and Diagnostiikkaintensiivinen. Services are represented by colored boxes: green for primary funding, blue for secondary, and yellow for tertiary. Lines indicate the flow of funding from specific sources to the services they cover.

Lääkäri-intensiivinen

- 4B. KAULAR AMYL (Green)
- 14B. Kela SPA kurss (Green)
- 1. KKL 4\$ (Green)
- 14A. KELA Arh kurss (Green)
- 4A. SJÖ SLE MARF (Green)
- 7. ESH erityisryhmät (Blue)
- 8. ESH raajadeform. (Blue)
- 12. KH KKL 3\$ (Blue)
- 11. KH KKL 4\$ (Blue)
- Perusleikkaukset ja PHKS:n alue (Yellow)
- Muu olka- ja kyynärkirurgia PHKS (Yellow)
- Jononpurut (Yellow)

Hoito- ja terapiaintensiivinen

- 4B. KAULAR AMYL (Green)
- 14B. Kela SPA kurss (Green)
- 1. KKL 4\$ (Green)
- 14A. KELA Arh kurss (Green)
- 4A. SJÖ SLE MARF (Green)
- 7. ESH erityisryhmät (Blue)
- 8. ESH raajadeform. (Blue)
- 12. KH KKL 3\$ (Blue)
- 11. KH KKL 4\$ (Blue)
- Perusleikkaukset ja PHKS:n alue (Yellow)
- Muu olka- ja kyynärkirurgia PHKS (Yellow)
- Jononpurut (Yellow)

Tila- ja laiteintensiivinen

- 4B. KAULAR AMYL (Green)
- 14B. Kela SPA kurss (Green)
- 1. KKL 4\$ (Green)
- 14A. KELA Arh kurss (Green)
- 4A. SJÖ SLE MARF (Green)
- 7. ESH erityisryhmät (Blue)
- 8. ESH raajadeform. (Blue)
- 12. KH KKL 3\$ (Blue)
- 11. KH KKL 4\$ (Blue)
- Perusleikkaukset ja PHKS:n alue (Yellow)
- Muu olka- ja kyynärkirurgia PHKS (Yellow)
- Jononpurut (Yellow)

Diagnostiikkaintensiivinen

- 4B. KAULAR AMYL (Green)
- 14B. Kela SPA kurss (Green)
- 1. KKL 4\$ (Green)
- 14A. KELA Arh kurss (Green)
- 4A. SJÖ SLE MARF (Green)
- 7. ESH erityisryhmät (Blue)
- 8. ESH raajadeform. (Blue)
- 12. KH KKL 3\$ (Blue)
- 11. KH KKL 4\$ (Blue)
- Perusleikkaukset ja PHKS:n alue (Yellow)
- Muu olka- ja kyynärkirurgia PHKS (Yellow)
- Jononpurut (Yellow)

Erikoissairaanhoidon tuoteanalyysi vuodelta 2005 Boston Consulting Group-matriisimallin (BCG) mukaisesti. Tuotteiden elinkaarivaihe on myös pyritty tunnistamaan. Kuvaan on merkitty punaisella kilpaillut tuotteet ja vihreällä tuolloin vielä ei-kilpaillut tuotteet. Nämäkin muuttuivat kilpailluiksi vuosina 2006-2010. Vaaran merkinä oli näkyvissä tuotekehitysvaiheen ohuus. Kaikki BCG-matriisin solut myös analysoitiin koko sairaalan tasolla resurssien käytön kannalta, esimerkkinä kassavirtaa tuottavat massatuotteet (vihreä=kuntoutus, sininen=lastenreuma, keltainen=erikoissairaanhoido). Analyysi oli osa sairaalan vuotuista suunnittelusykliä.

Vuosina 2002-2008 Reumasairaalassa käynnistyi kolme laajempaa hanketta, jotka onnistuessaan olisivat voineet synnyttää uutta liiketoimintaa ja tuoda sairaalaan uusia asiakasryhmiä. Nämä hankkeet kuitenkin kariutuivat eri syistä ennen kuin niitä päästiin pilotoimaan.

Vuonna 1995 Reumasäätiön sairaala käynnisti reumahoitajakoulutuksen, jonka tarkoituksena oli saada kuntiin reumasairauksien seurantaan ja hoitoon perehtyneitä hoitajia. Jaalan kunta oli yksi ensimmäisiä, joka lähetti terveydenhoitajansa tuohon koulutukseen ja myöhemmin ulkoisti reumasairauksien erikoissairaanhoidon Reumasäätiön sairaalaan oman sairaanhoitopiirin sijaan.

Tästä kehitettiin ns. Jaalan malli, joka oli pohjana yhdessä Lahden yliopistokeskuksen kanssa käynnistetyllä Teresa-hankkeella, jossa ajatuksena oli reumapopulaation seuranta tietojärjestelmään tallennettujen ja potilaan raportointien mittareiden avulla. Sairauden aktivoituessa reumahoitaja kutsuisi potilaan tarkastukseen ja ohjaisi hänet tarvittaessa reumatologille. Kunnille olisi voitu myydä kiinteähintaisia kokonaispaketteja reumasairauksien hoitoon lähtien reumahoitajan koulutuksesta aina vaativaan kuntoutukseen ja reumaortopediaan asti kohdistettuna potilaisiin, joiden kyky hyötyä interventiosta olisi suurin.

Hanke kaatui terveydenhuollon tietojärjestelmien kyvyttömyyteen toimia väestötasoisessa seurannassa. Hankkeen pilotointiin haettiin TEKES-rahoitusta sekä EU-rahaa osana HEALTHSpace-hanketta. Tietojärjestelmäongelmaan törmättiin myöhemmin Terveystyö-hankkeissa, jotka sisälsivät paljon Jaalan mallin elementtejä.

Periaatteessa kaikki pitkäaikaiset terveysilmiöt ovat hoitoprosessin osalta hyvin samankaltaisia. SOTE-uudistuksessa tulisi huomioida, ettei tarvita erillisiä yhden asian tuotelinjoja alusta loppuun. Tärkeintä on järjestelmällinen ja kattava pitkäaikaissairauksien hoitomalli, jossa Reumasäätiön sairaala olisi voinut toimia yhtenä koordinaatiokeskuksena reumasairauksien osalta. Suurin osa hoidosta olisi toteutettu mahdollisimman lähellä potilasta paikallisen henkilökunnan voimin.

2. Keskussairaaloiden ulkoistettu reumasairauksien erikoissairaanhoito

Päijät-Hämeen keskussairaala oli vuosien ajan ”ulkoistanut” reumasairauksien hoidon Reumasäätiön sairaalalle kiinteällä vuosihinnalla. Vuonna 2006 syntyi ajatus laajentaa mallia muihin keskussairaaloihin. Tämän ns. ”Satakieli-hankkeen” tiimoilta käytiin useampia neuvotteluja, mutta hanke kaatui oman sairaalan asiantuntijoiden vastustukseen. Osa sairaalan reumatologeista kävi tarjoamassa sairaanhoitopiireille palveluja omana henkilökohtaisena liiketoimintanaan, joka nyt olisi päättynyt. Ne, jotka eivät käyneet taas olivat haluttomia kiertämään ympäri maata. Näin tämä hanke kaatui sairaalan sisäiseen vastustukseen ja intressiristiriitoihin. Asiaan palattiin uudelleen juuri ennen konkurssia, mutta silloin sairaanhoitopiireillä ei enää ollut halukkuutta luopua osasta omaa toimintaansa, vaikka ulkoistettu toiminta olisikin tullut halvemmaksi.

Toisin kuin Päijät-Hämeen mallissa, reumasairauksien erikoissairaanhoito olisi tuotu keskussairaalasta vuokrattuihin tiloihin, toimittu alihankkijana. Tämä malli voisi toimia myös SOTE-uudistuksessa, jossa kiinteistöjen ja henkilöstön joustavampaan käyttöön ehkä kannattaisi pyrkiä.

3. Eurooppalainen vaikean lastenreuman osaamiskeskus

Vuonna 2005 Euroopan Unioni julkaisi raportin ”Overview of current Centres of Reference on rare diseases in the EU” (http://www.eucerd.eu/?post_type=document&p=1198). Hankkeen vastuuvirkamiesten kanssa käydyissä keskusteluissa kävi ilmi, että vaikea lastenreuma voitaisiin hyvällä syyllä määritellä harvinaissairauksiksi, jolloin sille voitaisiin luoda eurooppalaisten osaamiskeskusten verkosto, jonka osana toimisi Reumasäätiön sairaalan lastenreuman alue. Lastenreumatologit olivat tämän hankkeen takana: ”Harvinaisten sairauksien verkosto ja siellä lastenreumatologia olisi RSS lastenreumatologialle ainoa tulevaisuutta jotenkin turvaava tekijä...” Keskustelut kuitenkin päättyivät henkilövaihdosten johdosta.

Harvinaissairauksien osaamiskeskukset ovat nykyisin osa EU:n toimintaa. Vaikea lastenreuma ei ole tässä joukossa.

Kehityshankkeet johtivat vain rahanmenoon

Uutta liiketoimintaa ei onnistuttu kehittämään hiipuvan toiminnan tilalle, ja sairaalan alamäki jatkui. Kun samaan aikaan toteutuneet kehityshankkeet jäivät tavoitteistaan, oli lopputuloksena konkurssi huhtikuussa 2010. Näitä epäonnistuneita ja kalliita hankkeita olivat mm. Helsinkiin avattu AVO-Reuma, joka toimi kalliissa vuokratiloissa eikä onnistunut löytämään omaa asiakaskuntaa kilpailluilla pääkaupunkiseudun markkinoilla. Viiden toimintavuotensa aikana se tuotti sairaalalle tappiota 825 k€ ja toiminta lopetettiin vuonna 2005.

Miljoonaluokan kehityshanke oli entisen henkilökunnan asuntolan saneeraaminen design-hotelliksi. Huolimatta monista yhteistyökumppaneista ja avustuksista, hanke johti sairaalan velkaantumiseen ja

vuoden 2007 lopulla säätiön/konsernin lainamäärä oli 4,6 M€. Kun samaan aikaan hotellin käyttöaste jäi alle 20 % tasolle ja vuotuisen tappion määrä oli noin ½ M€, velkaantumiskierrettä ei päästy katkaisemaan. Samalla syötiin lainanottokapasiteetti, ja muille kehityshankkeille ei enää saatu lainarahoitusta.

Kolmas kallis epäonnistuminen oli ulkopuolisen asiantuntemuksen ostaminen konsulteilta. Sairaalalla oli kolme jatkuvaa konsulttisopimusta, joiden vuosihinnat olivat 70 k€, 84 k€ ja 100 k€. Lisäksi käytettiin vero-, kilpailutus-, sopimus-, ulkoistus-, rakennus- ja sisustuskonsultteja. Yhteensä kustannus oli noin 460 k€ vuodessa. Tämän lisäksi vuoittain kertyi runsaasti ydinliiketoiminnan ulkopuolisia kustannuksia, jotka jouduttiin rahoittamaan hiipuvan kliinisen työn tuotoilla. Tätä ei säätiön talous kestänyt. Esimerkiksi vuoden 2007 talousarvio tehtiin 350 k€ tappiollisena. Ilman tätä 3,3% ”ohivirtausta” olisi budjetti ollut 650 k€ ylijäämäinen.

Uusia tuotteita pyrittiin edelleenkin kehittämään, mutta ne olivat liian pieniä huomioiden Reumasairaalan infrastruktuurin ja velkataakan suuruus. Tällaisia olivat mm. omaishoitajien koulutusohjelma. Kun lopulta sairaanhoitopiirit saivat ortopedian jononsa purettua, romahti ortopedian liikevaihto.

Näin jälkeenpäin voidaan todeta, että alussa mainittujen Reumasäätiö – Invalidisäätiö yhteistyöneuvottelujen kariutuminen oli onni onnettomuudessa: Reumasäätiön kaatuminen olisi saattanut vetää Invalidisäätiön mukaansa.

Tiedon johtaminen ja tiedolla johtaminen

Reumasäätiön kohtalo kuvaa tietojohdamisen ongelmia usealla tavalla:

1. Strategiatyössä ei toimintaympäristön muutoksia tunnistettu, tiedostettu, mitattu riittävällä intensiteetillä. Hälytysmerkit (hitaat, nopeat, hiljaiset ja äänekkäät) (3) jäivät huomioimatta.
2. Eri osapuolten välinen yhteinen tietopohja ei ennättänyt kehittyä ja muodostua ratkaisujen pohjaksi. Luottamus tuntumaan ja perinteeseen oli lopulta vahvempi.
3. Tietojohdaminen jäi erilleen johtajuudesta. Palkittu laatujärjestelmä oli toimiva itsenäisenä kokonaisuutena. Johtajuutta kuitenkin ohjasivat sisäiset intressit, mielikuvat ja valtapeli. Johtaminen ja tiedonvaihtofoorumit jäivät ikään kuin ylimääräiseksi kerrokseksi, jonka alla kliininen työ jatkui entiseen malliin.

Muutokseen sisältyy aina se riski, että kaikki ei jää ennalleen. Näin kävi Reumasäätiön sairaalallekin. Kun terveydenhuolto alkaa toimia yritysmaailman sääntöjen mukaan, se voi myös kokea yrityksen kohtalon. Reumasäätiön sairaalan tarinan ehkä kouriintuntuvin opetus on se, että kaikkein riskialttein toimintamalli näyttää olevan julkisen sektorin ja puhtaan liiketoiminnan välimaastossa tasapainotteleminen, jolloin kohdataan yritysmaailman riskit ja vaarat, mutta työkalut ja valmius niiden kohtaamiseen ovat vasta kehitysvaiheessa, eikä toimintakulttuurikaan vielä ole liikemaailman lainalaisuuksiin sopeutunut. Tähän välimaastoon SOTE nyt on viemässä koko sosiaali- ja terveydenhuoltoamme.

1. Huunan-Seppälä Antti: Reumasairaalan varhaiset vaiheet, ss 11-12. Kirjassa: REUMA, Reumasairauksien osaamiskeskus 50 vuotta, Reumasäätiön sairaala 2001
2. Isomäki Heikki: Nivelreuman ennuste on merkittävästi parantunut, ss 25-32. Kirjassa: REUMA, Reumasairauksien osaamiskeskus 50 vuotta, Reumasäätiön sairaala 2001
3. Nylander Olli: Tietojohdaminen ja tapaus SOTE, BoD-Books, Norderstadt, Saksa 2017, ISBN 9789523399587

LAATIKKOTEKSTI:

Opetukset nykyiselle SOTE-ajalle

Strategiset opetukset

- Jokaisen organisaation on tunnistettava ydintehtävänsä, asiakaskuntansa (asiakasryhmineen), sekä ydin- ja tukiprosessit
- Ydintehtävät on sopeutettava epäkypsiin markkinoihin: sote-markkinat eivät ole aitoja markkinoita, vaan:
 - o palvelujen kysynnän ja tarjonnan välissä on palvelujen tarve,
 - o palvelujen tarve väestötasolla on viime kädessä sote-politiikkaa, jossa eivät päde markkinatalouden lait – esim. yhdenvertaisuuden ja tasapuolisuuden periaatteet jne.
- SOTE on enemmän vakuutusjärjestelmä ja sopimusyhteiskunnan osa kuin puhdas markkinakenttä. Näin on myös löydettävä tähän sopivat kannusteet. Ne ovat sekoitus kapitaatio- ja suoriteperiaatetta.

Operatiiviset opetukset

- Varsinkin erikoissairaanhoidolle on ominaista:
 - o pitkälle kehitetty osaamispääoma,
 - o kallis toiminta tiloineen ja laitteineen.
- Sopimusten avulla on luotava pitkän aikavälin rahoitus. Pihlajalinna on pyrkinyt pitkiin sopimuksiin juuri tästä syystä: tasataan riskiä pitkälle ajalle ja mahdollistetaan pitkän tähtäimen osaamisen ja resurssien kehittäminen.
- Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimintatavat ovat toisistaan poikkeavat mutta tarvitsevat keskinäistä synergiaa, vuorovaikutusta, yhteistyötä. Organisaatiot on luotava palvelemaan näitä tekijöitä asiakkaan kannalta.
- Tietojohtaminen vaatii sekä toimivaa TIEDOLLA JOHTAMISTA, että toimivaa TIEDON JOHTAMISTA. Näiden tekijöiden välillä on jatkuva synerginen yhteys.
- Myös managementin ja leadershipin välillä on myös oltava yhteys – muuten johtamista hallitsee mutujohtaminen.