

Aki Lindén



VERTIKAALINEN INTEGRAATIO TERVEYDENHUOLLOSSA

- **MITÄ ON VERTIKAALINEN INTEGRAATIO ?**
- Kun yritys on vastuussa kahdesta toiseensa liittyvästä ”peräkkäisestä” arvoketjuprosessin tuotantovaiheesta
- Integrointi taaksepäin eli ”ylävirtaan”
- Integraatio eteenpäin eli ”alavirtaan”
- Lateraalinen integraatio: kaksi rinnakkaista arvoketjua johtaa välituotteiden kautta yhteen lopputuotteeseen
- Kommentti: on huomattava mikä EI ole vertikaalista integraatiota

Aki Lindén



MIKSI JA MITÄ PÄITÄISI INTEGROIDA ?

- EDUT: Kustannusten alentaminen ja hallinta sekä kilpailuedun saavuttaminen pidemmälle menevällä erikoistumisella
- MUTTA: Mitkä ovat terveydenhuollon palvelutuotteita ? Eli mitä oikeastaan voi integroida ? Yksi jako:
- 1) päivystystapahtuma, 2) suunniteltu yhden käynnin ”parantava” palvelu, 3) suunniteltu hoitoprosessia edellyttävä ”parantava” palvelu, 4) jatkuva toimintakyvyn turvaava palvelu (potilas ”ei parane”), 5) hoivapalvelu, 6) terminaalipalvelu, 7) uuden palvelun kehittäminen = projekti, 8) ennalta ehkäisy(palvelu)

Aki Lindén



POHDINTAA ESIMERKKIEN AVULLA

- **JATKOKYSYMYS:** Pitäisikö integraation tapahtua vain edellä mainittujen sisällä ("arvoketju") vain onko jotain hyötyä integroida laajemmin, eli itse asiassa horisontaalisesti terveydenhuollon sisällä, jos näin halutaan tulkita? Viime aikainen hallintokeskustelu on koskenut jälkimmäistä.
- **KÄYTÄNNÖN ESIMERKKEJÄ:** 1) Yhteispäivystykset, 2) Fokussairaaloiden toimintamalli, 3) Hoitoketjutyö, 4) Siirtoviiveproblematiikka eli "hoidon porrastus"

Aki Lindén



TERVEYDENHUOLTO JA MUU TERVEYTEEN VAIKUTTAVA PÄÄTÖKSENTEKO

- **TAKAISIN ARKEEN:** Käytännössä kyse on siitä, että saadaan yhden päätöksenteon ja johtamisen (hallinnan) piiriin terveydenhuollon kaikki resurssit, jolloin voidaan optimoida niiden käyttö lopputulosta tavoiteltaessa
- **ENTÄ:** Terveysthuoltoon vaikuttavat "ulkoterveydenhuollolliset" tekijät: liikenne, asuminen, koulutus, työelämä, elintavat jne
- **SUURI KYSYMYS:** Onko suomalainen kunta tässä suhteessa suuri innovaatio vai kehityksen jarru?

Aki Lindén



PRIMAARI – SEKUNDAARI – TERITÄÄRI”TASOT”

- PERINTEINEN JAKO:
- Primaariterveydenhuolto: väestö, valikoimaton potilaisto, tärkeimpien kansantautien ehkäisy ja hoito ja muiden sairauksien varhaisdiagnostiikka ja jatkohoito
- Sekundaariterveydenhuolto = erikoistunut taso. Mitä erikoissairaanhoido on ? Huom ! se EI ole ”erityissairaanhoido”
- Tertiääritaso = harvinaisten sairauksien hoito tai erityisen vaativat hoidot

Aki Lindén



TODELLINEN VS. HALLINNOLLINEN INETRAATIO

- NÄENNÄINEN JA TODELLINEN INTEGRAATIO: Oma kokemukseni (perusterveydenhuollon näkökulmasta) kahdesta kaupungista, joilla oli laaja oma erikoissairaanhoido, ei ollut erityisen rohkaiseva = hallinnollinen integraatio ei riitä
- Sen sijaan todellinen integraatio voi toteutua hyvinkin – jos tahtoa on – kahden eri ”isännän” mallissa
- Periaatteessa sen tulisi kuitenkin toimia paremmin ”yhden isännän” mallissa

Aki Lindén



KAIKKI TIET NÄYTTÄVÄT JOHTAVAN ”ALUEELLE”

- SIIS MILLAINEN TERVEYDENHUOLTO ?
- En käytä aikaa nyt eri ”mallien” vertailuun, vaan pikemminkin niitä yhdistävien seikkojen löytämiseen →
- Alueellisuus yhdistää sekä valtiojohtoista (NHS, Norja), sosiaalivakuutusperusteista, maakäräjäperusteista että kuntaperusteista malleja. Kysymys nyt kuuluukin, että millainen alue ja miten se ”istuu” muuhun hallintojärjestelmään – tätähän tämä ”koko vääntö” koskee.

Aki Lindén



EPÄSELVIÄ KÄSITTEITÄ – JA SAIRAALOIDEN TODELLISUUS

- MUUTAMIA NÄKÖKULMIA:
- Mikä on jako ”perustason erikoissairaanhoido” (tai ”nk. peruserikoissairaanhoido”, kuten sitä (?) hallitusohjelmassa kutsutaan) / vaativa erikoissairaanhoido ?
- Se EI ole a) jako erikoissairaanhoido / erityistason erikoissairaanhoido, eikä b) yliopistosairaalat / muut sairaalat, eikä c) yliopisto- ja keskussairaalat / alue- ja kaupunginsairaalat.
- On oikeasti tunnettava sairaalat ja niiden sisällöt, kyse on keskeisestä turvallisuus- ja hyvinvointipalvelusta, jolla ”ei saa leikkiä”

Aki Lindén



MITÄ OIKEASTI VOIDAAN TEHDÄ?

- JOHTOPÄÄTÖKSIÄ eli miten siis integraatio tulisi toteuttaa ?
- Vaihtoehtoja toki on, osa niistä olisi hyviä, mutta poliittisesti ei-suositujia”, osa toiminnallisesti ontuvia, mutta poliittisesti suositumpia (johtuen ”ulkoterveydenhuollollisista” prioriteeteista). Ja varsinainen monikanavaisuus on jäänyt vielä kokonaan keskustelun ulkopuolelle !
- Jää kaksi PÄÄVAIHTOEHTOA:
- 1) Perustason (kunnat) soteintegraatio ja ”varsinainen esh” kuntien yhteistyönä
- 2) Terveystenhuollon tai ”laajennetun” terveydenhuollon integraatio

Aki Lindén



ESH:N ”20-80 –SÄÄNTÖ”

- Jälkimmäinen johtaa väistämättä ”piirimalleihin” tai ”15-20 kunnan” malliin
- Ensiksi mainittu johtaa erikoissairaanhoidon pääosan hallinnoimiseen kuntien yhteistyönä (ervat, shpt tai muunlaiset yhtymät)
- Miksi yllä mainitussa erikoissairaanhoidon ”pääosa” jää kuntien yhteistoiminnan piiriin?
- 25 % esh:n potilaista aiheuttaa 80 % esh:n kuluista. Nämä + erikoisalujen päivystys + muu tehokkuuden vaatima keskitys (esim. sädehoito) kattavat yli 90 % esh:n kuluista

Aki Lindén



"DUUNARIVERSIO", JOKA RATKAISEE ENIMMÄT ONGELMAT

- Integraatio toteutuisi käytännössä seuraavilla keinoilla:
- 1) Sairaaloiden "työnantajapoolista" tulevat erikoislääkärit työskentelevät perusterveydenhuollossa pth:n työnjohdon alaisuudessa (Huom! Perusterveyden huoltoa ei "pelasteta" "erikoissairaanhoitoistamalla" se !)
- 2) Sairaaloiden omistajaohjaus todelliseksi: kuntien johtavat (terveys)viranhaltijat päättämään sairaaloiden asioista !