



Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)
Sosiaali- ja terveysministeriö

Kirkkokatu 14, Helsinki
PI 33, 00023 Valtioneuvosto
Puhelin 09-160 01 (vaihde)
Telekopio 09-160 74312

Pääsihteeri Ritva Halila
Sähköposti ritva.halila@stm.fi
Puhelin 09-160 73834

Osastosihteeri Nina Lindqvist
Sähköposti nina.lindqvist@stm.fi
Puhelin 09-160 74357

Sähköposti etene@stm.fi
Internet www.etene.org

Terveydenhuollon henkilöstön LIIKKUVUUS, VAIHTUVUUS JA EETTINEN VASTUU

Tätä julkaisua myy ja välittää:

Yliopistopainon kirjamyynä
PL 4 (Vuorikatu 3 A)
00014 HELSINGIN YLIOPISTO
Puhelin (09) 7010 2363
Fax (09) 7010 2374
books@yliopistopaino.fi
www.yliopistopaino.fi/kirjamyynä

ISSN 1797-9889
ISBN 978-952-00-2738-4



Terveydenhuollon työvoiman

LIKKUVUUS, VAIHTUVUUS JA EETTINEN VASTUU

ETENE:n 9. kesäseminaari 26.8.2008

■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)

ISSN 1797-9889 (Internet)
ISBN 978-952-00-2738-4 (PDF)

Kannen kuva: Tuomas Marttila / Rodeo

Tiivistelmä

Terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuus, vaihtuvuus ja eettinen vastuu. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), 9. kesäseminaari, Helsinki, 26.8.2008, 51 s. (ETENE-julkaisuja, ISSN 1458-6193:24) ISBN 978-952-00-2737-7 (nid.), ISSN 1797-9889 (PDF), ISBN 978-952-00-2738-4 (PDF)

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta halusi yhdeksännessä kesäseminaarissaan pohtia erityisesti kehitystä perusterveydenhuollossa, jossa terveystalvueluita ulkoistetaan ja hoidetaan enenevässä määrin tilapäistyöntekijöiden voimin. Erityisesti perusterveydenhuollossa on monin paikoin merkittävä työvoimapula, joka on pahentunut 2000-luvulla huolimatta terveydenhuollon ammattihenkilöiden määrän jatkuvasta kasvusta. Paikoin jopa joka neljäs lääkärin virka on täyttämättä. Myös hammaslääkäreistä ja hoitohenkilöstöstä on paikoin pula.

Neuvottelukunta näki kehityksessä myös hyviä puolia, mutta näki esimerkiksi pitkäaikaissairaiden ja moniongelmaisten hoidossa henkilöä hoitavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden vaihtumisen ongelmalliseksi. Keikkatyö toisaalta voi helpottaa vakituisten työntekijöiden työtaakkaa, mutta toisaalta voi aiheuttaa heille myös odottamatonta lisätyötä. Tyytymättömyys voi lisääntyä, mikäli työntekijöiden palkkaus ei vastaa heidän kokemustaan ja ammattitaitoaan. On myös ongelmallista, mikäli työntekijän oikeudellinen asema on erilainen riippuen siitä, toimiiko hän virkahenkilönä vai työsopimussuhteisena työntekijänä.

On tärkeää pohtia, mille arvoperustalle terveydenhuoltomme rakentuu ja mikä terveydenhuollossamme on arvokasta ja säilyttämisen arvoista. Terveydenhuollon järjestelmiä voidaan varmasti kehittää tavoin, joista hyötyvät niin terveydenhuollon palveluiden käyttäjät että siellä toimivat.

Asiasanat: arvot, etiikka, terveydenhuolto, terveystalvuelut, työhyvinvointi

Sammandrag

Hälso- och sjukvårdspersonalens rörlighet, omsättning och etiska ansvar. Riksomfattande etiska delegationens inom hälso- och sjukvården (ETENE) 9:e sommarseminarium, Helsingfors 26.8.2008, 47 s. (ETENE:s publikationer, ISSN 1458-6193:24) ISBN 978-952-00-2737-7 (inh.), ISSN 1797-9889 (PDF), ISBN 978-952-00-2738-4 (PDF)

Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården ville vid dess nionde sommarseminarium diskutera i synnerhet utvecklingen inom primärvården, där hälsovårdstjänster externaliseras och i allt större omfattning sköts genom att anlita tillfällig arbetskraft. Det råder ställvis stor brist på arbetskraft i synnerhet inom primärvården, och den har förvärrats under innevarande årtionde trots det alltmer ökande antalet yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Till och med var fjärde läkartjänst kan vara obesatt. Det råder ställvis också brist på tandläkare och vårdpersonal.

Delegationen såg också fördelar i utvecklingen, men tyckte att till exempel omsättningen av yrkesutbildade personer inom vården av långtidssjuka personer och personer med flera olika slags problem utgör ett problem. Tillfällig arbetskraft kan å ena sidan underlätta den ordinarie personalens arbetsbörda, men å andra sidan kan den även medföra för dem oväntat extra arbete. Missnöjet kan öka om de anställdas löner inte motsvarar deras erfarenhet och yrkesskicklighet. Det är också problematiskt om de anställda juridiskt är i olika ställning beroende av om de arbetar som tjänstemän eller som arbetstagare i arbetsavtalsförhållande.

Det är viktigt att dryfta hurudan värdegrundval vår hälso- och sjukvård baserar sig på och vilket som är värdefullt och värt att bevara inom den. Hälso- och sjukvårdssystemen kan säkert utvecklas på sätt som ger nytta till både dem som använder hälso- och sjukvårdstjänster och dem som arbetar inom vården.

Nyckelord: etik, hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdstjänster, välbefinnande i arbetet, värden

Summary

Mobility, turnover and ethical responsibility of health care personnel. National Advisory Board on Health Care Ethics, 9th summer seminar. Helsinki 26 August 2008, 47 pp. (ETENE Publications, ISSN 1458-6193:24) ISBN 978-952-00-2737-7 (inh.), ISSN 1797-9889 (PDF), ISBN 978-952-00-2738-4 (PDF)

At its ninth summer seminar the National Advisory Board on Health Care Ethics wanted to discuss in particular developments in primary health care where health services are outsourced and increasingly managed by using temporary labour force. In particular in primary health care there is in many places shortage of labour force, which has increased in this century despite the continuous increase in the number of health care professionals. Even every fourth post of a physician can be unfilled. There is also lack of dentists and nursing staff in some places.

The Advisory Board also saw some advantages in the development, but considered that the great turnover in the staff caring for persons with long-term illness and multiple problems constitutes a problem. Temporary labour can, on the one hand, facilitate the workload of the permanent staff but, on the other hand, it may also involve for them unexpected extra work. Dissatisfaction can increase if the pay of employees does not correspond to their experience and professionals skill. It is also problematic if the juridical status of employees is different depending on if an employee is working as a public servant or an employee with contractual employment relationship.

It is important to deliberate on what kind of value basis our health care is built on and what is valuable and worth preserving in it. It is certainly possible to develop the health care systems in various ways that benefit both the users of health care services and the staff.

Key words: ethics, health care, health care services, values, wellbeing at work

Sisällysluettelo

Tiivistelmä	3
Sammandrag	4
Summary	5
Terveydenhuollon työvoiman liikkuvuus, vaihtuvuus ja vastuu	9
Työn ulkoistamisesta on monia etuja	9
Työn ulkoistamiseen liittyviä ongelmia	10
Terveydenhuolto – osa yhteiskuntaa	11
Tulevaisuudennäkymät	11
Lopuksi	12
Terveydenhuolto, työmarkkinat ja työn luonteen muuttuminen <i>Markku Lehto</i>	14
TEOsta Valviraan - sosiaali- ja terveydenhuollon ennakovaa valvontaa kehitetään <i>Markus Henriksson ja Tarja Holi</i>	18
Lääkärin asema ja rooli <i>Hannu Halila</i>	21
Lääkäriskoulutuksen määrä vaihdellut suuresti	21
Riittävätkö lääkärit Suomessa?	21
Terveyskeskusten lääkärivaje	22
Erikoissairaanhoidon tilanne	23
Lääkärien toimintasektorien muutokset	24
Lääkärien näkemykset tulevaisuudesta	24
Miksi lääkäriksi ja mikä erikoisala?	25
Kirjallisuutta	26
Hoitajan asema ja rooli terveydenhuollossa <i>Tarja Honkalampi</i>	27
Pirstaloitunut hoito luo haasteita niin potilaille kuin hoitajille	27
Julkiset palvelut terveystaloiden kivijalkana	27
Pulaa erityisesti sijaisista	28
Suun terveydenhuollon haasteet <i>Matti Pöyry</i>	29
Nykytila - suun terveydenhuollon palvelujen rapautuminen täytyy estää	29
Asiakasnäkökulma - potilaan oikeus hyvään ja yksilöllisen tarpeen mukaiseen hoitoon suun terveydenhuollon kehittämisen pohjaksi	30
Suomen Hammaslääkäriliiton Eettisen valiokunnan kannanotto	31
Keikkalaisen ja vuokratyövoiman asema ja rooli <i>Teppo Heikkilä</i>	32
Päivystystyö	32
Vastaanottotyö	34
Vuokralääkäriyritykset työntekijän kannalta	35
Vuokralääkäriyritysten tulevaisuus	36
Yksityinen yritys terveystalospalvelujen tuottajana <i>Raimo Puustinen</i>	38
Palvelujen käyttäjän rooli ja asema <i>Markku Lehto</i>	39
Perusterveydenhuollon tulevaisuus <i>Kati Myllymäki</i>	41
Mikä mättää terveystaloksissa	41
Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus	42
Perusterveydenhuollon skenaariot	43
Muuttuva lainsäädäntö	43
Tavoitetila	43
ja miten tavoitteeseen päästään... ..	44
Summa summarum	44
ETENE:n jäsenet ja varajäsenet 12.10.2006-1.10.2010	45
ETENE-julkaisut	46

Terveydenhuollon työvoiman liikkuvuus, vaihtuvuus ja vastuu

1990- ja 2000-luvulla suomalaisessa terveydenhuollossa on tapahtunut monenlaisia merkittäviä muutoksia. Valta ja vastuu terveydenhuollossa ovat siirtyneet enenevästi kunnille. Sosiaali- ja terveydenhuollon säännökset ja valtiosuudet ohjaavat kuntien toimintaa terveydenhuollossa, joskin toiminnassa on suuria kunta- ja sairaanhoitopiirikohtaisia eroja. Terveydenhuollon tarpeisiin vaikuttaa voimakkaasti kuntien väestörakenne ja sen muutokset sekä palveluiden tarjontaan kuntien taloudellinen tilanne. Riittävä henkilöstö on yksi merkittävimpiä terveydenhuollon toimivuuden edellytyksiä.

Terveydenhuollon henkilöstömäärä on lisääntynyt viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Samalla terveydenhuollon ammattihenkilöiden keski-ikä julkisella sektorilla on noussut. Henkilöstömäärä on lisääntynyt julkisella sektorilla eniten erikoissairaanhoidossa. Edellä olevien tekijöiden seurauksena on syntynyt tilanne, jossa työpaikkojen ja henkilöstön määrät eivät ole pysyneet tasapainossa ja on muodostunut eri työntekijäryhmien henkilöstövajeita. Vaje on jakaantunut epätasaisesti: Esimerkiksi Kainuun terveystieteiden keskuksissa v. 2007 oli enemmän kuin joka neljäs terveystieteiden keskuksen vakanssi täyttämättä. Varsinais-Suomessa ja Pohjois-Savossa vaje oli vain n. 5 %. Vaje on merkittävä myös hammaslääkäri- ja sairaanhoitajien voimassa. Samoin koulutettua hoitohenkilöstöä on vaikeaa saada lyhytaikaisiksi sijaisiksi. Vuonna 2008 ainakin lääkäreiden vaje on edellisiin vuosiin verrattuna edelleen kasvanut.

Terveydenhuollon työvoimavajasta on yritetty täyttää monin tavoin: Työvoimaa välittävät yritykset, ns. keikkafirmat, välittävät työvoimaa sinne, missä siitä on puutetta. Monet kunnat ovat ulkoistaneet terveystieteiden keskuksen ja/tai sairaalapäivystyksen, toisissa kunnissa on päädytty ulkoistamaan joko osa terveystieteiden keskuksen toimintaa. Välitysytykset välittävät työvoimaa myös sairaaloihin. Kaukana suurista väestökeskuksista työvoimaa ei saa rekrytoitua edes henkilöstövälitysytysten avulla. Monet pienten kuntien terveystieteiden keskuksukset toimivat vajaalla työvoimalla pitkiä aikoja. Tällöin työssä olevien kuormitus lisääntyy, mikä voi osaltaan lisätä työntekijöiden halua siirtyä pois terveystieteiden keskuksista.

Työn ulkoistamisesta on monia etuja

Työn ulkoistaminen on helpottanut vakinaisten viranhaltijoiden työtaakkaa, kun raskaan päivätyön lisänä ollut päivystysrasite on vähentynyt. Sopimus henkilöstövälitysytysten kanssa on yksinkertaistanut ja selkiinnyttänyt sijaisjärjestelyitä, koska yksi toimija järjestää terveydenhuollon yksikköön työntekijän.

Päivystysluonteinen työ terveystieteiden keskuksessa on pääasiassa kertaluonteista, tapaturmien ja äkillisten sairauskohtauksien hoitoa. Vakavissa tilanteissa potilas lähetetään

erikoissairaanhoidon, jossa arvioidaan ja järjestetään jatkohoidon tarve ja -paikka.

Välitysyriksen kautta työskennellessä terveydenhuollon ammattihenkilö kykenee hallitsemaan omaa työaikaansa, sillä kaikki eivät halua sitoutua kokopäiväisesti esimerkiksi lääkärintyöhön.

Keikkalaisena voi työrupeaman ottaa itselle parhaiten sopivimpaan aikaan. Myös lomat voi järjestää tahtomallaan tavalla, tosin ilman palkkaa.

Työn ulkoistaminen on pakottanut terveydenhuollon punnitsemaan työnsä tarkkaan. Uusien toimijoiden tulo on tuottanut oivalluksia siitä, miten työ voidaan tehdä tehokkaammin, tuottavammin ja järjestelmällisemmin sekä miten voidaan purkaa päällekkäisyyksiä ja lopettaa turhia työpisteitä. Vaikka kilpailutuksessa usein valintaan eniten vaikuttavana tekijänä on työn hinta, on arvojen, laadun ja ammattitaidon merkitys lisääntynyt ratkaisuja tehtäessä.

Työn ulkoistamiseen liittyviä ongelmia

Terveydenhuollon säännökset edellyttävät, että työstä on vastuussa laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Jos työhön tuleva päivystäjä on opiskelija, hän tarvitsee vastuuhenkilön, jota pystyy tarvittaessa konsultoimaan ja joka voi tarpeen tullen tulla myös paikalle. Välitysyriksessä työskentelevä seniori ei siksi voi toimia päivystäjän vastuuhenkilönä. Työvoimaa tilannut terveydenhuollon yksikkö ei välttämättä ole varautunut siihen, että vakituinen työntekijä toimii koko viikonlopun korvauksetta takapäivystäjänä. Mitä suurempi henkilöstövajaus terveystieteiden keskuksessa on, sitä enemmän vakituiset työntekijät joutuvat kantamaan vastuuta terveystieteiden toiminnasta myös omalla vapaa-ajallaan. Vakituksille työntekijöille jää usein vastuulleen myös päivystysaikana määrättyjen tutkimusten tulkinta ja jälkihoito. Tyytymättömyys vain kasvaa, mikäli vakituisen työntekijän saama rahallinen korvaus työstään ei vastaa kokemattomalle päivystäjälle maksettavaa korvausta.

Työvoiman suuri liikkuvuus ja vaihtuvuus ovat ongelmallista aloilla, joissa pitkäaikainen hoitosuhde on osa hyvää hoitoa. Esimerkiksi mielenterveystyössä ja vanhusten hoidossa henkilökohtainen kontakti ja vuorovaikutus ovat merkityksellisiä hoidon osatekijöitä. Jatkuvasti vaihtuva henkilöstö ahdistaa potilaita ja heikentää heidän luottamustaan ja turvallisuuden tunnettaan. Potilaat turhautuvat toistaessaan samoja asioita aina uudelle henkilölle. Myös potilasturvallisuus voi kärsiä.

Jatkuva siirtyminen työpisteestä toiseen ei sitouta myöskään terveydenhuollon ammattihenkilöä pitkäjänteiseen työhön. Lähettävä lääkäri saa yleensä hoitopalauteen erikoissairaanhoidon lähetteestä. Ulkopuolista päivystäjää tai lyhytaikaista sijaista palaute hoidon onnistumisesta tai sen haasteista ei tavoita.

Terveydenhuollon ulkoistaminen on syntynyt työvoimapulan aiheuttamasta tarpeesta. Jatkuva ja kasvava työvoimapula kuluttaa vakituisen henkilöstön voimavaroja, päivystysrasite kasvaa ja vakituisen henkilöstön vastuulle jäävän väestön määrä lisääntyy. Jos kokeneet ammattihenkilöt väsyvät alati kasvavaan työn määrään, he siirtyvät muualle. Kuormitettuihin työpisteisiin on vaikeaa saada uusia työntekijöitä. Osaamisen ja ammattitaidon määrä on vaarassa vähentyä entisestään.

Kun toimijoiden määrä lisääntyy, toiminnan koordinaatio on entistä haasteellisempaa. On pidettävä huolta siitä, että laboratorio-, röntgen- ja muiden tutkimusten

vastaukset tulevat henkilölle, joka pystyy ne tulkitsemaan ja tarvittaessa puuttumaan hoitosuunnitelmiin. Tutkimustulosten tarkistaminen, tulkitseminen sekä niiden edellyttämät toimenpiteet voivat olla aivan uudenlainen haaste, kun sähköiset tietojärjestelmät ovat täysmääräisesti käytössä.

Keikkatyöläinen on työsopimussuhteessa yritykseen, ei terveydenhuollon yksikköön, ja hän toimii näin erilaisessa asemassa kuin virkasuhteessa toimiva kollegansa. Erilainen asema ja vastuu ovat ongelma, mikäli hoito ei ole sujunut toivotulla tavalla ja asia menee valvontaviranomaisten arvioitavaksi. Esimerkiksi eduskunnan oikeusasiamies on todennut, että oikeudenmukaisuuteen kuuluu myös samaa työtä tekevien kohtelemisen valvontatilanteissa samalla tavalla – ei sen perusteella, millaisessa työsuhteessa he toimivat. On tärkeää että tämä tiedostetaan laadittaessa terveydenhuollon järjestämistä koskevia sopimuksia.

Terveydenhuolto – osa yhteiskuntaa

Suomalainen sosiaaliturvan malli ja hyvinvointivaltio rakennettiin toisen maailmansodan aikana ja sen jälkeen. Järjestelmällä oli pitkään vahva ja keskitetty valvonta- ja ohjausjärjestelmä. Ympäröivä yhteiskunta on muuttunut nopeasti viimeisten vuosikymmenien kuluessa. Myös julkinen sektori joutuu sopeutumaan yhteiskunnan muutoksiin, kansainvälistymiseen, globalisaatioon sekä myös yhteiskunnan ja yksilöiden arvojen muutokseen.

Vaikka terveydenhuolto muuttuu yhteiskunnan mukana, sillä on kuitenkin omat erityispiirteensä. Kansalliset ja kansainväliset säännökset ohjaavat terveydenhuollon toimintaa, ja toimintaa valvovat monet valvontaviranomaiset. On monia tapoja järjestää toimiva terveydenhuolto. Sosiaali- ja terveystalouden verorahoitus on edelleen laajasti poliittisesti hyväksytty terveydenhuollon järjestämisen peruseräite Suomessa. Kilpailu ja yksityistäminen ovat tehostaneet ja jännevittäneet työtä myös terveydenhuollon julkisella sektorilla.

Tulevaisuudennäkymät

Eettiseltä kannalta on tärkeää, että suomalaisessa terveydenhuollossa potilas tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti tulee kuulluksi ja hänen sairautensa tulevat hyvin hoidetuksi yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä edellyttää pitkäjänteisyyttä, ammattitaitoa, viisautta ja vuorovaikutustaitoja. Näitä tarvitaan kaikilla terveydenhuollon tasoilla ja niiden välillä. Asiat, jotka voidaan hoitaa yhdellä vastaanottokäynnillä, eivät tuota ongelmia silloinkaan, kun hoitava henkilöstö vaihtuu. Sen sijaan monisärmäisten ongelmien hoitaminen on vaikeaa, koska neuvottelut yhteiskunnan eri sektoreiden kanssa, kuten lastensuojelun, päihdehuollon tai asumispalveluja tuottavien tahojen kanssa, on vaikeaa järjestää vaihtuvan henkilöstön avulla. Samoin terveydenhuollon yksiköiden voimavarojen ja teknisten laitteiden hankinta tai yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa on haasteellista, jos terveydenhuollossa asioita hoitaa joka tapaamiskerralla uusi henkilö. Hoidon pirstaloituminen voi tulla kalliiksi, koska se lisää työn päällekkäisyyttä, samojen asioiden ja toimenpiteiden toistoa, heikentää hoidon kokonaisuutta ja aiheuttaa turvallisuusriskejä. Pirstaloituminen lisää myös asiakkaan omaa vastuuta ja taakkaa asioidensa hoidossa. Kokonaisvastuu potilaan hoidosta on asiakkaan ja potilaan etu. Tällöin potilas voi keskittää voimava-

ransa paranemiseen sairaudestaan ja kuntoutumiseen. Kokonaisvastuu edistää myös hyvän työyhteisön säilymistä ja yhteiskunnallista hyvinvointia.

Perusterveydenhuolto on koko terveydenhuollon toimivuuden perusta riippumatta siitä, miten terveydenhuolto on järjestetty. Jotta potilas tulee kuulluksi ja hoidetuksi hyvin, häntä ja hänen asioitansa hoitavilla on oltava riittävä ammattitaito, hyvä käsitys toisten toimijoiden työstä ja hyvät yhteydet heihin. Kyky hallita työtään on merkittävää työhyvinvoinnin ja työssä pysymisen kannalta. Julkinen sektori ei mitä ilmeisimmin ole ottanut riittävän hyvin huomioon työntekijöiden toiveita liittyen työoloihin, työn joustavuuteen ja sen hallinnan mahdollisuuksiin. Uudet terveydenhuollon toimijat ovat lisäksi panostaneet paljon myös työntekijöiden perehdytykseen ja koulutukseen. Nämä kaikki yhdessä ovat houkutelleet paremmin kuin palkka, joka on nykyisin kohtalaisen vertailukelpoinen julkisella ja yksityisellä sektorilla.

Suomen terveydenhuollossa on käynnissä rakenteita uudistavia hankkeita. Hankkeiden tarkoitus on turvata kansalaisten peruspalveluiden, mukaan lukien terveyden- ja sosiaalihuollon tarve tulevaisuudessa. Henkilöstön vanhetessa ja eläköityessä myös terveydenhuollossa on pohdittava, miten voimavarat riittävät kasvaviin tarpeisiin. Työmarkkinoilla olevien työntekijöiden hyvinvoinnin turvaaminen ja työympäristön sovittaminen erilaisiin elämäntilanteisiin voisi hyödyttää paitsi työntekijää myös koko yhteiskuntaa, työnantajaa ja hoitoa tarvitsevia potilaita.

Lopuksi

Kesäseminaarissa pohditut kysymykset terveydenhuollon työvoiman liikkuvuudesta, vaihtuvuudesta ja vastuusta eivät ole vain suomalaisia erityiskysymyksiä. Samoin esiin nostetut ongelmat eivät johdu vain suomalaisesta yhteiskunnasta ja sen erityispiirteistä. Terveydenhuollon työvoima liikkuu ja vaihtuu, koska työmarkkinat kaikkialla maailmassa ovat muuttuneet talouden ja globaalistumisen seurauksena. Työn ehdot ovat erilaiset, minkä vuoksi myös työntekijöiden suhde työhön on toisenlainen kuin ennen. Suomalaisen terveydenhuollon ohjausjärjestelmät ovat osittain peräisin ajalta, jolloin kansallisvaltioilla oli nykyistä enemmän valtaa järjestää ja säännellä toimintojaan. Ennen työmarkkinat toimivat erilaisten ehtojen alaisina kuin nykyisin. Terveydenhuollon muutosten näkeminen osana maailmanlaajuisista muutosta voisi selkeyttää tilannetta: suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ei ole ajautunut kriisiin, sen on vain vastattava haasteisiin, joita globalisaatio asettaa. Erityisen tärkeää on turvata kattava perusterveydenhuolto ja määritellä vastuuketjut niin, että kaikille taataan riittävä ja hyvä hoito.

Terveydenhuollon työvoiman liikkuvuutta ja vaihtuvuutta koskevat ongelmat kulminoituvat julkisessa keskustelussa kysymykseen keikkalääkäreistä. Keskusteluissa ei aina eroteta ongelmaa sen ratkaisuyrityksistä, vaan keikkatyöntekijöiden syyksi luetaan sellaista, mihin heillä ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa. Työ terveyskeskuksessa on nykyisellään erittäin vaativaa. Perusterveydenhuollon tehtäväksi on säilytetty paljon sellaista, mikä ei kuulu sen ydintehtävään. Terveydenhuollon henkilöstön mahdollisuus kehittyä ammatillisesti ja muokata omaa työtään ja sen ehtoja ovat vuosien kuluessa heikentyneet. Raskas päivystysvastuu ei enää sovi yhteen nykylääkärien yksityiselämän velvollisuuksien kanssa. Lääkäreilläkin on oikeus riittävään lepoon ja mahdollisuuteen viettää aikaa perheidensä kanssa. Keikkalääkärijärjestelmässä

on monia etuja, jos sitä käytetään suunnitelmallisesti. Jos perusterveydenhuoltoa vaivaavat ongelmat kyetään korjaamaan, keikkalääkäreitä voidaan käyttää nykyistä mielekkäämmin.

Suomessa vallitsee laaja poliittinen yksimielisyys perusterveydenhuollosta: kaikki puolueet haluavat säilyttää nykyisen verorahoitteen järjestelmän. Ongelmia ei tarvitse yrittää ratkaista luomalla uusi järjestelmä vaan parantamalla olemassa olevaa. Alkuun voitaisiin päästä arvioimalla, mikä terveydenhuollossamme on arvokasta ja minkälaiselle arvoperustalle sitä halutaan tulevaisuudessa rakentaa. Terveydenhuollon ammattihenkilöt pyrkivät omien arvojensa perusteella eettisesti korkeatasoiseen ja laadukkaaseen hoitoon riippumatta siitä, millainen heidän työsuhteensa on. Keikka-työntekijän mahdollisuudet verrattuna virassa olevaan kollegaansa eroavat lähinnä siinä, miten he pystyvät omaksumaan yhteisönsä ja väestönsä arvot ja vaikuttamaan niiden hyvinvointiin ja terveyteen kokonaisuutena. Kun terveydenhuollon henkilöstö kokee voivansa toimia arvojensa mukaisesti ja voi keskittyä perustehtäväänsä, se pystyy järjestämään oman työnsä asiakkaan ja potilaan kannalta laadukkaasti. Näin pystytään tarjoamaan suomalaista hyvää perusterveydenhuoltoa väestölle myös tulevaisuudessa.

Terveydenhuolto, työmarkkinat ja työn luonteen muuttuminen

Kuluneen kahdenkymmenen vuoden aikana olemme havainneet kantapään kautta, että terveydenhuollon työvoiman riittävyys kytkeytyy talouden kehitykseen. 80-luvun lopussa puhuttiin terveydenhuollon työvoimapulasta ja muutamaa vuotta myöhemmin työttömyydestä. Tuskin oli lamasta selvitty, kun vanha vaiva palasi, terveyskeskuksiin ei löytynyt riittävästi lääkäreitä. Se oli samalla osoitus siitä, että työmarkkinoita yleisesti koskevat säännönmukaisuudet koskevat myös terveydenhuoltoa. Liittymäkohdat eivät rajoitu tähän. Perimmiltään tuotantorakenteen muutokset ja työelämän etiikka ohjaavat myös terveydenhuollon kehitystä.

Terveydenhuollon etiikasta puhuttaessa tarkastellaan yleensä potilaan ja henkilökunnan oikeuksia ja velvollisuuksia. Hyvän hoidon määrittelyllä on perinteitä hellenistiseltä ajalta alkaen. Terveydenhuollon etiikan perusta luotiin vuosisatoja ennen kuin tultiin teolliseen yhteiskuntaan. Entä auttavatko ne hakemaan ratkaisuja, kun tarkastellaan ajankohtaisia terveydenhuollon työmarkkinoihin liittyviä ongelmia.

Kaikki tiedämme, että globaalistuminen muuttaa kovaa vauhtia tuotannon ja samalla työelämän ehtoja. Globaalistuminen laajentaa pääoman ja tavaroiden markkinoita. Osa palveluista on tässä suhteessa rinnastettavissa tavaramarkkinoihin ja nekin osat palveluista, jotka perustuvat henkilökohtaiseen kanssakäymiseen ovat välillisesti yhteydessä globaalistumiseen. Työmarkkinoiden kansainvälistyminen tarkoittaa sitä, että yhä useampi voi etsiä ja etsii paikkaansa kansainvälisiltä työmarkkinoilta ja toisaalta tuotannon muutokset voivat heiluttaa kansallisia työmarkkinoita yllättävällä tavalla. Tästä syystä mitä tiukimmin kansallinen tehtäväkään ei välty kansainvälisten konjunktuurien vaikutuksilta.

Kun katsotaan terveydenhuollossa omaksuttua työetiikkaa tuotannon muutosten kehityksessä, voidaan erottaa neljä vaihetta. Ensimmäinen koskee maatalousyhteiskuntaa, jossa terveydenhuolto on käsityöläisen ja yrittäjän asemaan verrattavaa toimintaa. Tehtävänä on auttaa ihmisiä parhaan kyvyn mukaan ja työhön sovelletaan yrittäjän vapautta ja "art and science" pohjalta uutta ja vanhaa tietoa ja taitoa. Kysymys on kahden henkilön tapaamisesta, jossa organisaation osuus on olematon. Tämä malli on käynyt yhä harvinaisemmaksi.

Toinen vaihe muistuttaa teollisen yhteiskunnan ominaispiirteitä, sarjatuotantoa liukuhihnoineen. Toiminta on organisoitu kellon mukaan ja toiminnat standardisoidaan. Organisaation perusmallina on Weberin hierarkkinen byrokratia. Tehtävät ja vastuut rajataan, jokaisella on oma rajattu työnsä ja tehokkuudesta vastaa koko organisaatio. Byrokratia ymmärretään myönteisenä tapana organisoida tehtävät. Terveydenhuoltoon tämä tehdastyön tai weberiläisen byrokratian etiikka tuli ensin sairaaloihin. Avohoitoon sen valiteltiin tulleen terveyskeskusten myötä.

Kritiikki teollista palvelua kohtaan heräsi kuitenkin samoihin aikoihin. Jo 1970-luvun loppupuolella ryhdyttiin kaipaamaan perhelääkäriä ja siitä muotoutui

vähitellen omalääkäri-idea. Näin tultiin nopeassa tahdissa kolmanteen vaiheeseen, palveluyhteiskuntaan, jossa palvelu tarkoittaa asiakkaan tarpeiden ymmärtämistä, palvelun sovittamista yksilön mukaan ja terveydenhuollossa yhtä hoitotapahtumaa kattavampaa sitoutumista hoitoon ja hoidettavaan. Palveluetiikka tässä muodossa tarkoittaa asiakkaan kuulemistä ja hänen olojensa ja mahdollisuuksiensa huomioon ottamista. Kun ajatusta ryhdyttiin soveltamaan käytäntöön jäi kuitenkin liian vähälle huomiolle se, että uutta käytäntöä ei voi omaksua ellei vanhasta karsita paljon pois. Yksilöllinen palvelu ja byrokratiiahanteen mukainen organisaatio eivät sovi toisiinsa.

Merkittävä sivujuonne oli se, että terveydenhuollon kentälle tuli noihin aikoihin runsain määrin ennakkoluulotonta nuorta työvoimaa. Monille näistä nuorista terveydenhuollon koulutus merkitsi vanhakantaisesti ilmaistuna säätykiertoa. Ei ole ihmettelemistä, jos työn eetos toteutui heidän mielestään parhaiten kansan pariin asettumalla. Terveyskeskuksiin saatiin sielultaan kansanterveystyöhön omistautuneita lääkäreitä ja hoitajia, jotka tekivät työstä oman näköisensä.

Neljäs vaihe, markkinatalouden periaatteiden soveltaminen terveydenhuoltoon, käynnistyi hitaasti jo 80-luvulla ja paine jatkoi kasvamistaan lamavuosina. Vauhtia laajenemiselle antoi valtionosuusuudistus ja henkisen pohjan tarjosi markkinatalouden globaali läpimurto. Julkisen vallan harjoittaman säätelyn ja ohjauksen sijasta alettiin uskoa kilpailun eli kysynnän ja tarjonnan rooliin ohjaajana. Terveydenhuollon kentällä käynnistyi vastaavasti keskustelu tilaajasta ja tuottajasta. Näiden roolien selventäminen oli monen mielestä avain tehokkuuteen.

Tässä näyttää käyneen samalla tavalla kuin ammatinharjoittamisen eli omalääkärin idean yhdistämällä byrokraattiseen toimintamalliin. Kilpailun yhdistäminen pitkäjänteiseen ja kattavaan palveluun ei ole yhtään helpompaa. Kilpailu edellyttää toimiakseen useita kysyjä ja useita tarjoajia sekä kaikilta mukana olijoilta hyviä tietoja vaihdon kohteesta. Terveydenhuollossa nämä ehdot eivät läheskään aina toteudu. Markkinat ovat pienet ja kohde vaikeasti määriteltävissä. Viimeksi mainittu johtaa kohteen viipaloimiseen, ostetaan osia ja tuotetaan itse loput. Vaihdon kohde on näin helpompi määritellä, mutta samalla syntyy toinen ongelma, miten onnistutaan yhdistämään ostettu osa omaan tuotantoprosessiin ja miten vastuu jaetaan ostajana ja myyjän kesken. Jokaisesta kakusta ei voi poimia vain rusinoita pinnalta.

Markkinoilla on suhteellisen helppo toimia niin kauan kuin ostetaan ja myydään tuotteita, joilla on markkinoita muuallakin kuten siivous- ja ateriapalveluja. Periaatteessa sen pitäisi olla helppoa myös silloin kun vuokrataan työvoimaa. Vuokratyön etunahan on se, että vuokraaja vastaa työnantajavelvoitteista. Mutta terveydenhuollon käytäntö on oma lukunsa. Hoidosta vastaa palvelun järjestäjä, jolle lyhytaikaisista ja vaihtuvista työntekijöistä voi tulla myös ongelmia. Jännite näkyy erityisesti niin sanotussa keikkalääkäri-ilmiossa. Ei ole syytä epäillä etteikö keikkalääkäri ajattele potilaan etua ja hoida tätä hyvin. Mutta toimintatapa estää pitkäaikaisten hoitosuhteiden muodostumisen ja portinvartijan roolikin voi jäädä taka-alalle.

Perimmiltään on kysyttävä, mitä työmarkkinoilla yleisesti tapahtuu ja miten terveydenhuollon tulisi siihen sopeutua. Työmarkkinoiden kansainvälistyminen on yksi kehityspiirre, joka on otettava huomioon silloin, kun halutaan turvata osaava työvoima. Mieluummin aivotuontia kuin aivovienttiä. Toinen merkittävä seikka koskee henkilöstön odotusten eriytymistä. On urantekijöitä ja perheestä huolehti-joita, tutkimussuuntautuneita ja käytännön työntekijöitä, vapaa-aikaa arvostavia ja

työhulluja, nuoria ja vanhoja, uupuneita ja innokkaita, sosiaalisesti taitavia ja taitamattomia, uudistushaluisia ja vanhaan turvautuvia, liikekannalla olevia ja paikkaan sidottuja ja niin edelleen. Kun työvoimasta tulee niukkuutta, työtehtäviä ja työehtoja on muokattava niin, että näille kaikille löytyy heidän tyyliinsä sopiva paikka. Kolmas piirre koskee työntekijöiden ikääntymistä, eläkkeelle siirtymistä ja uusien henkilöiden rekrytoimista heidän tilalleen. Se edellyttää työvoiman liikkuvuutta ja sen tekemistä mahdolliseksi.

Liikkuvuus ja joustavuus ovat asioita, joihin terveydenhuollon tulevaisuus perustuu. Keikkatyöntekijät ovat antaneet siitä esimakua. Kaikkia ei maku ole miellyttänyt ja harvaa kaikki sen vivahteet. On kuitenkin epätodennäköistä, että onnistuisimme vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin olettamalla työntekijöiden olevan yhdestä puusta veistettyjä. On yhä enemmän niitä, joille sitoutuminen pitkäaikaiseen työ- ja hoitosuhteeseen ei ole elämäntehtävä. Heille elämä itsessään on tehtävä. Jos näin on, niin kaikille ei voida taata pitkäaikaisiin hoitosuhteisiin sitoutuneita lääkäreitä. Silloin niitä pitää tarjota ensi sijassa niille, joille se on tarpeellisinta eikä edetä aakkosten tai asuinpaikan mukaan.

EU:n piirissä on tullut tavaksi puhua flexicuritystä eli joustavuuden ja turvallisuuden yhdistelmästä. Turvallisuus tarkoittaa työntekijän turvallisuutta, joustavuus työmarkkinoiden, lähinnä työntekijöiden kykyä joustaa olosuhteiden muutosten mukaan. Kysymys on pelkistetysti siitä, miten yhdistää työntekijän aseman turvallisuus työmarkkinoiden joustavaan toimintaan, joka edellyttää työtehtävien vaihdoksia ja joustavaa siirtymistä työpaikasta toiseen. Viime kädessä työntekijän turvallisuus riippuu kysynnän ja tarjonnan tasapainosta. Terveydenhuolto on siitä oiva esimerkki. Siellä työvoiman niukkuus on johtanut siihen, että työnantajalta on vaadittu uutta joustavuutta työntekijöitä rekrytoitaessa.

Itse asiassa joustoturva herättää terveydenhuollossa aivan toisenlaisia kysymyksiä. Kuvaan pitäisi mahtua myös potilas ja hänen hoitonsa. On vastattava kysymykseen, miten turvataan työmarkkinoiden joustavuus ja potilaan turvallisuus. Joustavuus tarkoittaa työvoiman liikkuvuutta, uusia ihmisiä uusissa tehtävissä. Eikä kysymys ole vain tuotannon vaatimista joustoista. Työntekijöidenkin on voitava joustaa elämäntilanteiden mukaan, perhe ja läheissuhteet vaativat aikansa. Postmoderniin maailmaan kuuluu myös luovuus, uuden etsintä. Työetiikka tulee monitahoisemmaksi ja samalla vaativammaksi. Se ei edellytä vain sääntöjen noudattamista eikä vain uuteen sopeutumista, vaan myös uuden luomista, uusien mahdollisuuksien näkemistä. Koko työyhteisön on kyettävä yhdistämään muutos ja jatkuvuus.

Asiasta ei selvitä aivan vähällä. Johtamistaidot joutuvat koetukselle. On ymmärrettävä terveydenhuollon monikerroksisuus ammatinharjoittamisen perinteestä byrokraattiseen hallintomalliin ja prosessiteollisuuden toimintaperiaatteisiin asti. Näiden rinnalle on noussut työntekijöiden halu määritellä työsuhteensa yksilöllisesti. Työn sujuvuus edellyttää, että työyhteisön vuorovaikutussuhteet osataan läpivalaista. Jatkuvuuden turvaaminen edellyttää hyvää tiedon kulkua ja varmistumista siitä, että oikea tieto todella siirtyy. Joustavuus edellyttää sosiaalisten taitojen vahvistamista, halua ja kykyä lukea muutoksia "ilmasta". Ei riitä, että muodollinen vastuu on selvä. Lopputulos ratkaisee. Potilasta ei suuresti lohduta vastuusuhteiden selkeys, jos itse hoito on epäonnistunut. Toisin sanoen on varmistuttava, että hoitava henkilökunta on tehtäviensä tasalla ja että vastuu lopputuloksesta koetaan yhteiseksi vastuuksi.

Vanhaa fysiikan sääntöä muuttaen voisi sanoa, että mitä joustavuudessa voite-

taan, se opastamisessa menetetään. Mutta se on liioiteltua pessimismiiä. Joustavuus ja jatkuvuus ovat turvattavissa tavalla, joka edistää inhimillisiä työoloja ja antaa tilaa henkiselle kasvulle. Ohjaukseen, työhön perehdyttämiseen ja keskusteluun on kuitenkin käytettävä kohtuullisesti aikaa. Ja viime kädessä sopimuksia laadittaessa on nähtävä riittävästi vaivaa hoidossa noudatettavien käytäntöjen ja tehtävien vaatavuuden määrittämiseksi. Vanhat eettiset ohjeet ovat edelleen ajankohtaisia, mutta niiden soveltaminen on nykyisissä toimintamalleissa entistä vaativampaa.

TEOsta Valviraan - sosiaali- ja terveydenhuollon ennakoivaa valvontaa kehitetään

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla aloittaa 1.1.2009 toimintansa uusi keskusvirasto, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), kun Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus (STTV) yhdistyvät. Valvira edistää ohjauksen ja valvonnan keinoin oikeusturvan toteutumista ja palvelujen laatua sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä elinympäristön terveysriskien hallintaa. Valviran visiona on, että vuoteen 2015 mennessä Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien oikeusturva ja palvelujen laatu ovat EU:n huipputasolla ja väestön terveyttä vaarantavat riskit on minimoitu.

Valvira siis yhtenä tehtäväalueenaan jatkaa ja kehittää TEO:n toteuttamaa terveydenhuollon toiminnan valvontaa ja siihen liittyvää ohjausta. Monet terveydenhuollon ammattihenkilöt ja kansalaiset ovat yhdistäneet TEO:n toiminnan vain ns. jälkikäteisvalvontaan tai reaktiiviseen valvontaan, millä tarkoitetaan kantelu- tai ilmoitusasioiden käsittelyä tai lausuntojen antamista muille viranomaisille tilanteissa, joissa jotain epäasianmukaista toimintaa epäillään jo tapahtuneen. Jälkikäteisvalvonta onkin ollut tärkeä tehtävä TEOssa, ja se on sitä myös Valvirassa. Kanteluiden kautta saadaan tärkeää tietoa terveydenhuollon tapahtumista ja turvallisuutta huonontavista tekijöistä – sellaista tietoa, jota ei välttämättä tule mitään muuta tietoväylää pitkin. Kanteluiden ja muiden jälkikäteisvalvonnan asioiden huolellinen käsittely edistää kaikkien kansalaisten, potilaiden ja heidän omaistensa sekä ammattihenkilöiden ja organisaatioiden oikeusturvaa.

Jo monen vuoden ajan sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaviranomaiset sekä Suomessa että useissa muissa maissa ovat painottaneet, että tehokas ja osuva valvonta ei kuitenkaan voi olla vain jälkikäteisvalvontaa. Valvonta, joka perustuisi vain siihen, että reagoidaan vasta kun jotakin ikävää on jo tapahtunut, ei myöskään olisi eettisesti kestävä valvontaa. Terveydenhuollon palvelujen asianmukaisuuden turvaamisessa tarvitaan jälkikäteen tapahtuvan valvonnan lisäksi ennakoivaa valvontaa ja ohjausta edistämään hyviä käytäntöjä sekä ehkäisemään virheitä, huonoja käytäntöjä ja säädösten vastaista toimintaa. Luonnollisesti myös terveydenhuollon lupahallinto ja ammattihenkilöiden toimintaoikeuksien asianmukainen myöntäminen on ennakoivaa valvontaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön voimakkaat muutokset ovat osaltaan lisänneet ennakoivan valvonnan tarvetta. Julkisen talouden paineet pakottavat sosiaali- ja terveydenhuollon yhä kustannustehokkaampaan toimintaan samalla, kun vaatimukset toiminnan laadulle ja nopeudelle ovat kasvaneet ja toiminta mm. teknologisen kehityksen myötä on kallistunut. Väestön ikärakenteen kehitys johtaa siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollossa on enemmän hoivan ja hoidon tarpeessa olevia ihmisiä samaan aikaan, kun työntekijöistä tulee pulaa. Sosiaali- ja terveyden-

huolto joutuu ankaraan kilpailuun osavaasta työvoimasta muiden sektoreiden kanssa. Palvelujen kansainvälinen hankinta ja työvoiman liikkuvuus tulee yhä tärkeämmäksi. Työvoiman vuokraustoiminta lienee vakiinnuttanut asemansa, ja tulevaisuudessa se koskettaa kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöryhmiä. Julkinen sektori nojautuu yhä enemmän palvelujen hankintaan yksityissektorilta, jonka toimintatavat ovat jatkuvassa muutoksessa. Palvelujärjestelmä erilaisine alihankintaketjuineen muodostuu monimutkaisemmaksi. Kaikki tämä aiheuttaa vääjäämättä lisääntyneitä riskejä erilaisille epäasianmukaisuuksille ja turvallisuudelle sosiaali- ja terveystalveissa. Kilpailutuksissa käytettäviä laatuksiteerejä ja niiden noudattamista, palvelujen todellista sisältöä, laatua ja säädösten mukaisuutta, henkilöstön osaamista sekä kansalaisten yhdenvertaisuutta on valvottava yhä tehokkaammin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjien joukossa on paljon ihmisiä, jotka eivät itse pysty sairautensa tai muun tilanteensa vuoksi itse valvomaan oikeuksiaan. Palvelujärjestelmän monimutkaistuminen voi heikentää heidän oikeusturvaansa entisestäänkin. Tämän estämiseksi tarvitaan kaikkien tahojen, myös valvontaviranomaisten työtä.

Ennakoiva valvonta ja ohjaus tulivat TEOssa entistäkin tärkeemmäksi tehtäväkokonaisuudeksi 1.9.2006, kun TEO:n vastuulle tuli koordinoita ja yhdenmukaistaa lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen ohjaus- ja valvontatyön toimintaperiaatteita, menettelytapoja ja ratkaisukäytäntöjä sekä valvoa terveydenhuollon palveluja antavia organisaatioita. Voidaan ehkä pitää yllättävänä, että tämä TEO:n toimivallan laajentuminen on tapahtunut näinkin hiljattain. Onhan selvää, että kansalaisten ja terveydenhuollon toimijoiden tulee olla yhdenvertaisessa asemassa sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnan suhteen kaikkien läänien alueella, ja että toiminnan asianmukaisuus nojautuu vähintään yhtä paljon organisaation kokonaistoimintaan kuin yksittäisen ammattihenkilön tekoihin. Tiedetään, että yksittäisen ammattihenkilön tekemä virhe on monesti johtunut hänen toimintayksikkönsä järjestelmätason epäasianmukaisuuksista. Terveydenhuollon valvontaa ei voida kehittää vaikuttavalla ja eettisellä tavalla ilman organisaatioiden valvontaa, ei varsinkaan nykytilanteessa, jossa organisaatiot ja palveluketjut monimutkaistuvat.

TEO ja lääninhallitukset perustivat terveydenhuollon valvontatyön toimintaperiaatteiden yhdenmukaistamiseksi ja työnjaosta sopimiseksi yhteistyöryhmiä, joiden työtä koordinoi lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastojen johdosta ja TEO:n johtoryhmästä koostuva koordinaatiotyöryhmä. Yhteistyöryhmiä ovat olleet yksityisen terveydenhuollon ohjausta, valvontaa ja lupahallintoa käsittelevä työryhmä YTEVA, julkisen terveydenhuollon ohjausta ja valvontaa käsittelevä JUTEVA ja mielenterveyspalveluja koskeva MITEVA. Ennakoiva valvonta ja organisaatiovalvonta on otettu keskeisimmäksi osaksi näiden ryhmien työtä. Esimerkiksi YTEVAssa valmistellut kannanotot ovatkin jo merkittävästi yhdenmukaistaneet yksityisen terveydenhuollon lupahallintoa, ja hoidon saatavuuden valvonta julkisessa terveydenhuollossa on toteutettu yhtenäisin perustein. Yhteistyöryhmien kokoonpano ja tehtävät määritetään uudelleen Valviran toiminnan alkaessa.

TEO ja lääninhallitukset ovat jo pitkään hoitaneet ennakoivan valvonnan tehtävänsä lupahallinnon ohella lähinnä informaatio-ohjauksen keinoin: ohjeilla, kannanotoilla, lausunnoilla, koulutuksella ja neuvotteluilla. Erityisesti lääninhallitusten työssä ennakoiva valvonta on toteutunut tarkastuskäyneillä ja yksityisen terveydenhuollon lupahallinnossa. Viimeisten parin vuoden aikana TEO on strategiasuunnitelmansa mukaisesti lisännyt huomattavasti informaatio-ohjaustaan.

TEO on lisännyt kentälle antamiensa ohjeiden ja tiedotteiden määrää. TEO on myös moninkertaistanut tuottamansa koulutuksen määrän mm. yli 100 vuosittain pidettävän luennon ja lukuisten erilaisten neuvottelutilaisuuksien muodossa. TEO on uudistanut internetsivustonsa aiempaa laajemmaksi ja käyttäjäystävällisemmäksi. TEO on antanut runsaasti asiantuntija-apua toimintayksiköille sekä julkiselle että yksityissektorille esimerkiksi organisaatioiden kehittämishankkeisiin ja erilaisten ohjeiden laatimisessa.

Uuden viraston Valviran strategiassa ennakoiva valvonta on edelleen keskeisessä asemassa. Valvira tehostaa ennakoivaa valvontaa laatimalla yhdessä aluehallinnon kanssa valtakunnallisia valvontaohjelmia, joiden kohdentaminen perustuu toimintayksiköiden systemaattiseen riskinarviointiin. Valvira painottaa ennakoivassa työssä myös organisaatioiden omaavalvonnan tukemista – ilman organisaatioiden omaa systemaattista laatutyötä ja itsearviointia sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan asianmukaisuus ei voi toteutua. Valvira parantaa yhteistyötä muiden valtakunnallisten ohjaus- ja valvontaviranomaisten, kuten uuden Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja Lääkelaitoksen ja sen seuraajien kanssa. Sosiaali- ja terveydenhuollon monimutkaistuvien palvelujärjestelmien tehokas valvonta edellyttää, että THL:n toimesta tapahtuva tiedonkeruu ja analysointi on tehokasta ja monipuolista ja myös valvontaviranomaiset saavat tarvitsemaansa tietoa viiveettä. THL:n ja Valviran on toimittava strategisessa kumppanuudessa siten, että Valvira voi kehittää toimintaansa ja kohdentaa oikein valvontaansa mahdollisimman kokonaisvaltaiseen ja luotettavaan tietoon perustuen.

Sosiaalihuolto ja terveydenhuolto limittyvät yhä enemmän toisiinsa. Nykytilanteessakin sosiaalihuollossa, kuten hoivapalveluissa, vammaishuollossa ja päihdehuollossa, tuotetaan sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon palveluja, ja näissä työskentelee mittava määrä terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Myös sosiaalihuollossa palvelujärjestelmät muuttuvat nopeasti mm. yksityisen palvelutuotannon alihankintojen sekä erilaisten uusien palvelumuotojen myötä. Sosiaalihuollon ohjaus ja valvonta tulee Valviralle uutena tehtävänä vuonna 2010. Tämä viraston toimivallan laajennus on iso haaste, mutta se varmasti edistää valvonnan kehittämistä ja yhdenmukaistamista koko palvelujärjestelmän voimakkaasti muuttuvassa toimintaympäristössä.

Lääkärin asema ja rooli

Suomalaisten lääkärien määrä vuoden 2008 alussa oli 22358. Heistä 52 % oli naisia ja 48 % miehiä. Suomessa asuvien työikäisten lääkärien määrä puolestaan oli 17609.

Paljon käytetty lause on se, että Suomessa on lääkäreitä enemmän kuin koskaan. Lääkärin määrän kasvun ohella lääkärikunta on vähitellen naisistunut. Vuonna 1900 lääkäreistä oli naisia vain 1 % ja 1960-luvun alussakin vasta 22 %. Nykyisin 30 – 44-vuotiaista lääkäreistä naisia on 63 % ja alle 30-vuotiaista 72 %. Vuoden 2008 sisäänotoissa miesten osuus oli ensimmäistä kertaa selvästi noussut: tämän vuoden uusista opiskelijoista 49,5 % oli miehiä.

Lääkärikoulutuksen määrä vaihdellut suuresti

Lääkärikoulutuksen sisäänottomäärät ovat viimeisten 15 vuoden aikana vaihdelleet suuresti (Taulukko 1). Vuonna 1993 sisäänottoja vähennettiin aiemmasta reilusta 500:sta tasolle 350. Esityksen asiasta teki tuolloin laajapohjainen sosiaali- ja terveysministeriön alainen Lääkärityövoiman laskentatyöryhmä III. Lopulliset päätökset tapahtuivat opetusministeriössä. Tuossa tilanteessa lääkäriyöttömyys oli nopeassa kasvussa ja selkeä viesti julkisen työnantajan puolelta oli se, että lääkäriyövoiman tarve ei pitkään aikaan tule kasvamaan. Lamasta huolimatta lääkäriyövoiman tarve alkoi kuitenkin kasvaa ja työttömyys helpottua. Näin ollen sisäänottomääriä nostettiin vuonna 1998 Lääkärityövoiman laskentatyöryhmä IV ehdotuksen mukaisesti vähitellen tasolle 480. Kansallisen terveysprojektin seurauksena sisäänottomäärä on vuodesta 2002 alkaen ollut tasolla 600. Vuosina 2003 – 2006 se oli vähän tätä korkeampi, kun tuohon ajanjaksoon ajoittui Turun tiedekunnan ns. muuntokoulutus, jonka sisäänotto sittemmin on lopetettu. Vuonna 2008 lääketieteellisiin tiedekuntiin otettiin sisään 606 uutta opiskelijaa. Nyt ensimmäiset 600:n vuosikurssit alkavat valmistua, minkä pitäisi alkaa näkyä työvoimatasapainossa.

Riittävätkö lääkärit Suomessa?

Lääkärin riittävyteen Suomessa vaikuttavat monet muutkin seikat kuin koulutusmäärät. Lääkärityövoiman kysynnän ennakoiminen on kansainvälisestikin ottaen todettu hyvin hankalaksi. Parhaiten kysyntä korreloi bruttokansantuotteen kehitykseen, minkä arviointi lyhyelläkin aikavälillä tuntuu kovin vaikealta.

Taulukko 1: Lääkärikoulutuksen aloituspaikat Suomessa

1992	505	2000	494
1993	387	2001	552
1994	357	2002	602
1995	362	2003	631
1996	362	2004	619
1997	367	2005	631
1998	427	2006	640
1999	485	2007	606
		2008	606

Työvoiman riittävyttä arvioitaessa tu-

Lähde: Lääketieteelliset tiedekunnat

lee ottaa huomioon lääkärien muuttuva suhtautuminen työntekoon. Tässä kohtaa tuntuu siltä, että nuoria naislääkäreitä usein pyritään syyllistämään vähäisemmästä työpanoksesta. Lääkäriliiton selvitysten mukaan kuitenkin kyseessä on enemmän ikäkausi- kuin sukupuolikysymys. Nuoret lääkärit ylipäätensä tekevät lyhyempää työviikkoa kuin vanhemmat lääkärit, mikä on monessa suhteessa terve ilmiö.

Lääkäreiden toimenkuvat ovat myös monipuolistuneet, lääkäriskoulutuksella tehdään nykyään paljon monen muunkin tyyppisiä tehtäviä kuin perinteistä potilastyötä. Työvoiman riittävyys vaikuttavat myös työnjakokysymykset. Voidaan hyvin kysyä, tekevätkö lääkärit oikeita töitä? Tiettyjä lääkärintehtäviä voidaan hyvin ajatella siirrettäväksi esimerkiksi sairaanhoitajille. Tällaisia ovat mm. eräiden pitkäaikais sairauksien seuranta, hyvänä esimerkkinä vaikkapa verenpaine, diabetes ja astma. Lääkäristä on myös tullut yhteiskunnassa eräänlainen lausuntoautomaatti. Kohtuuttoman paljon lääkärin työajasta kuluu erilaisten yhteiskunnan vaatimien todistusten laatimiseen. Tähän ajattelutapaan sopii kovin huonosti viimeisin vaatimus lääkäristä arvioimassa aseenkantoluvan hakijoita. Niin ikään ratkaisu lyhyt- tai -kaisten sairauslomatoimistusten kohdalla ei ole näiden tehtävien siirtäminen muiden ammattiryhmien tehtäväksi. Pyrkimyksenä tulisi olla se, että tällaista todistusta ei ylipäätensä tarvittaisi, vaan työntekijä voisi omalla ilmoituksellaan olla poissa lyhytaikaisesti sairauden vuoksi töistä.

Lääkäreiden työolosuhteisiin vaikuttaa myös suuresti mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen. Lääkäriliitto on jo vuonna 1999 suositellut, että jokaisen lääkärin tulisi päästä työpaikan ulkopuoliseen täydennyskoulutukseen työntekijän kustantamana vähintään 10 päivää vuodessa. Liiton tekemien selvitysten mukaan koulutuspäivien keskiarvo on kuitenkin vain 7,6 vuositasolla. Edelleen täydennyskoulutukseen osallistuminen on terveyskeskuksissa selvästi vähäisempää kuin sairaaloissa.

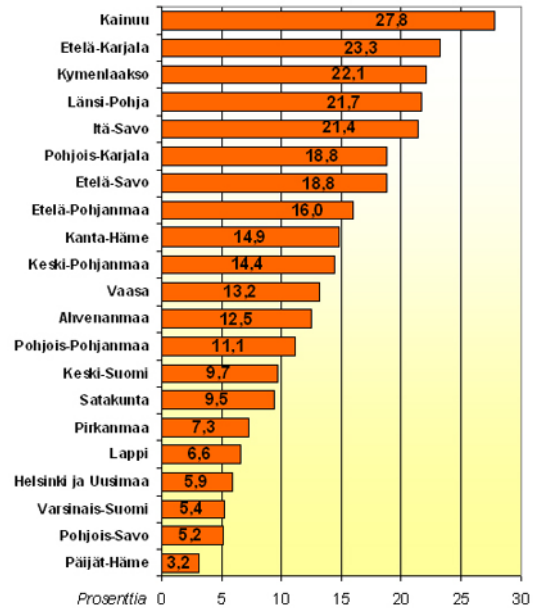
Lääkärin ammatti on erittäin kansainvälinen ja liikkuvuus maasta toiseen etenkin EU:n alueella on verraten helppoa. Tästä huolimatta pysyvästi maasta toiseen muuttaneiden lääkäreiden määrä on ollut melko vähäinen. Lamavuosina Suomesta muutti varsin paljon lääkäreitä erityisesti Englantiin ja Norjaan, mutta virta on tuonut heitä takaisin päin. Luultavaa on, että tulevaisuudessakin Suomeen tulee enemmän lääkäreitä kuin täältä poistuu. Vuoden 2008 alussa ulkomailla oli noin 700 työikäistä suomalaista lääkärinä. Suomessa oli puolestaan noin 900 sellaista työikäistä lääkärinä, joiden äidinkieli on muu kuin suomi tai ruotsi. Työvoiman rekrytoinnin suhteen eurooppalaiset lääkärijärjestöt ovat mm. antaneet omia suosituksiaan eettisistä pelisäännöistä. Periaatteessa jokaisen maan tulisi kouluttaa itse omat tarvitsemansa lääkärit eikä ole eettisesti oikein, että esimerkiksi läntisen Euroopan maat rekrytoivat EU:n uusista jäsenvaltioista merkittävässä määrin nuorta parhaiten koulutettua lääkärityövoimaa, jolle olisi käyttöä omassakin maassa. Tästä huolimatta yksilötasolla lääkärityövoiman liikkuvuus on mitä kannatettavinta ja EU:n tutkintojen tunnustamisdirektiivi sen mahdollistaa.

Terveyskeskusten lääkärivaje

Lääkäriliitto on selvittänyt vuosittain terveyskeskusten lääkärivajetta lokakuussa tapahtuvalla kyselyllä. 2000-luvulla vaje on vuosittain ollut koko ajan kasvussa. Lokakuussa 2007 terveyskeskusten lääkäriviroista 10 % oli vailla lääkärinä, tämän lisäksi

8 % tehtävistä oli hoidettu ostopalveluilla. Lääkärivajeessa on erittäin suuria alueellisia eroja. Vuoden 2007 tilanteessa suurin vaje keskimäärin (28 %) oli Kainuun terveyskeskuksissa, pienin vaje (3 %) oli Päijät-Hämeen alueella (Kuvio 1).

Millä tavoin nuoret lääkärit sitten saataisiin kiinnostumaan perusterveydenhuollosta? Lääkärikoulutuksella on varmasti paljon tekemistä vaatimaan terveyskeskustyöhön tarvittavien valmiuksien kehittämisessä ja asenteiden luomisessa. Lääkärikoulutus on edelleenkin varmasti paljon erikoissairaanhoidon painottuvaa ja lääkärikouluttajilla on erittäin suuri vastuu asenteiden ja mielikuvien muokkaajana.



Selvästi näyttää myös siltä, että nuoret Kuvio 1: Terveyskeskusten (n=224) lääklääkärit kaipaavat isompiin työyksiköihin, rivaje sairaanhoitopiireittäin 3.10.2007 (% joissa konsultaatiomahdollisuudet ovat pa-lääkärintehtävistä) remmat. Uusi terveydenhuoltolaki näyttäisi toimivan tähän suuntaan.

Terveyskeskuslääkäreiden työnkuva on muuttunut siten, että entistä isompi osa työstä liittyy sosiaalityön ongelmiin eikä perinteiseen lääkärintyöhön. Tämä turhauttaa nuoria lääkäreitä eikä koulutukseen anna välttämättä valmiuksia tällaisten ongelmien kohtaamiseen.

Merkittävin tekijä tehtyjen selvitysten mukaan on kuitenkin puuttuva mahdollisuus vaikuttaa oman työn organisointiin ja sisältöön. Nämä asiat näyttäisivät olevan paremmin hoidettuja vuokratyörytysten kautta. Palkka ei ole niinkään enää ratkaiseva tekijä siinä, miksi nuoret lääkärit mieluummin hakeutuvat töihin terveyskeskuksiin näiden vuokratyörytysten kautta. Samanlaisten joustavien työjärjestelyjen luominen tulisi olla aivan yhtä hyvin mahdollista perinteisessä virkasuhteessa.

Erikoissairaanhoidon tilanne

Vaikka meillä on viime vuosina kiinnitetty erityistä huomiota perusterveydenhuollon lääkäritilanteeseen, on itse asiassa tulevien vuosien suurempi haaste erikoissairaanhoidossa. Siellä ovat erikoislääkärit eläköityvät nopeammin kuin terveyskeskuslääkärit ja tähän ei ole kaikilla erikoisaloilla riittävästi varauduttu erikoislääkärikoulutuksessa. Lääkäriliiton selvitysten mukaan eräillä erikoisaloilla lääkärimäärät tulevat vähenemään vuoteen 2015 mennessä, mikäli erikoislääkärikoulutus jatkuu nykyisellään ja otetaan huomioon eläköityminen. Työikäisten erikoislääkärien määrät tämän ennusteen mukaan vähenevät esimerkiksi seuraavilla erikoisaloilla: ihotaudit ja allergologia -8 %, kliininen kemia -7 %, patologia -7 % ja lastentaudit -1 %.

Kunnallisen työmarkkinalaitoksen selvityksen mukaan lokakuussa 2007 erikoissairaanhoidossa oli 8,4 % vaje eli 640 virkaa oli vailla lääkäriä. Vaje vaihteli erittäin suuresti alueellisesti, kuten terveyskeskustenkin osalta: vaihteluväli oli 2 %:sta 26

%:iin. Suurimmat prosentuaaliset vajeet olivat seuraavilla erikoisaloilla: nuorisopsykiatria 25 %, perinnöllisyyslääketiede 25 %, lastenpsykiatria 23 %, kliininen kemia 21 % ja psykiatria 14 %.

Lääkärien toimintasektorien muutokset

Lääkärien työssäolosektoreissa on viimeisten 10 vuoden aikana tapahtunut erittäin suuria muutoksia. Kun vuosien 1997 ja 2007 välillä työssä olevien lääkärien kokonaismäärä lisääntyi noin 19 %, oli lisäys terveyskeskuksissa vain noin 5 % ja opetus ja tutkimussektorilla vähennystä peräti 19 %. Suurimmat kasvualueet olivat työterveyshuollossa (74 %), päätoimisten yksityislääkärien kohdalla (59 %) ja ryhmässä muut lääkärin tehtävät (58 %).

Lääkärien näkemykset tulevaisuudesta

Lääkäriliiton, Stakesin ja Työterveyslaitoksen isossa Lääkärien työolot ja terveys –tutkimuksessa vuonna 2006 tiedusteltiin mm. lääkärien halukkuutta vaihtaa samoilla tuloilla johonkin toiseen ammattiin. Vastaajista 32 % piti tätä mahdollisena ja 7 % oli suoraan tähän halukas.

Edelleen samassa tutkimuksessa tiedusteltiin lääkärien suunnitelmia vaihtaa työpaikkaa terveydenhuollon sisällä. Vaihtohalukkuus oli suurinta (45 %) terveyskeskusten väestövastuulääkäreillä ja pienintä päätoimisilla yksityislääkäreillä (14 %).

Lääkäriliiton, Tampereen ja Kuopion yliopistojen laajassa Lääkäri 2003 –tutkimuksessa kartoitettiin noin 1500 nuoren lääkärin näkemyksiä mm. tulevaisuuden suunnitelmistaan. Heiltä tiedusteltiin arvioita siitä, missä he olisivat työssä vuonna 2015. Työskentelysektorit jakaantuivat seuraavasti: sairaala 47 %, terveyskeskus 15 %, yksityisvastaanotto 21 %, työterveyshuolto 6 %, opetus ja tutkimus 3 % ja ”vuokralääkäri” 0,3 %. Kiinnostus sairaalatyöhön on samaa luokkaa kuin sillä sektorilla tällä hetkellä työssä olevien osuus. Sen sijaan kiinnostus terveyskeskustyöhön näyttäisi edelleen olevan laskussa, mutta arvio työskentelemisestä yksityissektorilla lähes kaksinkertaistunut nykytilanteeseen verrattuna. Huolestuttavaa on se, että kiinnostus opetus- ja tutkimustehtäviä kohtaan näyttäisi edelleen olevan vähenemässä. Tämän selvityksen perusteella näyttää siltä, että vuokralääkärinä toimiminen on tietty ohi-

Työskentelysektori	1997	2007	Muutos 1997-2007	
	lkm	lkm	lkm	%
Sairaalat	6 350	7 633	1 283	20.2
Terveyskeskukset	3 345	3 510	165	4.9
Opetus ja tutkimus	1 169	951	-218	-18.6
Työterveyshuolto	551	957	406	73.7
Yksityisvastaanotot	1 097	1 748	651	59.3
Avohoitotoimistot yms.	454	372	-82	-18.1
Muut lääkärin tehtävät	574	908	334	58.2
Yhteensä	13 540	16 079	2 539	18.8

Taulukko 2: Työikäisten lääkäreiden määrän muutokset työskentelysektoreittain. Lähde: Suomen Lääkäriliitto: Lääkärikyselyt 1997 ja 2007

menevä elämänvaihe, pitkäaikaisia suunnitelmia sellaisessa roolissa toimimiseen ei nuorilla lääkäreillä näyttänyt olevan.

Miksi lääkäriksi ja mikä erikoisala?

Edellä mainitun Lääkäri 2003 –tutkimuksen osana tiedusteltiin myös sitä, missä määrin erilaiset tekijät olivat vaikuttaneet nuorten lääkärien hakeutumiseen opiskelemaan lääketiedettä. ”Erittäin paljon” tai ”melko paljon” vastanneiden osuus oli onneksi suurinta vaihtoehdossa ”kiinnostus ihmiseen” (83 %). Seuraavaksi eniten nuoret lääkärit arvioivat alan valintaan vaikuttaviksi tekijöitä seuraavasti: arvostettu ammatti (65 %), monipuoliset työmahdollisuudet (54 %) sekä koulumenestys (50 %).

Nuoret lääkärit siis pitävät lääkärin ammattia edelleen arvostettuna. Sama käsitys vahvistuu toistuvasti Suomen Kuvalehden tekemissä ammattien arvostustutkimuksissa. Vuonna 2007 viisi arvostetuinta ammattia kansalaisten näkemyksen mukaan olivat: kirurgi, palomies, lääkäri, erikoislääkäri ja ylilääkäri. Kymmenen arvostetuimman ammatin joukossa oli seitsemän lääkärimikettä, näiden lisäksi mukana olivat myös sairaanhoitaja ja kättilö.

Jonkinlaista ammatin alkuvaiheen kyynistymistä osoittaa se, että Lääkäri 2003 –tutkimuksen mukaan nuorista noin 1500:sta lääkäristä peräti 22 % ei ryhtyisi enää lääkäriksi jos olisi uudelleen aloittamassa opintojaan. Ilmeisesti arkinen työ terveydenhuollossa ei vastaakaan niitä mielikuvia, joita nuorilla ylioppilailta työstä on ollut. Pientä paranemista tilanteessa oli kuitenkin, koska vuonna 1998 vastaava prosenttiluku oli 25 %.

Sen sijaan erikoisalan valintaan oltiin hämmästyttävän tyytyväisiä. Peräti 94 % vastaajista oli sitä mieltä, että he valitsisivat uudelleen saman erikoisalan, mikäli oli-

”Jos olet erikoistunut tai erikoistumassa, niin missä määrin seuraavat seikat vaikuttivat erikoisalasi valintaan?” Vuosina 1992-2001 laillistettujen lääkärien vuonna 2003 antamien vastausten ”melko paljon” ja ”erittäin paljon” yhteenlasketut prosenttiosuudet, n = 1256 - 1307		%
Monipuolinen ala		74
Työllisyysnäköymät		55
Alan kollegojen hyvä esimerkki		46
Myönteiset työkokemukset alalla opiskeluaikoina		42
Kohtuullinen päivystysrasitus		42
Mahdollisuudet toimia yksityissektorilla		41
Ansiomahdollisuudet		36
Hyvä mahdollisuus sovittaa yhteen työ ja perhe		35
Mahdollisuudet edetä uralla		31
Mahdollisuus säädellä oman työn määrää		29
Alan arvostus		28
Sattuma		27
Mahdollisuus tutkimustyöhön		22
Laadukas erikoistumisohjelma		18

Taulukko 3: Lääkäreiden erikoisalavalintaan vaikuttavat tekijät. Lähde: Hyppölä H, Heikkilä T et al., Lääkärilehti 6/2008

sivat aloittamassa erikoistumistaan. Erikoisalan valintaan eniten vaikuttavia tekijöitä olivat alan monipuolisuus, työllisyysnäkömät sekä alan kollegojen hyvä esimerkki (Taulukko 3).

Kirjallisuutta

Ammattien arvostus 2007. Suomen Kuvalehti 45/2007, sivut 42 – 55.

Elovainio Marko, Heponiemi Tarja, Vänskä Jukka, Sinervo Timo, Kujala Santero, Laakso Erkki, Jalonen Päivi, Hakanen Jari, Husman Kaj, Töyry Saara †, Halila Hannu: Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? Suomen Lääkärilehti 2071 – 2076, 20 – 21/ 2007.

Helin-Salmivaara Arja, Kajantie Mira, Vänskä Jukka, Patja Kristiina, Anttila Ulla, Halila Hannu, Turunen Juha Pekka: Lääkärikysely 2007: Täydennyskoulutuksen määrä ja sen koettu riittävyys. Suomen Lääkärilehti 2253 – 2256, 24/2008.

Hyppölä Harri, Heikkilä Teppo, Kumpusalo Esko, Virjo Irma, Isokoski Mauri, Halila Hannu, Kujala Santero, Vänskä Jukka, Mattila Kari: Sattumaa vai harkintaa – lääkärin erikoisalan valintaan vaikuttavat tekijät. Suomen Lääkärilehti 531 – 536, 6/2008.

Kajantie Mira, Halila Hannu, Ihalainen Jarkko, Vänskä Jukka: Erikoislääkärien määrän kehitys vuoteen 2015: Pystytäänkö eläkepoistuma korvaamaan uusilla spesialisteilla? Suomen Lääkärilehti, 3865-3870, 38/2006.

Vänskä Jukka, Hyppölä Harri, Halila Hannu, Virjo Irma, Mattila Kari, Kumpusalo Esko, Kujala Santero, Isokoski Mauri: Lääkäri 2003, kyselytutkimus vuosina 1992 – 2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9.

Terveyskeskusten lääkäritilanne 2007: www.laakariliitto.fi/tilastot

Hoitajan asema ja rooli terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa hoidon laatu ja potilasturvallisuus perustuvat koulutetun terveydenhuollon ammattihenkilöiden osaamiseen. Henkilöstö on hoidon onnistumisen kannalta tärkein resurssi.

Pirstaloitunut hoito luo haasteita niin potilaille kuin hoitajille

Viime vuosina hoito on pirstaloitunut. Pirstaloituminen on sanana negatiivisävyinen, mutta terveydenhuollossa se tarkoittaa myös sitä, että erityisosaaminen on lisääntynyt. Potilaat saavat nykyisin hoitoa ja apua myös sellaisiin sairauksiin, joita ei ennen voitu hoitaa. Potilaan on kuitenkin joskus vaikea löytää oikeaa hoitopaikkaa monimutkaisen palvelujärjestelmän viidakosta.

Terveydenhuollon ammattien vahvuutena on vankka peruskoulutus, joka mahdollistaa erilaisissa työyksiköissä työskentelyn. Ammattitaito vahvistuu ja kehittyy kun työskennellään erilaisissa yksiköissä, mutta tämä vaatii pidemmän ajan kuin mitä keikkaluonteinen työ mahdollistaa. Henkilöstön jatkuva vaihtuvuus ei edistä kollegiaalista työtoverien arvostusta eikä vastuunottoa työyhteisön yhteisestä kehittämisestä. Kääntöpuolena keikkatyölle ovatkin osaamisen pinnallistuminen sekä työyhteisön sosiaalisen ja ammatillisen tuen puuttuminen.

Hoitohenkilöstön kannalta on olennaista, että kaikki hoitotiimin jäsenet hallitsevat omat vastuunsa sekä tuntevat ”talon tavat”. Erityisosaamista, hoidon tehokkuutta ja potilaan omaa hoitoa korostavassa hoitoympäristössä hoitoketjujen tuntemus on olennainen osa hoitoa. Tähän liittyy monelta osin myös tiedonsiirto sekä potilaan kokonaisuhoidosta vastaaminen. Monissa paikoissa hoitajat ovat joutuneet keikkalääkäreiden perehdyttäjiksi oman työnsä ohessa. Kun potilaita hoidetaan pidemmän aikaa tilapäisen henkilöstön voimin, vakituiset väsyvät perehdyttämiseen sekä liian suuren vastuun kantaan.

Julkiset palvelut terveystalouden kivijalkana

Pääosa terveystaloudesta tulee järjestää julkisessa terveydenhuollossa. Näin voidaan parhaiten hallita mm. väestön terveydentilan kehittymisen arviointia, eri hoitomuotojen oikeanlaista käyttöä, eri väestöryhmien hoitoa sekä terveyden edistämistä.

Perusterveydenhuolto on terveydenhuollon kivijalka, jolloin välttämätön hoito pystytään antamaan kohtuullisen lähellä asuinpaikkaa ja hoidon järkevällä porrastuksella varmistetaan, että ne joiden sairaus edellyttää erikoissairaanhoidon osaamista saavat asianmukaista hoitoa myös tulevaisuudessa.

Kunnat voivat järjestää terveystalouden itse, toisten kuntien kanssa tai ostaa palvelut yksityiseltä palveluntuottajalta. Viime kädessä potilaalle on sama saako hän avun vaivaansa julkisesta vai yksityisestä organisaatiosta. Molemmissa on sekä hyviä

että huonoja esimerkkejä.

Terveydenhuollossa on monia tehtäviä, joita ei voida tuotteistaa ja joiden hyöty näkyy vasta pidemmällä aikavälillä. Hoitoketjut ulottuvat kaikkeen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan riippuen siitä minkälaista hoitoa ja apua potilas tarvitsee ja minkälainen on ko. kunnan palvelujärjestelmä. Kuntien on huolehdittava siitä, että hoitoketjut toimivat potilaan kannalta hyvin, koska kunnat päättävät palveluiden järjestämisestä.

Pulaa erityisesti sijaisista

Tehyn selvitysten (taulukko) mukaan pula koulutetusta hoitohenkilöstöstä on näkynyt viime vuosina lähinnä lyhytaikaisten sijaisten saatavuudessa. Vakinaisesta henkilöstöstä on pulaa alueellisesti, joskin rekrytointiongelmat ovat lisääntyneet jatkuvasti.

Hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kuten myös toiminnan tehokkuuden sekä vaikuttavuuden kannalta on tärkeää, että henkilöstö pitää terveyskeskusta houkuttelevana työpaikkana. Hoitohenkilöstön näkökulmasta terveyskeskus on houkutteleva työpaikka silloin kun työssä voi kokea työn iloa! Tämä edellyttää sitä että työtä voi tehdä eettisiä periaatteita kunnioittaen ja siten että jokaisen työtä arvostetaan.

Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön ovat tutkimusten mukaan keskeinen asia työviihtyvyydessä. Ammattitaidon kannalta tärkeitä ovat täydennys- ja lisäkoulutusmahdollisuudet, oikeanlainen henkilöstömitoitus sekä työn vaatavuuden mukainen palkka.

Taulukko: Tehyläisten arviot työvoiman saatavuudessa esiintyvistä ongelmista 2005, 2007 ja 2008				
		Oh (n = 140) 2005	Lm (n = 166) 2007	Lm (n = 188) 2008
Työsuhteen pituus				
Lyhytaikaiset keikkalaiset	% n	75 % 103	93 % 151	91 % 168
Pidempiaikaiset keikkalaiset (4 pv – 2 viikkoa)	% n	89 % 139	86 % 156
Lyhytaikaiset sijaisuudet (2 viikkoa – 6 kk)	% n	65 % 89	68 % 106	73 % 134
Pitkäaikaiset sijaisuudet (yli 6kk)	% n	24 % 31	37 % 57	46 % 83
Vakituiset työsuhteet	% n	10 % 13	20 % 30	28 % 51

Taulukon tiedot on raportoitu Tehyn julkaisuissa:

Hoitotakuun toteutuminen terveydenhuollossa. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2006.

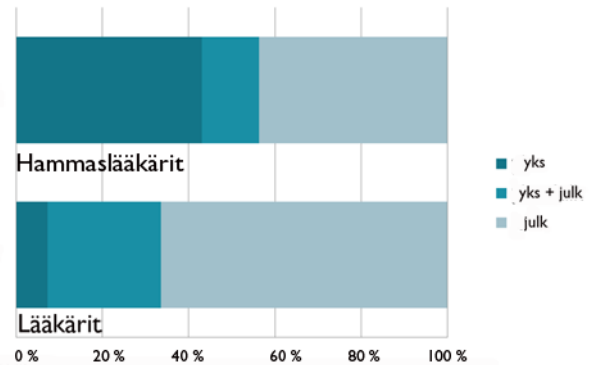
Terveyden- ja sosiaalihuollon toiminta ja henkilöstöjärjestelyt 2007. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 3/2007

Terveyden- ja sosiaalihuollon toiminta ja henkilöstöjärjestelyt vuonna 2008. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2008

Suun terveydenhuollon haasteet

Suun terveydenhuollon palvelujärjestelmä Suomessa rakentuu kahden palvelukanavan varaan: maan noin 4500:sta työkäisestä hammaslääkäristä puolet toimii

julkisella ja puolet yksityisellä sektorilla. Terveyskeskusten 2075 hammaslääkärinvakanssista oli vuoden 2007 lokakuussa täyttämättä 252 eli 12 prosenttia. Samaan aikaan tehdyn kyselytutkimuksen mukaan 35 % yksityishammaslääkäreistä voisi hoitaa enemmän potilaita etenkin suurissa kaupungeissa ja 18 %:lla yksityishammaslääkäreistä oli potilaspuola - he voisivat tehdä



Kuva 1: Hammaslääkärit: yksityinen - julkinen keskimäärin 5,3 tuntia enemmän potilastyötä viikossa.

Viimeisten kuuden vuoden aikana toteutetut lakimuutokset ovat merkinneet suuria muutoksia alalle. Vuonna 2002 poistettiin ikäraajat niin terveyskeskusten palveluista kuin yksityisen hoidon kelakorvauksista. Hoitotakuun voimaantumisen vuonna 2005 tiedettiin jo etukäteen asettavan isojen kaupunkien terveyskeskusten hammashoitopalvelut vaikeaan asemaan ja näin tapahtuikin. Hammaslääkäriliitto on ollut huolissaan suun terveydenhuollon nykytilasta ja väestön mahdollisuudesta saada tarvitsemiaan palveluja tasavertaisesti.

Hammaslääkäreiden suhtautuminen työhön ja työelämään tunnetaan hyvin tarkasti (Työterveyslaitoksen tutkimukset 2003 ja 2006). Ne osoittavat, että hammaslääkärit ovat vahvasti sitoutuneita työhönsä ja työyhteisöönsä. Keskeinen voimavara on tunne, että voi hoitaa potilaan hyvin ja voi vaikuttaa omaan työhönsä. Uhkana on kuitenkin sitoutumisen menettäminen, jos sitä ylläpitävät voimavaratekijät uhraataan. Sitoutumisen vähenemisestä on valitettavasti merkkejä näkyvissä: Stressi ja työuupumus sekä sairauspoissaolot ovat lisääntyneet. Lisäksi työroolien epäselvyys, tunnetyön kuormittavuus, muutosten kuormittavuus, suuri työmäärä ja aikapaine sekä kuilu täydellisen ja todellisen välillä kuormittavat erityisesti terveyskeskuksissa toimivia hammaslääkäreitä.

Nykytila - suun terveydenhuollon palvelujen rapautuminen täytyy estää

Väestön tasa-arvoisen ja yhdenvertaisen kohtelun periaate ei toteudu, koska

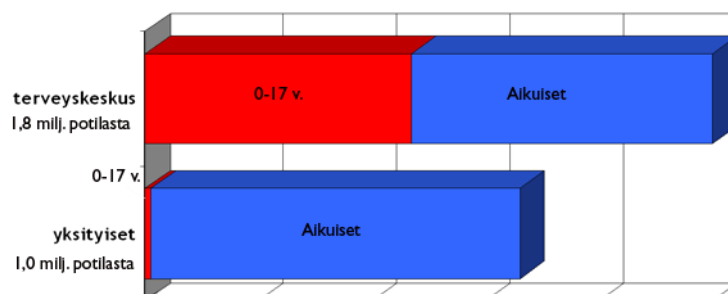
- suun terveydenhuollon palveluja ei ole riittävästi kaikilla paikkakunnilla
- terveyskeskukset on resursoitu tuottamaan vain osa tarvittavista palveluista

- potilaiden perushammashoidon omavastuuosuuksissa on isot erot hoitosektorien välillä
- Monissa terveyskeskuksissa suun terveydenhuolto on ruuhkautunut kiireelliseen hoitoon hakeutuvien suuren määrän vuoksi. Ennen hoitotakuuta esimerkiksi lohkeamien ja muiden pienten vaivojen kanssa odoteltiin useita viikkoja, koska väestö tiesi olevansa kokonaishoidon piirissä ja sovittua hoitokutsua saattoi luottavaisin mielin odottaa. Nyt hoitotakuuseen vedoten hakeudutaan hoitoon heti, jolloin päivystys ruuhkautuu ja syö resursseja kiireettömältä hoidolta.
- Aikaisempi, suun terveyden ylläpitämiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon tähtäävä periaate on syrjäytymässä ensiapupainotteisen ja yksittäisen toimenpiteen tekemiseen painottuvan hoitokäytännön tieltä terveyskeskuksissa. Jonot kiireettömään hoitoon kasvavat.
- Hoitotakuun toteutumisen mittari ”kiireettömään hoitoon 6 kk:ssa” ei ole riittävä mittaamaan järjestelmän onnistumista suun terveydenhuollossa, sillä yleensä toki potilas voidaan siinä ajassa ottaa hoitoon ja tutkia, mutta kohtuujassa hänen tarvitsemaansa hoitoa ei pysytä antamaan.
- Hammas- ja suusairauksista merkittävä osa on kroonisia infektiosairauksia, joiden ehkäisy, hoito ja sairauden etenemisen pysäyttäminen edellyttävät pitkäjänteistä toimintaa. Diabeetikkoakaan ei hoideta vain satunnaisilla verensokerimittauksilla.
- Uhkana on kierre, jossa potilaan jonottaessa sairaus akutisoituu useita kertoja, komplisoituu ja vie paljon ensiapuluonteisia resursseja ilman, että on puututtu sairauden syihin.
- Suu- ja hammassairaudet etenevät usein suhteellisen oireettomina. Siksi säännöllisin ja yksilöllisin väliajoin tapahtuva suun terveydentilan tutkiminen on tärkeää.
- Huonojen terveystottumusten, hampaattomuuden vähenemisen ja väestön ikääntymisen myötä hoidon tarve on lisääntymässä siinä määrin, että tilanne ei enää ole hallinnassa.

Asiakasnäkökulma - potilaan oikeus hyvään ja yksilöllisen tarpeen mukaiseen hoitoon suun terveydenhuollon kehittämisen pohjaksi

- Lainsäädännön ja terveydenhuollon rakenteiden tulee antaa väestölle tosiasiallinen mahdollisuus säännölliseen, kunkin henkilökohtaisen terveystarpeen edellyttämään hoitoon. Tällainen toimintatapa edistää hoidon oikea-aikaisuutta ja vähentää hoitojärjestelmän tarpeetonta kuormittumista.

Kuva 1: Potilasmäärät yksityisessä ja julkisessa hammashoidossa vuonna 2007



- Yksilön kannalta terveyden ylläpito palkitsee pienempinä kustannuksina ja hyvinvointina.
 - Terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta näin on mahdollista hoitaa väestö systemaattisemmin.
 - Organisaation kannalta väestö saadaan hoidon piiriin hallitummin ja vähäisemmällä kustannuksilla, ja suun terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen voidaan hyödyntää kunkin omalla osa-alueella paremmin. Potilaita voi olla yhtä hammaslääkärinä kohden nykyistä huomattavasti enemmän, jos toiminta on hallittua ja pitkälle aikavälille suunniteltua.
- Tarpeelliseksi todettu hoitokokonaisuus mukaan lukien ennalta ehkäisevä hoito tulee saada valmiiksi kohtuullisessa ajassa. Hoitotakuun edellytys hoitoon pääsystä ei takaa, että potilas saa tarvitsemansa hoidon.
 - Järjestelmän on tuettava potilaan mahdollisuutta valita hoitava hammaslääkäri.
 - Toimiva hoitoketju, joka takaa pääsyn myös erikoishammaslääkäritasoiseen hoitoon.
 - Suun terveydenhuolto on kiinteä osa myös potilaan mahdollisten muiden sairauksien hoitoa.

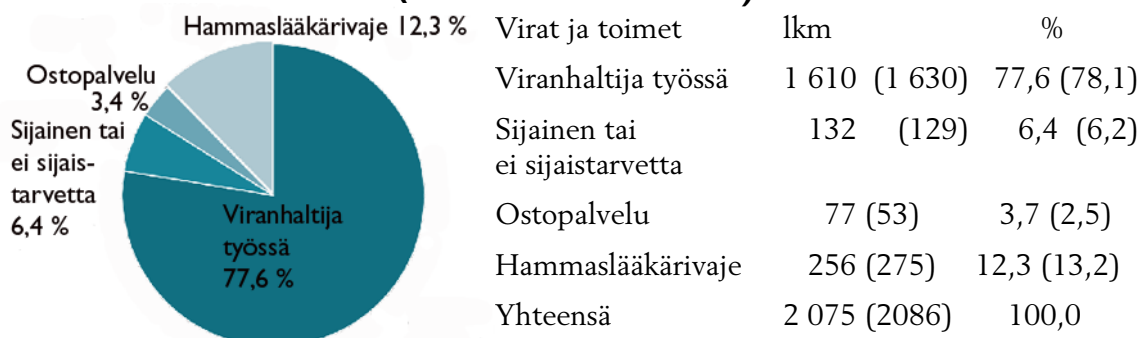
Suomen Hammaslääkäriliiton Eettisen valiokunnan kannanotto

Suomen Hammaslääkäriliiton Eettinen valiokunta on perustettu vuonna 2002 eettisen näkökulman ja keskustelun esille nostamiseksi jäsenkunnan keskuudessa. Se on antanut kesäkuussa 2008 seuraavan kannanoton:

Hoitotakuulain toteuttaminen on monissa terveystieteissä johtanut potilaan hammashoidon pirstoutumiseen useille hammaslääkäreille eri vastaanotoilla. Vastaanottoaikojen puutteessa hoitokäyntien välit venyvät kohtuuttoman pitkiksi. Kun omaa vastuuhammaslääkärinä ei ole, potilaan suun ja purennan kokonaisuhoito jää toteutumatta.

Myönteiset terveysvaikutukset saavutetaan parhaiten potilas-hammaslääkärisuhteissa, joissa hoidon järjestelmällisyys ja jatkuvuus on turvattu. Tähän potilailla on oikeus ja siihen heille tulee antaa myös mahdollisuus.

Terveyskeskushammaslääkärienvirat ja -toimet 3.10.2007 (suluissa tilanne v. 2006)



Keikkalaisen ja vuokratyövoiman asema ja rooli

Olen työskennellyt muutama vuosi sitten, opintojeni loppuvaiheessa, jonkin verran erään lääkäri työvoimaa vuokraavan yrityksen palkkalistoilla sekä arki- että päivystystyössä. Minulla on siis olemassa jonkin verran myös omakohtaisia, sekä hyviä että huonoja, kokemuksia keikkalaisena olemisesta. Olen seurannut vuokralääkäriyritysten toimintaa kuitenkin ennen kaikkea edunvalvojan näkökulmasta. Tästä näkökulmasta katsoen olen tullut varsin kriittiseksi niiden toimintaa kohtaan, mikä on hyvä ottaa huomioon tätä lukiessa.

Lääkäri työvoimaa vuokraavat yritykset, niin sanotut keikkafirmat, ovat viimeisen muutaman vuoden aikana saaneet merkittävän jalansijan suomalaisessa terveydenhuollossa. Ne ovat ymmärtääkseni syntyneet alun perin vastaamaan työnantajien ja väliaikaista lääkäri työtä etsivien lääkäreiden, usein lääketieteen kandidaattien, tarpeeseen kohdata toisensa. Työskentelemällä tässä välimaastossa ne ovat helpottaneet merkittävästi molempien ryhmien toimintaa. Työnantajille ne ovat voineet tarjota väliaikaista työvoimaa ja toisaalta koonneet työtä etsiville lääkäreille tarjolla olevat työmahdollisuudet yhteen. Samalla väliaikaista työtä mahdollisesti useammassa eri paikassa tekevät lääkärit ovat voineet olla yhden palkanmaksajan alaisuudessa, mikä on helpottanut esimerkiksi tulojen seuraamista.

Keikkafirmoista keskusteltaessa on hyvä muistaa, että suomalainen lääkärikunta on keikkaillut aikaisemminkin. Tässä mielessä ainoa muutos entiseen on, että nyt työntekijän ja työnantajan välissä toimii työvoimaa välittävä yritys. Erityisesti perusterveydenhuollossa syntyneet ongelmat lääkäri työvoiman rekrytoinnissa ovat kuitenkin antaneet keikkafirmoille mahdollisuuden oman roolinsa lisäämiseen. Ne ovat voineet vastata kasvaneeseen sijaistyövoiman tarpeeseen ja samalla kasvattaneet toimintaansa ja liikevaihtoaan. Keikkafirmat toimivatkin tällä hetkellä varsin laajalaisesti koko suomalaisen terveydenhuollon kentällä mukaan lukien muutamat täysin vuokralääkäriyritysten alaisuudessa toimivat terveysasemat (joita en kuitenkaan tässä erikseen käsittele). Tällä hetkellä voidaankin sanoa, että keikkafirmat ovat tulleet jäädäkseen.

Keikkafirmojen ja -lääkärien nykyisessä toiminnassa on mielestäni hyvä erottaa kaksi osa-aluetta, virka-aikana tehtävä arkityö ja päivystystyö. Vaikka yritykset tekevät molempia lähtökohtaisesti samojen toimintaperiaatteiden mukaan, niihin liittyy kuitenkin selkeästi erilaisia näkökulmia. Yritysten toiminnan jakaminen tällä tavoin kahtia helpottaa sen arviointia.

Päivystystyö

Kuten aiemmin mainitsin, keikkafirmat ovat lähtökohtaisesti syntyneet helpottamaan päivystävien lääkäreiden työnhakua ja rekrytointia. Päivystystoiminta onkin monessa mielessä edelleen keikkafirmojen ydintoimintaa. Sekä työnantajan että työntekijän rooli työstä sopiessa helpottuu, kun välissä toimii työvoimaa välittävä yritys. Aikaisemmin esimerkiksi viikonloppujen tai juhlapyhien päivystäjäsijaisten

palkkaaminen on ollut ylilääkärien tehtävänä ja aiheuttanut pahimmillaan paljon työtä ja huolta päivystystoiminnan järjestämisessä. Tämä työ on nykyisin usein siirretty keikkafirman vastuulle, mikä on helpottanut ylilääkärien työtaakkaa omalta osaltaan huomattavasti. Olen kuullut monen terveystieteiden ylilääkäriä toteavan, etteivät he halua enää missään tapauksessa palata vanhaan käytäntöön. Samoin työntekijän ei enää tarvitse ottaa yhteyttä useampaan terveystieteiden keskukseen työtä halutessaan, vaan kaikki tarjolla olevat työmahdollisuudet selviävät yhdestä osoitteesta, mikä on helpottanut heidän asemaansa ja tarjonnut paremman mahdollisuuden oman työnteon ja elämän suunnitteluun.

Vuokralääkäriyritysten tarjoamat mahdollisuudet ovat johtaneet siihen, että monissa terveystieteiden keskuksissa päivystystoiminta on ulkoistettu joko osittain tai kokonaan niiden järjestettäväksi. Samalla virassa olevien lääkärien varsinkin pienemmissä terveystieteiden keskuksissa suureksi kasvanut päivystysrasitus on vähentynyt merkittävästi, jolloin he jaksavat tehdä päätyötään, arjen vastaanottotyötä, paremmin. Asiasta on tullut usein jopa rekrytointivaltti.

Keikkafirmojen tuottamissa päivystyspalveluissa on ollut kuitenkin myös ongelmia. Yksi suurimmista on ollut vastuukysymys. Valitettavan usein ylilääkärien ajatuksissa vastuu keikkapäivystäjän pätevyyden varmistamisesta, perehdyttämisestä ja toiminnan valvonnasta on keikkafirmalla, onhan palvelu ostettu heiltä usein isolla rahalla. Lain mukaan näin ei kuitenkaan ole, vaan lopullinen vastuu keikkapäivystäjän toiminnasta on yksiselitteisesti edelleen aina terveystieteiden keskuksella ja sen ylilääkärillä. Keikkafirma toimii ainoastaan työvoiman välittäjän asemassa. Asiasta on kuitenkin vallinnut ylilääkärien puolella epäselvyyttä, joka on sekoittanut jonkin verran toimintaa. Eikä asia ole ollut täysin selvä myöskään keikkafirmoille. On olemassa esimerkiksi tapauksia, joissa keikkafirman välittämä lääkäri ei ole lain mukaan ollut oikeutettu toimimaan lääkärin sijaisena. Ylilääkäri on luottanut yrityksen olevan asiasta vastuussa, eikä ole sitä tarkistanut. Asian tarkistaminen on myös usein käytännössä lähes mahdotonta. Ylilääkäri saattaa olla perjantai-iltapäivänä olla vastaanottamassa viikonlopun päivystäjää, jota ei välttämättä ole koskaan ennen tavannut, eikä hänellä näin ole mahdollisuutta saada täyttä varmuutta työntekijän pätevyydestä tai toisaalta saada enää korvaavaa työntekijää epäpätevän tilalle. Vastaavia tapauksia on todennäköisesti kuitenkin sattunut myös ennen keikkafirmoja, niistä ei ole vain puhuttu tai ne eivät ole tulleet esiin. Viimeaikaisten julkisuudessakin olleiden tapausten jälkeen keikkafirmat ovat joka tapauksessa huolehtineet asiasta pääsääntöisesti hyvin niiden ollessa monelta taholta erityistarkkailussa. Lisäksi esimerkiksi uuden työntekijän perehdytys hoidetaan nykyisin monien keikkafirmojen osalta erinomaisesti ja esimerkillisesti verrattuna kuntatyönantajaan.

Myös päivystystoiminnan järjestämisessä on ajoittain ollut ongelmia. Aikaisemmin ne syntyivät useimmiten siitä, että toiminta oli varsin nuorta ja toimijat kokemattomia, mikä näkyi tekemisessä puolin ja toisin. Viime aikoina ongelmien luonne on kuitenkin muuttunut. Samalla kun yritysten toiminta on ammattimaistunut, niiden välisestä kilpailusta on tullut erittäin kovaa uusien toimijoiden tullessa alalle. Tämä on johtanut siihen, että vuokralääkäriyritykset ovat saattaneet esimerkiksi luvata kunnille pystyvänsä toimimaan paremmin ja varmemmin kuin mihin todellisuudessa pystyvät. Yritykset eivät esimerkiksi ole pystyneet toimittamaan lupaamaansa työvoimaa, tai heidän toimittamansa työvoima ei ole täyttänyt sovittuja vaatimuksia. Käsitykseni mukaan tällaiset ongelmat ovat olleet vielä lähinnä yksittäistapauksia,

mutta ovat lisääntymään päin kilpailun yhä kiristyessä.

Keikkafirmoja on päivystystoiminnan osalta myös syyllistetty asioista, joihin ne pääsääntöisesti eivät voi vaikuttaa. Yksi tällainen on esimerkiksi väite siitä, että keikkafirman lääkäri tekee perusterveydenhuollosta enemmän erikoissairaanhoidon lähetteitä kuin muut lääkärit, tai toimii muuten leppummin ja vähemmän huolellisesti. On toki mahdollista, että keikkafirmojen lääkärit lähettävät enemmän potilaita erikoissairaanhoidon, mutta mielestäni tällä ei ole tekemistä yrityksen kanssa. Sama lääkäri toimisi samalla tavoin palkanmaksajasta riippumatta. Monet yritysten kautta toimivat lääkärit ovat uransa alkuvaiheessa olevia nuoria lääkäreitä ja tästä syystä luonnollisesti epävarmempia työssään ja herkemmin turvautumassa erikoissairaanhoidon tukeen. On myös sanottava, että ylivoimaisesti suurin osa lääkärikunnasta, sekä nuorista että vanhoista, on työhönsä sen vaatimalla vakavuudella suhtautuvia ammattilaisia, jotka pyrkivät aina tekemään parhaansa, palkanmaksajasta riippumatta.

Yksi keikkalääkärien kohdalla paljon puhuttanut asia on työn palkkaus. Aikaisemmin keikkalaisten palkkiot olivat usein suuria muihin lääkäreihin verrattuna (joskin julkisessa keskustelussa ajoittain mainitut huikeat summat ovat olleet yksittäistapauksia todellisten korvausten ollessa selkeästi pienempiä), mikä aiheutti närää sekä väestössä että muussa kollegakunnassa ja hoitohenkilökunnassa. Tämä ei kuitenkaan enää pidä paikkaansa. Yritysten välisen kilpailun kiristyessä niiden maksamat päivystyskorvaukset ovat pienentyneet ja monessa päivystyspisteessä keikkalääkäriin palkka jää jopa alle virkaehtosopimuksen mukaisen päivystysajan minimikorvauksen. Ongelmana on, että keikkafirmat maksavat pääsääntöisesti tuntikorvausta, jonka suuruus on paljon helpompi mieltää kuin joskus vaikeaselkoiseksi ja monimutkaiseksi koetun virkaehtosopimuksen mukainen palkka. Tämän vuoksi korvausten vertaaminen on vaikeaa ja usein sitä on mahdotonta tehdä etukäteen. Vasta jälkeinpäin asian erikseen laskemalla voi sanoa, kumpi palkanmaksujärjestely olisi ollut kannattavampi. Työuran alkuvaiheessa olevalle tai asiaan perehtymättömälle lääkärille tuntipalkka kuitenkin näyttyy selkeämpänä, helpommin hahmotettavana ja usein valheellisesti suurempana kuin virkaehtosopimuksen mukainen päivystyskorvaus.

Vastaanottotyö

Erityisesti viimeaikaiset perusterveydenhuollon ongelmat lääkäri työvoiman rekrytoinnissa ovat luoneet uusia markkinoita vuokralääkäriyrityksille. Ne ovat osanneet markkinoida itseään paremmin erityisesti nuorelle lääkärikunnalle ja saaneet siten palvelukseensa lääkäri työvoimaa, jota ovat voineet vuokrata eteenpäin sitä tarvitseville terveyskeskuksille. Näin vuokralääkäriyritykset ovat voineet laajentaa toimintaansa koskemaan myös arkaikana tehtävää vastaanottotyötä.

Päivystystoiminnasta poiketen keikkafirmojen arkityöaikana tehdystä vastaanottotyöstä maksama korvaus on hyvä. Tämä johtuu siitä, että käsitykseni mukaan yritykset eivät pääsääntöisesti tee palkkauksen kohdalla eroa päivystys- ja arkityön välillä. Arkityöstä siis maksetaan sama tuntikorvaus kuin päivystystyöstä ja tässä tapauksessa se on usein parempi kuin virkaehtosopimuksen mukainen palkka, joskin viime aikoina ero on selkeästi kaventunut. Keikkalääkäriin kannalta arkityön ongelmat ovatkin muualla.

Keikkafirman kautta arkityöhön tuleva lääkäri joutuu usein kohtaamaan han- kalat työolosuhteet. Keikkalääkäri palkataan yleensä paikkaamaan olemassa olevaa lääkärivajetta, joka on saattanut jatkua jo pitkään. Näin ollen vuokralääkäri kohtaa usein pienet hoitoresurssit, henkilöstöpulan ja paljon työtä. Suurimmassa osassa terveyskeskuksista tällä hetkellä käytössä olevassa väestövastuujärjestelmässä on ensi- arvoisen tärkeää, että väestö on jatkuvasti jonkun hoidossa. Jos näin ei ole, kasautuu väestöä hoitamaan tulevalle lääkärille paljon painetta esimerkiksi puoliakuuttien ja kiireettömien vastaanottokäyntien sekä vuosikontrollien osalta. Keikkalääkäri joutuu usein töihin tullessaan kohtaamaan juuri tällaisen tilanteen.

Toinen vastaanottotyön ongelma on toiminnan pitkäjänteisyyden puute. Keik- kalääkärit tulevat usein paikkaamaan tarvetta, jonka loputtua he siirtyvät töihin muualle. Erityisesti perusterveydenhuollossa tavoitteena ovat nykyään pitkät potil- las-lääkärisuhteet, jotka eivät luonnollisesti tällaisessa toiminnassa toteudu. Hoito voi jäädä pirstaleiseksi ja jatkuvuus voi ontua. Tämä ongelma ei kuitenkaan koske ainoastaan vuokralääkäreitä. Nykyisin jokaisen nuoren lääkärin on työskenneltävä terveyskeskuksessa vähintään yhdeksän kuukauden ajan perusterveydenhuollon li- säpätevytykseen liittyen. Myös tämä järjestelmä aiheuttaa hoidon pirstaloitumista väestöä hoitavan lääkärin vaihtuessa viimeistään yhdeksän kuukauden välein, usein paljon aikaisemminkin. Lisäksi myös vuokralääkäreissä on lääkäreitä, jotka toimivat samalla alueella vuosien ajan pystyen luomaan hyvät suhteet potilaisiinsa.

Vuokralääkäri joutuu kohtaamaan usein myös muun hoitohenkilökunnan asen- teellisuuden. Keikkalääkäri koetaan ”petturiksi” hänen tullessa suuremmalla palkalla tekemään samaa työtä kuin muutkin. Tällainen asenteellisuus on viime aikoina ollut vähentymässä, mutta sitä esiintyy valitettavasti edelleen. Lisäksi esimerkiksi työpaikan sisäisten koulutusten tai TYKY -toiminnan ei usein katsota kuuluvan keikkalääkärille. Keikkalääkäri jääkin usein muun työyhteisön ulkopuolelle. Tämän vastapainoksi keikkafirmoilla on kuitenkin tarjolla omille työntekijöilleen erinomaisia koulutusmahdollisuuksia, luontaisetuja ja yhteisiä tilaisuuksia. Monet keikkalääkärit löytävätkin yhteisöllisyyttä tätä kautta.

Vuokratyörytymisen kautta tehdyn arkityön etuina ovat palkkauksen lisäksi eri- tyisesti mahdollisuus työn parempaan rajaamiseen ja toisaalta erilaisiin työaikat- kaisuihin. Keikkalääkärit työskentelevät pääsääntöisesti tuntipalkalla, jolloin myös työaika on tarkasti määritetty. Usein keikkafirma on myös yksittäistä lääkäriä parempi neuvottelemaan erilaisista joustavista työaikatarkaisuksista työnantajan kanssa. Keik- kalääkäri voi esimerkiksi tehdä työtä kahtena päivänä viikossa 14 tuntia ja yhtenä 8 tuntia tehden koko viikon tuntimäärän kolmessa päivässä, jolloin loppuviikko on vapaata. Myös kokonaistyöajan rajoittaminen on keikkafirman kautta työskennellessä usein helpompaa. Esimerkiksi taiteilijoille, urheilijoille, tutkijoille ja perheellisille keikkafirmat tarjoavatkin usein huomattavasti joustavampia työaikatarkaisuja kuin kuntatyönantajat, jotka ovat perinteisesti olleet tällaisissa asioissa varsin joustamatto- mia ja kankeita. Keikkalääkäri koetaan työpaikalla usein myös ylimääräiseksi avuksi, jota ei välttämättä samalla tavalla velvoiteta venymään ja osallistumaan ”kunnan terveystalkoisiin” kuin virkalääkäreitä tai viransijaisia.

Vuokralääkäriyitykset työntekijän kannalta

Myös yksittäisen työntekijän kannalta vuokratyörytymiseen liittyy sekä hyviä että

huonoja puolia. Toiminta on vielä kohtuullisen uutta ja sitä pyörittävät erityisesti paikallisina vastuuhenkilöinä usein varsin nuoret, joskus vasta opiskeluvaiheessa olevat lääkärit. Tämä on johtanut siihen, että yksittäisen työntekijän kannalta toiminnassa saattaa olla suuriakin ongelmia. Ongelmatilanteissa ei välttämättä saa sellaista apua kuin tarvitsee, vaan jää yksin. Lisäksi jo perustoiminnoissa, kuten työvuorojen toivomisessa ja varaamisessa tai niiden peruuttamisessa ja vaihtamisessa voi olla perustavaa laatua olevia ongelmia. Tämän tyyppiset ongelmat ovat kuitenkin jatkuvasti vähentyneet keikkafirmojen toiminnan kehittyessä ja ammattimaistuuessa.

Keikkafirmat ovat myös tuoneet mukanaan joitain lieveilmiöitä. Ne ovat osanneet markkinoida toimintaansa erinomaisen hyvin, mutta samalla ne saattavat antaa työtä etsiville katteettomia lupauksia esimerkiksi yksittäisen toimipisteen vaativuudesta. Markkinoinnin seurauksena on saattanut esimerkiksi nuorelle lääketieteen opiskelijalle tulla harhakuva siitä, että työtä tekemällä rahaa voi saada lähes loputtomasti, mikä on voinut johtaa jopa epäinhimillisiin työmääriin. On olemassa surullisiakin esimerkkejä siitä, miten liian nuorena on tehty liikaa työtä ja otettu liikaa vastuuta. Suhteessa ikään ja muuhun kokemukseen paljon päivystystyötä tekeväälle nuorelle keikkalääkärille voi tulla väärä usko omiin kykyihin, jolloin hän hakeutuu töihin vaativampiin työpisteisiin kuin mihin kyvyt edellyttäisivät. On myös syntynyt ryhmä lääkäreitä, jotka elättävät itsensä pelkällä keikkatyöllä. Muutaman vuoden työskentelyn jälkeen heidän palaamisensa muun tyyppiseen lääkärintyöhön voi olla vaikeaa oman osaamisalueen kapeutuessa ja käsityksen hoidon kokonaisuudesta jäädessä liian suppeaksi. Vaikka kysymyksessä ovat onneksi lähinnä marginaali-ilmioit, tulisi vuokralääkäriyritysten mielestäni ottaa asioissa huomattavasti nykyistä enemmän vastuuta. Niiden tulisi huolehtia paremmin omista työntekijöistään, tukea heitä paremmin ongelmatilanteissa ja puuttua herkemmin heitä koskeviin epäkohtiin.

Työntekijän kannalta keikkafirmoissa on kuitenkin myös hyvät puolensa. Esimerkiksi keikkafirmojen tarjoama koulutus on nykyisin erittäin monipuolista ja hyvälaatuista. Ne tuovat samalla työntekijöille sitä yhteisöllisyyden tunnetta, joka varsinaisilla työpaikoilla saattaa jäädä puuttumaan. Keikkafirmat tarjoavat pääsääntöisesti erinomaista perehdytystä niiden toimipisteisiin tuleville uusille lääkäreille. Tämä on erityisesti asia, josta keikkafirmoja on aiheetta viime aikoina moitittu. Niiden tarjoama perehdytys on usein huomattavasti parempaa ja kattavampaa kuin kuntatyönantajan, toki yrityksestä ja toimipisteestä riippuen.

Työntekijän kannalta vuokratyörytysten paras ominaisuus lienee kuitenkin niiden tarjoamat joustavat työaikatarkaisut. Kuten aiemmin mainitsin, on keikkafirman kautta huomattavasti helpompi sopia esimerkiksi yksilöllisestä työviikoista kuin kuntatyönantajan. Lisäksi keikkafirmojen kautta on mahdollista tehdä muun työn tai toiminnan, esimerkiksi tutkimuksen tai musisoimisen, ohella epäsäännöllistä työtä ammattitaidon ylläpitämiseksi ja lisätulojen saamiseksi. Uskon, että tällaiset joustavat työaikatarkaisut ovat tulevaisuutta. Esimerkiksi terveyskeskustyön houkuttelevuuden lisäämiseksi olisi myös kuntatyönantajapuolella huomattava asia ja otettava vuokralääkäriyrityksistä oppia.

Vuokralääkäriyritysten tulevaisuus

Kuten aiemmin mainitsin, vuokralääkäriyritykset ovat tulleet jäädäkseen. Ne ovat integroituneet vahvaksi osaksi suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Keik-

kafirmojen kautta voi nykyisin suorittaa esimerkiksi osia erikoistumiskoulutuksesta esimerkiksi työterveyshuollossa. En kuitenkaan näe, että keikkafirmat olisivat pitkällä tähtäimellä vastaus terveydenhuoltojärjestelmämme ongelmiin. On muistettava, että pohjimmiltaan niissä on kysymys kaupallisesta toiminnasta, jossa yrityksen päätehtävä on tuottaa voittoa omistajilleen. Ne eivät näin kykene lopulta vastaamaan hyvin hoidettuun ja rationaalisesti järjestettyyn julkiseen terveydenhuoltoon. Jatkossakin tulee kuitenkin olemaan lääkärisijaisten tarvetta ja toisaalta yritykset ovat ottaneet hoitaakseen usein raskaaksi koettua päivystystoimintaa ja sen järjestämistä. Näin ollen niillä tulee olemaan oma paikkansa myös tulevaisuudessa. Uskoisin myös, että ajan kuluessa yritysten toimintaan tällä hetkellä liittyvät ongelmat ja lieveilmiöt tulevat vähenemään niiden toiminnan edelleen vakiintuessa ja ammattimaistuesssa. Joka tapauksessa keikkafirmat ovat nyt ja tulevaisuudessa yksi varteenotettava vaihtoehto jokaiselle lääkärille.

Keikkafirmat ovat pystyneet tuomaan terveydenhuoltoon uusia ajatuksia. Ne ovat tarjonneet ratkaisuja päivystysongelmiin ja tuoneet mukanaan mallin siitä, millainen voi parhaimmillaan olla joustava työaika. Ne ovat pääsääntöisesti osanneet markkinoida itseään erinomaisesti ja pystyneet rekrytoimaan erityisesti nuoria lääkäreitä mukaan toimintaansa. Niiden tarjoama koulutus ja perehdytys on usein hoidettu esimerkillisesti. Keikkafirmoja ei pitäisikään nähdä ainoastaan peikkona tai uhkana julkiselle terveydenhuollolle, niin kuin nykyisin usein nähdään, vaan niiden hyvistä puolista pitäisi ottaa myös mallia. Tällä tavoin olisi mahdollista luoda tulevaisuuden suomalaista terveydenhuoltoa.

Yksityinen yritys terveyskeskuspalvelujen tuottajana

Pihlajalinna Oy on pirkanmaalainen terveydenhuollon palveluja kehittävä ja tuottava yritys, jonka omistavat n. 150 henkilökuntaosakasta (80%) ja Terveysrahasto Oy:n kautta mm. Kuntaliitto, Sitra ja Suomen Kulttuurirahasto (20%). Yrityksen palveluksessa on yli 300 terveydenhuollon ammattilaista.

Pihlajalinna Oy:n keskeisenä kehittämiskohteena on perusterveydenhuollon palvelujen ja niitä tukevien erikoisalojen konsultaatioiden tuottaminen yhteistyössä kuntatilaajien kanssa.

Pihlajalinna Oy on tuottanut perusterveydenhuollon palveluja Tampereen kaupungille yrityksen pääterveysasemalla Tampereen keskustassa 4/07 alkaen osana Tampereen kaupungin terveysasemaverkostoa. Tällä hetkellä palvelujen piirissä on n. 11000 tamperelaista. Yritys on tuottanut 4/08 alkaen myös Hattulan kunnan perusterveydenhuollon.

Pihlajalinnan perusterveydenhuollon tuottamismalli perustuu osaltaan Kuntaliiton ja Lääkäriliiton tekemiin selvityksiin ja niiden suosituksiin perusterveydenhuollon tuottamisesta.

Pihlajalinnan mallin peruselementtejä ovat

- lääkäri/terveydenhoitajatyöparit
- potilaiden listautuminen työparille
- potilaiden vapaus valita lääkäri/hoitaja työpari
- työparien mahdollisuus vaikuttaa potilaslistan kokoon
- palkkauksen sitominen potilaslistaan

Mallin etuina ovat työntekijöiden kannalta potilaslistan hallinta ja työn itsenäisyys. Potilaiden kannalta etuina ovat vastaanottopalvelujen saatavuus ja jatkuvuus. Tilaajan kannalta etuina ovat toiminnan taloudellisuus ja pitkäjänteisyys. Kansanterveyden kannalta pitkäjänteinen listamalliin perustuva työskentely mahdollistaa varhaisen puuttumisen terveysriskeihin ja jo todettujen kansansairauksien johdonmukaisen hoidon.

Palvelujen käyttäjän rooli ja asema

Palvelujen käyttäjän sijaan voisi puhua apua tarvitsevista, koska nykyään asiakkaan pitää valita tarjolla olevasta valikoimasta itselleen parhaiten sopiva palvelu, eikä niin että hänen avuntarpeensa määriteltäisiin ja vastattaisiin siihen.

Kysyin Mielen terveyden keskusliiton jäseniltä palautetta siitä, kuinka heidät oli huomioitu terveydenhuollon palvelujen käyttäjinä. Tässä niistä koottua listaa.

- Lääkäreiden vastaanotolla ei oteta katse- eikä muutakaan kontaktia, vaan lääkärit katselevat ”televisiota”. Samalla käännetään selkä potilaalle.
- Sijaiset eivät tee tarpeellisiakaan muutoksia hoitoon tai lääkitykseen, ja potilas joutuu odottamaan kotiuttamista turhan takia, varsinkin psykiatrisilla osastoilla.
- Vastaanottoaika menee lääkärin perehdyttämiseen omaan tilanteeseen, koska lääkäri vaihtuu niin usein.
- Hoitajien asenteet koetaan pakottaviksi.
- Kieliongelmat, ei yhteistä kieltä, joten on määrätty virheellisesti korvatippoja silmään.
- Ihmistä ei oteta kokonaisuutena, vaan keskitytään yksittäisiin diagnooseihin.
- Lääkäreileikitkin ovat muuttuneet nykyään. Lapset tutkivat leikkiessään näyttöpäätettä.
- Unohdetaan psykosomaattisten oireiden mahdollisuus, jos se mahakipu onkin vain oire joka johtuu jännittämisestä ja tressistä.
- Tärkeintä on potilaan kohtaaminen terapiassa eikä terapiametodi.
- Hoitohenkilöstökään ei usko eteenpäinmenoon vaan ovat luovuttaneet.
- Päihdekuntoutuskodissa säilytetään, ei kuntouteta. Kun päihdeiden käyttö saadaan lopetettua, pitäisi hoitajien paneutua mielen terveyskuntoutukseen.
- Jonoja puretaan jonottamalla. Kun saa ajan mutta pitkän ajan kuluttua, ei ole enää ”jonossa”.
- Pitäisi kiinnittää enemmän huomiota perusterveydenhuoltoon. Suurin osa mielen terveydestä tapahtuu siellä, missä on eniten kontakteja eli perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimissa (ei lääkärissä).
- Asiakkaalta vaaditaan paljon tietoa/taitoa/voimia löytää asiantuntijalta ja yksiköstä toiselle
- Asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija. Se lähtee oletuksesta, että jokaisella asiakkaalla on diagnoosista (tai muista tekijöistä riippumatta) ainutlaatuisen kokemus ja tieto omasta elämästään; mitä se ollut ja miltä se on tuntunut. miten lääke vaikuttanut/sivuvaikutuksetkin erilaisia, miltä hoito on tuntunut
- Haetaan helposti apua mm. luontaishoidoistakin koska siellä ainakin kosketaan,

kuunnellaan, huomioidaan kokonaisuena.

Palvelujen käyttäjän roolia ja asemaa kutsuisin asiakasasiantuntemukseksi, jonka perustana olisivat seuraavat odotukset terveydenhuollon työvoimalle;

- ihmislähtöisyys, muutoksen edistäminen, sitoutuminen, kunnioitus ja asiantuntijuus.

Seuraavaksi olen listannut miten nämä odotukset näkyisivät ja toteutuisivat työntekijöiden tavoissa tehdä työtään.

- Ihmislähtöisyys toteutuu, kun hoidon lähtökohtana on asiakkaan omat tarpeet, odotukset ja tavoitteet, kohtelemme potilaita kokonaisina ihmisinä, olemme kiinnostuneita ihmisistä ja heidän hyvinvoinnistaan sekä huolehdimme hoidon jatkuvuudesta.
- Muutoksen edistäminen toteutuu, kun uskomme, että jokaisella ihmisellä on mahdollisuus kuntoutua (ei välttämättä parantua), kerromme että jokaisella on oikeus kuntoutua omassa tahdissaan ja omalla tavallaan, luomme muutosta mahdollistavat olosuhteet ja ympäristön kaikissa palveluissa, kannustamme ihmisiä toimimaan itse muutoksen puolesta omassa elämässään sekä uskoamme työmme merkityksellisyyteen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta.
- Sitoutuminen toteutuu, kun hyödynnämme asiakkailta opittua kaikessa palveluiden suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Työmotivaatio paranee, koska uskomme työmme lopputulokseen, arvostamme kaikkia työtehtäviä, jaamme kokemukseen pohjautuvaa tietoa ammattilaisten kanssa, teemme työmme mahdollisimman hyvin ja olemme sitoutuneet arvioimaan, kehittämään ja muuttamaan sitä tarvittaessa.
- Kunnioitus tarkoittaa, että kuuntelemme ja kuulemme aktiivisesti kysyen, annamme tilaa erilaisille näkemyksille arvottamatta niitä, rohkaisemme ja annamme asiakkaalle tilaa tehdä yksilöllisiä ratkaisuja, kohtelemme kaikkia samalla tavalla riippumatta ihmisen henkilökohtaisista ominaisuuksista tai asemasta sekä hyväksymme ja kunnioitamme ihmisiä sellaisina kuin he ovat.
- Asiantuntijuus toteutuu siten, että ilmaisemme, jos emme tiedä jotakin, mutta olemme valmiita ottamaan selvää asiasta. Työn tietopohjan ja sisältöjen kehittäminen tapahtuu vuorovaikutuksessa, työtapoja kehitetään yhdistämällä kokemuksesta opittua tieteelliseen tietoon sekä että työn kautta opittu tieto välitetään eteenpäin

Perusterveydenhuollon tulevaisuus

Perusterveydenhuolto on juhlapuheiden ja kansallisten kehittämishankkeiden ”ykkösasia”, palvelujärjestelmän kivijalka jne. jne. Kun kerran liikuttava yksimielisyys vallitsee ja vuodesta toiseen näin todistetaan, niin herää kysymys, onko kaikki tämä vuodesta toiseen ”kehittäminen”, ”panostaminen” ja ”tukeminen” johtanut johonkin. Vai miksi on oletettavissa, että Kaste-hankkeen jälkeenkin terveystakeskukset ovat jälleen kerran kehittämisen painoalue?

Kansallisen terveyshankkeen ulkoisessa arvioinnissa (Tuomola, Idänpään-Heikkilä, Puro, Lehtonen, STM 2008) todetaan mm. seuraavasti: ”Perusterveydenhuollon toimivuuden parantaminen ei ole toteutunut kansallisen terveyshankkeen aikana. Erityisen huolestuttavaa on terveystakeskuslääkärien saatavuuden ja terveystakeskusten vetovoimaisuuden heikentyminen. Samalla perusterveydenhuollon keskeiset haasteet hoitaa vanhuksia, kasvavia päihde-, elintapa- ja syrjäytymisongelmia ovat merkittävästi lisääntyneet.” Tähän arvioon on helppo yhtyä. Tutkimushankkeita, selvityksiä ja analyysejä on riittävästi, konkreettisia keskushallinnon toimenpiteitä vähemmän.

Mikä mättää terveystakeskuksissa

Kansalaiset kokevat eriarvoisuuden lisääntyneen. Kunnallisvaaleissa kuultiin perusteltuja kysymyksiä siitä, miksi naapurikunnassa pääsee terveystakeskukseen heti ja ihmetystä siitä, miksi virat ovat naapurissa täynnä, mutta omaan kuntaan ei saada edes keikkalääkäreitä. Johtaminenko? vai puuttuuko kunnan päättäjien tuki omalta terveystakeskukselta?

Useiden tutkimusten mukaan terveyserot Suomessa kasvavat edelleen. Trendi poikkeaa muista länsimaista. Hyvinvointi, terveet elämäntavat, terveystakeskusten käyttö korreloivat korkeaan koulutustasoon ja hyviin tuloihin – eivät suinkaan terveystakeskukseen, jotka ovat suuremmat vähiten koulutetuilla ja pienimmässä tulo-luokissa. Tästä seurauksena on hämmästyttävän suuret sosioekonomisten ryhmien väliset erot kuolleisuudessa, jopa vuosien erot! Tämä on niin yksiselitteistä dataa, että on kummallista ja suorastaa epäolettamista ellei nyt tehdä johtopäätöksiä ja ryhdytä toimenpiteisiin.

Ministeriön selvitykset hoitotakuun toimivuudesta perusterveydenhuollossa ovat syvästi huolestuttavia. Vaikka hoitotakuu on ollut voimassa jo kolme vuotta, ei lain mukaiseen tilanteeseen ole päästy. Kansalaisten näkökulmaa hoitotakuuseen on myös kyselty. Stakesin selvityksen mukaan joka toinen suomalainen ilmoitti joutuneensa odottamaan hoitoon pääsyä viimeisen 12 kuukauden aikana kohtuuttoman kauan. (Klavus et al. Suomalaisten hyvinvointi, Stakes 2008)

Ei todellakaan riitä, että potilas saa yhteyden terveystakeskukseen. On kummallista, että sairaanhoitaja toteaa potilaalla hoidon tarpeen, mutta ei ole lääkäriä antaa – ”myydään ei-oota”. Kelvotonta palvelua, tai siis ei palvelua lainkaan. Lääkäri-liitto, Kuntaliitto ja STM seuraavat yhdessä terveystakeskuslääkäriarvojen kehittymistä. Tilanne näyttää huononevan vuosi vuodelta, vaikka lääkärimäärä nousee. Sairaalat,

työterveyshuolto ja yksityissektori vetävät vastavalmistuneita. Terveyskeskusten työnantajakuva on heikko ja sen kohentaminen olisi keskeinen tehtävä. Pelkkä mainostoimiston tekemä brändäys ei tähän tosin riitä. Ammattimainen rekrytointi ja sitouttaminen osataan yrityspuolella, kuntapuolen olisi syytä soveltaa (ei kopioida) näitä malleja.

Epätasa-arvo palveluiden saatavuudessa on paitsi alueellinen niin myös eroa merkittävästi työterveyspalveluiden piirissä olevien ja muun väestön (eli myös työttömät, eläkeläiset, lapset, joiden palvelutarve on keskimäärin suurempi) välillä. Tämän eron selittää sinänsä aivan erinomainen, maailman huippuluokkaa oleva työterveyshuolto. Työterveyshuoltoa tukee vankasti koko kolmikanta, valtio (hallituspohjasta riippumatta), työnantajat (uhkaavassa työvoimavajeessa työvoimasta huolehtiminen on strateginen kysymys) ja työntekijät (maksuton ”bisnes-luokan” palvelu on saavutettu etu). Myös kuntien kannattaa puhua ja toimia työterveyshuollon puolesta, koska on kunnalle merkittävästi edullisempaa, mikäli kuntalaiset hoidetaan Kelan ja työnantajan taloudellisella tuella (arviolta 60%) verrattuna terveyskeskukseen (valtionosuus noin 33%).

Terveyspalveluiden epätasa-arvo näkyy myös merkittäväällä tavalla kansalaisten tavassa valita hoitopaikka. Stakes selvitti hoitopaikan valintaa ikäryhmittäin ja tuloluokittain: mistä vastaaja yrittäisi ensisijaisesti saada vastaanottoajan. Tulos on aivan selkeä, ylin tuloluokka turvautuisi vasta toissijaisesti terveyskeskukseen, kun alimmalla tuloluokalla ei ole juuri vaihtoehtoa. (Klavus et al. Suomalaisten hyvinvointi, Stakes 2008). Segregaatio palveluiden käytössä on voimakkaasti lisääntymässä, kahden kerroksen väki on jo jaettu. Onko siis enää relevanttia puhua terveyskeskuksesta koko kansan palveluna? Seurataanko vain katseella, kun niin potilaat kuin henkilöstö jakautuvat uudella tavalla kahteen järjestelmään? Tai ehkä tämä onkin strateginen tavoite, jota ei ole vain lausuttu ääneen?

Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus

Kyseenalaistan sen, toimiiko terveydenhuollon ohjaus? Lainsäädäntöä on pykälissä laskettuna enemmän kuin koskaan. Keskusvirastot tuottavat erilaista laatusuositusta ja ohjelmaa niin, ettei kentällä ehditä kaikkea edes tulostaa netistä saati soveltaa. Kehittämishankkeita on kyllästymiseen asti, ne tulevat ja menevät. Liian monesta hankkeesta ei jää arkeen muistoakaan. Jokainen terveyskeskus keksii pyörää omin nokin ja valtionosuudet ovat ilman korvamerkkiä, menevät kunnan yhteiskassaan. Normien kautta sitten eduskunta yrittää tasoittaa terveyden epätasa-arvoa. Jokelat ja Kauhajoet herättävät keskustelun, mutta mikä oikeasti muuttuu?

Terveydenhuollon muutoksen draiverit tuntuvat olevan jotkin aivan muut kuin keskushallinnon heikot signaalit (jopa normit tuntuvat jäävän heikoiksi signaaleiksi kuntataloudessa). Kansainvälisyys, markkinavoimat/bisnesajattelu, kehittyvä teknologia ja konsumerismi haastavat lääkärit ja kuntapäätäjät. Juhlapuheilla ei avoterveydenhuolto todellakaan kohene. Ei myöskään irrallisilla erillishankkeilla, joissa yritetään korjata erikseen ammattikoululaisten terveydenhuoltoa, työttömien palveluita, vanhuspalveluita jne. jne. jne. Eikö perusjärjestelmä pitäisi saada kuntoon eikä rakentaa uusia erillisprojekteja? Sama koskee osaamiskysymystä. Mikäli terveyskeskuksen toiminta lepää vaihtuvien keikkalääkärien ja juniorien harteilla, niin ei tätä voi korjata kardiologien marssittamisella terveysasemille. Terveyskeskuk-

siin tulee saada pysyvät yleislääketieteen erikoislääkärit ja avohoitoon koulutetut sairaanhoitajat/terveydenhoitajat. Sairaalaspesialistit täydentävät palvelua, eivät voi kantaa vastuuta kansantautien hoidosta perusterveydenhuollossa.

Toki on muistettava, että terveyskeskukset ovat erilaisia ja isojen kaupunkien terveysasematkin eroavat toisistaan. Ongelmien pohtimisen sijasta olisikin ehkä keskityttävä siihen, miksi jotkut terveyskeskukset pärjäävät, menestyvät ja todella toimivat.

Perusterveydenhuollon skenaarit

Ensimmäinen vaihtoehto on, että jatketaan nykyisellään. Tämä on kuitenkin kyseenalaista, onko se edes mahdollista? Kehitys kulkee omaa rataansa eriyttäen työssäkäyvän väestön omaan palvelujärjestelmäänsä ja vieden lääkärit, hammaslääkärit ja yhä enemmän myös hoitajat firmojen listoille. Nykytilan status quon säilyttäminen edellyttäisi reippaita toimia kunnilta ja valtiolta.

Palvelujärjestelmän suurempi pirstaloituminen on toinen skenaario. Väestö jakautuu neljään kerrokseen: terveyskeskus, työterveyshuolto, Kelan sairausvakuutus, yksityiset vakuutukset

Yksityisen vakuutusten kasvu näyttää voimakkaalta, erityisesti työnantajan maksamien vakuutusten osalta. Mitä heikommin terveyskeskus toimii, sitä nopeammin tämä skenaario etenee.

Kolmas skenaario on kuntien ulkoistukset: tällöin palvelutuotanto on yhä enemmän yritysten hoitamaa kuntien järjestämis- ja rahoitusvastuulla. Ulkoistukset voivat tapahtua pakkoulokoistuksina tai hallitusti strategisina ulkoistuksina.

Neljäs skenaario on yrittäjäysmalli, jossa perusterveydenhuolto on ammatinharjoittajien käsissä Tanskan tai Norjan tapaan tahi sitten kuopiolaisten kehittämä osuuskuntamalli.

Muuttuva lainsäädäntö

Paras-hanke ja tuleva terveydenhuoltolaki muuttavat perusterveydenhuoltoa. Olen huolestunut siitä, onko valinnanvapaus malleissa liikaa ”mahdollistava” malli, eli syntyykö eheää palvelurakennetta, päästäänkö substanssin ja toiminnan kehittämiseen tästä pitkittyvästä rakenne- ja valtakeskustelusta.

Kuntasektorin epävarma tilanne heikentää rekrytointia, kun ei tiedetä onko tulossa piiri vai ulkoistukset vai kuitenkin kuntaliitos. Saadaanko lopulta alueellisesti järkeviä kokonaisuuksia (kuntien keskinäinen erimielisyys) tai jääkö perusterveydenhuolto hajanaisten terveyspiirien marginaalitoiminnaksi. Suuri kysymys on myöskin miten viranomaistehtävät ja terveyden edistäminen istuvat ulkoistettuun ja keikkaluonteiseen, suoriteperusteisesti korvattuun asiantuntijatyöhön

Tavoitetila

Tulevaisuuden perusterveydenhuollossa potilas valitsee hoitopaikan, ja hoitavan tiimin (omalääkäri, omahoitaja). Hoitotakuu toteutuu oikeasti ja hoitosuhteet ovat

jatkuvia, pitkäaikaisia. Omalääkäri on yleislääketieteen erikoislääkäri ja omalääkäri koordinoi hoitoketjua. Perusterveydenhuollon henkilöstön osaamiseen panostetaan. Potilasturvallisuus ja potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa ja palveluiden suunnitteluun paranevat. Tutkimus, hoito, kuntoutus ja hoiva muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden

ja miten tavoitteeseen päästään...

Kuntien ja valtion on löydettävä yhteinen tahtotila. Ei käy, että vastuuta pallotellaan, vastuu on yhteinen jo perustuslain mukaan. Terveyspalveluiden järjestämisvastuu on koottava riittävän suuriin kokonaisuuksiin (paras-puitelain minimi ei riitä tulevaisuudessa). Lääkäri/hoitajakoulutusta kehitetään perusterveydenhuollon suuntaan. Tässä Opetusministeriön ja tiedekuntien/ammattikorkeakoulujen tulee kantaa vastuunsa. Johtamiskoulutus ja johtamisen työkalut on saatava kuntoon. Tarvitaan yhtenäinen perusterveydenhuollon sisällön kuvaus (tuotteistus).

Perusterveydenhuollon resursseja on lisättävä. Tämä on tehtävä riippumatta kaikenlaisista tuottavuusohjelmista. Perusterveydenhuolto ei ole tulevaisuudessakaan pelkkää teknologiaa ja itsepalvelua:

Hoitaja-lääkäriyöparin väestö voi olla enintään 1500. Tämä on aivan keskeinen asia, millään näpértely-kehittämishankkeilla ei voi oikaista sen seikan yli, että oman työn hallinta, oman väestön tuntemus ja mahdollisuus kokonaisvaltaiseen, terveyttä edistävään työotteeseen onnistuu vain, mikäli vastaanotto ei ole pelkkää liukuhinaa.

Summa summarum

Onko perusterveydenhuollolla selkeä valtakunnallinen toimintatapa? Brändi? Tulevaisuuden tavoitetila? Ja kuka/mikä määrittelee brändin, mittaa, seuraa, valvoo, ohjaa? Vai annetaanko kaikkien kukkien kukkia ja luotetaan yksilön ja markkinoiden kykyyn sparrata järjestelmää kilpailutuksen ja valinnanvapauden kautta?

Valtioneuvoston tulisi vihdoinkin määritellä perusterveydenhuollon tavoitetila, ei ainoastaan erikseen perusterveydenhuoltona vaan osana koko terveydenhuoltoa – myös suhteessa työterveyshuoltoon ja Kela-korvattuun terveydenhuoltoon. Tavoitteiden saavuttamiseksi tulee laatia konkreettinen, vaiheistettu toimenpideohjelma, joka koskee kokonaisuutta – ei pelkästään erikseen eri väestöryhmiä tai palvelun segmenttejä. Valtioneuvoston ja kuntien tulisi vihdoinkin päästä yli päätöksenteon, ohjauksen, vastuiden ja rahoituksen pirstaleisuuden vaikeuksista. Eteenpäin ei päästä, mikäli myös opetusministeriön hallinnoala ei sitoudu uudistuksiin ja mikäli jokainen kunta ja sairaanhoitopiiri ei ole mukana. Näin voidaan tehdä ainoastaan, mikäli tavoitetilaan saadaan laaja sitoutuminen. Viime vuosina ei ole ollut pulaa toimenpide-ehdotuksista, pulaa on ollut toimeenpanosta.

ETENE:n JÄSENET JA VARAJÄSENET

12.10.2006-1.10.2010

Puheenjohtaja:

VTT Markku Lehto
Helsinki

Varsinaiset jäsenet:

Ekonomi Jyrki Pinomaa
Kuntokallio-Säätiö, Helsinki

Toimittaja Mardy Lindqvist
Helsinki

Johtajaylilääkäri Timo Keistinen
Vaasan sairaanhoitopiiri, Vaasa

LKT Leena Niinistö
Vantaa

Psykologi Pirkko Lahti
Helsinki

Professori Helena Leino-Kilpi
Turun yliopisto, hoitotieteen laitos

Koulutussuunnittelija Aira Pihlainen
Helsingin kaupunki

HLL Heikki Vuorela
Helsinki

Ylilääkäri Jaana Kaleva-Kerola
Länsi-Pohjan keskussairaala, Kemi

Tutkimus- ja verkostajohtaja Irma Pahlman
Kuopion yliopisto

Hallintoneuvos Anne Niemi
Korkein hallinto-oikeus, Helsinki

Professori Raimo Sulkava
Kuopion yliopisto

Professori Jyrki Jyrkämä
Jyväskylän yliopisto

Sairaalapastori Paavo Juvonen
Joensuu

Kansanedustaja Hannakaisa Heikkinen
Eduskunta

Kansanedustaja Ilkka Kantola
Eduskunta

Kansanedustaja Erkki Virtanen
Eduskunta

Kansanedustaja Sirpa Asko-Seljavaara
Eduskunta

Varapuheenjohtaja:

Professori Jaana Hallamaa
Helsingin yliopisto

Varajäsenet:

Lakimies Mirva Sandelin
Tampere

Kuntoutussuunnittelija Markku Lehto
Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki

Pääsihteeri Harri Vertio
Syöpäjärjestöt, Helsinki

Apulaisjohtaja Kari-Pekka Martimo
Mehiläinen työterveyspalvelut, Helsinki

Farmaseuttinen johtaja Sirpa Peura
Apteekkariliitto, Helsinki

Terveystenhoitaja Anna-Leena Brax
Vieskan th-kuntayhtymä, Alavieska

Dosentti Päivi Rautava
Turun kaupunki

Erikoislääkäri Raimo Puustinen
Pihlajalinna Oy, Tampere

Erikoislääkäri Kari Eskola
Keuruun terveyskeskus

Lakimies Anna Mäki-Petäjä-Leinonen
Alzheimer-keskusliitto, Helsinki

Hallintoneuvos Irma Telivuo
Korkein hallinto-oikeus, Helsinki

LT Minna Raivio
Lääkärikeskus Hemo, Lahti

Dosentti Helka Urponen
Lapin yliopisto, Rovaniemi

Teologi, kirjailija Jaakko Heinimäki
Helsinki

Kansanedustaja Håkan Nordman
Eduskunta

Kansanedustaja Anneli Kiljunen
Eduskunta

Kansanedustaja Kirsi Ojansuu
Eduskunta

Kansanedustaja Eero Akaan-Penttilä
Eduskunta

Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto:

pj, professori Heikki Ruskoaho
Oulun yliopisto

vpj, professori Helena Kääriäinen
Kansanterveyslaitos

- 1 Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. (2001)
ISBN 952-00-1077-7
- 2 Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och sjukvården. (2001)
ISBN 952-00-1078-5
- 3 Shared Values in Health Care, Common Goals and Principles. (2001)
ISBN 952-00-1078-3
- 4 Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. (2001)
ISBN 952-00-1086-6
- 5 Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998-2002. (2002)
ISBN 952-00-1257-5
- 6 Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. (2002)
ISBN 952-00-1269-9
- 7 Tukija 1999-2002. ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (2003)
ISBN 952-00-1299-0
- 8 Saattohoito. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. (2003)
ISBN 952-00-1435-7
- 9 Vård i livets slutskede. Promemoria utgiven av riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). (2003)
ISBN 952-00-1436-5
- 10 Autonomia ja heitteillejätö – eettistä rajankäyntiä. (2004)
ISBN 952-00-1458-6
- 11 Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. (2005)
ISBN 952-00-1642-2 (nid.)
ISBN 952-00-1643-0 (PDF)
- 12 Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ja ETENE:n lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto (TUKIJA). (2005)
ISBN 952-00-1815-8 (nid.)
ISBN 952-00-1816-6 (PDF)
- 13 Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE) och den medicinska forskningsetiska sektionen (TUKIJA) inom ETENE. (2005)
ISBN 952-00-1824-7 (inh.)
ISBN 952-00-1825-5 (PDF)
- 14 The National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE) and ETENE's Sub-Committee on Medical Research Ethics (TUKIJA). (2005)
ISBN 952-00-1826-3 (pb)
ISBN 952-00-1827-1 (PDF)

- 15 "Imago Dei" – Ihminen, Jumalan kuva vai terveydenhuollon tuote? (2005)
ISBN 952-00-1884-0 (nid.)
ISBN 952-00-1885-9 (PDF)
- 16 TUKIJA 2002-2006, ETENE/Lääkietieteellinen tutkimuseettinen jaosto.
(2006)
ISBN 952-00-2206-6 (nid.)
ISBN 952-00-2207-4 (PDF)
- 17 Eettisyyttä terveydenhuoltoon II. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2002-2006. (2006)
ISBN 952-00-2212-0 (nid.)
ISBN 952-00-2213-9 (PDF)
18. Tarve terveydenhuollossa. Kuka tai mikä määrittää? (2007)
ISBN 978-952-00-2329-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2330-0 (PDF)
19. Terveyden edistämisen eettiset haasteet. (2008)
ISBN 978-952-00-2570-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2571-7 (PDF)
20. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. (2008)
ISBN 978-952-00-2572-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2573-1 (PDF)
21. Värdeetik på ålderns höst. Rapport från den riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). (2008)
ISBN 978-952-00-2667-7 (inh.)
ISBN 978-952-00-2668-4 (PDF)
22. Old age and ethics of care. Report of the National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE). (2008)
ISBN 978-952-00-2669-1 (pb)
ISBN 978-952-00-2670-7 (PDF)
23. Miten käy maan hiljaisten. ETENE:n 10-vuotisjuhlaseminaari 8.10.2008.
(2008)
ISSN 1797-9889
ISBN 978-952-00-2728-5 (PDF)
24. Terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuus, vaihtuvuus ja eettinen vastuu.
(2009)
ISBN 978-952-00-2737-7 (nid.)
ISSN 1797-9889, ISBN 978-952-00-2738-4 (PDF)