

Suomen
Lääkärilehti

Suomen perusterveydenhuolto

– status quo ja tulevaisuus



Eripainos Suomen Lääkärilehdessä
julkaistusta artikkelisarjasta

Vaikka Suomessa on ollut avoterveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä ja avoterveydenhuollossa toimivia lääkäreitä ja muita ammattihenkilöitä ainakin 1800-luvun puolivälistä lähtien, voidaan kansanterveyslain säätämistä vuonna 1972 pitää historiamme merkittävimpana yrityksenä järjestää perusterveydenhuolto koko maan kattavaksi ja periaatteiltaan yhdenmukaiseksi järjestelmäksi. Perusterveydenhuollon tulisi toimia koko terveydenhuollon toiminnallisena ja organisatorisena perustana, johon muu rasaskaampi sairaanhoito voisi tukeutua. Runsaan neljännesvuosisadan ajan asiat kulkivat tarkoitettuun suuntaan ainakin kohtuullisen hyvin. Vuosituhannen vaihdetta lähestyttäessä alkoi kuitenkin ilmaantua ongelmia, jotka muutamassa vuodessa saivat aikaan puheita kriisiytyvästä perusterveydenhuollosta ja sen pelastamistarpeesta.

Uusiutumisen tarve on tiedostettu: lukuisia selvityksiä on tehty, asiantuntijaseminaareja pidetty ja laadittu suosituksia ja ohjelmia tilanteen korjaamiseksi. Valtakunnallisen tason esimerkkejä näistä ovat esim. nykyisen hallituksen ohjelma, valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -ohjelmasta ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma 2008–2011 (KASTE). PARAS-hanke ja sen kupeessa syntynyt erikoissairaanhoito- ja kansanterveyslain yhdistämishanke ovat osaltaan myllertäneet kenttää. Kaikesta ajattelutyöstä huolimatta kenelläkään ei tunnu olevan selvää näkemystä siitä, mitä perusterveydenhuollon ylösrakentamiseksi pitäisi tehdä.

Lääkärilehdessä alettiin syksyllä 2004 suunnitella kirjoitussarjaa, joka porautuisi kriisiytyvän perusterveydenhuol-

lon tilaan ja etsisi ratkaisuja sen korjaamiseksi. Kirjoitussarjan kokoaminen osoittautui melko vaivalloiseksi ja aikaa vieväksi työksi, mutta lopulta lähes kaikki suunnitellut kirjoitukset saatiin julkaistuksi Suomen Lääkärilehdessä. Tähän nyt julkaistavaan eripainokseen on kerätty kyseisessä sarjassa julkaistut kirjoitukset toivoen, että niistä löytyisi ratkaisumalleja perusterveydenhuollon ongelmiin.

Alkuperäisen aihelistauksen suunnittelusta pidettyyn sähköpostikokoukseen osallistui parikymmentä perusterveydenhuollon eturivin asiantuntijaa. Tähän koosteeseen on otettu mukaan myös joitakin alkuperäiseen aiheuuteloon kuulumattomia tekstejä, jotka julkaistiin prosessin aikana Lääkärilehdessä. Käsikirjoituksia arvioivat professori Kari Mattila ja professori Esko Kumpusalo, joille molemmille kiitos tästä työstä. Olen iloinen saadessani koota nämä kirjoitukset yhteen eripainokseksi vielä tilanteessa, jolloin varsinainen työskentelyni Lääkärilehdessä on jo päättynyt.

Toivon, että tässä eripainoksessa uudelleen julkaistavista kirjoituksista löytyisi mahdollisimman monta käytäntöön soveltuvaa vastausta perusterveydenhuollon ongelmien kanssa painiskeleville.

Helsingissä 30.4.2008

Taito Pekkarinen
päätoimittaja, emeritus

Suomen perusterveydenhuolto – status quo ja tulevaisuus

Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus vuonna 2002 -tutkimus piirsi lääkärikunnan kannalta varsin karun kuvan maamme perusterveydenhuollon tilasta. Terveyskeskuslääkärit toivat esiin lukuisia sekä työnsä määrään että sisältöön liittyviä ongelmia. Niitä olivat mm. koettu työn pakkotahtisuus ja autonomian puute sekä yksinäinen puurtaminen ilman kunnollista johtamiskulttuuria. Merkittävänä ongelmina nousivat myös luottamuspuula lääkärikunnan ja kunnallisten päättäjien välillä, ongelmat erikoissairaanhoidon kanssa sekä työnohjauksen puute (1).

Tutkimuksen perusviesti terveydenhuollon suunnittelijoille ja päättäjille oli selkeä. Terveyskeskusten ydinjoukon muodostavat kokeneet, keski-ikäiset, työstään pitävät lääkärit, joiden jaksaminen on uhattuna. Heistä joka kolmas harkitsi vakavasti siirtymistä yksityissektorille.

Viime vuosina lääkäripula monissa terveyskeskuksissa on entisestään pahentanut perusterveydenhuollon ahdinkoa. Liian monessa terveyskeskuksessa yleislääkäri ei pysty käyttämään osaamistaan ja ammattitaitoaan. Terveyskeskusten vetovoima nuorten lääkärin urasuunnittelussa on hiipunut, ja esim. sairaalatyötä pidetään paljon mieluisampana (2).

Osassa terveyskeskuksista on painettu paniikinappulaa. Sen sijaan, että rakennettaisiin perusterveydenhuoltoa perusterveydenhuollon ehdoilla, työtä arvioidaan erikoissairaanhoidon mittareilla. Perusterveydenhuoltoa arvioidaan potilaskäyntien määrällä, johon yksityisten yritysten myymät lääkäripalvelut sopivat hyvin. Samalla kuitenkin syödään kunnallisen perusterveydenhuollon kehittymisen edellytykset, koska työ edellyttää mm. pitkäaikaista potilastuntemusta, yhteisöllisiä menetelmiä, oikea-aikaista neuvontaa ja hoidon jatkuvuutta.

Tässä numerossa alkaa perusterveydenhuoltoa käsittelevä kirjoitussarja, jonka avaa Hannu Vuori kuvaamalla perusterveydenhuollon tilaa Euroopassa 25 vuotta Alma-Atan julistuksen jälkeen (s. 5089–93). Jo ennen julistusta, 1970-luvulla, rakennettiin maahamme kansainvälisestikin arvioiden korkeatasoinen terveyskeskusjärjestelmä. Sen omaksumat perusterveydenhuollon periaatteet olivat lähinnä Alma-Atassa määriteltyjä kansainvälisiä tavoitteita.

Tänään perusterveydenhuollon tulevaisuuden kannalta ratkaisevaa on, kuinka hyvin onnistumme työn sisällön

kehittämisessä. Perusterveydenhuollon toimivuuden ja palvelukyvyyn kannalta aivan oleellista on lääkärin sitoutuneisuus sekä yhteistyökyky terveydenhuollon toimijoiden, päättäjien sekä väestön kesken. Tarvitaan joustavia työtapoja, uudenlaista yrittäjyyttä, teknologian tehokasta hyödyntämistä sekä innovaatioita palvelurakenteen uudistamisessa (3).

Sairaanhoitopiireihin, viimeksi Helsinkiin, on perustettu yleislääketieteen yksiköt. Niiden myötä perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen ja erikoislääkärinkoulutukseen on tullut suunnitelmallisuutta ja ryhtiä. Kansallisen terveystieteen aikana lääkärin koulutusmääriä on lisätty, mutta määrällä ei voi korvata laatua.

Terveyskeskuksissa tarvitaan ennen muuta kokeneita yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Heitä tarvitaan kouluttamaan eurolääkäreitä perusterveydenhuollon ymmärtämiseen ja erikoistuvia lääkäreitä perusterveydenhuollon osajiksi. Heille on annettava riittävästi mahdollisuuksia, aikaa ja kannustimia nuorten lääkärin ohjaukseen. Terveystieteen ja peruskunnille arvokkaita ovat hyvät yleislääkärin ammattitaidon omaavat, väestönsä tuntevat lääkärit, jotka ovat valmiita sitoutumaan paikkakuntansa perusterveydenhuollon kehittämiseen.

Kirjallisuutta

- 1 Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Vihola T, Kumpusalo E. Lääkärin arviot terveyskeskusten toimivuudesta. Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus II. Suom Lääkäril 2002;57:5063–7.
- 2 Vänskä J, Hyppölä H, Halila H ym. Lääkäri 2003 -kyselytutkimus vuosina 1992–2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2005:9, Helsinki 2005.
- 3 Myllymäki K. Terveyskeskus 2015 -terveyskeskustyön tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56, Helsinki 2006.

Esko Kumpusalo

professori, ylilääkäri
Kuopion yliopisto ja Kuopion yliopistollinen sairaala
esko.kumpusalo@uku.fi

Kari Mattila

professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto ja Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
kari.j.mattila@uta.fi

Hannu Vuori, Keith Barnard

Euroopan perusterveydenhuollon kehitys Alma-Atan julistuksen jälkeen

Tärkein tieto

- ▶ Maailman terveysjärjestön (WHO) ja UNICEF:n järjestämästä Alma-Atan perusterveydenhuollon konferenssista tuli 2003 kuluneeksi 25 vuotta. Merkkipäivän kunniaksi WHO analysoi konferenssin vaikutusta jäsenmaiden terveydenhuollon kehitykseen sekä ennakoivat perusterveydenhuollon tulevaisuutta.
- ▶ Maailman terveysjärjestö ja sen jäsenmaat ovat toistuvasti korostaneet perusterveydenhuollon merkitystä terveydellisen tasa-arvon avaimena. Monet maat väittävät uudistaneensa terveydenhuoltoaan Alma-Atan hengessä. Siitä huolimatta Euroopan maiden väliset erot itä-länsiakselilla ja maiden sisäiset erot varallisuusakselilla ovat lisääntyneet.
- ▶ Alma-Atan jälkeisissä terveydenhuollon uudistuksissa on kaksi aaltoa. Ensimmäinen ajoittui heti konferenssin jälkeen 1980-luvulle, toinen tuli 1990-luvulla. Kummankin aallot tulokset jäivät vajavaisiksi. Ensimmäisessä aallossa ongelmana oli selvien tavoitteiden puute. Toisen aallon uudistukset eivät koskaan pyrkineetkään perusterveydenhuollon uudistamiseen. Niiden tärkeimmät tavoitteet olivat taloudellisia.

Ennen Neuvostoliiton hajoamista Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetta oli tapana pitää yhtenäisenä teollisuusmaiden ryhmittymänä, jonka sisällä ei ollut sanottavia terveydellisiä eroja. Eivät edes suunnaton alue Grönlannista Sahalinille ja 800 miljoonaa asukasta horjuttaneet tätä monoliittista kuvaa. Vuosien 1989–92 myllerrys ei ainoastaan muuttanut Euroopan alueen geopoliittista kuvaa. Se pakotti WHO:n hylkäämään

käsityksen terveydellisesti yhtenäisestä Euroopasta.

Kun alueen todellinen kuva alkoi selkiintyä, ensimmäisiä havaintoja oli selvä itä-länsiakseli. Se alkoi Luoteis-Euroopan EU-maista, kulki läpi Keski- ja Itä-Euroopan entisten sosialistimaiden ja päättyi Keski-Aasian tasavaltoihin. Kaikki terveydenhuollon indikaattorit, kuvasivat ne sitten terveystasoa, palvelujen tarjontaa tai laatua, huononivat tällä akselilla itää kohti.

Seuraavaksi tutkijat huomasivat maiden sisäiset erot. Monet indikaattorit eliniän odotuksesta vuosittaisten lääkerissäkäyntien kautta reseptivapaitten lääkkeitten käyttöön korreloivat väestön tulotasoon. Monissa maissa nämä väestöryhmien väliset erot olivat kasvamassa.

WHO:n Euroopan alue luottaa perusterveydenhuoltoon

Maailman terveysjärjestön yleiskokous hyväksyi 1977 Terveyttä kaikille -päätöslauselman (WHO 30.43). Se vahvisti järjestön tavoitteeksi terveydellisen epätasa-arvon vähentämisen. Päätöslauselma perää sellaista terveyden tasoa, joka antaa kaikille mahdollisuuden sosiaalisesti ja taloudellisesti tuottavaan elämään. Seuraavana vuonna Alma-Atan julistus nosti perusterveydenhuollon avaimeksi Terveyttä kaikille -tavoitteen saavuttamiseen.

WHO:n Euroopan alue näytti ottavan sekä Terveyttä kaikille -tavoitteen (1) että perusterveydenhuollon vakavasti. Vuonna 1981 hyväksytyn Terveyttä kaikille -ohjelman tavoite 26 omistettiin perusterveydenhuollolle. Sen mukaan vuoteen 1990 mennessä kaikissa jäsenmaissa tulisi olla perusterveydenhuollolle rakentuva terveydenhuoltojärjestelmä Alma-Atan konferenssin osoittamalla tavalla.

Vuonna 1998 näki päivänvalon Terveys 21 -tavoiteohjelma (2), yritys panna puihin uuden vuosituhannen terveyspolitiikka. Siinä korostetaan perusterveydenhuollon keskeistä roolia toteamalla, että vuoteen 2010 mennessä väestöllä tulee olla paljon parempi mahdollisuus käyttää perhe- ja yhteisö-

suuntautunutta perusterveydenhuoltoa, jota tukee joustava ja tarpeisiin vastaava sairaalajärjestelmä.

Mitä on saatu aikaan?

Vuonna 1998 juhliittiin Alma-Atassa julistuksen 20-vuotispäivää. Teemana oli Perusterveydenhuolto kuuluu kaikille. Silloinen WHO:n Euroopan aluejohtaja Jo Asvall totesi optimistisesti, että Alma-Atassa luotu perusterveydenhuolto on Euroopassa voimissaan ja vakiinnuttaa asemaansa 51 jäsenmaan terveydenhuollon tulevaisuuden suuntana (3).

Optimismi oli osittain oikeutettu. Alma-Atan perusarvoja, tavoitteita ja toimintaperiaatteita ei ole kiistetty. Ratifioidessaan 1998 Maailman terveysjulistuksen WHO:n yleiskokous löi niihin maailmanlaajuisen hyväksymisleiman. WHO:n silloinen pääjohtaja tri Lee teki selväksi, että hän uskoi perusterveydenhuoltoon.

Mutta pessimistitkin ovat oikeassa. Jos kerran perusterveydenhuolto on voimissaan, miksi terveydellinen epätasa-arvo Euroopan alueen jäsenmaiden välillä ja sisällä kasvaa? Pessimistien mukaan monet Euroopan maat eivät ole tehneet juuri mitään perusterveydenhuollon toteuttamiseksi.

Mitä on perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuolto voidaan ymmärtää neljällä tavalla. Sitä voidaan pitää joukkona terveydenhuollon toimintoja, hoidon tasona, strategiana järjestää terveydenhuolto tai koko terveydenhuoltoa leimaavana filosofiana (4).

Kun perusterveydenhuolto ymmärretään joukkona toimintoja, on tulkinnan etuna yksinkertaisuus ja maanläheisyys. Perusterveydenhuolto koostuu Alma-Atan julistuksen määrittelemistä kahdeksasta perustoiminnosta. Kriitikoille tulkinta antaa mahdollisuuden vähätellä Alma-Atan julistusta ja terveydenhuollon uudistuspyrkimyksiä. Tosiasiassa varakkaimmatkaan jäsenmaat eivät ole pystyneet järjestämään tyydyttävästi näitä perustoimintoja. Palveluja voi kyllä olla tarjolla, mutta ne järjestetty ottamatta huomioon perusterveydenhuollon muihin tulkintoihin sisältyviä periaatteita ja arvoja.

Perusterveydenhuollon tulkinta hoidon tasona ymmärretään siksi terveydenhuollon osaksi, johon väestö turvautuu ensiksi hakiessaan apua terveydellisiin ongelmiinsa. Länsi-Euroopan yleislääkärit ovat tukeneet tätä tulkintaa, koska se saa heidät näyttämään WHO:n tehtävänsä voitelemilta perusterveydenhuollon ritareilta. Tulkinnalla on kuitenkin rajoituksensa. Yleislääkärit ovat tärkeitä perusterveydenhuollon palvelujen tuottajia, mutta he vastaavat lähinnä perussairaanhoidosta. He eivät myöskään ole ainoita perusterveydenhuollon palvelujen tarjoajia. Suuri osa (ehkä 80–90 %) terveydellisistä ongelmista ei johda koskaan virallisten terveyspalvelujen käyttöön. Ovatko maallikkojen, vaikkapa äitien, tarjoamat palvelut osa perusterveydenhuoltoa? Entä erikoislääkäreiden yksityisvastaanottoillaan tai sairaaloiden poliklinikoilla tarjoamat palvelut, kun kysymyksessä sattuu olemaan potilaan ensimmäinen yhteydenotto?

Maailman terveysjärjestö edellyttää, että jäsenmaat soveltavat tiettyjä strategisia periaatteita voidakseen puhua perusterveydenhuollosta. Palvelujen täytyy olla saavutettavissa, toiminnallisesti integroituja ja kustannusvaikuttavuudeltaan edulli-

sia. Niiden tulee vastata väestön tarpeita ja perustua yhteisön osallistumiseen sekä eri sektorien väliseen yhteistoimintaan ja niissä tulee käyttää tarkoituksenmukaista teknologiaa.

Perusterveydenhuolto filosofiana saattaa näyttää olevan kovin kaukana terveydenhuollon arkipäivästä. Se on kuitenkin tulkinnoista tärkein. Syvällisimmin ymmärrettynä perusterveydenhuolto edellyttää sosiaalisen oikeudenmukaisuuden, tasa-arvoisuuden, omaehtoisuuden ja solidaarisuuden hyväksymistä terveydenhuollon filosofiseksi kulmakiviksi.

Perusterveydenhuollon uudistusmalli

Useimpien maiden järjestelmä näytti kaipaavan uutta suuntautumista niin painopisteensä, sisältönsä, organisaationsa kuin vastuunsa suhteen. Perusterveydenhuollon uudistusmalli antoi sille puitteet (5). Mallissa edellytetään painopisteen siirtämistä sairaudesta terveyteen, sisällön siirtämistä spesifisten ongelmien episodisesta hoidosta terveyden edistämiseen, ehkäisyyn, hoitoon ja hoivaan. Edelleen, siinä edellytetään organisaation siirtämistä yksin toimivista yleis- ja erikoislääkäreistä perhelääkäreihin, muihin terveydenhuollon ammattiryhmiin ja ryhmätyöhön sekä vastuun siirtämistä terveydenhuollon ammattilaisilta ja terveydenhuoltojärjestelmältä eri sektorien väliseen yhteistoimintaan, yhteisön osallistumiseen ja väestön omaan vastuuseen.

Uudistuksen kaksi aaltoa

Monet jäsenmaat ovat uudistaneet terveydenhuoltoaan siten Alma-Atan. Näissä uudistuksissa on kaksi aaltoa. Ensimmäinen ajoittuu heti Alma-Atan jälkeen, 1980-luvulle, ja näyttää ainakin pinnalta katsoen julistuksen aikaansaamalta. Toinen aalto tuli 1990-luvulla. Se on selvästi taloudellisten tavoitteiden leimaama.

Ensimmäinen aalto: vakaumusta vai retoriikkaa?

Uudistuksista huolimatta näyttää jälkikäteen selvältä, että Alma-Ata ei juurikaan muuttanut Euroopan terveyspolitiikkojen ajattelutapaa. Monet julistuksen allekirjoittaneet WHO:n jäsenmaat saattoivat sanoa kannattavansa perusterveydenhuoltoa mutta pitivät sitä todellisuudessa tarpeettomana.

Jäsenmaat laitettiin testiin ensimmäisen kerran vuoden 1979 aluekomitean kokouksessa. Ne jaettiin perusterveydenhuoltoa koskevien lausuntojensa perusteella neljään ryhmään (5). Sosialistiset maat väittivät, että ne olivat toteuttaneet perusterveydenhuollon. Toinen ryhmä (monet Keski-Euroopan maat) uskoi, että hienoiset muutokset lääkärikoulutuksessa tuottaisivat uuden lääkärisukupolven, joka toteuttaisi perusterveydenhuoltoa. Kolmas ryhmä (mm. pohjoismaat) otti haasteen vakavammin. Ne myönsivät, että esimerkiksi terveydenhuollon voimavarojen jakautuminen terveydenhuollon eri tasojen välille osoitti, että niillä oli vielä pitkä matka todelliseen perusterveydenhuoltoon. Ne lupasivat perusteellista remonttia Alma-Atan hengessä. Neljännen ryhmän edustajat ihmettelivät avoimesti, mitä perusterveydenhuolto oikein on.

WHO:n Euroopan aluetoimisto yritti auttaa jäsenmaitaan

ymmärtämään perusterveydenhuollon käsitettä. Alueoimisto järjesti 1983 konferenssin Perusterveydenhuolto teollisuusmaissa (6). Isäntämaaksi valittiin tarkoituksella Ranska, koska se selvästi kuului neljanteen ryhmään.

Neuvostoliiton edustajan avausesitelmä näytti konferenssin hengen. Edustaja väitti, ettei Alma-Atan julistus edellyttänyt maan terveydenhuollossa mitään muutoksia. Alma-Atan periaatteet olivat olleet Neuvostoliiton terveydenhuollon kulmakiviä sitten sosialistisen vallankumouksen. Monet muut maat seurasivat samaa linjaa.

Kokouksessa käsiteltiin mm. perusterveydenhuollon menestystarinoita. Anti oli niukka. Vain jotkut Skandinavian ja Välimeren maat olivat toteuttaneet vähänkään mittavamman uudistuksen, joka tähtäsi perusterveydenhuollon edistämiseen. Toki muutkin maat kertoivat menestystarinoita päätösvallan delegoinnista, palvelujen hajauttamisesta, yksilöiden osallistumisesta omaan hoitoonsa, ammattien välisestä tiimityöstä sekä palvelujen ulottamisesta syrjäseuduille ja vähävaraisille. tarinat kertoivat kuitenkin pienimuotoisista kokeiluista, ei maanlaajuisista uudistuksista. Ne olivat askeleita oikeaan suuntaan, mutta parhaimmillaankin vain osittaisuudistuksia, joiden kohteena oli perussairaanhoido.

Toinen aalto: tehokkuutta etsimässä

1990-luvun alkuun asti Euroopan alueella oli kolme terveydenhuollon perustyyppiä. Ensimmäinen niistä on kansallinen terveyspalvelujärjestelmä. Siinä terveydenhuollon kustannukset katetaan verovaroista ja palvelut järjestää julkishallinto, joka joko palkkaa terveydenhuollon työntekijät (esim. Suomi) tai tekee heidän kanssaan sopimuksen palvelujen tuottamisesta ja ostamisesta (esim. Englanti). Toinen perustyyppi on yksityisiin terveyspalvelujen tuottajiin ja sairausvakuutukseen perustuva järjestelmä (sairausvakuutuksen ohjaama yksityisjärjestelmä, esim. monet Keski-Euroopan maat). Kolmas tyyppi on sosialististen maiden Semashko-malli, missä valtio omistaa, rahoittaa ja hallinnoi terveyspalvelujen tuotannon. Malli on erikoislääkärivaltainen ja keskittyy kuratiivisiin palveluihin.

1990-luvun alussa alkoi terveydenhuollon uudistusten toinen aalto. Taloudellisen laman kynsissä monet Euroopan maat uudistivat perusterveydenhuoltoaan joko suoraan tai terveydenhuollon kokonaisuudistuksen osana. Länsi-Euroopassa uudistusten tavoite on ollut selvästi taloudellinen eli kustannusten hillitseminen. Itä-Euroopan maissa uudistus ei ollut ainoastaan taloudellinen vaan myös sosiaalinen välttämättömyys. Entisten sosialistimaiden terveydenhuolto peri Semashko-mallin niukat resurssit, rapistuneet laitokset, kehnot laitteet ja pienipalkkaisen, puutteellisesti koulutetun ja asenteiltaan lukkiutuneen henkilöstön. Ihmiset eivät luottaneet terveydenhuoltoon. Palveluja oli, mutta niiden laatu oli huono. Vaikka palvelut olivat periaatteessa ilmaisia, niistä maksettiin pöydän alla.

Toisen aallon uudistusten sisältö ja muoto ovat vaihdelleet, mutta niillä oli – ainakin paperilla – usein yhteinen nimittäjä: perusterveydenhuolto. Sitä uudistamalla uskottiin voitavan parantaa terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta. Uudistuksia analysoidessaan Saltman ja Rico (7) ovat löy-

täneet kolme tapaa vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Ensimmäisenä ovat uudistukset, jotka vahvistavat perusterveydenhuollon portinvartijan roolia (esim. sairaalaan otto vain lähetteellä). Toisena ovat uudistukset, jotka laajentavat perusterveydenhuollon aluetta palvelujen tuottajana (esim. päiväkirurgia ja yhteisöpohjainen kuntoutus). Kolmantena ovat uudistukset, jotka yrittävät vaikuttaa palvelujen tarjontaan muuttamalla niiden tuottajien vastuuta ja päätöksentekoa joko sisäisen itsesäätelyn (esim. hoito-ohjelmat ja vertaisarviointi) tai ulkoisen säätelyn (esim. sopimukset ja kannustimet) avulla.

Kansallisen terveyspalvelun maissa hoidon eri tasojen välinen raja on yleensä selvä ja perusterveydenhuolto on tehokas portinvartija. Monissa maissa viranomaiset säätelivät henkilöstön määrää, alueellista jakaantumista, työaikoja sekä palkkoja ja palkkioita. Kliinistä toimintaa koskevat normit ja standardit antavat viranomaisille mahdollisuuden valvoa jossain määrin toiminnan laatuakin.

Ehkä syvällisin kansallisiin terveyspalveluihin kohdistuva muutos on ollut sisäisten markkinoiden luominen erottamalla palvelujen tuottajat ja ostajat sekä kilpailuttamalla tuottajat keskenään. Länsi-Euroopassa on kokeiltu mm. ryhmävastaanottojen ja eri ammattiryhmien välisen tiimityön kannustamista, tehtävien siirtoa lääkäreiltä muille ryhmille sekä kapitaatio- ja toimenpidepalkkiojärjestelmien yhdistämistä.

Maissa, joissa sairausvakuutus ohjaa yksityisjärjestelmää (esim. Itävalta), uudistukset ovat yleensä olleet vaatimattomia. Suuri osa yleislääkäreistä työskentelee edelleen yksin, tarjoaa lähinnä kuratiivisia palveluja ja kilpailee usein erikoislääkärien kanssa potilaista. Yleislääkärit eivät voi toimia portinvartijana, koska potilaat voivat halutessaan mennä suoraan erikoislääkärille tai sairaaloiden poliklinikoille. Uudistusten tavoitteena on ollut vahvistaa markkinavoimia palvelujen tuotannossa, mutta monet niistä ovat pikemminkin voimistaneet terveydenhuollon ammattilaisten valtaa.

Semashko-mallin maissa kehitys on mennyt kahteen suuntaan. Keski- ja Etelä-Euroopan entisten sosialistimaiden terveydenhuollon uudistus on ollut nopea ja radikaali. Terveyspolitiikan johtoon kipusivat klinikot, jotka inhosivat kaikkea Semashkoon viittaavaa. Nähdessään kapitalististen naapurimaitensa kollegojen taloudellisen hyvinvoinnin he halusivat järjestelmän, joka takaisi heillekin samanlaiset olot. Tuloksena oli nopea siirtyminen Semashko-mallista markkinaorientoituneeseen sairausvakuutuksen ohjaamaan yksityisjärjestelmään, joka oli useimmissa näistä maista käytössä ennen toista maailmansotaa.

Useimpien entisten neuvostotasavaltojen järjestelmä on edelleen nokkapainoinen ja erikoislääkärikeskeinen, vaikka ne ovatkin yrittäneet vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Tulokset ovat olleet vaatimattomia. Väestö pitää perusterveydenhuoltoa tarpeettomana esteenä pääsyssä erikoislääkärin hoitoon. Valmiiden erikoislääkärien eikä uudenkaan lääkärisukupolven asenteita ole pystytty muuttamaan. Sekä opettajat että opetustavoitteet ja -menetelmät ovat pysyneet ennalleen. Tiimityöstä ei ole tietoaakaan. Huonokuntoiset tilat eivät sovellu perhekeskeiseen työhön. Pääoman ja johtamistaitojen puute vaikeuttaa sekä julkisella että yksityisellä sektorilla

modernien hoitolaitosten ja ryhmävastaanottojen perustamista. Terveystenhoitohenkilöstön palkat ovat pieniä ja heidän ammattijärjestönsä heikkoja. Jos ne ovat onnistuneet aikaansaamaan jonkinlaista asemaa, ne ovat käyttäneet sitä ryhmänsä taloudellisten etujen ajamiseen välittämättä terveydenhuollon kehittämistä.

Mitä on opittu?

Periaatteet ja taloudelliset tavoitteet

Lähes kaikkien toisen aallon uudistusten päätavoite oli sääntämisen. Esimerkiksi maailmanpankin Bukarestissa 2002 järjestämässä perusterveydenhuollon kokouksessa esitykset pursuivat sellaisia termejä kuin johtaminen, tehokkuus, kannustinjärjestelmä ja lääkärinpalkkiot.

Vaikka uudistuksilla saattoi olla Alma-Atan julistuksen mukaisia tavoitteitakin, esimerkiksi terveydellisen tasa-arvon lisääminen tai laadun ja saavutettavuuden parantaminen, niitä ei esitetty selvästi. Bukarestin kokouksessa ei juurikaan kuullut sellaisia termejä kuin yhteisöllisyys, tasa-arvoisuus, solidaarisuus, yhteistyö, moniammatilliset tiimit.

Tuloksena oli, että uudistukset koostuivat sekalaisesta kokoelmasta toimenpiteitä milloin rahoitusjärjestelmän muuttamiseksi, milloin päätöksenteon siirtämiseksi alemmille tasoille tai perhelääkärijärjestelmän edistämiseksi.

Selvän uudistusfilosofian puute selittää yhden yleisen kokemuksen. Terveystenhoollon yksittäisten osien, esimerkiksi rahoitusjärjestelmän paikkaaminen, ei ratkaise mitään silloin, kun koko sosioekonominen järjestelmä on nopeasti muuttumassa. Esimerkiksi entiset sosialistimaat olisivat tarvinnut paljon rohkeampia reformeja kuin mitä ne uskalsivat yrittää.

Kysyntä ja tarjonta

Uudistuksilla on yritetty vaikuttaa sekä terveyspalvelujen kysyntään että tarjontaan, mutta keinot eivät ole olleet tasa-painossa. Tarjontaan vaikuttaminen on yleensä ollut päälimmäisenä. Keinona on käytetty esim. organisaatiomuutoksia tai terveydenhuollon työntekijöiden määrän ja alueellisen jakaantumisen sekä palkitsemisen säätelyä. Kysyntää vähentävät tai järkiperaistävät toimenpiteet, esim. pakollinen lähe-tejärjestelmä ja terveyskasvatus, ovat jääneet vähemmälle huomiolle.

Byrokraattiset ja ammatilliset uudistukset

Virkakoneiston uudistuksissa prosessin alkuun- ja toimeenpanijoina ovat olleet poliitikot ja viranomaiset. Uudistusten painopiste on usein organisaation, hallinnon ja rahoituksen muutoksissa. Ammatilliset uudistukset lähtevät terveydenhuollon sisältä. Esimerkiksi yleislääkärit lähtevät ajamaan lääketieteen koulutuksen uudistusta ja ryhmävastaanottoja.

Byrokraattiset uudistukset ovat voineet sortua terveydenhuollon työntekijöiden vastustukseen silloin, kun nämä ovat nähneet ne uhkaksi itsenäisyydelleen, tulotasolleen tai jollekin muulle ammatillisesti arvostamalleen asialle.

Ammatilliset uudistukset ovat yleensä kapea-alaisia ja kohdistuvat vain yhteen ryhmään. Vaikka näiden uudistusten tärkein tavoite on usein niitä ajavan ryhmän etujen edis-

täminen, jotkut niistä ovat olleet selvästi ideologisempia ja lähempänä Alma-Atan periaatteita kuin monet byrokraattiset uudistukset. Hyviä esimerkkejä ovat Englannin yleislääkärien ja Espanjan perhelääkärien yhdistyksen toiminta terveydenhuollon uudistamiseksi.

Yleislääkärit uudistusten keskipisteessä

Monet uudistukset ovat korostaneet yleislääkärien asemaa terveydenhuollon portinvartijana. On uskottu tutkimustuloksiin, joiden mukaan tehokas perusterveydenhuolto pystyy hoitamaan 80 % ongelmista.

Suhtautuminen portinvartijan roolin vahvistamiseen on vaihdellut. Jotkut terveyspoliitikot ja sairausvakuutusjärjestelmät ovat pelänneet, että se antaa yleislääkäreille liikaa valtaa varojen käytön ohjaamisessa. Joskus yleislääkärit itse ovat epäoineet ottaa tätä valtaa ja vastuuta peläten sen muuttavan liian radikaalisti heidän perinteistä toimintamalliaan. He ovat myöskin huomanneet, että heiltä puuttuu hallinnollinen koulutus ja kokemus toimia varojen vartijana.

Yleislääkärit ovat tehokkaita portinvartijoita niissä kansallisen terveyspalvelujärjestelmän maissa, joissa väestö luottaa perusterveydenhuoltoon. He ovat huonoja vartijoita useimmissa maissa, joissa sairausvakuutus ohjaa yksityislääkäreitä, sekä entisissä neuvostotasavalloissa. Perusterveydenhuolto nähdään niissä järjestelmäksi, josta saa reseptejä ja lähteitä muttei paljon muuta.

Monet maat ovat tehneet yleislääketieteestä tai perhelääketieteestä lääketieteen erikoisalan ja perustaneet yliopistoihin vastaavia laitoksia. Uuden erikoisalan kliinisen sisällön määrittely ja aseman puolustaminen terveydenhuollossa näyttävät kuitenkin olleen tärkeämpiä kuin mikään Alma-Atan käynnistämä pohdiskelu yleislääketieteen tavoitteista.

Yleislääkärien suosiminen on usein tapahtunut muiden ryhmien kustannuksella. Jopa silloin, kun yleislääkärien omassa koulutuksessa on painotettu tiimityötä, tiimin muut jäsenet on unohdettu.

Uudistuksen edellytykset

Menestyksenkäs uudistus edellyttää monia tekijöitä, esim. poliittista tahtoa sekä uudistusta tukevaa koulutusta ja informaatiota. Ehkä tärkein edellytys on, että kaikki asianosaiset – perusterveydenhuollossa terveyspoliitikot, perusterveydenhuollon työntekijät ja palveltava väestö – kokevat uudistuksen omakseen. Näin kirjavaa joukkoa on vaikea yhdistää. Siihen tarvitaan hyvää markkinointistrategiaa. Useimmilta terveysministeriöiltä on puuttunut sekä halu, kyky että voimavarat myydä uudistus sen kohteille. Ei ihme, jos innostus on laimentunut, kun uudistuksen oletetut hyödyt ovat antaneet odottaa itseään.

Monet uudistukset siirsivät päätöksentekoa alemmille tasoille. Sitä perusteltiin tehokkuuden lisäämisellä. Delegointi ei kuitenkaan lisää varojen käytön tehokkuutta, jos paikallistaso on yhtä byrokraattinen tai korruptoitunut kuin ylemmätkin tasot. Monien entisten sosialistimaiden uudistus on kaatunut tähän. Tavoitteena on voinut olla myös yhteisön osallistumisen lisääminen antamalla paikallistason osallistua päätöksentekoon. Tämäkään tavoite ei ole toteutunut, jos paikallistason vastuuta ja oikeuksia ei ole määritelty selvästi.

Poliitikkoja kiehtoo valta. Vallan mittana on, kuinka suurta osaa yhteiskunnan voimavaroista he pystyvät ohjaamaan. Monissa maissa perusterveydenhuollon osuus terveydenhuollon budjetista on vain 5–10 %. Ei ole ihme, että vain harvat poliitikot ajavat perusterveydenhuoltoa.

Uudistusten toteuttamista vaikeuttaa harhakäsitys, että ne säästävät heti rahaa. Todellisuudessa useimmat uudistukset vaativat alkuvaiheissaan lisää rahaa. Esimerkiksi monet entiset sosialistimaat ovat halunneet yksityistää terveydenhuollon. Yksityistäminen ei kuitenkaan onnistu ilman alkupääomaa, esimerkiksi valtion tukea tai halpakorkoisia lainoja.

Valtion asema ja tehtävät

Näyttää selvältä, että yhtäaikainen markkinavoimien korostaminen ja valtion roolin heikentäminen vesittävät Alma-Atan periaatteita. Yksityistäminen ei merkitse valtion roolin loppumista, vaikka monet niin uskovat ja jotkut toivovat. Ammatillinen itsesääntely – yksityistämisen oleellinen osa – ei riitä estämään sosiaalisten tavoitteiden unohtumista.

Vaikka useimmat uudistukset pienentävätkin julkisen vallan osuutta palvelujen tuottajana, valtion rooli säätelijänä voi jopa voimistua (8). WHO on sorvannut iskulauseen 'ohjaa enemmän, souda vähemmän' kuvaamaan julkisen vallan muuttunutta roolia (9). Sääntelyn tehtävänä on varmistaa, että yksityisenkin sektorin toiminta tapahtuu julkisen terveyspolitiikan puitteissa ja tukee sen tavoitteita.

Terveysministeriötä tarvitaan edelleenkin tekemään terveyspolitiikkaa, seuraamaan muiden sektorien toiminnan vaikutusta terveyteen, varmistamaan eri sektorien välinen yhteistoiminta terveyteen liittyvissä kysymyksissä, integroimaan palveluja, turvaamaan väestön osallistuminen päätöksentekoon sekä ohjaamaan ja valvomaan koko järjestelmää – sanalla sanoen: varmistamaan Alma-Atan periaatteiden toteutuminen terveydenhuollossa.

Kirjallisuutta

- 1 World Health Organization. Targets for Health for All. Copenhagen, Regional Office for Europe 1985.
- 2 World Health Organization. Health 21. Copenhagen, Regional Office for Europe 1998.
- 3 World Health Organization. Primary Health Care 21: "Everybody's Business": an international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata, Almaty, Kazakhstan, 27–28 November 1998. Geneva: World Health Organization 2000.
- 4 Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners. J R Coll Gen Pract 1986;36:398–402.
- 5 Vuori H. Primary health care in Europe – problems and solutions. Community Med 1984;6:221–31.
- 6 World Health Organization. Primary health care in industrialized countries. Report on a WHO meeting. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 1985. EURO Reports and Studies 95.
- 7 Saltman RB, Rico A, Boerma W, toim. Primary care in the driver's seat. Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press 2006.
- 8 Saltman RB, Busse R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: Theory and practice. Kirjassa: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, toim. Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham: Open University Press 2002.
- 9 Saltman RB, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: WHO regional publications. European series No. 72. 1997.

English summary

Primary Health Care in Europe After Alma-Ata

To commemorate the 25th Anniversary of the Alma-Ata Conference and Declaration on Primary Health Care (PHC) in 2003, the World Health Organization (WHO) reviewed the impact of the Declaration on the health care systems of its member states.

The European Region of WHO has repeatedly confirmed its belief that PHC is the key to attaining 'health for all'. Many Member States claim to have reformed their health care in the spirit of Alma. Yet, the differences in the health status between and within the European Member States have increased. Did PHC fail?

The review distinguishes two waves of reforms. The first one took place in the early 1980s, the second one during the 1990s. In terms of promoting PHC, both waves failed. During the first wave, the main reason was probably poorly defined objectives and contradictory goals. For the reforms of the second wave, PHC was only a means to control costs, not a goal.

Hannu Vuori

M.D., Ph.D., M.A.

Paediatric Hospital

Vinh, Nghe An

Vietnam

hannu_vuori@excite.com

Keith Barnard

Hannu Vuori

LKT, VL, M.A., professori

Child Health Development Project

Paediatric Hospital

Vinh, Nghe An, Vietnam

hannu_vuori@excite.com

Keith Barnard

M.A., D.S.A.

Consultant and guest Professor

Nordic School of Public Health.

Göteborg

Perusterveydenhuollon haasteet Euroopassa

Tärkein tieto

- ▶ Perusterveydenhuollon tulevaisuuden tärkeimpiä haasteita ovat Euroopan unionin luoma yhtenäistymispaine, väestön ikääntyminen, kroonisten sairauksien lisääntyminen, maiden välinen ja sisäinen muuttoliike, erityisesti kaupungistuminen, sekä tietoyhteiskunta.
- ▶ EU näyttää tärkeimmältä yksittäiseltä perusterveydenhuollon tulevaisuuteen vaikuttavalta tekijältä. Vaikka EU jättääkin terveydenhuollon pitkälti jäsenmaitten oman lainsäädännön varaan, todennäköinen lopputulos on järjestelmien yhtenäistyminen. Myös yhteisön ulkopuoliset maat tulevat seuraamaan ja noudattamaan tarkasti EU:n normeja ja standardeja turvatakseen taloudelliset etunsa.
- ▶ Maailman terveysjärjestön rooli on tukea jäsenmaita niiden pyrkimyksissä toteuttaa Alma-Atan julistuksen mukaisia perusterveydenhuollon periaatteita. WHO voi auttaa jäsenmaita kehittämällä uudistusten toteuttamisedellytyksiä. Niihin kuuluvat mm. eri toimijoiden välinen selvä työnjako, markkinointistrategia, koulutettu henkilöstö ja tietojärjestelmät.

Alma-Atan julistus sai Euroopan maat arvioimaan terveydenhuoltoaan. Joissakin Maailman terveysjärjestön jäsenmaissa julistus johti todelliseen uudistukseen, mutta useimmissa sen vaikutus pysähtyi retoriikan tasolle. Maailma ei kuitenkaan ole pysynyt paikallaan sitten Alma-Atan. Monet perusterveydenhuollon tarpeeseen ja kehittämismahdollisuuksiin vaikuttavat tekijät ovat muuttuneet.

Perusterveydenhuollon uudet haasteet

Tämän päivän perusterveydenhuolto on uusien haasteiden edessä. Jotkut niistä korostavat perusterveydenhuollon tarvetta, jotkut helpottavat, jotkut vaikeuttavat sen toteuttamista. Yksi keskeisimmistä haasteista on Euroopan unioni.

Epidemiologia

Krooniset sairaudet ovat Euroopan alueen tärkein sairausryhmä. Vaikka erityisesti joidenkin kroonisten sairauksien loppuvaihe voi vaatia erikoissairaanhoidon, niiden lisääntyminen puoltaa panostamista perusterveydenhuoltoon. WHO:n iskulauseita käyttäen: erikoishoito voi lisätä vuosia elämään mutta perusterveydenhuolto lisää elämää vuosiin.

Perusterveydenhuollon tehtävänä on tukea potilaita niin, että he voivat pysyä omassa yhteisössään, mieluummin kotonaan, niin pitkään kuin mahdollista. Se voi edellyttää jatkuvaa korkean teknologian käyttöä kotona (esim. telemetrinen sydänvalvonta) tai ajoittaista vaativaa sairaalahoitoa (esim. hemodialyysi). Se ei kuitenkaan merkitse vastuun siirtymistä pois perusterveydenhuollolta. Päinvastoin, se korostaa perusterveydenhuollon integroivaa roolia. Kroonisten sairauksien hoidon edellyttämä potilaiden ja heidän omaistensa osallistuminen on mahdollista vain perusterveydenhuollossa.

Joidenkin tartuntatautiin, erityisesti tuberkuloosin, uusi tuleminen vahvistaa perusterveydenhuollon merkitystä. Tartuntatautiin ehkäisy kuuluu perusterveydenhuollolle. Sen on vastattava myös aidsin ehkäisystä sekä valtaosasta potilaiden hoitoa ja ennen kaikkea heidän tukemistaan sairauden aikana.

Demografia

Vanhuuteen liittyy usein yksinäisyys sekä aistien toiminnan ja fyysisen liikkuvuuden huononeminen, joskus myös masentuneisuus. Asianmukaisesti koulutettu ja varustettu perusterveydenhuolto pystyy vastaamaan näihin haasteisiin.

Vaikka Euroopan maiden pienentynyt syntyvyys on voinut vähentää äitiys- ja lastenhuollon resurssitarvetta, näitä perusterveydenhuollon tukipilareita tarvitaan edelleen. Niiden subjektiivinen arvo vanhempien silmissä voi nousta kun kiinalaistyyppinen neljän isovanhemman, kahden vanhemman ja yhden lapsen malli yleistyy.

Melkein kaikissa Euroopan alueen jäsenmaissa on käynnissä voimakas sisäinen muuttoliike ja kaupungistuminen. Niiden seurauksena sosiaaliset ja terveydelliset ongelmat voivat yleistyä ja keskittyä tietyille alueille ja tiettyihin ryhmiin.

Yhä harvempaan asuttu, köyhtyvä maaseutu ei pysty rahoittamaan terveyspalveluja eikä houkuttelemaan henkilökuntaa. Tarve on kuitenkin ennallaan tai jopa kasvaa, koska

jäljelle jääneet asukkaat ovat usein vanhoja ja huonokuntoisia. Perusterveydenhuollon täytyy löytää uusia keinoja heidän auttamisekseen. Sosiaali- ja terveystalouden parempi integraatio, liikkuvat ja etäpalvelut sekä uuden tyyppinen henkilökunta voivat olla ainakin osaratkaisu.

Kaupungit ovat selviytyneet paremmin sairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä. Integroidun, perhekeskeisen hoidon järjestäminen on vaikeaa, jos perheen jäsenet viettävät suurimman osan ajastaan kodin ulkopuolella tai kun palveltava väestö muuttuu koko ajan. Miten järjestää yhteisön osallistuminen, jos yhteisö ei koe itseään yhteiseksi?

Vaikka kaupunkeihin muuttajien enemmistö on nuoria aikuisia, jotka tarvitsevat suhteellisen vähän palveluja, on heillä omia tyypillisiä ongelmia. Joukkoon mahtuu yksinäisiä ihmisiä, jotka kärsivät masennuksesta ja niitä, jotka harastavat riskikäyttäytymistä. Kaupunkien köyhät, jotkut heistä asunnottomia, ovat erityinen haaste. He ovat alttiita monille terveysriskeille, joista eivät pysty selviytymään omin eväin. Nuoret perheet tarvitsevat erityisesti äitiys- ja lastenhuollon palveluja. Oma lukunsa ovat poliittiset ja taloudelliset pakolaiset ja maahanmuuttajat, joiden lähtömaan kulttuuri ja uskonto voivat aiheuttaa ongelmia perusterveydenhuollon henkilöstölle.

Sosioekonomiset tekijät

Euroopan unioni

Euroopan unionia voidaan väittää perusterveydenhuollon tärkeimmäksi haasteeksi, joka sekä luo että ratkoo ongelmia. EU:n perustavoitteet – ihmisten, pääoman sekä tavaroiden ja palvelujen vapaa liikkuvuus jäsenmaiden välillä – tulee väistämättä vaikuttamaan terveydenhuoltoon. Sen paremmin vahingolliset kuin hyödyllisetkään terveyteen vaikuttavat tekijät eivät pysähdy maiden rajoille.

Vaikka EU jättääkin terveydenhuollon pitkälti jäsenmaiden oman lainsäädännön varaan, todennäköinen lopputulos on järjestelmien yhtenäistyminen. Eikä yhtenäistyminen pysähdy jäsenmaihin, koska yhteisön ulkopuoliset maat tulevat seuraamaan ja noudattamaan tarkasti EU:n normeja ja standardeja turvatakseen taloudelliset etunsa.

Sitä mukaa kun Euroopan unionin kansalaiset liikkuvat turisteina tai työnhakijoina, he joutuvat käyttämään ja oppivat tuntemaan muiden maiden järjestelmiä. He haluavat ulkomailla ollessaan vähintään samantasoisia palveluja kuin kotimaassaan.

Pääoma seuraa ihmisiä. Turistikeskukseen, eläkeläisten suosimille alueille sekä liike-elämän keskuksiin tullaan perustamaan hoitolaitoksia, joissa työskentelee ulkomaalaisia lääkäreitä. Kehitys voi johtaa terveystalouden kansainvälisten tuottajaketjujen syntymiseen. Koska muuttoliike suuntautuu pääasiallisesti pohjoisesta etelään, etelän maiden terveydenhuolto joutuu mukautumaan pohjoisten turistien ja eläkeläisten vaatimuksiin.

EU-kansalaiset ovat entistä valistuneempia terveystalouden kuluttajia. He vaativat näyttöä palvelujen tehokkuudesta – erityisesti silloin, kun he matkustavat saadakseen parempia palveluja. Maasta toiseen siirtyvät palvelujen tuottajat

puolestaan joutuvat täyttämään kummankin maan lainsäädännölliset ja ammatilliset vaatimukset. Sekä liikkuvien kuluttajien että liikkuvien tuottajien elämää helpottaisi, jos eri mailla olisi samat säännökset.

Paitsi aikaisempaa valistuneempia EU-kansalaiset ovat myös aikaisempaa vaativampia. Amerikkalaisten tapaan he hakevat enenevästi oikeutta tuomioistuimissa. Hoitovirheen epäily johtaa helposti kanteeseen ja vahingonkorvaushakemukseen.

Yllä kuvattu kehitys ei kuitenkaan välttämättä edistä perusterveydenhuoltoa. Terveyskasvatus, sairauksien ehkäisy, perhekeskeisyys, integroidut palvelut, eri sektorien välinen yhteistoiminta ja muut Alma-Atan periaatteet eivät kiinnosta vierailuun maalla ulkomaisia asiakkaita palvelevaa, voittoa tuottamaan perustettua sairaalaa tai ryhmävastaanottoa.

Tieto, teknologia ja etäpalvelut

Helpon tiedon saannin vaikutuksesta perusterveydenhuollon kehitykseen on kahdenlaista ilmiä. Jotkut tarkkailijat uskovat, että väestön kohonnut koulutustaso ja tiedon helppo saaminen internetistä tekevät perusterveydenhuollon tarpeettomaksi. Potilaat diagnosoivat itse ongelmansa ja menevät suoraan oikealle specialistille.

Toiset tarkkailijat huomauttavat, että perusterveydenhuollon tiedon ja taidon taso kohoaa. Kun potilaat huomaavat, että perusterveydenhuolto on aikaisempaa tehokkaampi, he käyttävät sen palveluja, koska he arvostavat niiden läheisyyttä ja tuttuutta.

Etäpalvelut (telelääketiede) näyttävät vahvistavan perusterveydenhuollon asemaa. Perhelääkärit pystyvät hoitamaan vaikeampia ongelmia, koska he voivat telelääketieteen avulla konsultoida spesialisteja ja käyttää suurempien keskustusten diagnostisia palveluja. He voivat myös kouluttautua tämän teknologia avulla.

Näyttää selvältä, että yllä kuvattu kehitys palvelee enemmän perussairaanhoidon kuin perusterveydenhuollon. Informaatioteknologia vahvistaa potilaan asemaa ja tehostaa perusterveydenhuollon ja erikoistuneen sairaanhoidon yhteistoimintaa. On vaikeampi nähdä, kuinka se edistäisi Alma-Atan periaatteita.

Maailman terveysjärjestön muuttuva rooli

Välillä vaikutti siltä, että Maailman terveysjärjestökin oli unohtanut Alma-Atan periaatteet ja perusterveydenhuollon. WHO keskittyi aikaisemmin saarnaamaan perusterveydenhuollon periaatteita, mutta nyt sen on ryhdyttävä tukemaan niiden soveltamista käytäntöön.

WHO voi auttaa jäsenmaita kehittämällä uudistusten toteuttamisedellytyksiä. Näitä ovat mm. eri toimijoiden välinen selvä työnjako, markkinointistrategia, koulutettu henkilöstö ja tietojärjestelmät. Erityisesti ne jäsenmaat, joiden terveysministeriö on perinteisesti ollut heikko, tarvitsevat apua eri osapuolten roolien selvittämisessä.

Terveydenhuollon uudistusten toteuttaminen edellyttää aktiivista markkinointia. WHO:n Healthy Cities ja Health Promoting Schools -ohjelmat tarjoavat malleja perusterveydenhuollon edistämisestä paikallisella tasolla.

WHO:n omat tietojärjestelmät, esim. Euroopan alueen HFA-tietokanta on erinomainen keino herättää terveysministe-

rit kysymään esim. suurista eroista imeväiskuolleisuudessa eri maiden välillä. WHO voi myös auttaa jäsenmaita kehittämään maan sisäisiä terveyseroja vertailevia tietojärjestelmiä. Erityisesti entisissä sosialistimaissa tarvitaan myös hallinnollisten tietojärjestelmien kehittämistä ja koulutusta tietojen analysointiin.

Näyttöön perustuvan lääketieteen aikakaudella tieteellinen yhteisö suhtautuu skeptisesti väitteisiin jonkin järjestelmän paremmuudesta toisiin verrattuna, jos väite ei perustu satunnaistettuun, kontrolloituun kokeeseen.

Perusterveydenhuollon laadunvalvonta ei ole niin kehittyntä kuin erikoissairaanhoidon. Kuluttajien ja poliitikkojen odotukset ovat kuitenkin kasvussa. WHO voi tukea menetelmien ja kouluttajien koulutuksen kehittämistä.

Perusterveydenhuollon on sopeuduttava paikallisiin oloihin. Yhden maan hyvääkään perusterveydenhuollon mallia ei voi sellaisenaan siirtää toiseen. Monet maat haluaisivat kuitenkin oppia muiden kokemuksista. Vaikka Euroopan aluetuomiston Health Care in Transition ja Country Health Profiles -dokumentit sisältävät käyttökelpoista tietoa, WHO voisi mennä askeleen pitemmälle. Se voisi kuvata ja analysoida systemaattisesti eri maiden kokemuksia ja malleja perusterveydenhuollon osa-alueista, esimerkiksi sektorien välisestä yhteistoiminnasta ja tiimityöskentelystä.

WHO voisi laatia normeja niitä perusterveydenhuollon osa-alueita varten, jotka eivät ole sidottuja paikallisiin oloihin. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi perusterveydenhuollon välineistö sekä eri henkilöstöryhmien toimenkuvaukset.

Tänään koulutettavat terveydenhuollon työntekijät tulevat vaikuttamaan järjestelmän kehitykseen seuraavien 30–40 vuoden ajan. Jolleivät jäsenmaat kouluta nyt riittävästi sairaanhoitajia, sosiaalihoitajia ja muita ryhmiä, ei perusterveydenhuollon ajatus toteudu, vaan se on tuomittu olemaan vielä pitkään lääkärivaltaista perussairaanhoidoa. WHO voi auttaa jäsenmaita kehittämällä koulutusohjelmia ja kouluttamalla kouluttajia – ja muistuttamalla jäsenmaita näiden ryhmien hyödyllisyydestä.

WHO voi auttaa jäsenmaita kehittämään perusterveydenhuollon tutkimusta. Yliopistolliset yleislääketieteen laitokset muodostavat tämän kapasiteetin ytimen, mutta niiden mielenkiinto rajoittuu helposti yhden ammattiryhmän tutkimusprioriteetteihin. WHO voisi edistää monitieteellisten perusterveydenhuollon tutkimuslaitosten perustamista. WHO voisi myöskin kehittää perusterveydenhuollon tutkimuspolitiikkaa ja kannustaa tutkimuksen rahoittajia tukemaan tämän politiikan prioriteettialueiden tutkimusta.

Perusterveydenhuollon edustajien kansainväliset yhteydet ovat usein niukkoja. WHO voisi tukea verkottumista ja auttaa ensiaskeleitaan ottavia maita, laitoksia ja perusterveydenhuollon ammatillisia ja tieteellisiä yhdistyksiä saamaan yhteyksiä pitemmälle ehtineisiin.

Hannu Vuori
LKT, VL, M.A., professori
Child Health Development Project
Paediatric Hospital
Vinh, Nghe An, Vietnam
hannu_vuori@excite.com

English summary

The new challenges of primary health care in Europe

The Alma-Ata Declaration and the efforts by the World Health Organization to promote primary health care (PHC) put primary health care and the most efficient way to organize health services on the European health policy agenda. As a result, many countries reviewed their health care system. In some countries, this review led to a genuine reform, in many others it stopped at the level of rhetoric.

The impact of Alma-Ata has, however, faded away long ago and the health services, including primary health care, face new challenges. This paper reviews the most important factors influencing the need for, and possibilities to develop, PHC in Europe. Some of them, for instance the ageing of the population, make PHC more relevant than ever; some others, for instance, telemedicine, facilitate its development; and yet some others, for instance, urbanization are impediments.

Arguably the single most important factor influencing PHC in Europe is the European Union and the pressure it creates to unify the health care systems not only in the Member States but also in those aspiring to become members. Other important challenges include demography (ageing), changing morbidity (increasing share of chronic diseases), population movement within and between countries (particularly urbanization) and information society.

After a period of relative inactivity, the World Health Organization seems to have assumed its former and rightful role as the main promoter of PHC.

Hannu Vuori
M.D., Ph.D., M.A.
Paediatric Hospital
Vinh, Nghe An, Vietnam
hannu_vuori@excite.com

Keith Barnard

Keith Barnard
M.A., D.S.A.
Consultant and guest Professor
Nordic School of Public Health,
Göteborg
keith.barnard@telia.com

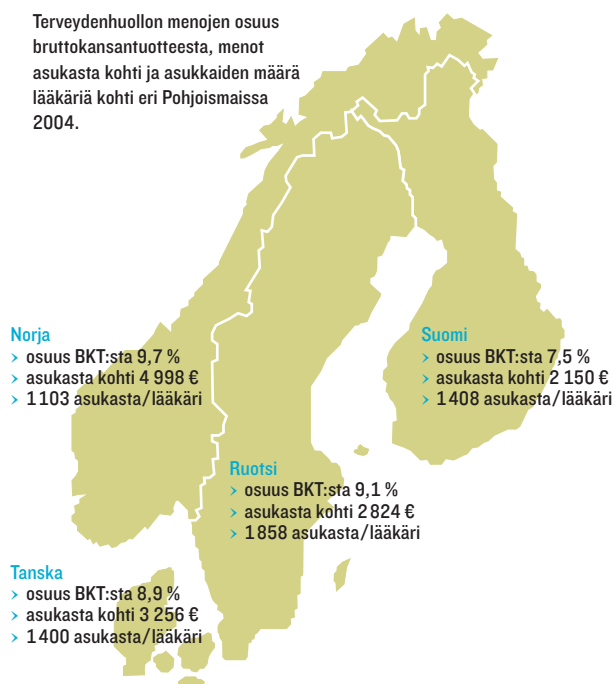
Pia Maria Jonsson

Perusterveydenhuollon kehityslinjoja Pohjoismaissa

Tärkein tieto

- > Pohjoismaiden samankaltaisuus väestön elintason, koulutuksen ja terveydentilan suhteen tekee maista kiitollisen kohteen vertailevalle terveydenhuollon tutkimukselle.
- > Maiden välillä on kuitenkin paljon eroja terveydenhuollon rakenteissa ja organisaatioissa.
- > Perusterveydenhuollon viime vuosien muutoksista etenkin Norjassa ja Tanskassa voitaisiin ottaa oppia myös Suomessa.

Terveydenhuollon menojen osuus bruttokansantuotteesta, menot asukasta kohti ja asukkaiden määrä lääkäreitä kohti eri Pohjoismaissa 2004.



Pohjoismaisia terveydenhuoltojärjestelmiä on pitkään pidetty näyttävinä esimerkkeinä ns. Beveridge-tyyppisistä järjestelmistä. Niissä terveyspalvelut on pääsääntöisesti rahoitettu julkisin varoin ja palvelujen järjestämisen ja tuottamisvastuu on hajautettu paikallisten ja/tai alueellisten julkisten toimijoiden vastuulle (1,2). Hyvän terveyden saavuttamisen ja ylläpidon lisäksi eri ryhmien välinen tasa-arvo on terveyspolitiikan keskeisiä tavoitteita Pohjoismaissa.

Luultavasti osaksi kattavan perusterveydenhuollon ansios- ta Pohjoismailla on kansainvälisissä terveyssektorin vertailuissa useita yhteisiä vahvuuksia, kuten erittäin pieni äitiys- ja lapsikuolleisuus sekä väestön suhteellisen pitkä elinikä (3). Taulukossa 1 on tilastotietoja Suomen, Ruotsin, Norjan ja Tanskan terveydenhuoltojärjestelmistä (4,5). Suomi on ainoa, joka käyttää OECD-maiden keskiarvoa pienemmän osuuden bruttokansantuotteestaan terveydenhuoltoon, ja julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista on meillä jonkin verran pienempi kuin muissa Pohjoismaissa. Lääkekustannusten osuus terveydenhuoltomenoista taas on suurempi kuin muissa Pohjoismaissa, vaikkakaan absoluuttiset kustannukset eivät ole kovin paljon vertailumaita suuremmat. Osasyynä tähän lienee muiden menojen, s.o. etenkin henkilöstökustannusten, suhteellisen alhainen taso maassamme.

Tietoja perusterveydenhuollon osuudesta terveydenhuollon kokonaismenoista on vaikeampi koota luotettavasti kuin yleisluntoisempia tilastotietoja. Ne on haettu kansallisista tilastoraporteista, joissa kustannuksia ei ole eritelty yhtenäisesti johtuen terveydenhuoltojärjestelmien erilaisuudesta. Jotta taulukon luvut olisivat mahdollisimman vertailukelpoisia, ne on laskettu jossain määrin restriktiivisesti epävarmoja kustannuseriä poissulkien. Siksi ne saattavat pikemmin ali- kuin yliarvioida perusterveydenhuollon kustannusosuuksia.

Lääkärیتیheys on OECD:n tilastojen mukaan pienin Tanskassa, 2,4 lääkäreä tuhatta asukasta kohti, mutta kolmessa muussa vertailumaassa jotakuinkin samalla tasolla, 3,3-3,5

lääkäriä tuhatta asukasta kohti. Pohjoismaisen lääketieteellisen tilastokomitean, NOMESCO:n keräämien tietojen mukaan yleislääkäreitä on runsaimmin Norjassa, missä yhtä yleislääkäriä kohden on noin 1 100 asukasta. Suomessa ja Tanskassa vastaava luku on noin 1 400 ja Ruotsissa, missä yleislääkäreitä on suhteellisesti vähiten, yli 1 800 asukasta. Terveystieteiden kehityksestä ja työvoiman liikkuvuudesta johtuen luvut saattavat kuitenkin olla jo julkaisuhetkellä hiukan vanhentuneita.

Yhteisiä haasteita

Pohjoismaisten terveydenhuoltojärjestelmien ajankohtaiset haasteet ovat suurelta osin yhteisiä ja ylipäätään länsimaille tyypillisiä. Niitä ovat aiempiin vuosikymmeniin verrattuna rajoitettu talouskasvu, väestön vanheneminen ja lääketieteen teknologian yhä nopeampi kehitys. Näiden tekijöiden pelättävään johtavaan taloudellisesti kestävämpään tilanteeseen, jossa väestön terveystarpeet ja palvelujen kysyntä ylittävät reilusti yhteiskunnan resurssit (6). Väestön koulutustason noustessa myös terveydenhuoltoon kohdistuvien odotusten, toiveiden ja vaatimusten epäillään vaikeuttavan tilannetta.

Pohjoismaisten järjestelmien heikkouksina on mainittu mm. pitkät jonot ja odotusajat sairaalapoliklinikoille ja leikkaushoitoon sekä alueelliset vaihtelut palvelujen saatavuudessa ja laadussa (7). Vaikka tasa-arvo on pitkään ollut keskeinen terveystieteiden päämäärä, terveyspalvelujen kuluksessa ja väestön terveydentilassa on edelleen kaikissa Pohjoismaissa sosioekonomisia vaihteluita (8).

Ongelmien taustalla on monia terveydenhuoltojärjestelmän rakenteeseen ja organisaatioon liittyviä heikkouksia. Hajautettu organisaatio, jossa päätökset niin rahoituksesta kuin palvelujen järjestämisestäkin tehdään paikallisella tai alueellisella tasolla, johtaa automaattisesti ainakin jossain määrin erilaisiin valintoihin ja ratkaisuihin. Terveystieteiden rahoitusmallit on todettu riittämättömiksi, eivätkä ne todennäköisesti pysty takaamaan alan jatkokehitystä tavalla, joka tyydyttäisi kuluttajien toiveet. Uhkaavaan henkilöstöpulaan ei ole vaikuttanut vain rahan puute, vaan myös terveydenhuollon ammattihenkilöstön vaatimukset kohtuullisista työajoista ja palkoista sekä laimeneva mielenkiinto terveydenhuoltoalan koulutusta ja ammattityöskentelyä kohtaan.

Paikallinen ja alueellinen päätöksenteko voi lisätä kansalaisten välistä eriarvoisuutta ja vaikeuttaa joidenkin terveydenhuollon osa-alueiden, kuten informaatioteknologian, mielekästä kehitystä. Lähidemokratiaa on kuitenkin perinteisesti arvostettu kaikissa Pohjoismaissa, mikä on tukenut päätösvallan pitämistä paikallis- ja aluetasolla. Samalla kun erikoissairaanhoito on siirtymässä keskitetympään kansalliseen suuntaan, perusterveydenhuollon vastuuta ensilinjan hoidossa korostetaan kaikissa Pohjoismaissa.

Tanskan malli

Tanskan terveydenhuoltojärjestelmässä on toteutettu mittava palvelurakennemuutos vuosina 2005–07. Sen seurauksena vastuu sairaanhoidosta on siirtynyt 14 maakunnalta (amter)

viiden alueellisen toimijan (regioner) vastuulle (9). Vaikka näillä onkin alueellisesti valittu poliittinen johto, sairaanhoidon rahoituksesta vastaa jatkossa suurimmaksi osaksi valtio, kun taas alueilla ei ole verotusoikeutta.

Uudistuksen läpivientiä edelsi Tanskassa mittava selvitystyö, jossa havaittiin sekä taloudellisia että laadullisia uudistustarpeita julkishallinnossa (10). Tanskan hallitus perusteli uudistuspakettia mm. lupaamalla palvelujen parempaa laatua ilman veronkorotuksia. Erikoissairaanhoidon ennustettiin tuottavan – suurempien alueiden ja palvelujen keskittämisen myötä – vahvempaa kansainvälisen huipputasoista osaamista ja lyhyempiä hoitokursseja. Tärkeäksi mainittiin myös paikallisdemokratian lisääminen kuntia vahvistamalla ja selkeiden vastuualueiden määrittäminen eri tason toimijoille, jotta varsinkin heikommassa asemassa olevat väestöryhmät saisivat entistä paremmin koordinoituja sosiaali- ja terveyspalveluita (11).

Keskeinen strategia kuntien vahvistamiseksi on ollut kuntakoon suurentaminen käsittämään vähintään 30 000 asukasta tai vaihtoehtoisesti yhteistoiminnan luominen naapurikuntien välillä. Erittäin nopea kuntien yhdistyminen lähtiinkin vuonna 2006 käyntiin lähes kilpajuoksun tavoin. Kunnat ovat yhdistyneet melko suuriksi yksiköiksi, jonka seurauksena niiden lukumäärä on laskenut 275:stä alle 100:aan. Yksittäisen kunnan keskimääräinen asukasluvut on nyt noin 50 000 asukasta.

Perusterveydenhuollon olennaisimmat piirteet säilyivät melko muuttumattomina. Tanska on jo pitkään soveltanut perusterveydenhuollon mallia, jossa yleislääkärit toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina. Uudistuksen jälkeen Tanskan viidellä sairaanhoitoalueella on vastuu sairausvakuutusjärjestelmän piirissä olevista yksityislääkäripalveluista. Kuntien vastuulla on terveyden ylläpitämiseksi tarjottavat palvelut niin yksilö- kuin väestötasollakin, samoin kuntoutuspalvelut. Näitä varten kuntien odotetaan perustavan ”terveyskeskuksia” (sundhedscentra), joissa keskitytään terveyden edistämiseen ja ylläpitoon sekä kuntoutukseen ja sairauksien (tai kroonikoilla niiden komplikaatioiden) ehkäisemiseen. Perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen, kuntoutuksen ja kansanterveystyön rajapintojen ja yhteistyön kehittäminen on tässä kaksijakoisessa järjestelyssä ymmärrettävästi suuri haaste (12).

Uuden mallin rahoituksessa sairaanhoitoalueet saavat menoistaan noin 80 % valtiolta ja 20 % kunnilta. Jälkimmäisetkin varat ovat alun perin valtion budjetista kunnille tähän käyttötarkoitukseen osoitettuja. Suorasta valtionrahoituksesta suurin osa lasketaan kunkin alueen väestöpohjan perusteella, kun taas pienempi osa, korkeintaan 5 % alueen terveydenhuoltomenoista, tulee suoriteperusteisesta korvauksesta. Kuntien rahoitusosuus alueen menoista voi vaihdella riippuen siitä, kuinka paljon kunkin kunnan asukkaat kuormittavat erikoissairaanhoidon vuodepaikkoja. Järjestelmässä kuntia ”rangaistaan” erikoissairaanhoidon osarahoituksella, jotta niillä olisi selkeä motivaatio pitää väestönsä niin terveenä kuin mahdollista. Asiantuntevalta taholta on kuitenkin kyseenalaistettu perusterveydenhuollon mahdollisuudet vaikuttaa erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeeseen lyhyellä tai edes keskipitkällä aikavälillä. Tietoa uudistuksen todel-

lisistä vaikutuksista saataneen vasta muutamien vuosien seurannan jälkeen (13).

Norjan listalääkärit

Norjassa toteutettiin vuosina 2001–02 kaksi mittavaa terveydenhuoltouudistusta. Niistä ensimmäinen, ns. Norjan listalääkärimalli, koski perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen rahoitus- ja järjestämisvastuuta ja toinen, Norjan sairaalareformi, johti maan erikoissairaanhoidon valtiollistamiseen (14,15). Perusterveydenhuollon uudistuksen päämääräksi määriteltiin lääkäripalvelujen parempi ja tasaisempi laatu, saatavuus ja jatkuvuus sekä potilaan valinnanvapauden lisääminen ja aseman vahvistaminen. Maan lääkäriresurssien rationaalisempi käyttö mainittiin myös eräänä uudistuksen keskeisenä päämääränä.

Uudistuksen seurauksena Norjan kunnilla on velvollisuus järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Kuntien vastuulla on organisoida vähintään kaksi avointa listaa kohtuullisella maantieteellisellä etäisyydellä potilaasta. Ennen kuin reformi astui voimaan Norjan terveysministeriö järjesti mittavan väestöön suuntautuvan informaatiokampanjan listautumisen periaatteista. Jokainen Norjan asukas sai ilmoittaa toivomassaan järjestyksessä kolme yleislääkäreitä, joiden vastaanottole he olivat kiinnostuneita listautumaan. Sopimuksista kiinnostuneet lääkärit ilmoittivat kuinka monta potilasta he halusivat listalleen, ja näitä tietoja käyttäen Norjan sosiaalivakuutuslaitos Rikstrygdeverket laati ajankohtaiset listat.

Periaatteessa potilaalla on oikeus vaihtaa lääkäriä kaksi kertaa vuodessa, jolloin vaihdosta tulee ilmoittaa sosiaalivakuutuslaitokselle. Laitos toimittaa kuukausittain lääkäreille tiedot kunkin listalla olevista henkilöistä.

Lääkäripalvelut rahoitetaan osittain (n. 30 %) listalla olevien henkilöiden lukumäärän mukaan eli per capita -korvauksena, osittain (n. 40 %) suoritteiden perusteella. Potilasmaksut kattavat loput. Rahoituksen paikallinen jakautuminen riippuu siis jossain määrin lääkäreiden aktiivisuudesta esim. määrätä tutkimuksia potilailleen.

Uudistuksen vaikutuksia on seurannut useampikin val-

tiollinen taho ja siitä on tehty myös tieteellisiä tutkimusprojekteja (16,17). Nämä osoittavat, että Norjan valtion (vakuutuslaskun) menot lisääntyivät olennaisesti uudistuksen seurauksena. Menojen kasvu oli verrannollista potilaskontaktien lisääntymiseen ja se on tulkittu suoraksi seuraukseksi siitä, että palvelujen saatavuus on parantunut. Samalla myös taksoja, jotka sovitaan vuosittaisissa osapuolten välisissä neuvotteluissa, on tietoisesti nostettu. Näin menojen lisääntymistä ei varsinaisesti pidetä uudistuksen negatiivisena sivuvaikutuksena, vaan osana sen odotettuja, yhteisillä demokraattisilla päätöksillä aikaansaatuja vaikutuksia (18).

Listalääkäriuudistuksen läpiviemisen jälkeen sairaalavakuutuslaitosten käyttö Norjassa on lisääntynyt. Tämän mahdollista syy-yhteyttä listalääkäriuudistukseen on vaikeaa arvioida, mutta sitä ei ole pidetty todennäköisenä. Puoli vuotta perusterveydenhuollon uudistuksen jälkeen toteutettu sairaalauudistus on myötävaikuttanut erikoissairaanhoidon tuotannon lisääntymiseen ja sitä kautta luonnollisesti myös saatavuuden paranemiseen (19). Tuotannon lisääntymisestä nähtiin merkkejä jo 1990-luvun lopulla, jolloin Norjan sairaaloissa otettiin käyttöön DRG-pohjainen korvausjärjestelmä. Asiaa tutkittaessa ei ole havaittu, että perusterveydenhuollon lääkärit olisivat muuttaneet käytäntöjään tutkimuksiin tai hoitoon määräämisen tai läheteiden suhteen.

Kuntien menot kasvoivat uudistuksen jälkeen prosentuaalisesti jonkin verran vähemmän kuin lääkäreiden lukumäärä. Siitä voitaneen päätellä, että lääkäreiden keskimääräiset potilasmäärät, jotka määräävät kuntien per capita -korvauksiin liittyvät menoerät, ovat jonkin verran vähentyneet. Vuonna 2003 yksittäisen lääkärin listalla oli keskimäärin noin 1 200 potilasta. Koska perusterveydenhuolto uudistuksen seurauksena houkutteli lisää lääkäreitä, palvelujen saatavuus parani entiseen verrattuna. Palvelujen laadun kehitystä on seurattu niin lääkäri- kuin väestökyselyin. Lääkärit ovat arvioineet laadun parantuneen erityisesti hoitokontaktien jatkuvuuden paranemisen seurauksena. Väestön tyytyväisyys perusterveydenhuollon lääkäripalveluihin on mittausten mukaan lisääntynyt. Alueellista tasa-arvoa ei kuitenkaan kaikissa suhteissa ole saavutettu, vaan pienimmillä kunnilla on uudistuksen läpiviemisen jälkeenkin ollut vaikeuksia rekrytoida lääkärei-

Taulukko I.

Terveydenhuollon perustietoja neljästä Pohjoismaasta 2004.

Perustieto	Suomi	Ruotsi	Norja	Tanska
Terveydenhuoltomenojen osuus BKT:sta, %	7,5	9,1	9,7	8,9
Terveydenhuoltomenot asukasta kohti, euroa	2 150	2 824	4 998	3 256
Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista, %	77	85	83	84
Lääkekustannusten osuus terveydenhuoltomenoista, %	16	12	10	9
Perusterveydenhuollon osuus terveydenhuoltomenoista, %	14 ¹	16 ²	-	14 ³
Lääkäritiheys tuhatta asukasta kohden	3,4	3,3 ⁴	3,5	2,4
Yleislääkäreitä tuhatta asukasta kohden	0,71	0,54	0,91	0,71
Asukkaita yleislääkäreitä kohden	1 408	1 858	1 103	1 400

¹Terveydenhuoltomenojen kokonaisrakenne 1960–2005, %. Stakes. (Avohoitomenot pois lukien hammashoito, sairaaloiden avohoito ja yksityinen avohoito).

²2005 Statistik över kostnader för hälso- och sjukvården 2005, Stockholm: Socialstyrelsen 2006.

³Sundhedssektoren i tal. September 2006. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006.

⁴2003

Lähteet: OECD Health Data 2006. Health Statistics in the Nordic Countries 2004. NOMESCO 2006. Sustainable Social and Health Development in the Nordic Countries. NOSOSCO and NOMESCO 2006.

tä ja tarjota lain edellyttämää kahta avointa vaihtoehtoista listaa.

Ruotsiin lisää valinnanvapautta vaikka yleislääkäreistä on pulaa

Ruotsissa maan parlamentti päätti vuonna 2000 parantaa perusterveydenhuollon, vanhustenhoidon ja tiettyjen psykiatristen potilaiden palvelujen saatavuutta. Taustalla olivat monivuotiset ongelmat mm. valtakunnallisesti varsin epäyhtenäisessä perusterveydenhuollossa. Luotiin kansallinen toimintaohjelma, jonka osana kunnille ja maakäräjille ohjattiin 9 miljardia kruunua (n. 1 miljardi euroa) vuosina 2001–04 (20). Toimintaohjelman perustana olevaa Ruotsin valtion ja Kunta- ja maakäräjaliiton välistä rahoitussopimusta on sittemmin jatkettu vuosiksi 2005–07.

Ohjelman keskeisiä päämääriä on alusta pitäen ollut yleislääkärien määrän lisääminen. Vuonna 2000 yleislääketieteen erikoislääkäreitä oli Ruotsissa noin 5 000. Kansallisen toimintaohjelman tavoitteena oli nostaa tämä luku yli 6 000:een. Ruotsin sosiaalishallitus ja Kunta- ja maakäräjaliitto ovat seuranneet kansallisen toimintaohjelman vaikutuksia palvelujen saatavuuden ja laadun kehitykseen. Vaikka yleislääketieteen erikoislääkärien määrä aluksi lähti pieneen nousuun, asetettua päämäärää ei ole saavutettu ja viime aikoina kyseisten lääkäreiden lukumäärä on jopa vähentynyt (21). Osatekijänä tähän on yleislääkärien ikärakenne, mutta yleislääketieteellä on myös ollut erityisiä vaikeuksia rekrytoida lääkäreitä erikoistumiskoulutukseen (22,23).

Vuodesta 2003 asti työskennellyt parlamentaarinen komitea, Ansvarskommittén, selvitti mm. valtion, maakäräjien ja kuntien rakennetta ja tehtäväjakoa terveydenhuollon kehityksen ohjaamisessa. Komitea perusteli mietinnössään 2007 (24) tarvetta keskittää terveyspalvelutuotantoa ja lisätä kansallista ohjausta. Nykyisten 21 maakäräjäalueen (landsting) sijasta komitea ehdottaa siirtymistä 6–9 alueelliseen toimijaan (regionkommuner), jotka nekin valittaisiin yleisillä vaaleilla ja joilla olisi verotusoikeus. Näillä toimijoilla olisi myös entistä laajempi vastuu alueellisesta kehityksestä ja kasvusta. Samalla myös Ruotsin läänien lukumäärä vähenisi ja ne rajautuisivat maantieteellisesti samoin kuin ehdotetut uudet alueet. Tämän ajatellaan parantavan valtiota edustavien läänien ja itsenäisten alueellisten toimijoiden välistä yhteistyötä. Samaa alueellista jakoa ehdotetaan jatkossa myös valtion virastoille.

Mietinnössä on myös ehdotus säätää Ruotsiin muiden Pohjoismaiden tapaan erityinen laki potilaan oikeuksista. Tähän asti potilaan asema on kirjattu hoitohenkilökunnan velvollisuuksia koskeviin säännöksiin. Vaikka näitä selvennettiinkin 1990-luvun lopulla, potilaan oikeuksia kokoavaa lakia on Ruotsissa ehditty peräänkuuluttaa monelta taholta (25). Nyt lakia siis ehdotetaan ja sen osana myös entistä laajempaa oikeutta potilaalle valita pysyvä omalääkäri (fast läkarkontakt). Ruotsin terveydenhuoltolaissa on säännös siitä, että kaikille halukkaille tulee pystyä tarjoamaan tällainen ensilinjan lääkärikontakti, vaikka maassa ei noudatetaakaan yhtenäistä listalääkärimallia. Nykyisen lain mukaan tällaisen lääkärin tulisi olla yleislääketieteen erikoislääkäri.

Käytännössä tilanne on ollut kaukana tästä, koska yleislääketieteen erikoislääkärien lukumäärä ei Ruotsissa tähän riitä. Nyt komitea ehdottaa, että omalääkäri voisi yhtä hyvin olla minkä tahansa muunkin alan erikoislääkäri, esim. gynekologi, sydän- ja verisuonitautislääkäri tai geriatri.

Ehdotus on herättänyt vilkasta keskustelua ja jakanut myös Ruotsin lääkäriliiton kahteen leiriin. Liiton puheenjohtaja yleislääkäriyhdistyksen kannustuksella on komitean ehdotusta vastaan, kun taas erikoislääkärit liiton varapuheenjohtajan johdolla tukevat ehdotusta (26). Vaikka komitean mietintö oli yksimielinen, ei vielä ole varmuutta siitä, mitä porvarihallitus aikoo ehdottaa palvelurakenteen tai potilaan oikeuksien suhteen.

Pohdinta

Uusia ratkaisuja terveydenhuollon ongelmiin ja haasteisiin etsittiin Pohjoismaissa aktiivisesti jo 1990-luvulla. Silloin keskeiseksi ongelmaksi miellettiin rahoituspohjan riittämättömyys ja uudistusten päämääräksi ennen kaikkea terveydenhuollon tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantaminen (27). Ns. New Public Management, NPM, sai kannatusta. Sen tarkoituksena oli avata terveydenhuollon markkinat julkisten ohella myös yksityisille palvelujen tarjoajille (28). 2000-luvulle tultaessa hajautetun organisaation ongelmat ovat käyneet niin ilmeisiksi, että terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämismvastuun keskittäminen ja kansallinen ohjaus ovat tulleet ajankohtaisiksi. Samalla aiempaa uudistusintoa on arvosteltu mm. kyvyttömyydestä ottaa huomioon kansanterveyteen ja tasa-arvoon liittyvät näkökohdat (29).

Norjassa erikoissairaanhoidon rahoitus- ja järjestämismvastuun siirtyminen maakunnilta valtiolle ja Tanskassa maakuntien täysi lakkauttaminen ovat edeltäneet Suomen hitaampaa ja varovaisempaa kunta- ja palvelurakennemuutostusta. Ruotsissa, missä perinteisesti asioita selvitellään pitkällisesti ja perusteellisesti, parlamentaarinen komitea on neljän vuoden pohdinnan jälkeen jättänyt ehdotuksensa samansuuntaisiksi uudistuksiksi. Lisääntynyt valtio-ohjaus erikoissairaanhoidossa on toteutunut tai toteutumassa jonkin verran vaihtelevin strategioin: valtio on ryhtynyt omistajaksi (esim. Norjassa) tai entistä merkittävämmäksi terveyspalvelujen rahoittajaksi (esim. Tanskassa) ja kansallista, yhtenäistävää lainsäädäntöä on tiukennettu (esim. Suomen hoitotakuu).

Samalla kun erikoissairaanhoidon hoito on siirtynyt keskitetymään kansalliseen suuntaan, perusterveydenhuollon merkitystä ensilinjan hoitovastuussa korostetaan kaikissa Pohjoismaissa. Tähän liittyen perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen saatavuutta on haluttu lisätä ja laatua parantaa, samoin väestön mahdollisuuksia valita itse lääkärinsä. Tämä on edellyttänyt lisäinvestointeja etenkin lääkäripalvelujen takaamiseksi kaikille kansalaisille. Jotta lääkäriyövoima hakeutuisi ja pysyisi perusterveydenhuollossa, lääkäreiden työehtoja ja mahdollisuuksia vaikuttaa työoloihin ja henkilökohtaiseen työtaakkaan on pyritty eri tavoin parantamaan. Listalääkärimallin menestys Tanskassa ja Norjassa perustuu osaksi juuri näihin tarjottuihin mahdollisuuksiin.

Sosiaaliryhmien väliset elinajanodote-erot ovat pysyneet suurina 2000-luvulla

Lähtökohdat Vuonna 2001 hyväksytyn Terveys 2015 -kansanterveysohjelman yhtenä tavoitteena on sosiaaliryhmien välisten elinajanodote-erojen pienentäminen. Artikkelissa esitetään uusia tuloksia sosiaaliryhmien elinajanodotteista vuoteen 2005 saakka ja analysoidaan, miten eri kuolemansyyt ovat vaikuttaneet elinajanodotteiden muutoksiin eri sosiaaliryhmissä.

Menetelmät Tutkimus perustuu Tilastokeskuksen rekisteritietoihin kuolemista ja väestöstä vuosilta 1983–2005. Aineistosta on laskettu 35-vuotiaiden vuosittaiset elinajanodotteet sosiaaliryhmän ja sukupuolen mukaan sekä jaettu elinajanodotteiden kokonaismuutokset osiin kuolemansyyn mukaan.

Tulokset Ylempien toimihenkilömiesten ja miestyöntekijöiden elinajanodotteiden ero kasvoi jaksolta 1993–95 jaksolle 1998–2000 0,4 vuodella, mutta pysyi viime mainitulta jaksolta jaksolle 2003–05 likimäärin muuttumattomana. Naisten elinajanodotteiden ero kasvoi jaksolta 1993–95 jaksolle 1998–2000 0,2 vuodella ja kasvu jatkui hieman hidastuneena 2000-luvun alkuvuosina.

Päätelmät Sosiaaliryhmien välisten elinajanodote-erojen kehitys ei ole ollut Terveys 2015 -ohjelmassa asetettujen tavoitteiden mukaista.

Valtioneuvoston hyväksymässä Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentäminen asetettiin yhdeksi neljästä yleistavoitteesta (1). Keskeinen määrällinen tavoite koski sosiaaliryhmien välistä eroa elinajanodotteessa. Lähtökohdanna käytettiin 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteita vuosina 1991–95, jolloin ni-

den ero oli miehillä 5,5 vuotta ja naisilla 3,0 vuotta. Ohjelma asetti tavoitteeksi ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden eron supistumisen viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä kummankin sukupuolen kohdalla. Maailman terveysjärjestön Euroopan alueen Health 21 -ohjelmassa on esitetty samantapainen tavoite, jonka mukaan sosioekonomisten ryhmien elinajanodotteiden eron tulisi supistua vähintään 25 prosentilla vuoteen 2020 mennessä (2).

Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen väestöntutkimuksen yksikkö on tutkinut aikaisemmin sosiaaliryhmien välisten elinajanodote-erojen kehitystä vuosina 1971–2000. Tulosten mukaan toimihenkilöiden elinajanodote on ollut koko ajan huomattavasti pitempi kuin työntekijöiden molemmilla sukupuolilla. Sosiaaliryhmien väliset erot muuttivat vain vähän 1970-luvulla, mutta ovat suurentuneet sen jälkeen vuoteen 2000 saakka. Samansuuntaisia tuloksia on saatu kuolleisuuseroista koulutustason mukaan (3,4,5,6).

Tässä artikkelissa esitetään tietoja sosiaaliryhmien elinajanodotteista vuosilta 1983–2005 ja verrataan viimeaikaista kehitystä Terveys 2015 -ohjelmassa esitettyihin tavoitteisiin. Lisäksi selvitetään, miten eri kuolemansyyt ovat vaikuttaneet elinajanodotteiden muutoksiin sosiaaliryhmissä 1990-luvun lopulta vuoteen 2005. Tutkimus on toteutettu osana sosiologian laitoksen väestöntutkimuksen yksikön ja Kansanterveyslaitoksen yhteistyöhanketta Väestöryhmien välisten kuolleisuuserojen seuranta Suomessa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus perustuu Tilastokeskuksen tietoihin kuolemantapauksista vuosilta 1983–2005. Ne on henkilötunnusten avulla yhdistetty Tilastokeskuksen väestölaskentojen pitkitäisaineiston henkilötietoihin vuosilta 1980, 1985, 1990, 1995 ja 2000 (Tilastokeskuksen lupa TK-53-1783–96). Perusaaineisto kattaa kunakin väestölaskennan jälkeisenä viisivuotisjaksona kaikki Suomen väestöön kuuluneet henkilöt lukuun ottamatta niitä, jotka muuttivat Suomeen tai Suomesta jakson aikana. Analyysi koskee 35 vuotta täyttäneitä väestöä, joten tulokset ovat vertailukelpoisia kansanterveys-

ohjelman tavoitteiden pohjatietojen kanssa.

Väestölaskentojen pitkittäisaineisto sisältää tiedon henkilöiden sosioekonomisesta asemasta Tilastokeskuksen yksityiskohtaisen luokituksen mukaisesti. Luokitus perustuu muun muassa ammattiasemaan, ammattiin ja pääasialliseen toimintaan. Tilastokeskuksen luokituksista on sosiologian laitoksella muokattu kuolleisuustutkimuksia varten sosiaaliryhmäluokitus (7), jossa on vähemmän luokkia kuin Tilastokeskuksen luokituksessa. Tässä luokituksessa myös työttömät, eläkeläiset ja muut väestölaskentahetkellä ammatissa toimimattomat (lukuun ottamatta opiskelijoita) on luokiteltu heidän aikaisemman ammattinsa tai asuntokunnan

viitehenkilön ammatin perusteella, koska näiden ryhmien jättäminen analyysin ulkopuolelle johtaisi kuolleisuuserojen aliarviointiin.

Aineistosta on laskettu erikseen miehille ja naisille 5-vuotiskäryryhmittäiset kuolleisuusluvut vuoden ja sosiaaliryhmän mukaan. Kuolleisuusluvuista on edelleen laskettu vuosittaiset elinajanodotukset sosiaaliryhmittäin (8). Elinajanodotuksista on saatu tutkimuksessa käytetyt 35-vuotiaiden elinajanodotteet. Sosiaaliryhmittäisten elinajanodotteiden kokonaisuudet jaksolta 1988–2000 jaksolle 2003–05 on jaettu osiin kuolemansyyn mukaan demografista dekomponointimenetelmää käyttämällä (9).

Taulukko 1.

35 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten jakautuminen (%) sosiaaliryhmiin 1983–85, 1988–1990, 1993–95, 1998–2000 ja 2003–05 (perustuen aineiston henkilövuosiin).

	1983–85, %	1988–1990, %	1993–95, %	1998–2000, %	2003–05, %
MIEHET					
Ylemmät toimihenkilöt	12,7	14,2	15,1	16,1	16,7
Alemmat toimihenkilöt	15,6	16,6	16,9	17,2	18,4
Työntekijät	49,4	47,9	46,5	45,3	45,0
Maanviljelijät	15,0	12,8	11,3	9,3	7,8
Muut yrittäjät	5,9	7,2	8,9	9,6	9,4
Muut	1,3	1,3	1,3	2,6	2,7
Yhteensä	100	100	100	100	100
Henkilövuodet (1 000)	3 231	3 543	3 799	4 070	4 284
NAISET					
Ylemmät toimihenkilöt	8,7	9,7	11,0	12,3	13,8
Alemmat toimihenkilöt	30,7	34,5	37,0	38,9	39,1
Työntekijät	39,4	36,8	33,4	31,4	31,2
Maanviljelijät	14,5	12,1	11,2	8,5	6,8
Muut yrittäjät	4,0	4,5	5,1	5,5	5,5
Muut	2,8	2,3	2,4	3,3	3,5
Yhteensä	100	100	100	100	100
Henkilövuodet (1 000)	3 882	4 153	4 362	4 589	4 767

Taulukko 2.

35-vuotiaiden elinajanodote 1983–85, 1988–90, 1993–95, 1998–00 ja 2003–05 sosiaaliryhmän ja sukupuolen mukaan.

	1983–85	1988–90	1993–95	1998–2000	2003–05	Muutos 1983–85 – 2003–05
MIEHET						
Ylemmät toimihenkilöt	40,9	42,0	43,2	44,6	45,8	4,9
Alemmat toimihenkilöt	38,5	39,6	41,0	42,1	43,5	5,0
Työntekijät	36,0	36,4	37,5	38,5	39,7	3,8
Maanviljelijät	37,9	38,6	40,2	41,1	42,8	5,0
Yrittäjät	38,2	39,2	40,6	41,7	43,2	5,0
Muut	29,4	29,5	32,2	35,2	36,9	7,5
Kaikki	37,2	37,9	39,2	40,4	41,8	4,6
Ero ylemmät toimihenkilöt/työntekijät	5,0	5,6	5,7	6,1	6,1	1,1
NAISET						
Ylemmät toimihenkilöt	46,4	47,0	47,8	48,9	50,1	3,6
Alemmat toimihenkilöt	45,5	45,9	46,8	47,9	48,8	3,3
Työntekijät	44,1	44,2	44,9	45,7	46,7	2,6
Maanviljelijät	44,5	44,6	45,7	46,4	47,3	2,8
Yrittäjät	45,5	46,0	46,5	47,5	48,3	2,8
Muut	39,4	39,2	41,3	42,5	44,3	4,9
Kaikki	44,7	45,0	46,1	46,9	48,1	3,4
Ero ylemmät toimihenkilöt/työntekijät	2,3	2,7	3,0	3,2	3,3	1,0

Tulokset

Elinajanodotteiden muutos 1983–2005

Taulukossa 1 on esitetty tutkimuksessa käytetty sosiaaliryhmäluokitus ja ryhmien suhteelliset suuruudet kolmivuotiskaksioille. Miesten kohdalla työntekijät olivat selvästi suurin ryhmä koko ajan, vaikka heidän osuutensa vähentyi yli neljä prosenttiyksikköä jaksolta 1983–85 jaksolle 2003–05. Naisten kohdalla työntekijät olivat suurin ryhmä vielä 1980-luvulla, mutta alempien toimihenkilöiden osuus kasvoi suurimmaksi jo 1990-luvun alkupuolella. Niin naisten kuin miesten kohdalla työntekijöiden osuuden pieneneminen hidastui 2000-luvulla. Ylempien ja alempien toimihenkilöiden (erityisesti naisten) ja yrittäjien osuudet kasvoivat, ja maanviljelijöiden osuus supistui koko 20-vuotiskaksion ajan. Ryhmän ”muut” muodostavat opiskelijat sekä henkilöt, joita ei ole voitu luokitella puuttuvien tietojen vuoksi.

Kuviossa 1 on esitetty 35-vuotiaiden sosiaaliryhmittäiset elinajanodotteet jaksolla 1983–2005. Satunnaisvaihtelun vähentämiseksi vuosittaisten tietojen asemasta on käytetty kolmen vuoden liukuvia keskiarvoja. Kuvion luettavuuden parantamiseksi yrittäjien ja muut -ryhmän tietoja ei esitetä kuviossa, mutta ne sisältyvät taulukkoon 2.

Kaikkien 35-vuotiaiden miesten elinajanodote kasvoi 4,6 vuodella jaksolta 1983–85 jaksolle 2003–05 (taulukko 2). Toimihenkilöiden elinajanodote on kasvanut työntekijöitä nopeammin; ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden välinen ero oli ensin mainitulla jaksolla 5,0 vuotta ja viimeksi mainitulla jaksolla 6,1 vuotta, eli ero kasvoi 20 vuoden aikana 1,1 vuodella. Eron merkittävyyttä kuvaa se, että ylempien toimihenkilöiden elinajanodote oli jo 1970-luvulla samalla tasolla (10) kuin se oli työntekijöillä 2000-luvun alkuvuosina.

Eron kasvu 1980-luvulta 2000-luvulle ei ollut tasaista. Se oli miesten kohdalla erityisen nopeaa taloudellisen nousukauden aikana 1980-luvun lopulla (0,6 vuotta), hidasta 1990-luvun alussa laman aikana (0,1 vuotta), ja nopeutui jälleen (0,4 vuotta) 1990-luvun lopulla. Jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 elinajanodotteen kasvu oli työntekijöillä suunnilleen samansuuruinen kuin ylempillä toimihenkilöillä, ja eron suureneminen pysähtyi.

Miespuolisten alempien toimihenkilöiden, maanviljelijöiden ja yrittäjien elinajanodote oli koko 20-vuotiskaksion ajan työntekijöiden ja ylempien toimihenkilöiden elinajanodotteiden keskivälillä (taulukko 2). Näiden ryhmien elinajanodotteet kasvoivat samaa vauhtia kuin ylempien toimihenkilöiden. Työntekijöiden elinajanodotteen ero muihin sosiaaliryhmiin verrattuna kasvoi siten yhtä paljon kuin ylempiin toimihenkilöihin verrattuna.

Kaikkien 35-vuotiaiden naisten elinajanodote kasvoi 3,4 vuodella jaksolta 1983–85 jaksolle 2003–05. Ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden ero suureni samalla jaksolla 2,3 vuodesta 3,3 vuoteen. Ero kasvoi siis vuosissa suunnilleen saman verran kuin miehillä, mutta suhteellinen kasvu oli naisilla kaksinkertainen miehiin verrattuna. Kuten miehilläkin, sosiaaliryhmien välinen elinajanodotteen ero kasvoi naisilla nopeimmin 1980-luvun loppupuoliskolla. Sen jälkeen eron kasvu hidastui ja oli

1990-luvun lopusta 2000-luvun alkupuolelle vain noin 0,1 vuotta. Miehistä poiketen naisilla ero ei kasvanut erityisen nopeasti 1990-luvun loppupuolella.

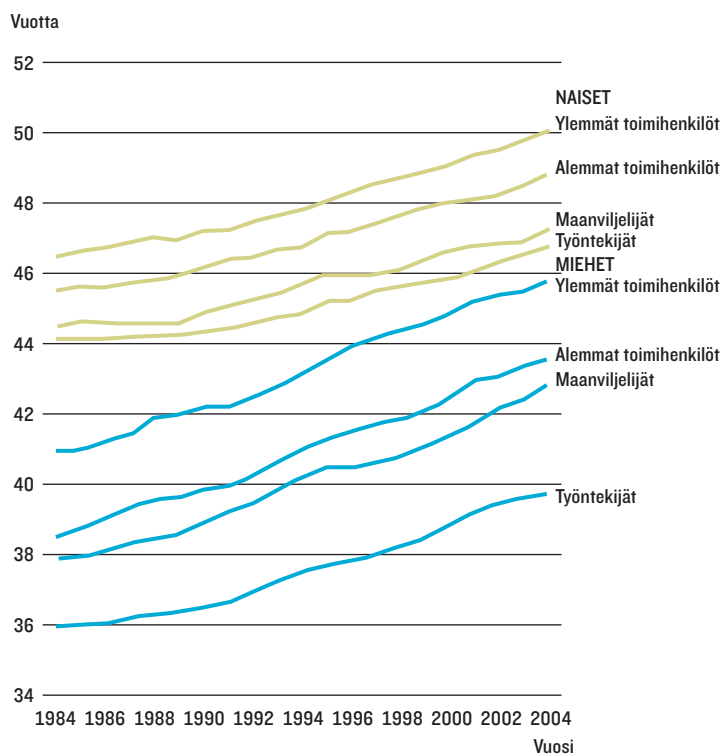
Naisten kohdalla alemmat toimihenkilöt ovat olleet 1990-luvulta lähtien suurin sosiaaliryhmä (taulukko 1). Vuosina 1983–85 tämän ryhmän elinajanodote oli 1,4 vuotta suurempi kuin työntekijöillä, ja ero kasvoi 2,1 vuoteen jaksolla 2003–05 mennessä. Toisin kuin miehillä, maanviljelijöiden ja yrittäjien elinajanodotteiden muutos oli lähempänä työntekijöiden kuin toimihenkilöiden elinajanodotteen muutosta.

Kuolemansyiden osuudet sosiaaliryhmien elinajanodotteiden muutoksesta jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05

Valkosen ym. (2003) tutkimuksessa on esitetty tulokset siitä, kuinka paljon kuolleisuuden muutos eri kuolemansyistä vaikuttaa sosiaaliryhmien elinajanodotteiden muutoksiin 1990-luvun aikana (5). Vastaavat tulokset miehille jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 (kuvio 2) osoittavat, että kuolleisuuden muutos vaikutti elinajanodotetta lisäävästi melkein kaikissa kuolemansyissä ja sosiaaliryhmissä, eli kuolleisuus yleensä alentui. Eniten (noin 0,6 vuotta) elinajanodotteen kasvuun vaikutti kaikissa sosiaaliryhmissä sepelvaltimotautikuolleisuuden (iskeemiset sydänsairaudet) väheneminen. Myös hengityselintautikuolleisuuden pieneneminen nosti elinajanodotetta huomattavasti (0,2–0,3) vuotta kaikissa ryh-

Kuvio 1.

35-vuotiaiden miesten ja naisten elinajanodote sosiaaliryhmän mukaan 1983–2005 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot).



missä. Alkoholikuolleisuus (alkoholisairaudet ja -myrkytykset) taas lisääntyi kaikissa sosiaaliryhmissä yhtä paljon, mutta sen jarruttava vaikutus elinajanodotteen nousuun oli vähäinen (noin 0,1 vuotta).

Kuolemansyyt on taulukossa 3 asetettu järjestykseen sen mukaan, minkä suuntainen ja suuruinen niiden vaikutus oli miehillä ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden eron muutokseen jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05. Positiiviset luvut osoittavat, että kuolleisuuden aleneminen oli suurempi ylempillä toimihenkilöillä kuin työntekijöillä, mikä lisäsi eroa ryhmien välillä. Negatiiviset luvut osoittavat päinvastaisesti kuolleisuuden muutosten vaikuttaneen eroa supistavasti.

Kuolleisuuden muutokset muihin syöpiin kuin keuhkosityöpään vaikutti eniten elinajanodote-eroa lisäävästi. Ylempillä toimihenkilöillä (ja myös alemmilla toimihenkilöillä) kuolleisuuden aleneminen näissä kuolemansyissä nosti elinajanodotetta 0,3 vuodella, mutta työntekijöillä vähemmän kuin 0,1 vuodella. Myös sepelvaltimotauti ja muut verenkiertoelinten taudit vaikuttivat sosiaaliryhmien välistä eroa lisäävään suuntaan. Aivoverisuonten sairaudet taas vaikuttivat positiivisemmin työntekijöiden kuin ylempien toimihenkilöiden elinajanodotteeseen. Yhteensä verenkiertoelinten sairauksien nettovaikutus oli noin 0,1 vuotta elinajanodote-eroja lisäävään suuntaan.

Kuolleisuus itsemurhiin sekä tapaturmisiin ja väkivaltaisiin kuolemansyihin alentui nopeammin työntekijöillä kuin ylempillä (ja myös alemmilla) toimihenkilöillä. Tämä kompensoi ylempien toimihenkilöiden suuremman verenkiertoelinten tautikuolleisuuden alenemisen. Myös keuhkosityöpäkuolleisuus väheni enemmän työntekijöillä kuin ylempillä toimihenkilöillä. Nettotuloksena kaikista kuolemansyistä elinajanodotteen nousu oli likimain sama ylempillä toimihenkilöillä ja työntekijöillä.

Naisia koskevat tulokset eri kuolemansyiden vaikutuksesta sosiaaliryhmien elinajanodotteen muutoksiin on esitetty kuviossa 3. Ylempien naistoimihenkilöiden elinajanodote kasvoi hieman enemmän kuin työntekijöiden (1,17 vs. 1,00 vuotta). Useimmissa kuolemansyissä ylempien toimihenkilöiden kuolleisuuden aleneminen oli suurempi, mutta työntekijät hyötyivät huomattavasti enemmän kuolleisuuden alenemisesta sepelvaltimotautiin ja ”muihin sairauksiin”. Naisilla ylempien toimihenkilöiden osuus kaikista 35 vuotta täyttäneistä oli jaksolla 1998–2000 vain 12 prosenttia. Ryhmän pienuuden vuoksi varsinkin harvinaisiin kuolemansyihin kuolleiden määrät ovat pieniä, ja sattuman vaikutus tuloksiin voi olla huomattava. Sen vuoksi ei kuolemansyiden vaikutuksia ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodote-eroon analysoida tässä yksityiskohtaisemmin.

Naisten suurimman sosiaaliryhmän, alempien toimihenkilöiden, elinajanodote oli selvästi lähempänä ylempien toimihenkilöiden kuin työntekijöiden tasoa. Jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 alempien toimihenkilöiden elinajanodote nousi 0,3 vuotta vähemmän kuin ylempien toimihenkilöiden. Tärkeimpinä syinä tähän oli se, että kuolleisuus aivoverisuonten sairauksiin ja hengityselinten sairauksiin aleni alemmilla toimihenkilöillä vähemmän kuin ylempillä toimihenkilöillä. Alempien toimihenkilöiden elinajan kasvu jäi niin ikään hieman (0,1) vähäisemmäksi kuin työntekijöillä, mikä johtui työntekijänäisten suuremmasta sepelvaltimotautikuolleisuuden alenemisestä.

Naisten suurimman sosiaaliryhmän, alempien toimihenkilöiden, elinajanodote oli selvästi lähempänä ylempien toimihenkilöiden kuin työntekijöiden tasoa. Jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 alempien toimihenkilöiden elinajanodote nousi 0,3 vuotta vähemmän kuin ylempien toimihenkilöiden. Tärkeimpinä syinä tähän oli se, että kuolleisuus aivoverisuonten sairauksiin ja hengityselinten sairauksiin aleni alemmilla toimihenkilöillä vähemmän kuin ylempillä toimihenkilöillä. Alempien toimihenkilöiden elinajan kasvu jäi niin ikään hieman (0,1) vähäisemmäksi kuin työntekijöillä, mikä johtui työntekijänäisten suuremmasta sepelvaltimotautikuolleisuuden alenemisestä.

Pohdinta

Väestön kuolleisuuden kehitys oli vuosina 1983–2005 yleisesti ottaen terveystavoitteiden mukaista, sillä elinajanodote nousi nopeasti molemmilla sukupuolilla ja kaikissa sosiaaliryhmissä. Terveystavoitteiden mukaan miespuolisten 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisen elinajanodote-eron tulisi pienentyä 1990-luvun alkupuoliskon tasolta vuoteen 2015 mennessä yli yhdellä vuodella. Ero kasvoi kuitenkin jaksolta 1993–95 jaksolle 1998–2000 0,4 vuodella. Ero pysyi viime mainitulta jaksolta jaksolle 2003–05 likimäärin muuttumattomana, joten tavoite ei etäännyntynyt enää 2000-luvulla.

Terveystavoitteiden mukaan 35-vuotiaiden naispuolisten ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisen elinajanodotteen eron tulisi alentua 1990-luvun alun tasolta vuoteen 2015 mennessä noin 0,6 vuodella, mutta jaksolta 1993–95 jaksolle 1998–2000 ero kasvoi 0,2 vuodella. Kasvu jatkui hieman hidastuneena 2000-luvun alkuvuosina. Naisten osalta siis etäännyttiin edelleen tavoitteesta. Voidaan tosin todeta, että naisilla ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisen eron tarkastelu on vähemmän mielekästä kuin miehillä, koska ylempien toimihenkilöiden osuus naisista on pieni.

Ääriyhmien elinajanodotteiden ero on selkeä tavoite sosioekonomisten kuolleisuuserojen kehitykselle. Muutosten tulkinnassa on kuitenkin vaikeutena sosiaaliryhmien suhteellisen koon muuttuminen. Tämä ei haittaa kovin paljon miesten sosiaaliryhmien kuolleisuutta tutkittaessa, sillä muutos niiden jakautumassa 1980- ja 1990-luvuilla ja erityisesti 2000-luvun alussa oli pieni (taulukko 1). Naisilla muutokset ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden osuuksissa ovat olleet suurempia. Samalla kun työntekijöiden osuus on pienentynyt, ryhmä on mahdollisesti tullut myös valikoidummaksi niin, että erityisen huono-osaisten ja sosiaalisesti syrjäytyneiden kuolleisuuden aleneminen oli suurempi, mutta työntekijät hyötyivät huomattavasti enemmän kuolleisuuden alenemisestä sepelvaltimotautiin ja ”muihin sairauksiin”. Naisilla ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välisen eron tarkastelu on vähemmän mielekästä kuin miehillä, koska ylempien toimihenkilöiden osuus naisista on pieni.

Taulukko 3.

Kuolemansyiden vaikutukset ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden elinajanodotteiden eron muutokseen miehillä jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–2005.

Kuolemansyy	Vaikutus elinajan odotteen muutoksen eroon, vuotta
Muut syövät kuin keuhkosityöpä	0,22
Muut verenkiertoelinten sairaudet	0,10
Sepelvaltimotauti (iskeemiset sydänsairaudet)	0,05
Alkoholikuolemansyyt	0,00
Muut sairaudet	-0,02
Aivoverisuonten sairaudet	-0,04
Hengityselinten sairaudet	-0,06
Tapaturmat	-0,07
Keuhkosityöpä	-0,11
Itsemurhat	-0,12
Yhteensä	-0,05

den osuus on kasvanut tässä ryhmässä. Naisilla väestön sosioekonomisen rakenteen muutokset selittänevät jonkin osan elinajanodote-eron kasvusta 1980- ja 1990-luvuilla. Sosiaaliryhmäjakautuman muutoksen hidastuminen vuoteen 2000 mennessä on saattanut jonkin verran vaikuttaa myös naisten elinajanodote-erojen kasvun hidastumiseen.

Aikaisemmissa vuosien 1981–2000 kuolleisuuserojen muutosta koskevissa tutkimuksissa päädyimme siihen, ettei sosiaaliryhmien välisten erojen muutoksille ole löydetty mitään yksinkertaista, esimerkiksi yleistä yhteiskunnallisen eriarvoisuuden kehitykseen, perustuvaa selitystä (4,5,11). Erojen kehitys johtuu toisistaan riippumattomista ja eri suuntiin vaikuttavista, eri kuolemansyitä koskevista muutoksista, joiden merkitys voi olla erilainen eri ajanjaksoina, eri sukupuolilla ja eri-ikäisillä. Kuolleisuuserojen kehitystä voidaan pyrkiä selittämään parhaiten jakamalla muutos kuolemansyyn ja ikäryhmän mukaan osiin ja analysoimalla osiin vaikuttaneita tekijöitä, esimerkiksi selvittämällä erilaisten elinolojen ja elintapojen muutoksia, terveydenhuollossa ja hoitokäytännöissä tapahtuneita muutoksia sekä tutkimalla väestöryhmien rakenteiden ja koon muutosten seurauksia. Myös edellä esitetyt jakson 1998–2000 jälkeiset, kuolemansyiden mukaiset kuolleisuutta koskevat tulokset tukevat samaa johtopäätöstä yleisten yhteiskuntatason tekijöiden huonosta selitysvuorosta: kuolleisuuden muutokset ovat osassa kuolemansyistä lisänneet ja osassa vähentäneet elinajanodotteiden eroja sosiaaliryhmien välillä. Osa kuolemansyistä on myös vaikuttanut elinajanodote-eron muutokseen eri lailla 2000-luvulla kuin 1980- tai 1990-luvulla.

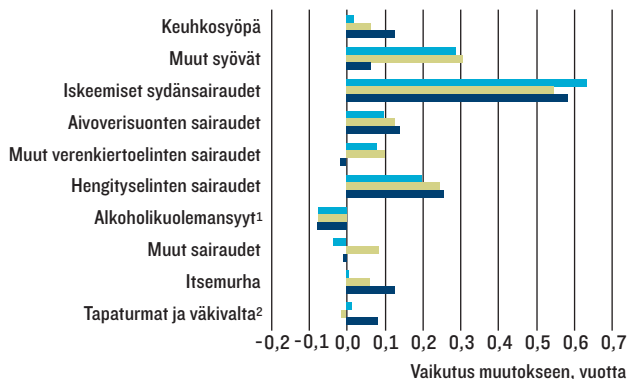
Sosioekonomiset erot elinajanodotteissa kasvoivat 1980-luvulla enemmän kuin 1990-luvulla (5,6). Tämä johtui siitä, että 1980-luvulla varsinkin miesten kuolleisuus sepelvaltimotautiin ja myös muihin verenkiertoelinten tauteihin aleni huomattavasti nopeammin toimihenkilöillä kuin työntekijöillä. 1990-luvulla verenkiertoelinten tautien vaikutus erojen kasvuun oli vähäisempi kuin 1980-luvulla (4,5). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan verenkiertoelinten tautikuolleisuuden muutosten vaikutus sosiaaliryhmien välisen elinajanodote-eron muutokseen väheni edelleen. Onkin mahdollista, että myös tulevaisuudessa verenkiertoelinten sairauksien merkitys kuolleisuuserojen kasvuun on vähäistä.

Verenkiertoelinten tautien ohella miesten sosioekonomisten erojen nopeaan kasvuun 1980-luvulla vaikuttivat paitsi alkoholikuolemansyyt, myös tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemat. Kuolleisuus näihin syihin lisääntyi koko väestössä, mutta enemmän työntekijöillä kuin toimihenkilöillä. 1990-luvulla alkoholikuolleisuudella oli edelleen suurempi haitallinen vaikutus miespuolisten työntekijöiden kuin ylempien toimihenkilöiden elinajanodotteeseen (5). Alkoholikuolleisuuden nousu jatkui 2000-luvulla, mutta nyt sillä oli yhtä suuri negatiivinen vaikutus elinajanodotteeseen niin ylempillä ja alemmilla miestoimihenkilöillä kuin työntekijöilläkin. Naisten alkoholikuolleisuuden lisääntyminen on vaikuttanut negatiivisesti elinajanodotteiden kehitykseen pääasiassa työntekijöillä sekä 1990- että 2000-luvulla. Vuoden 2004 alussa tapahtuneen alkoholin verotusmuutoksen vaikutusta sosiaaliryhmittäisten elinajanodotteiden kehitykseen ei voida vielä tämän vuoteen 2005 ulottuvan aineiston pohjalta selvittää.

Keuhkosityöpää koskevat tulokset 2000-luvulta olivat samanlaisia kuin 1990-luvulla. Miesten kuolleisuus alentui kaikissa sosiaaliryhmissä. Se vaikutti enemmän elinajanodotetta lisäävästi työntekijöillä kuin toimihenkilöillä, joiden keuhkosityöpäkuolleisuus on ollut koko ajan työntekijöihin verrattuna alhaisella tasolla. Naisten keuhkosityöpäkuollei-

Kuvio 2.

Kuolemansyiden osuudet 35-vuotiaiden miesten elinajanodotteen muutokseen jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 sosiaaliryhmittäin.



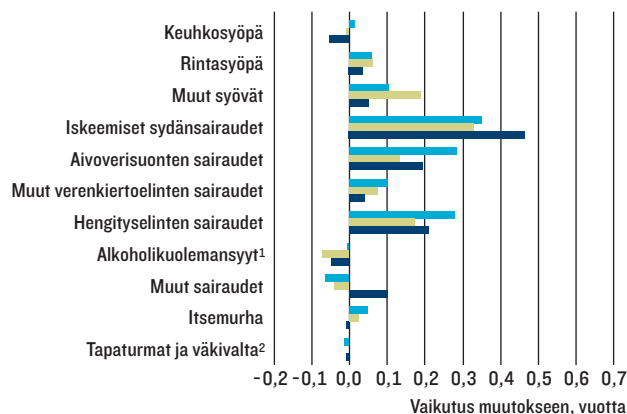
¹ Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys
² Poislukien alkoholimyrkytys

Elinajanodotteen muutos yhteensä (vuotta):

Ylemmät toimihenkilöt 1,22
 Alemmat toimihenkilöt 1,45
 Työntekijät 1,27

Kuvio 3.

Kuolemansyiden osuudet 35-vuotiaiden naisten elinajanodotteen muutokseen jaksolta 1998–2000 jaksolle 2003–05 sosiaaliryhmittäin.



¹ Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys
² Poislukien alkoholimyrkytys

Elinajanodotteen muutos yhteensä (vuotta):

Ylemmät toimihenkilöt 1,17
 Alemmat toimihenkilöt 0,86
 Työntekijät 1,00

suus lisääntyi 2000-luvun alussa, ja sen negatiivinen vaikutus elinajanodotteeseen oli suurin työntekijöillä.

Miehillä suurin työntekijöiden ja ylempien toimihenkilöiden välistä elinajanodote-eroa 2000-luvun alussa lisännyt kuolemansyryryhmä olivat muut syövät kuin keuhkosyöpä. Myös naisilla muut syövät kuin keuhkosyöpä ja rintasyöpä vähenivät selvästi vähemmän työntekijöillä kuin toimihenkilöillä. Erityisen suuri oli työntekijöiden ero alempiin toimihenkilöihin. Jo 1990-luvulla toimihenkilöiden kuolleisuus muihin syöpiin kuin keuhkosyöpään aleni enemmän kuin työntekijöiden molemmilla sukupuolilla ja vaikutti siten sosiaaliryhmien välisen eron kasvamiseen. Tähän tautiryhmään tulisikin kiinnittää entistä enemmän huomiota sosioekonomisten kuolleisuuserojen syinä. Syöpätaudit ovat etilogialtaan erilaisia, ja niitä koskevien kuolleisuusmuutosten taustan selvittäminen vaatii yksityiskohtaista analyysia syöpätyypin mukaan.

Kiitokset

Kiitämme Hilikka Ahosta ja Jari Hellantoa yhteistyöstä tutkimusaineiston muodostamisessa sekä Seppo Koskista ja Hannele Palosuota kommentteista artikkelin käsikirjoituksesta. Tutkimusta ovat tukeneet STM ja Suomen Akatemia (hanke 210752).

Kirjallisuutta

- 1 Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- 2 World Health Organization: Health21 – Health for All in the 21st Century, Copenhagen: World Health Organization 1999.
- 3 Valkonen T. The widening differentials in adult mortality by socio-economic status and their causes. Teoksessa Chamie, J, Cliquet RL, toim. Health and mortality. Issues of global concern. Leuven: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat and Population and Family Study Centre, Flemish Scientific Institute 1999.
- 4 Martikainen P, Valkonen T, Martelin T. Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971–95. J Epidemiol Community Health 2001;55:494–499.
- 5 Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P. Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina. Hyvinvointikatsaus 2003;2:12–18.
- 6 Valkonen T, Martikainen P. Trends in Life Expectancy by Level of Education and Occupational Social Class in Finland 1981–2000. Yearbook of Population Research in Finland 2006. XLII. Helsinki: The Population Research Institute and The Finnish Demographic Society 2007.
- 7 Valkonen T, Martelin T, Rimpelä A, Notkola V, Savela S. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Helsinki: Tilastokeskus: Väestö 1992:8.
- 8 Shryock HS, Siegel JS. The Methods and Materials of Demography. New York: Academic Press 1976.
- 9 United Nations Secretariat. Sex differentials in life expectancy and mortality in developed countries: an analysis by age groups and causes of death from recent and historical data. Population Bulletin of the United Nations 1988;25:65–107.
- 10 Martikainen P, Valkonen T. Lama ja ennenaikainen kuolleisuus. Väestö 1995:II. Helsinki: Tilastokeskus.
- 11 Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, Koskinen S, Martelin T, Mäkelä P. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. Eur J Public Health 2000;10:274–80.

Tapani Valkonen

VTT, professori

Helsingin yliopiston sosiologian laitos

Pekka Martikainen

Ph.D., dosentti

Helsingin yliopiston tutkijakollegium

Hanna Remes

VTM, tutkija

Helsingin yliopiston sosiologian laitos

English summary

Trends in life expectancies among different social groups up to 2005

Reducing differences in life expectancy between population groups was set as one of the main targets in the government resolution on the Health 2015 national public health programme in 2001. This article describes trends in life expectancies among social groups up to 2005, and analyses the contribution of different causes of death to the changes in life expectancies among different social groups. The study is based on register data obtained from Statistics Finland. The data on population and deaths cover the period 1983–2005. Life expectancies at the age of 35 were calculated by sex and occupation-based social group, and changes in life-expectancies were broken down by cause of death.

The difference in life expectancy between higher non-manual employees and manual workers widened by 0.4 years among men between the periods 1993–95 and 1998–2000. From 1998–2000 to 2003–05 the difference remained roughly the same. Among women, the difference in life expectancy increased from 1993–95 to 1998–2000 by 0.2 years, and the difference widened further, although at a somewhat slower pace, in the first half of the 2000s. The growing disparities in life expectancy between different social groups during the 1990s were not consistent with the targets set by the Health 2015 public health programme. The targets were not met at the beginning of the 2000s either, but the widening of differentials came to a halt among men and slowed down among women.

Tapani Valkonen

Ph.D., Professor

University of Helsinki, Department of Sociology

E-mail: tapani.valkonen@helsinki.fi

Pekka Martikainen

Hanna Remes

Perusterveydenhuollon tila 2006

Tärkein tieto

- › Suomalainen terveyskeskus on ainutlaatuinen maailmassa sekä palveluvalikoimaltaan että ammattihenkilöstöltään.
- › Lääkärin vastaanotto toiminnassa jouduttiin jo 1970-luvulla ongelmalliselle tielle, kun tehtiin jyrkkä ero ajanvarausvastaanoton ja päivystyksen välillä.
- › Terveyskeskuksia on pyritty kehittämään organisaatiomuutoksilla ja nyt kunta- ja palvelurakennemuutoksissa väestöpohjia kasvattamalla.
- › Suomalainen terveyskeskus on kansainvälisesti vertailtuna kooltaan varsin suuri, myös väestöpohjaltaan. Sen sijaan perusterveydenhuollon järjestämis- ja rahoitus-pohjaksi suomalainen kunta on hyvin pieni.
- › Tulevaisuudessa terveydenhuollon lainsäädäntöä mahdollisesti uudistettaessa olisi vastaanottopalveluja tarkasteltava ennakkoluulottomasti kokonaisuutena.

Suomalaisessa julkisessa perusterveydenhuollossa on toteutettu joukko kansainvälisesti varsin omaperäisiä ja muista poikkeavia ratkaisuja. Toimintaa kutsutaan kansanterveysystöksi, vaikka toiminnan pääpaino on kaikesta kuitenkin perustason sairauksien toteamisessa, hoidossa ja kuntoutuksessa. Palvelut tuotetaan terveyskeskusten kautta. Siinä valinnassa Suomi on kehittyneiden maiden kartalla lähes yksin, jos puhutaan palvelujen tuottamisesta koko väestölle. Terveyskeskukset taas poikkeavat muiden maiden perusterveydenhuollon palveluista erityisesti taulukossa 1 luetelluilla tavoilla.

Tämän erityisprofiilin seurauksena perusterveydenhuollon toiminta on laajaa ja kustannuksiltaan kansainvälisesti kalliimpaa kuin muualla. Mukana on kuitenkin hoivan kustannuksia, jotka pohjoismaisessa hyvinvointimallisissa kuuluvat julkisen sektorin vastuulle. Suomalaisen terveyskeskusten ennalta ehkäisevät palvelut, suun terveydenhuolto, ympäristö-

terveydenhuolto, kuntoutus, työterveyshuolto ja sairaankuljetus ovat kansainvälisesti korkeatasoisia palveluja.

Kansallisen terveydenhuolto-ohjelman yhteydessä on pyritty todistelemaan, että suomalainen perusterveydenhuolto tuotettaisiin yksikkökooltaan erityisen pienten terveyskeskusten tai terveysasemien kautta. Kansainvälinen vertailu osoittaa kuitenkin, että perusterveydenhuollon palvelujen tuotanto-organisaatiot – toisin sanoen varsinaiset yksiköt, terveysasemat, vastaanotot, klinikat jne. – ovat kokoluokaltaan varsin pieniä, lähinnä pienten maaseutukuntien terveysasemien kokoluokkaa. Ruotsin ja Suomen terveyskeskukset ovat kokoluokaltaan lähinnä toisiaan. Ruotsissa rakentuu Suomea suurempia hallinnollisia yksiköitä, koska päämiehenä on maakuntahallinto. Sen sijaan palvelujen rahoittajana ja järjestäjänä suomalainen kunta on pienuutensa vuoksi aivan omissa kokoluokassaan.

Vaikka Suomen ja Ruotsin terveyskeskukset ovat kooltaan kansainvälisesti suuria, niiden osuudet perusterveydenhuollon tason avosairaanhoidon kaikista käynneistä ovat monituottajuuden vuoksi pienempiä kuin esimerkiksi brittiläisen, hollantilaisen tai tanskalaisen yleislääkäripalvelun vastaavat osuudet.

Terveyskeskusten mutkikkaat ja muuttuvat organisaatiot

Terveyskeskukset synnyttiin aikanaan kokoamaan irralliset kunnalliset terveyspalvelut saman hallinnollisen, ja ajan myötä myös konkreettisen, katon alle. 1970–80-luvuilla lisättiin tehtäviä ja toimintayksiköitä valtiovaltan toimesta tai myötävaikutuksella. 1990-luvulla kunnat siirsivät omilla päätöksillään toimintoja ja kokonaisia työryhmiä muualta terveyskeskusten alaisuuteen, esimerkiksi mielenterveystoimistoja sairaanhoitopiireiltä.

Seurauksena on syntynyt varsin monimuotoisia ja monissa tapauksissa etenkin kaupunkiterveyskeskuksissa hallinnon kannalta haastavia organisaatioita. 1980-luvun kasvun vuosina haasteisiin vastattiin lisäämällä organisaatioiden rakenteisiin johtajia sekä eriyttämällä toimintoja omiin toimialakohtaisiin yksiköihinsä.

Tämä kehitys sai uuden suunnan, kun ryhdyttiin parantamaan avosairaanhoidon palveluja 1980-luvun jälkipuoliskolla. Palvelut toimivat erityisesti kaupunkipaikkakunnilla jäykästi. Odotusajat lääkärien vastaanotoille olivat pitkiä. Hoidon jatkuvuus toteutui varsin puutteellisesti, kun palvelujen tarpeet purkautuivat päivystysvastaanottojen kautta. Palvelua arvosteltiin aiheesta byrokraattiseksi ja kasvottomaksi. Ratkaisuksi haettiin perhelääkäriä, jonka hakeminen johti väestövastuisten toimintamallien ja omalääkäritoiminnan kehittämiseen. Mallia haettiin tuossa vaiheessa maaseudun sopivan kokoisiksi arvioiduista yksiköistä, jotka vastasivat myös kansainvälisiä esimerkkejä yleislääkärin praktiikoiden koosta. Katsottiin, että on suuri etu, jos palvelujen tuottajat ja käyttäjät oppivat tuntemaan toisensa.

Väestövastuisten ja alueellisten toimintamallien suosio kasvoi nopeasti, mutta väheni kuitenkin 1990-luvun mittaana lähes yhtä nopeasti useimmilla kaupunkipaikkakunnilla. Jäljelle jäi omalääkäritoiminta ja jossakin määrin hajautettu neuvolapalvelu, jota sitäkin ollaan nyt keskittämässä suurille terveysasemille.

Väliin mahtuu erilaisia yrityksiä rakentaa sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteisiä työryhmiä ja vastuualueita. Hallinnollista työtä on tuottanut terveyskeskuskuntayhtymien purkamisen tai niiden sisäisen hallinnon organisointi 1990-luvun hengen mukaisesti kuntapohjaisiin tulosyksiköihin.

Uutena organisointimallina tekee tuloaan peruspalvelujen organisointi sosiaali- ja terveyspalvelujen rajan poikki kolmeen elämänkaaren vaiheen mukaiseen alueeseen, lasten ja nuorten, työikäisten sekä vanhusten tai ikäihmisten palveluihin.

2000-luvulla terveyspalvelupolitiikassa on ryhdytty tavoittelemaan aikaisempaa suurempia väestöpohjia ja yksiköitä. Siitä, tarkoitetaanko tällä yksittäisten palvelujen uudenlaista organisointia verkottamalla vai kookkaiden kuntayhtymien synnyttämistä, ei ole ollut tarkkoja linjauksia. Suunta on joka tapauksessa kääntynyt. Terveyskeskusten lukumäärä on laskenut lakikorkeudesta, 275 terveyskeskuksesta vuoden 2006 aikana alle 250:een. Terveyskeskusten lukumäärä tulee kunta kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä väheneämään varsin jyrkästi, jos puitelakiehdotus toteutuu esitetystä muodossaan. Kun sosiaalipalveluja samalla organisoidaan

yhteisten hallintorakenteiden alaisuuteen, edessä ovat vaativat organisaatioiden suunnittelun ja rakentamisen ajat.

Organisaatioihin suuntautunut ajattelu on ohjannut koko kunnallista päätöksentekoa ajattelemaan asioita organisaatiokaavioina tai ”laatikkoleikkeinä”. Keskustelun kuluessa organisaatiomuutoksista keskustelemisen rinnalla ovat jääneet sivuun toiminnallisen dynamiikan ja työskentelykulttuurin kysymykset, esimerkiksi strategisen johtamisen, muutosten hallinnan, palvelujen kysyntätulvan kanssa selviytymisen ja arjen tason toimintakulttuurin asiat. Jos tämän päivän Suomesta pitäisi hakea käsille hyvin toimiva terveyskeskus, kokoluokka, rakenne tai sijainti eivät välttämättä auttaisi löytämisessä, koska toimintaa muovaavat ihmiset, johtajat ja työpaikan yhteisöjen toimintakulttuurit.

Vuodesta 2003 monissa terveyskeskuksissa lisää työtä ovat merkinneet kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamisprojektin kehittämishankkeet, joiden kautta toimintaa on suunniteltu ja uusia toimintamuotoja käynnistetty.

Kun kunta- ja palvelurakennemuutoksessa ollaan joka tapauksessa hakemassa kunnalliselle perusterveydenhuollolle aikaisempaa laajempia väestöpohjia, onko väistämättömänä seurauksena organisaatiokysymysten mutkistuminen entisestään? Näin ei toki tarvitse käydä, jos laajojen palvelukokonaisuuksien yhteisesti organisointi ja lähipalvelujen tuottaminen sopivan kokoisista yksiköistä pidetään eri kysymyksiä. Kaikissa tekeillä olevissa maakunnallisen kokoluokan organisaatiomuutoksissa puhutaan painokkaasti lähipalveluista, mutta monien kaupunkien kurssi on toinen. Toimivia terveysasemia, joilla olisi edellytykset hyvän toimintakulttuurin rakentamiseen, suljetaan muka liian pieninä, vaikka kyse olisi 10 000–20 000 asukkaan tarpeisiin vastaavista palvelupisteistä.

Vastaanottopalvelujen vasta- ja myötämät

Suomessa ei tapahtuneen kehityksen keskellä eletessä 1970–80-luvuilla nähty kunnolla, miten ongelmallisiin muotoihin terveyskeskusten vastaanottopalvelut lähtivät kansanterveyslain alkuvuosista kehittymään. Tavallisista kiireettömistä ajanvarausvastaanotoista tuli varsin yleisesti vaikeasti saatavia. Alun perin oikeaksi päivystyspalveluksi tarkoitettua päivystysvastaanotoista tuli ohivirtauksen ja paljolti myös mukavuussyiden vuoksi palvelujen käytön valtavyliä, etenkin kaupunkipaikkakunnilla. Lääkärin työssä kehittyi kaksi toisistaan poikkeavaa tapaa työskennellä: rauhallinen ja perehtyvä, mutta paljon aikaa potilasta kohti vaativan ajanvarausvastaanoton tahti ja päivystysvastaanoton vauhdikas urakointi. Tämä kahtiajako on kansainvälisesti aivan ainutlaatuinen. Sitä on yritetty myöhemmin hävittää ohjaamalla aikaisemmin päivystykseen hakeutuneita potilaita omalääkärin päivävastaanotoille, mutta syvälle juurtuneet mielikuvat ja käsitykset vaikeuttavat ja jäykistävät edelleenkin vastaanottotoiminnan joustavaa toteuttamista.

Kehitys nähtiin ja myönnettiin pulmalliseksi. Omalääkärinkokeilut ja kokemukset muualta toivat selvän viestin. Kaksi työtapaa pitää yhdistää integroiduksi ja rytmiiä joustavasti vaihtavaksi toimintatavaksi. Kun tätä tuettiin vielä sopivilla palkkauskannustimilla, saatiin ympäri Suomea vastaanotto-

Taulukko 1.

Suomalaisen terveyskeskuksen erityispiirteitä verrattuna muihin kansainvälisiin perusterveydenhuollon palveluja tuottaviin organisaatiomuotoihin.

Terveyskeskustyö perustuu julkisen sektorin työnantajan palkkatyösuhteeseen.

Palvelujen valikoima on laaja; muihin maihin verrattuna se työntyy sekä erikoissairaanhoidon että sosiaalitoimen pitkäaikaishoidon alueelle.

Kattava terveyskeskussairaaloitten verkko on palvelumuotona kansainvälisesti ainutlaatuinen.

Mukana on palveluja, jotka eivät muualla sijoitu perusterveydenhuollon kanssa samoihin organisaatioihin, esimerkiksi työterveyshuolto ja ympäristöterveyshuolto.

Työssä on valikoimaltaan ja kooltaan maailman laajin eri ammattihenkilöiden työryhmä.

Terveyskeskuksia hallinnoidaan paikallistason edustuksellisen demokratian elinten avulla.

palveluista myönteistä raportoitavaa. Päivystysvastaanotot supistuivat, kun päiväaikaista vastaanottoaikoja oli tarjolla. Omalääkärijärjestelmä laajeni erityisesti kaupunkipaikkakunnilla ja kattoi enimmillään noin 70 % väestöstä. Sitten min omalääkärijärjestelmiä on joissakin lääkäriläin terveyskeskuksissa purettu tai laitettu ”jähin” odottamaan parempia työvoimatarjonnan aikoja.

Juuri kun luultiin omalääkäritoiminnan parhaiden menestymisen vuosien aikana päästyn väljemmille suotuisan kehityksen vesille, rupesi 1990-luvun alun lamavuosien tuotama tiivis lääkärin työhön sitoutuminen murentumaan (1). Lääkäreitä poistui muihin töihin. Uusia ei tullut tilalle, tai jos tuli, tulijat eivät olleetkaan valmiita sitoutumaan perusterveydenhuollossa tarvittaviin pitkäaikaisiin työuriin. Lääkärin ja heidän sijaistensa puute osoitti omalääkärijärjestelmän yllättävän haavoittuvaiseksi tilanteissa, joissa riveistä puuttuu tekijöitä. Terveyskeskusten lääkärivajaus on jatkanut kasvuaan 1990-luvulta ainakin vuoteen 2004 asti, mutta vuosien 2005 ja 2006 aikana terveyskeskuksista on jo saatu tietoja vakanssien ja sijaisuuksien uudelleen täyttymisestä, ainakin lääketieteen koulutuspaikkakuntien ympäristöissä. Vuokratyövoiman käyttö ja vakanssien jättäminen suosiolla hoitamatta on estänyt tilanteen kriisiytymistä yksittäisiä ongelmaterveyskeskuksia lukuun ottamatta.

2000-luvulla sairaanhoitajien työtä avosairaanhoidon vastaanotto toiminnassa on ryhdytty kehittämään aikaisempaa monipuolisemmin ja määrätietoisemmin. Jo ennen tätä kehitystä oli saatu hyviä kokemuksia hoitajien erityisvastaanottopalveluista esimerkiksi diabetes-, reuma- tai astmapotilaille. Nyt toiminta on laajentunut vastaanottopalvelujen eri vaiheisiin, puhelinneuvontaan, hoitajien suorittamaan tutkimukseen joko itsenäisenä tapahtumana tai osana lääkärin vastaanotolla käyntiä. Pitkäaikaisen avohoidon alalla on pyritty vieroittautumaan paikallisiksi tavoiksi tulleista ”avoimista” hoitajien vastaanotoista, joita ei ole kriittisesti arvioiden voitu pitää riittävän tehokkaina ja tarkoituksenmukaisina palvelumuotoina. Tilalle on tullut suunnitelmallisesti organisoitua palvelua, seurantaa ja neuvontaa. Työnjakoa lääkärin työn suhteen on eräissä hankkeissa siirretty uusiin kohtiin (2).

Kehittymässä on selvästikin uudenlaisia palvelukonsepteja, joihin viitataan puhumalla lääkärin ja hoitajan työparityöskentelystä tai muista pientyöryhmistä, jolloin mukana voi olla esimerkiksi kotihoidon palveluja kentällä antava sairaanhoitaja. Kokemukset näistä ovat rohkaisevia.

Vastaanottopalvelut kuormittuvat kuitenkin koko ajan. Puhelinpalvelut ovat tulleet yhtäältä helpottamaan paineita, mutta toisaalta ehkä muovaamaan matkapuhelimiensa avulla varsin herkästi puhelin yhteydenottoihin turvautuvien suomalaisten tapoja toimia. Puhelujen määrät ovat kasvaneet yllättävän kovalla vauhdilla. Hoidon tarpeen arviointi on parantanut hoidon piiriin pääsemistä. Silti samalla on heräämässä kysymyksiä käynnissä olevan kehityksen suunnasta: onko perusteltua suunnata entistä enemmän huomiota nuhaan, silmätulehduksiin, pikku kolhuihin ja kipeytymisiin – kun kansan terveysongelmat ovat perustellusti kuitenkin muilla alueilla?

Terveyskeskukset koko terveydenhuollon isolla kartalla

Maassa siirryttiin terveyskeskuksiin perustuvaan kansanterveysyhteyden poliittisena ratkaisuna 1970-luvun alussa. Terveyskeskukset olivat 1970–80-lukujen voimakkaasta kehittämisestä, tilojen rakentamisesta ja henkilöstövoimavarojen lisäämisestä huolimatta arvostelun kohteena. Kaupunkilaisväestö ei kokenut saavansa sopivaa avosairaanhoidon palvelua. Yleistetyt mielikuvat värjäisivät koko instituutiota, sen toimialoja ja toimipaikkoja riippumatta käytännön tason palvelukyvyyn kehityksestä.

Omalääkärijärjestelmä on tuottanut väestöltä ja päättäjiltä pääosin myönteistä palautetta, vaikka sen kustannuksia ja joitakin ominaisuuksia onkin arvosteltu. Nyt käytettävissä olevalla aikaperspektiivillä voidaan arvioida, että maan terveyskeskukset toimivat parhaassa vedossaan 1990-luvun alun laman vuosina ja jonkin aikaa syvimmän laman jälkeen. Epävarmuus tulevaisuudesta ja työpaikoista sitoi ammattihenkilöitä työpaikkoihinsa. Vuoden 1993 jälkeisessä muuttuneiden kannustimien ja pelisääntöjen ilmastossa monet julkiset palveluntuottajat näkivät parhaaksi parantaa omaa suoriutumistaan ja palvelukykyään voidakseen turvata asemansa sellaisessa palvelumarkkinoiden tulevaisuudessa, jossa julkistenkin palveluntuottajien asema olisi kyseenalaistettavissa.

1990-luvun lopulla kriittiset äänet ovat lisääntyneet. Nuorten lääkärin halukkuus hakeutua yleislääkärin uralle tai ainakin haasteellisimpien väestöjen terveysasemille on selvästi vähentynyt aikaisempiin vuosiin verrattuna. Lääketieteen piirissä on esitetty hyvin ristiriitaisia käsityksiä yleislääketieteen asemasta tulevaisuudessa. Varsin perustellusti on argumentoitu, että lääketieteen monimutkaistumisen ja osaamisen lokeroitumisen vastapainoksi tarvitaan vahvaa yleislääkäriyttä väestön ikääntyessä ja pitkäaikaisairauksien sekä psykososiaalisten ongelmien lisääntyessä. Toisaalta näyttää siltä, että nuorten lääkärin kasvu- ja sosiaalistumis-ympäristössä kylvetään koko terveydenhuollosta käsityksiä, joissa yleislääketieteellä ja perusterveydenhuollolla ei ole suurta arvoa.

Kunnalliset päätöksentekijät sijoittivat vuoden 1993 muutosten jälkeen terveyskeskukset välittömästi erityiseen rooliin. Niitä tarvittiin kunnan välineiksi vaikeaksi osoittautuneessa erikoissairaanhoidon käytön ja kustannusten hallinnassa. Tuo kehitys muodosti edelleen sitkeästi elävän uskon, jonka mukaan terveyskeskuksen toiminta, terveyskeskuksissa käyttöön otettu tehtävien ja palvelujen valikoima sekä terveyskeskuksen lääkärin ja kotihoidon työntekijöiden toiminta suoraan määrittävät erikoissairaanhoidon käytön laajuuden ja kustannukset. Vaikka näiden välillä onkin loogisia yhteyksiä ja edellä mainitun käsityksen mukainen vastavuoroisuus (3), yhteys on käytännössä varsin löyhä ainakin kaupunkipaikkakunnilla.

Suomessa on voimassa kansainvälisesti varsin jyrkkä ero julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä. Vaikka verovaroin rahoitettuja palveluja tuottavat entistä enemmän ostopalveluina yksityiset yritykset, kunnallisesti ja muilla varoilla rahoitettavia palveluja ei pyritä tarkastelemaan kokonaisuutena. Terveyskeskuksille tämä tietää julkisen talouden tiu-

kentuessa jatkuvaa vaaraa joutua entistä selvemmin residuaalisen palveluntuottajan rooliin – ts. vastaamaan palveluista niille, joille palveluja ei muita teitä tule.

Julkisissa terveyspalveluissa pyritään sitoutumaan aikaisempaa terävämmiin koeteltuihin ja vaikuttaviin hoitokäytäntöihin. Tuorein tärkeä kehitys tällä alalla ovat keväällä 2005 julkaistut kriteerit kiireettömän hoidon perusteista (4). Julkisen ja yksityisen palvelun saatavuuden ja laadun erojen suurenemista on maassa pyritty perustellusti estämään pitämällä julkisen palvelun saatavuudesta ja laadusta huolta. Jos kuntatalous ja terveydenhuollon kustannuskehitys jatkavat nyt meneillään olevaa kehitystä ja jos avainasemassa olevia ammattihenkilöitä ei saada sitoutetuksi pitkäjänteiseen julkisen sektorin palvelutyöhön, edessä on hallitsematon ja kovin kielteinen kehitys.

Miten tulevaisuuteen?

Sosiaali- ja terveysministeriö kokosi kesällä 2006 joukon terveyskeskusten lääkärijohtajia arvioimaan ja ideoimaan kunnallisen perusterveydenhuollon tulevaisuutta. Työkokous ei esittänyt perusteita muuttavia rakenneuudistuksia, mutta koko joukon mielenkiintoisia ja keskustelun sekä kehittämistyön pohjaksi soveltuvia ehdotuksia (5). Näille yhteistä oli terveyskeskusten toimintaedellytysten ja myös työolojen parantaminen. Ehdotuksissa viitataan jo keskusteluissa esille nostettuun tarpeeseen päivittää terveydenhuollon järjestämistä säätelevä lainsäädäntö ajan ja toteutuneen kehityksen tasolle. Samalla voitaisiin kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki hyvin yhdistää, mutta kummankin terveydenhuollon kentän perustehtävistä säädettäisiin erikseen.

Kun lakimuutoksia ryhdytään mahdollisesti seuraavan eduskuntavaalikauden ja hallituksen toimikauden aikana muuttamaan, olisi hyvä palata perusterveydenhuollon järjestämisen peruskysymyksiin, ainakin avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen osalta. Maassa oli vuoden 1987 aikoihin olemassa pöytälaatikkoluonnos kansanterveyslain muutoksesta, jolla olisi säädetty kuntien velvollisuudeksi tarjota jokaiselle kansalaiselle omalääkäri. Säädöksen antamisen asemesta lähdettiin kokeilujen ja kehittämisen tielle. Vakaa-ta koko maan kattavaa ratkaisua ei ole valitettavasti vielä saatu.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen muovaamisen vuosina maaseutukuntien terveyspalvelut ovat olleet vahvasti valokeilassa. Pienissä kunnissa asuu kuntien lukumäärästä

huolimatta melko pieni osuus suomalaisista. Huomio pitäisi nyt kiinnittää kaupunkilaisten perusterveydenhuoltoon, jossa esiintyy suuria ongelmia. Yksi mahdollisuus olisi hakea ratkaisua, jonka mukaan omalääkäri osoitettaisiin niille, jotka haluavat kiinnittyä kunnallisen perusterveydenhuollon tarjoamaan lääkäriin listautumalla oman valintansa pohjalta tämän potilaaksi. Ne, jotka eivät listautuisi, olisivat terveyskeskuksissa harvemmin asioivia, joko muiden palvelujen käyttäjiä tai muuten vain harvoin terveyspalveluja tarvitsevia. He saisivat kuntansa palveluja muilla kuin omalääkärijärjestelyillä. Kansanterveystyö, ennalta ehkäisevät ja ennakoivat palvelut kunnan pitäisi kuitenkin suunnitella ja mitoittaa koko väestölle.

Suomessa on vastaanottotyötä tekeviä terveyskeskuslääkäreitä noin 3 000. Jos työpaikkaterveydenhuollon yleislääkäritasoinen sairaanhoito otetaan mukaan, yhtä yleislääkärin työtä tekevää kohti väestöä olisi jaettavaksi noin 1 300–1 500 suomalaista. Tätä voitaisiin jo omalääkärien listojen kokokysymyksistä saadun kokemuksen mukaan pitää kohtuullisena. Tarvittaisiin kuitenkin valmiutta tarkastella kaikkia palveluja kokonaisuutena. Jos ratkaisut tarvitaan vuosien 2007–11 aikana, keskustelun ja mallien esittämisen ja kehittelyn aika on nyt.

Kirjallisuutta

- 1 Vänskä J, Hyppölä H, Hallila H ym. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992–2003 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9, Helsinki 2005.
- 2 Hukkanen E, Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, Helsinki 2005.
- 3 Turunen A. Terveyskeskuksessa vai erikoissairaanhoidossa? Muutokset sairaanhoidon porrastuksessa 1990-luvulla. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 152, Kuopio 1998.
- 4 Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:5, Helsinki 2005.
- 5 Myllymäki K. Terveyskeskus 2015 – terveyskeskusten tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:56, Helsinki 2006.

Simo Kokko

dosentti, kehittämispäällikkö

Stakes

simo.kokko@stakes.fi

Tauno Telaranta

LL, toimialajohtaja

Kotkan kaupunki, sosiaali- ja terveysvirasto

Onko meillä EU:n taholta paineita maamme terveydenhuollon järjestämiseksi lähitulevaisuudessa?

Tärkein tieto

- › Euroopan unioniin liittymisen jälkeen 1995 monet direktiivit ovat vaikuttaneet suomalaisten lääkäreiden toimintaan.
- › Subsidiariteettiperiaatteen mukaisesti kukin jäsenmaa järjestää kansalaistensa terveydenhuollon ja rahoittaa sen omien tarpeittensa mukaisesti.
- › Suomessa itsenäinen yleislääkärin ammatinharjoittamisoikeus on kytketty perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen, mikä poikkeaa muiden EU-maiden käytännöstä.
- › Eri maiden lääkärinkoulutuksessa on yhteisistä minimitasoista huolimatta paljon eroja ja yksityiskohtaisten ohjeiden antaminen on ongelmallista
- › Suomen yritykset saavuttaa kompromissi työaikadirektiivikiistassa eivät onnistuneet marraskuussa 2006 ja nähtäväksi jää, joutuuko Suomi useimpien muiden jäsenvaltioiden kanssa komission syyttämäksi nykyisen direktiivin rikkomisesta.

Raja kotimaisen ja ulkomaisen lainsäädännön välillä on nykyään hyvin keinotekoinen. Samoin lääkäreiden koulutukseen ja ammatinharjoittamiseen liittyvässä edunvalvonnassa on kyseenalaista enää puhua erikseen kotimaisesta ja ulkomaisesta toiminnasta. Suomalaisia lääkäreitä ja suomalaista terveydenhuoltoa koskeviin direktiiveihin on syytä pyrkiä vaikuttamaan jo niiden syntyvaiheessa.

EU ei säätele kansallista terveydenhuoltoa

Euroopan unionin terveyspolitiikan lainsäädäntöpohja sisältyy Euroopan yhteisöjen perustamissopimukseen. Sen mukaan EU:n tulee vastata tämän päivän terveyttä koskeviin haasteisiin uudistamalla ja huomalla uusia välineitä ja keinoja jäsenmaiden tueksi.

Perustamissopimuksen kansanterveysartikla 152 edellyttää, että kaikkien yhteisön politiikkojen ja toimintojen määrittelyssä sekä toteuttamisessa varmistetaan ihmisten terveyden korkeatasoinen suojelu. Lisäksi artikla 152 määrittelee terveydenhuollon kansallisen toimivallan alaiseksi. Tämän ns. subsidiariteettiperiaatteen mukaisesti kukin jäsenmaa järjestää kansalaistensa terveydenhuollon ja rahoittaa sen omien tarpeittensa mukaisesti. EU:n terveyssektorin toimivalta on pitkälti rajoittunut tarttuvien tautien seurantaan ja leviämisen estämiseen.

Perustamissopimuksessa on muitakin terveyteen liittyviä artikloja, ja terveyttä koskevaa lainsäädäntöä tehdään myös komission muissa pääosastoissa kuin terveyden- ja kuluttajasuojelun pääosastossa (SANCO). Lisääntyvässä määrin terveysnäkökulmat tulee EU:ssa ottaa huomioon suunniteltaessa kaikkea uutta lainsäädäntöä.

EU:n uuden perustuslaillisen sopimuksen käsittely on tällä hetkellä pahassa umpikujassa Ranskan ja Hollannin hylkäävien kansanäänestysten jälkeen. Näin ollen on epäselvää hyväksytäänkö sopimus ja missä muodossa. Viimeiseksi käsitellyssä olevassa ehdotuksessa EU:n toimivalta terveyspolitiikan alueella ei kuitenkaan ollut olennaisesti lisääntymässä. Näin ollen näyttää siltä, että Suomi voi jatkossakin järjestää perusterveydenhuoltonsa pitkälti kansallisista tarpeista lähtien.

Eurolääkärinkoulutuksen tulevaisuus

Merkittävin muutos suomalaisten lääkäreiden ammatinharjoittamiselle Suomen liittymisestä ensin ETA-sopimukseen ja sittemmin Euroopan unioniin oli vaatimus perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen suorittamisesta. Se liittyy EU:n yleiseen pyrkimykseen edistää lääkärityövoiman vapaata liikkuvuutta maasta toiseen. Sitä pyritään säätelemään yhdenmukaistamalla jäsenmaiden lainsäädäntöä ja määräämällä ammatinharjoittamisen perustana olevien tutkintojen molemminpuolisesta tunnustamisesta.

Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen taustana on silloisten Euroopan yhteisöjen direktiivi vuodelta 1986. Direktiivin perusteluissa todetaan, että yleislääkäri tarvitsee erityiskoulutusta voidakseen paremmin hoitaa tehtävänsä. Eri-

tyiskoulutustarpeen on direktiivin mukaan aiheuttanut pääasiassa lääketieteen kehitys, joka on jatkuvasti kasvattanut välimatkaa toisaalta lääketieteellisen tutkimuksen ja opetuksen sekä toisaalta yleislääkärin työn välillä ja synnyttänyt tilanteen, jossa yleislääkärin työn tärkeitä osa-alueita ei enää pystytä opettamaan tyydyttävästi jäsenvaltioiden nykyisessä lääketieteellisessä peruskoulutuksessa. Direktiivin perusteissa todetaan myös yleislääkärin koulutuksen parantavan yleislääkärin aseman arvostusta. Selkeänä lisäperusteluna direktiiville on taustalla keskieurooppalaisten lääkärin kiinteä suhde kansalliseen sosiaaliturvajärjestelmään.

Koska lääkärinkoulutus Keski- ja Etelä-Euroopassa on huomattavan teoreettista, on tällaisen lisäkoulutuksen katsottu olevan tarpeen ennen kuin lääkärit voivat toimia kansallisen sosiaalivakuutuksen piirissä. ETA-sopimuksen myötä kyseinen direktiivi jouduttiin toteuttamaan Suomessakin. Direktiivin koulutusta koskeva termi ”Specific training in general medical practice” käännettiin Suomessa perusterveydenhuollon lisäkoulutukseksi. Tätä koskeva asetus annettiin vuoden 1993 lopussa (1435/93). Koulutus säädettiin tuolloisen direktiivin vaatimusten mukaisesti kaksivuotiseksi. Koulutus kestää kokopäiväisenä kaksi vuotta ja lääkärin tulee palvelulla lääkärintehtävissä terveyskeskuksessa tai muussa perusterveydenhuollon laitoksessa tai yleislääkärin vastaanotolla itsenäisesti harjoittamaan oikeutetun laillistetun lääkärin valvonnassa vähintään kuuden kuukauden ajan. Myöhemmin kansallisen terveysprojektin linjausten mukaisesti vuoden 2003 alusta terveyskeskuspalvelun pituus pidennettiin aiemmasta kuudesta kuukaudesta yhdeksään kuukauteen. Sama pidennys liittyi myös kaikkiin erikoislääkärikoulutusohjelmiin sisältyvään terveyskeskuspalveluun.

Kaksivuotisesta koulutuksesta lisäksi vähintään kuusi kuukautta tulee suorittaa sairaalassa ja enintään kuusi kuukautta voidaan suorittaa muussa koulutusyksikön hyväksymässä, yleislääkärin tehtäviin suuntautuvassa terveydenhuollon laitoksessa tai yksikössä. Lisäksi edellytetään lääketieteellisen tiedekunnan hyväksymä tai järjestämä vähintään 16 tunnin kurssimuotoinen koulutus, joka perehdyttää terveydenhuollon hallintoon ja sosiaaliturvajärjestelmään.

Suomen tulkinta poikkeaa kaikista muista EU-maista

Lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen suhteesta lääkärin ammatinharjoittamiseen ja suhteeseen sosiaaliturvajärjestelmään säädettiin 1994 voimaan tulleessa laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/94). Sen mukaan lääkärit laillistetaan nykyisin lääketieteen lisensiaatin tutkinnon jälkeen. Laillistus tarkoittaa kuitenkin oikeutta harjoittaa lääkärin ammattia toisen johdon ja valvonnan alaisena. Oikeus harjoittaa yleislääkärin ammattia itsenäisesti laillistettuna ammattihenkilönä on laillistetulla lääkärillä, joka on suorittanut lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen.

Eduskunnan käsitellessä lakiehdotusta terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja lain hyväksymisen jälkeen Lääkäriliitto on toistuvasti tuonut esiin näkemyksensä siitä, että perusterveydenhuollon lisäkoulutuksella ei tule säädellä lääkärin ammatinharjoittamisoikeutta. Sen taustalla olevan direktiivin tarkoituksena on ollut vain säädellä lääkärin suhdetta

kansalliseen sosiaaliturvajärjestelmään. Suomalainen perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen kytkentä itsenäiseen ammatinharjoittamisoikeuteen on täysin poikkeava kaikkien muiden EU-maiden käytännöstä. Tästä aiheutuvat monet ongelmat suomalaisten lääkärin työvoiman liikkuvuudessa sekä Suomen kummastusta herättänyt vastustus koulutuksen pidentämiseen.

Perusterveydenhuollon lisäkoulutus kolmivuotiseksi

EU:ssa hyväksyttiin kesällä 2005 uusi direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta (2005/36/EY). Se korvaa aikaisemmat alakohtaiset direktiivit, joita oli mm. lääkärin tutkintojen tunnustamisesta. Direktiiviin sisältyi jo aiemmin tehty päätös perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen pidentämisestä kolmeen vuoteen vuoden 2006 alusta alkaen. Tämän pidennyksen pyrkimyksenä on ollut parantaa yleislääkärin koulutusta eurooppalaisella tasolla. Suomessakin jouduttiin asetusta perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta muuttamaan tämän vuoksi. Suomi sai päätöstä tehtäessä kuitenkin poikkeusluvan jatkaa ainakin toistaiseksi kaksivuotista koulutusta. Perusteluna Suomi totesi, että suomalaisessa lääkärikoulutuksessa jo peruskoulutuksessa on vuoden verran perehtymistä perusterveydenhuoltoon ja siihen liittyvää harjoittelua. Totta onkin, että suomalainen lääkärikoulutus on ylipäättään huomattavasti käytännönläheisempää kuin useimmissa muissa EU-maissa. Lisäksi meillä nykyisessä koulutusjärjestelmässä aloitetaan tutustuminen terveyskeskuksiin ja perusterveydenhuoltoon jo ensimmäisestä opiskeluvuodesta alkaen.

Kahden vuoden poikkeussääntö koskee siis ainoastaan Suomessa koulutettuja lääkäreitä. Näin ollen kolmivuotisuus koskee sellaisia suomalaisia lääkäreitä, jotka ovat kouluttautuneet esimerkiksi Virossa tai Ruotsissa.

Suomen vastustus koulutuksen kolmivuotisuuden suhteen on saanut kiusallisiakin piirteitä, kun sen on tulkittu merkitsevän pyrkimystä estää yleislääkärin koulutuksen tason kohottaminen Euroopassa. Käsitteiden sekavuus johtuu pitkälti myös siitä, että Suomessa jo 1970-luvulta alkaen käytössä ollut ja hyväksi osoittautunut yleislääketieteen erikoislääkärikoulutus on toistaiseksi vielä melko harvinaista Euroopassa. Yleislääketieteen specialiteetti on vain noin kymmenessä EU-maassa. Yleislääketiede ei myöskään ole niiden 52 erikoisalan joukossa, jotka sisältyivät vanhaan lääkärindirektiiviin sekä myös uuteen yleiseen tutkintojen tunnustamisdirektiiviin. Direktiivissä mainittujen erikoisalojen kohdalla työvoiman liikkuvuus on muita erikoisaloja helpompaa. Yleislääketieteen puuttuminen direktiivistä on aiheuttanut suomalaisille yleislääketieteen erikoislääkäreille ongelmia, kun he ovat yrittäneet saada specialiteettinsa hyväksytyä muissa EU-maissa.

Uuden ammattipätevyydirektiivin mukaan uusia erikoisaloja voidaan direktiiviin ottaa, mikäli erikoisala on edustettuna vähintään kahdessa viidesosassa jäsenvaltioista eli tällä hetkellä vähintään kymmenessä EU-maassa.

Suomi ei voi loputtomasti vastustaa yleislääketieteen koulutuksen pidentämispyrkimyksiä. Tämän vuoksi kotimainen perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen kytkentä itsenäiseen

ammattinharjoittamisoikeuteen tulee poistaa. Kolmivuotinen perusterveydenhuollon lisäkoulutus ei enää millään muotoa olisi myöskään mahdollista suorittaa yhtä aikaa erikoislääkärinkoulutuksen kanssa, varsinkin kun kolmesta vuodesta puolet ehkä tulisi suorittaa perusterveydenhuollossa. Jatkossa perusterveydenhuollon lisäkoulutus tulisi kohdistaa vain päätoimisiin yleislääkäreihin, jolloin kolmivuotinen koulutus olisi meilläkin hyvin mahdollista ja perusteltua. Suomalaisilla yleislääkärijärjestöillä on jo pitempään ollut tavoitteena, että perusterveydenhuollon pysyvissä viroissa olevilta edellytettäisiin yleislääketieteen spesialiteetti. Nykyisen koulutuskapasiteetin aikana asiaa on ollut vaikeaa järjestää, mutta tämä tulee olemaan varmasti tulevaisuuden tilanne.

EU ei millään lailla direktiivitasolla säätele sitä, missä vaiheessa jäsenvaltiot myöntävät laillistuksen lääkäreille. Osassa jäsenvaltioista on tällainen laillistusta edeltävä ns. pre-registration period, jollainen Suomessakin vuoteen 1994 asti voimassa ollut orientoiva vaihe oli. Sen poistumisen myötä laillistus siirtyi Suomessa aikaisemmaksi heti tutkinnon suorittamisen yhteyteen, mutta sen merkitys ei suomalaisen lainsäädäntötulkinnan mukaan ole kuitenkaan enää sama kuin aiemmin.

Yleislääketieteen erikoisala turvattu

EU:n ammattipätevyksien tunnustamista koskevan uuden direktiivin käsittelyn alkuvaiheessa oli esillä ehdotus, jonka mukaan jäsenvaltiossa ei voisi olla samaan aikaan kaksi- tai jatkossa kolmivuotista perusterveydenhuollon lisäkoulutusta sekä samaa alaa koskevaa erikoislääkärikoulutusta. Mikäli tämä ehdotus olisi toteutunut, oltaisiin Suomessa jouduttu ehkä muuttamaan yleislääketieteen erikoisalan nimeä. Tällaisia kaavailuja Suomessa jo alustavasti tehtiinkin pohtimalla esimerkiksi perhelääketiede-nimikettä.

Suomi oli tämän direktiivikohdan käsittelyssä hyvin aktiivinen vastustaja ja nyt lopullisesti hyväksytystä direktiivistä tämä artikla on poistettu. Näin ollen jatkossakin voi olla kahden tason yleislääkärin koulutusohjelmia eli yleislääketieteen erikoisalan asema on tässä suhteessa suomalaisessa terveydenhuollossa jatkossa turvattu.

Työaikojen säätely

Suomen liittyminen EU:hun merkitsi myös sitä, että EU:n työaikadirektiivi tuli saattaa Suomessa voimaan. Tämän seurauksena lääkärit saatiin Suomessakin työaikalainsäädännön piiriin. Suomessa lähdettiin tuolloin siitä, että työaikalaki koskee kaikkia lääkäreitä, vaikka direktiivitasolla oli mahdollisuus sulkea erikoistumassa olevat lääkärit direktiivin ulkopuolelle. Tämä tilanne on johtunut erityisesti Englannin ja Irlannin terveydenhuoltojärjestelmistä, joiden toimivuus perustuu valitettavasti pitkälti erikoistumassa olevien lääkärin ylipyörittämiin työviikkoihin. Erikoistumassa olevat lääkärit eivät pysty itse vaikuttamaan työaikoihinsa ja juuri he olisivat kipeimmin työsuojelun tarpeessa. Työaikadirektiivi tulee myös ymmärtää erityisesti potilasturvallisuuden lähtökohdista.

EU:ssa on ollut pitkään käsittelyssä komission uusi ehdotus työaikadirektiivistä. EY-tuomioistuin on päätöksillään toden-

nut, että nykyistä työaikadirektiiviä on jäsenvaltioissa rikottu. Kiistaa on aiheuttanut erityisesti työajan määrittely. Tuomioistuin samoin kuin Euroopan parlamentti ovat linjanneet, että kaikki työpaikalla vietetty aika tulee laskea työajaksi. Tämä tulkinta voi jatkossa merkitä osittain muutoksia suomalaisen päivystysjärjestelmään. Keskeinen kysymys uuden työaikadirektiiviehdotuksen käsittelyssä on ollut myös ns. opt out -periaate. Siinä pyritään antamaan yksittäisille työnantajille mahdollisuus poiketa direktiivistä omalla päätöksellään yhdessä työnantajan kanssa. Lääkäriliitto ei ole kannattanut opt outin käyttöä.

Muistakin syistä johtuen Suomessa varmasti edelleen tullaan vähentämään päivystävien yksidiöiden määrää esimerkiksi kunta- ja palvelurakennemuutosten seurauksena. Päivystykseen liittyen on samaan aikaan pohdinnassa myös Lääkäriliitosta lähtöisin oleva keskustelualoite päivystyslääketieteen erityispätevyyden tai erikoisalan luomiseksi Suomeen.

Suomi yritti EU-puheenjohtajakautensa lopulla marraskuussa 2006 aikaansaada kompromissia uudeksi työaikadirektiiviksi. Kompromissiesitys kaatui kuitenkin täpärästi ministerineuvostossa. Vuoden 2007 alusta puheenjohtajuuden ottava Saksa ei ole kiinnostunut asiaa edistämään. Nähtäväksi jää, joutuuko Suomi useimpien muiden jäsenmaiden tavoin tämän jälkeen komission syyttämäksi voimassa olevan työaikadirektiivin rikkomisesta.

Terveydenhuolto jäi palveludirektiivin ulkopuolelle

Suomen puheenjohtajakaudella syksyllä 2006 hyväksyttiin lopullisesti pitkäaikaisen käsittelyn jälkeen uusi palveludirektiivi, joka mahdollistaa palvelujen laajemman tarjoamisen yli rajojen. Alkuperäisestä esityksestä direktiivin ulkopuolelle hyväksytyssä muodossa jäi kuitenkin esim. terveydenhuolto. Kuitenkin jo tällä hetkellä julkisia hankintoja koskee vaatimus kilpailuttamisesta. Ulkoistaminen lisääntyy terveydenhuollossa ja tätä koskevat kilpailutusmääräykset liittyvät pitkälti EU:n taholta tuleviin ohjeisiin.

Komissio on parhaillaan syksyllä 2006 käymässä laajaa konsultaatiokierrosta, jonka päämääränä on selvittää mahdollisuuksia erillisen terveysterveyspalveludirektiivin säätämiseksi. Tällaiseen direktiiviin olisi tarvetta, sillä palvelujen tarjoamista ja potilaiden hakeutumista hoitoon toiseen maahan säätelevät tällä hetkellä enemmän viimeaikaiset Euroopan yhteisön tuomioistuimen päätökset kuin direktiivit niinkään.

Aiheeseen liittyvää kirjallisuutta

- Asetus perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta I435/93.
- Laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994.
- Direktiivi 2005/36 tutkintojen vastavuoroisesta tunnustamisesta.
- Takki M: Euroopan unionin terveystieteiden politiikka. Kunnallislääkärin vuosikirja 2005:65-68.

Hannu Halila

LKT, koulutusjohtaja

Suomen Lääkäriliitto

UEMS:n, Euroopan erikoislääkäriliiton puheenjohtaja

2002-05

hannu.halila@fimnet.fi

Harri Hyppölä, Esko Kumpusalo

Yliopistot ja terveyskeskukset yhteisessä kehittämistyössä – mikä toimintamalliksi?

Tärkein tieto

- ▶ Kullakin lääketieteellisellä tiedekunnalla on vankkaa yhteistyötä oman alueensa terveyskeskusten kanssa.
- ▶ Monin paikoin on solmittu yliopistoterveyskeskussopimuksia, joissa voi olla mukana yliopiston ja terveyskeskusten lisäksi myös sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikkö.
- ▶ Tutkimusedellytysten parantaminen todennäköisesti lisääsi nuorten lääkäreiden kiinnostusta terveyskeskustyöhön.
- ▶ Nykyistä paremmin tulisi voida tukea myös varttuneempia, käytännön työssä jo olleita lääkäreitä, joilla on virinnyt kiinnostus tutkimustyöhön työssä havaittujen ongelmien myötä.
- ▶ Kuopion yliopisto on käynnistänyt pilottikokeiluna alueellisen perusterveydenhuollon tutkijakoulun, jossa on mukana kuusi terveyskeskuslääkäriä. Rahoitus hankkeeseen on saatu vuosille 2005–2006 STM:stä.

Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ohelle perustettiin Turkuun tiedekunta vuonna 1943 ja Ouluun vuonna 1958. Nämä kolme tiedekuntaa vastasivat Suomen lääkärikoulutuksesta aina vuoteen 1972 saakka, jolloin koulutus alkoi myös Kuopion korkeakoulussa ja Tampereen yliopistossa. Kun lääkärikoulutus alkoi Kuopiossa ja Tampereella, Suomessa oli hieman yli 5 000 lääkäriä, eli vajaat tuhat asukasta yhtä lääkäriä kohden. Lääkäripula varsinkin syrjäseuduilla olikin keskeinen syy uusien tiedekuntien perustamiseen. Uusien tiedekuntien tehtävänä oli myös kouluttaa lääkäreitä, jotka olisivat haluk-

kaita ja kykeneviä työskentelemään myös perusterveydenhuollossa. Vuonna 1972 tuli voimaan kansanterveyslaki, joka velvoitti kunnat järjestämään asukkailleen avoterveydenhuollon palvelut alueensa terveyskeskuksissa. Koulutuksessa painotettiin kansanterveystieteen merkitystä ja käytännön terveyskeskusharjoittelua. Integroitu opetus ja innovatiiviset opetusmenetelmät korostuivat myös opinto-ohjelmissa.

Avoterveydenhuollon professori on ollut Tampereen yliopistossa vuodesta 1972 alkaen. Muihin tiedekuntiin perustettiin yleislääketieteen professuurit 1980-luvulla: Helsinkiin 1981, Kuopioon 1987, Ouluun 1989 ja Turkuun 1990. Helsingin yliopisto sai lisäksi ruotsinkielisen yleislääketieteen professorin 1989. Apulaisopettajien virkoja perustettiin samaan aikaan tuntuvasti. Nykyisin Suomessa on 13 yleislääketieteen professuuria ja 27 kliinisen opettajan tai apulaisopettajan tehtävää. Näihin on laskettu myös hajautetun opetuksen vaatimat resurssit esimerkiksi Porissa ja Seinäjoella.

Terveyskeskusopetuksen määrässä on edelleen eroja tiedekunnittain. Kuitenkin nykyisin kaikissa tiedekunnissa on useita terveyskeskusopintojaksoja, ja terveyskeskustyöympäristöön tutustutaan jo opintojen alkuvaiheessa. Ehkäpä tiedekuntien terveyskeskusopetuksen perinteistä johtuen Kuopiosta ja Tampereelta valmistuneet lääkärit ovat kokeneet saaneensa paremmat valmiudet terveyskeskuslääkärin työhön kuin vanhemmista yliopistosta valmistuneet lääkärit (1).

Yleislääketieteen erikoislääkäreitä oli vuoden 2006 alussa Suomessa 2 555. Kyseessä on siten suurin erikoisala maassamme. Erikoislääkärikoulutus oli vielä 1980-luvulla valtioneuvoston asettaman spesiaLiteittineuvottelukunnan ja lääkintöhallituksen vastuulla. Vuonna 1985 annettu asetus johti siihen, että erikoislääkärikoulutus siirrettiin yliopiston ammatilliseksi jatkotutkinnoksi. Yleislääketieteen eri-

koislääkärikoulutus siirtyi yliopistojen vastuulle vuonna 1988.

Sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksiköt

Kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa on yleislääketieteen yksikkö. Lisäksi muutamissa keskussairaaloissa on vastaavia yksiköitä. Kullakin yksiköllä on omat tavoitteensa ja tehtävänsä (2).

Esimerkiksi Kysin yleislääketieteen yksikön tehtävänä on suunnitella ja kehittää yleislääketieteen perus- ja jatkokoulutusta terveyskeskuksissa sekä antaa työnohjausta terveyskeskuksessa tehtävässä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. Lisäksi yleislääketieteen yksikkö huolehtii osaltaan sairaanhoitopiirin sairaaloiden ja sairaanhoitopiirin alueella toimivien terveyskeskusten välisen yhteistyön ja hoitoketjujen kehittämistä. Merkittävien kansansairauksien primaari- ja sekundaariprevention tutkiminen ja kehittäminen sairaanhoitopiirin alueella kuuluvat myös yksikön perustehtäviin. Yleislääketieteen yksikön johtajana toimii sairaalan yleislääketieteen ylilääkärin sivuvirassa toimiva alan asiantuntija, joka samalla toimii Kuopion yliopiston yleislääketieteen professorina.

Yliopiston ja terveyskeskusten yhteistyö opetustoiminnassa

Kullakin tiedekunnalla on vankkaa yhteistyötä oman alueensa terveyskeskusten kanssa. Monin paikoin on solmittu yliopistoterveyskeskussopimuksia, joissa voi olla mukana yliopiston ja terveyskeskusten lisäksi myös sairaanhoitopiirin yleislääketieteen yksikkö.

Esimerkiksi Kuopion yliopisto on tehnyt erityisvastuualueen eli Kysin ”miljoonapiirin” kaikkien terveyskeskusten kanssa sopimuksen terveyskeskuksissa tapahtuvasta opetuksesta. Sopimus käsittää lääkärin peruskoulutusvaiheen terveyskeskusjaksot, perusterveydenhuollon lisäkoulutukseen liittyvän terveyskeskusjakson sekä yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen. Sopimuksen tavoitteena on osaltaan edesauttaa terveyskeskusten kehittymistä vetovoimaisiksi opetus- ja tutkimusterveyskeskuksiksi.

Kukin sopimusterveyskeskus osallistuu Kuopion yliopiston Johdatus lääketieteeseen -kurssiin kuuluvien terveyskeskusopetuspäivien ja kolmen erillisen, kahdesta kolmeen viikkoa kestävä terveyskeskusopetusjakson toteuttamiseen. Opetus järjestetään normaalitoimintoihin liittyvinä tutustumisina ja osallistumisina. Rahallisenä kompensationsa terveyskeskusopetuksesta koitua erityisvaltionosuus (35 euroa/vrk) ohjataan lyhentämättömänä terveyskeskuksen avohoidon vastaanotto toiminnan koulutus- ja sijaismäärärahoiksi, joista 1/3 ohjataan koulutusmäärärahoiksi opettajiksi sitoutuneille lääkäreille.

Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksen osalta terveyskeskus osallistuu asetuksen mukaiseen koulutukseen palkkaamalla yhden tai useampia eurolääkäreitä. Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta koituvasta erityisvaltionosuudesta (1 300 euroa kuukaudessa vuonna 2006) ohjataan 3/4 terveyskeskukselle ja 1/4 yleislääketieteen yksikölle. Terveys-

keskuksen johtava lääkäri nimeää terveyskeskuksen lääkärin joukosta kullekin eurolääkärille ohjaajan, jonka tulee olla yleislääketieteen erikoislääkäri. Ohjaaja järjestää eurolääkärille henkilökohtaista ohjausta vähintään kaksi tuntia viikossa. Terveyskeskuksen erityisvaltionosuus ohjataan avohoidon vastaanotto toiminnan koulutus- ja sijaismäärärahoiksi, joista 1/3 ohjataan ohjaajiksi sitoutuneille lääkäreille. Näin ollen toimintaan sitoutuneelle ohjaajalääkärille voidaan maksaa 325 euroa kuukaudessa lisäkorvausta tästä työstä. Mikäli terveyskeskuksella ei ole halukasta kouluttajalääkärinä, tuottaa Kysin yleislääketieteen yksikkö erikoislääkäritasoisien ohjauksen.

Erikoislääkäritutkintoasetuksen mukaisiksi kouluttajalääkäreiksi nimetään yliopistolle osoitetusta hakemuksesta terveyskeskuksessa toimiva yleislääketieteen erikoislääkäri. Kullekin erikoistuvalla järjestetään henkilökohtaista ohjausta vähintään kaksi tuntia kuukaudessa. Koulutuksesta tuleva erityisvaltionosuudesta ohjataan 3/4 terveyskeskukseseen ja 1/4 Kysin yleislääketieteen yksikköön. Terveyskeskuksen erityisvaltionosuus ohjataan opetuksesta vastaavan avohoidon vastaanotto toiminnan koulutus- ja sijaismäärärahoiksi, josta 1/3 ohjataan kouluttajina (mentoreina) toimiville lääkäreille. Jos terveyskeskuksessa ei ole kouluttajaksi sitoutunutta yleislääketieteen erikoislääkärinä, Kysin yleislääketieteen yksikkö ottaa koko koulutusvastuun.

Terveyskeskustyön kehittämishankkeita

Yliopistot toimivat uuden yliopistolain mukaisesti läheisessä yhteistyössä ympäröivän yhteiskunnan kanssa. Siten yhteistyö yliopistojen ja terveyskeskusten välillä on laajenemassa koulutuksen lisäksi myös tutkimus- ja kehittämishankkeisiin. Helsingin yliopisto on ollut pitkään luomassa akateemisten terveyskeskusten verkostoa ja Turun yliopisto koordinoi parhaillaan koulutuksellista Vakka-Suomen osaava terveydenhuolto -hanketta (2).

Pohjois-Savon alueella toteutettiin Kuopion yliopiston koordinoima Oppiva terveyskeskus -hanke, joka alkoi marraskuussa 2003 ja päättyi vuoden 2005 lopussa (3). Hankkeeseen sitoutuivat Kuopion yliopiston lisäksi Kuopion ja Varkauden kaupungit, Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymä, Siilinjärven ja Maaningan terveydenhuollon kuntayhtymä sekä Pielaveden ja Keiteleen kansanterveystyön kuntayhtymä. Hankkeen kokonaisbudjetti oli noin puoli miljoonaa euroa, josta puolet oli EU:n rahoitusta.

Hankkeen keskeinen tavoite oli yhteistyöverkoston luominen hankekuntien sekä Kuopion yliopiston ja Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa. Hankkeen koulutuspoliittisena tavoitteena oli tukea ja kehittää lääkärin perus- ja jatkokoulutusta terveyskeskuksissa. Tärkeänä tavoitteena oli lisätä terveyskeskustyön houkuttelevuutta ja lääkärin sitoutumista terveyskeskustyöhön. Hankkeen terveystoiminnassa tavoitteena oli rakentaa toimivia hoitoketjuja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Lisäksi pyrittiin tukemaan terveyskeskuksissa tehtävää tutkimus- ja kehittämistyötä.

Hankkeeseen sisältyi koulutustilaisuuksia terveyskeskusten henkilökunnalle sekä kyselytutkimuksia terveyskeskus-

ten lääkäreille sekä lääkärikoulutuksesta vastaaville henkilöille. Kyselytutkimuksien sekä vierailujen perusteella selvitettiin kunkin terveyskeskuksen vahvuuksia ja kehittämistarpeita.

Perusterveydenhuollon lisäkoulutusta, yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta ja lääkäreiden muuta jatkokoulutusta tukemaan kehitettiin internet-perusteisia opetusmenetelmiä, jolloin myös etäopiskelu oli mahdollista. Perusopetuksessa tuettiin kliinisen opintokirjan käyttöä, perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa tutorointia ja lokikirjan käyttöä sekä erikoislääkärikoulutuksessa erikoislääkäritasoista mentorointia.

Erityisen tärkeäksi arvioitiin nuorempien lääkäreiden riittävä tutorointi, eli vanhemman erikoislääkäriin tarjoama säännöllinen ohjaus. Tutoroinnin avulla on mahdollisuus parantaa toiminnan laatua ja lisätä nuorten lääkäreiden työtyytyväisyyttä ja sitoutuvuutta. Suomessa on monia esimerkkejä terveyskeskuksista, joissa tieto oppimisyönteisestä ilmapiiristä on kulkenut nuorten lääkäreiden keskuudessa, eikä näillä terveysasemilla ole kärsitty lääkärivajeesta samassa määrin kuin muualla.

Perusterveydenhuollon tutkijakoulu

Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt, että terveyskeskustyön houkuttelevuutta voitaisiin lisätä tukemalla terveyskeskuslääkäreiden tutkimusmahdollisuuksia ja kehittämällä heidän tutkijakoulutustaan. Lääkäri 2003 -tutkimuksessa terveyskeskuslääkäreistä vain 3 % oli väitellyt ja 3 %:lla oli väitöskirja tekeillä. Vastaavat osuudet muissa tehtävissä toimivilla lääkäreillä olivat 13 % ja 25 % (1). Tutkimusedellytysten parantaminen todennäköisesti lisäisi nuorten lääkäreiden kiinnostusta terveyskeskustyöhön. Nykyistä paremmin tulisi voida tukea myös varttuneempia, käytännön työssä jo olleita lääkäreitä, joilla on virinnyt kiinnostus tutkimustyöhön työssä havaittujen ongelmien myötä.

Kuopion yliopisto on käynnistänyt pilottikokeiluna alueellisen perusterveydenhuollon tutkijakoulun, jossa on muka-

na kuusi terveyskeskuslääkäriä. Heidän tavoitteinaan on valmistaa väitöskirja oman työnsä ohella. Tämä on mahdollista siten, että lääkäri on kunakin vuonna kolmen kuukauden ajan tutkimusvapaalla omasta virastaan. Rahoitus hankkeeseen on saatu vuosille 2005–2006 sosiaali- ja terveysministeriön kautta. Vuosi 2005 oli tutkijakoulun organisoitumista ja käynnistämistä siten, että kolme lääkäriä kuudesta toimi tutkijana kolme kuukautta vuonna 2005 ja kaikki kuusi vuodesta 2006 alkaen. Tavoitteena on saada lähivuosina käyntiin valtakunnallinen perusterveydenhuollon tutkijakoulu.

Lopuksi

Uskomme, että terveyskeskustyön sisältöä kehittämällä nykyistä useammat lääkärit voisivat löytää mielenkiintoisen työuran perusterveydenhuollossa. Mahdollisuus laadukkaaseen koulutukseen sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnan tukeminen ovat avainasemassa kehitettäessä tulevaisuuden terveyskeskuksen mallia.

Kirjallisuutta

- 1 Vänskä J, Hyppölä H, Halila H ym. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992–2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9. Helsinki 2005.
- 2 Mattila K, toim. Yleislääketieteen yksiköt Suomessa. Kunnallislääkäri 2005;20:41–50.
- 3 Hyppölä, H, Mäntyselkä P, Turunen M, Kumpusalo E, Oppiva terveyskeskus. Yleislääkäri 2006;21(2):33–7.

Harri Hyppölä

LT, erikoislääkäri, hankejohtaja (31.7.2006 saakka)

Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

Esko Kumpusalo

yleislääketieteen professori, ylilääkäri

Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos

Kys, yleislääketieteen yksikkö

*Pirjo Manninen, Marjatta Peurala, Pirjo Pulkkinen-Närhi,
Maria Rautio, Kaj Husman*

Työterveyshuolto osana perusterveydenhuoltoa

Tärkein tieto

- ▶ Työterveyshuolto elää vireää aikaa. Uudistettu lainsäädäntö mahdollistaa laadukkaan työterveyshuoltokäytännön.
- ▶ Lainsäädäntö painottaa ehkäiseviä toimenpiteitä, mutta työnantajat voivat tarjota työntekijöilleen myös sairaanhoitopalveluja.
- ▶ Työterveyshuolto tavoittaa merkittävän osan suomalaisista: sen piiriin kuului vuoden 2004 lopussa 1,8 miljoonaa työikäistä henkilöä. Heistä 80 % saa työterveyshuollosta myös sairaanhoitopalveluja.
- ▶ Työterveyshenkilöstön ja asiakkaiden määrä on kasvanut viime vuosina. Myös palvelujärjestelmän kehitys, erityisesti kunnallisen työterveyshuollon, on myönteistä.

Työterveyshuollon toimintaa on säädelty työterveyshuoltolailla vuodesta 1979 lähtien. Uusi työterveyshuoltolaki (1383/2001) tuli voimaan vuoden 2002 alusta (1). Lain mukaan työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi. Lakia sovelletaan työhön, jossa työnantaja on velvollinen noudattamaan työturvallisuuslakia (738/2002) (2). Työnantaja voi lain velvoittamien palvelujen lisäksi järjestää vapaaehtoisesti työntekijöille myös sairaanhoito- ja muita terveydenhuoltopalveluja. Yrittäjille ja omaa työtään tekeville työterveyshuoltoon liittyminen on vapaaehtoista.

Työterveyshuolto on osa perusterveydenhuollon palvelujärjestelmää ja toisaalta se toimii myös lähellä työsuojelujärjestelmää. Palveluja tarjoavat sekä julkinen että yksityinen sektori. Verrattuna muuhun terveydenhuoltoon työterveys-

huollon erityispiirteitä ovat keskittyminen työikäisiin henkilöihin sekä vaikuttaminen työympäristöön, työoloihin ja työyhteisöön yksilöiden hoitamisen ja terveyden edistämisen lisäksi. Asiakkaina ovat yksilöt, toimipaikat ja organisaatiot.

Sairauksien ehkäisyn ja terveyden edistämisen näkökulma painottuu voimakkaasti lakisääteisessä työterveyshuollossa. Ehkäisevät toimenpiteet ovat ensisijaisia ja korjaavat toissijaisia. Sairaanhoitoa saa työterveyshuollosta 80 % henkilöasiakkaista, hyvin pitkälti omalääkäriperiaatteella (3). Kansantautien hyvää hoitamista työterveyshuollossa perustellaan työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisellä.

Työterveyshuolto vastaa suuresta osasta työssä käyvän väestön perusterveydenhuollosta, sillä se tuottaa eri tutkimusten mukaan 30–50 % työssä käyvien avoterveydenhuollon vastaanottokäynneistä (4,5). Väestön lääkäripalvelujen käyttöä koskevan selvityksen mukaan työssä olevista työikäisistä joka kolmas ilmoitti lääkäripalveluja tarvitessaan kääntyvänsä ensisijaisesti työterveyslääkärin puoleen (6). Palvelut eivät ole päällekkäisiä, vaan ovat rinnakkaisia. Työterveyshuolto korvaa näin ollen osan perusterveydenhuollon tehtävistä (4). Vuoden 2006 alusta myös yrittäjät ovat voineet ostaa itselleen työterveyshuollosta sairaanhoidon.

Työterveyshuollon korvausjärjestelmä

Työnantajalla on sairausvakuutuslain nojalla oikeus saada korvausta järjestämänsä työpaikkaterveydenhuollon tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista. Korvausluokkia on kaksi: lakisääteisen työterveyshuollon kustannukset kuuluvat korvausluokkaan I ja vapaaehtoisesti järjestetyn yleislääkäritasaisen sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon kustannukset korvausluokkaan II. Erikoislääkäripalvelut korvataan, jos työpaikan työterveyslääkäri on katsonut ne tarpeelliseksi työntekijän työkyvyn ja hoitomahdollisuuksien arvioimiseksi. Korvaus määräytyy työntekijäkohtaisen laskennallisen enimmäismäärän mukaan ja se on 50 % Kelan hyväksymistä kustannuksista. Poikkeuksena on työpaikkaan kohdistuva toiminta, josta korvaus on ollut 60 % vuosina

2002–2005. Tällä korkeammalla korvausprosentilla on haluttu edistää työpaikalla tapahtuvaa toimintaa.

Työterveyshuollon palvelujärjestelmä

Työnantaja voi järjestää työterveyspalvelut omalla työterveysasemalla, ostamalla palvelut usean yrityksen yhteiseltä työterveysasemalta, terveyskeskuksesta tai muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetulta toimintayksiköltä tai henkilöltä, käytännössä lääkärikeskuksesta, yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai ammatinharjoittajalta. Vuonna 2004 Suomessa oli yhteensä 788 työterveysyksikköä, joista työnantajan omia oli 31 %, terveyskeskuksissa 33 %, lääkärikeskuksissa 29 % ja työnantajien yhteisillä asemilla 7 % (3).

Viime vuosina omien työterveysasemien määrä on pienentynyt ja vastaavasti lääkäriasemien työterveysyksiköiden määrä on lisääntynyt. Terveyskeskusten ja työnantajien yhteisten asemien lukumäärä on pysynyt ennallaan. Muutos on heijastunut myös työterveysyksiköiden henkilöasiakasmääriin. Tuoreimman, vuoden 2004 tutkimuksen mukaan terveyskeskusten ja lääkärikeskusten osuus henkilöasiakasta oli molemmilla hieman alle 40 % (kuvio 1) (3).

Terveyskeskusten on tuotettava kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä työterveyshuoltopalveluja. Terveyskeskusten järjestämä työterveyshuolto onkin avainasemassa työterveyspalvelujen turvaamiseksi erityisesti haja-asutusalueilla, jossa ei aina ole vaihtoehtoisia palvelujen tuottajia. Terveyskeskusten työterveyshuolto voi osaltaan edistää kunnan elinkeinopolitiikkaa tarjoamalla kunnassa toimiville ja sinne sijoituville yrityksille laadukkaat palvelut, jotka edistävät niiden henkilöstön työkykyisyyttä ja hyvinvointia ja sitä kautta yritysten tuottavuutta. Kunta voi järjestää palvelut tuottamalla ne itse, tekemällä sopimuksen yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluja muilta palvelujen tuottajalta. Myös kunnallinen liikelaitos on yksi vaihtoehto kunnallisten työterveyshuoltopalvelujen järjestämiseen.

Kunnallisten työterveysyksiköiden ongelmana on varsinkin haja-asutusalueilla yksiköiden pienuus ja henkilöstön osa-aikaisuus. Tämän vuoksi yksiköt ovat haavoittuvia ja sekä palvelujen saatavuus että laatu vaihtelevat huomattavasti. Kunnalliset työterveysyksiköt ovat lähteneet aktiivisesti etsimään muutosta (8). Taustalla on voimakas kuntarakenteen muutos, jonka vuoksi tarvitaan uusia tapoja myös työterveyspalvelujen tuottamiseen. Suurin osa muutosyksiköistä tavoittelee työterveyspalvelujen tuottamista yli kunta- ja kuntayhtymärajojen eri toimintamalleilla. Vuoden 2006 alussa voimaan tullut kansanterveyslain muutos mahdollistaa työterveyshuollon erottamisen kansanterveystyöstä ja nykyistä laajemman yli kunta- tai kuntayhtymärajojen ulottuvan yhteistyön työterveyshuollossa. Lain muutoksen tavoitteena on luoda hyvin toimivia moniammatillisia kunnallisia työterveyshuollon yksiköitä, jotta työterveyshuollon palveluja voidaan tuottaa yhdenvertaisesti koko maassa. Alueellisia kehittämissuunnitelmia on runsaasti kunnallisessa työterveyshuollossa. Sen sijaan yksityissektorin työterveysyksiköillä alueelliset kehittämishankkeet ovat harvinaisempia (3).

Palvelujen tuottaminen moniammatillisena yhteistyönä

Työterveyshuoltolaissa korostetaan työterveyshuollon yhteistyötä työnantajan, yhtiötyöntekijöiden, työsuojeluhenkilöstön ja työpaikan muiden yhteistoimintaorganisaatioiden kanssa. Sisällöltään laaja-alaisen työterveyshuollon toteuttaminen edellyttää mahdollisuutta käyttää useiden eri alojen asiantuntemusta terveydellisen asiantuntemuksen ohella ja tästä syystä toiminta edellyttää moniammatillisena yhteistyönä.

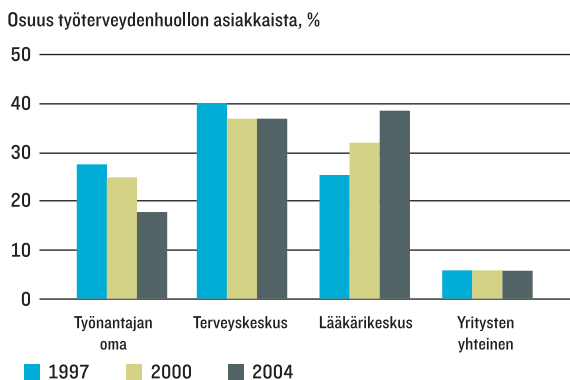
Laki määrittelee työterveyshuollossa toimivan henkilöstön ja heidän pätevyytensä. Työterveyshuollon ammattihenkilöitä ovat työterveyshuollon erikoislääkärit sekä laillistetut lääkärit ja terveydenhoitajat, joilla on työterveyshuollon toteuttamiseen tarvittava koulutus. Työterveyshuollon asiantuntijoina toimivat fysioterapeutit, psykologit sekä työhygienian, työnäkemisen, ergonomian, liikunnan, ravitsemuksen ja maatalouden asiantuntijat, joilta vaaditaan myös pätevyystä koulutus.

Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden käytöstä ja koulutuksesta on vastikään tehty kattava selvitys (7). Suomessa toimi syksyllä 2003 työterveyshuollossa 1 332 lääkäriä (päätoimisia 70 %), 2 116 terveydenhoitajaa (päätoimisia yli 90 %), 703 fysioterapeuttia ja 222 psykologia. Fysioterapeuteista ja psykologeista huomattava osa toimi osa-aikaisesti. Muista asiantuntijoista maatalouden, työnäkemisen ja työhygienian asiantuntijapalveluja käytetään työterveyshuollossa usein, mutta muiden asiantuntijoiden käyttö on vähäistä. Työterveyshenkilöstöstä päätoimisten terveydenhoitajien määrä on lisääntynyt 10 % ja lääkärien määrä 7 % vuosituhannen vaihteen jälkeen. Asiantuntijoiden määrä on pysynyt samalla tasolla viime vuosina (7).

Työterveyshuollon moniammatillisen perustiimin muodostavat lääkäri, terveydenhoitaja, fysioterapeutti ja psykologi. Kaikilla työterveysyksiköillä ei ole mahdollisuutta pitää omaa moniammatillista tiimiä, mutta ne voivat täydentää sitä ostamalla asiantuntijapalveluja. Jotta työterveyshuolto toimii joustavasti, sen on luotava toimivat yhteistyöverkostot

Kuvio 1.

Työterveyshuollon henkilöasiakkaat työterveyspalvelujen tuottajatahon mukaan vuosina 1997, 2000 ja 2004 (3,7).



erikoissairaanhoidon ja kuntoutuspalveluihin. Uudessa työterveyshuoltolaissa korostetaan yhteistyötä myös työhallinnon, opetushallinnon, sosiaalivakuutuksen ja sosiaalihuollon sekä työsuojeluviranomaisen edustajien kanssa.

Henkilövoimavarat, moniammatillisuus ja pätevyys vaihtelevat huomattavasti palveluntuottajan ja työterveysaseman koon mukaan (7). Terveyskeskusten työterveysyksiköiden henkilövoimavarat ovat heikoimmat (3) (taulukko 1). Moniammatillisuus toteutuu parhaiten ja henkilöstö on pätevin lääkärikeskuksissa (7).

Työterveyshuolto työolosuhteiden ja työyhteisön kehittäjänä

Työ voi parhaimmillaan tukea ja edistää terveyttä, mutta toisaalta se voi myös heikentää terveyttä tai aiheuttaa jopa sairautta. Työterveyshuollon tehtävä on ehkäistä työstä aiheutuva sairastuminen ja edistää työntekijän terveyttä työpaikoilla läpi koko hänen työuransa. Työperäisten sairauksien ehkäisyä ja terveyden edistämistä pidetään nykyisin koko työyhteisön tehtävänä ja osana koko tuotantoelämää. Työterveyshuollon rooli on olla terveysasiantuntijana, promootorina ja koordinaattorina terveyteen liittyvissä asioissa.

Työterveyshuolto tekee työpaikkaselvityksiä, jotka ovat työterveyshuollon ja työpaikan yhdessä toteuttamia järjestelmällisiä toimenpiteitä, jotka tuottavat selkeitä yhteenvetoja, johtopäätöksiä ja parannusehdotuksia työpaikalle sekä työterveyshuololle taustatietoa toiminnan suunnitteluun.

Työpaikkaselvityksissä työterveyshuollon tehtävä on havaita työssä esiintyvät haittatekijät (riskit) ja arvioida niiden vaikutukset työntekijän terveydelle. Riskiä arvioitaessa otetaan huomioon altisteen määrän lisäksi myös sen aiheuttamien terveysvaikutusten vakavuus. Havaittujen haittojen korjaaminen on työpaikan omaa toimintaa. Työpaikkakäynnin avulla löydetään työterveyshuollon ja työsuojelutoiminnan painopistealueet ja tärkeimmät kehittämistarpeet ja saadaan tietoa eri ammattien toimintakykyvaatimuksista, mikä helpottaa työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointia.

Riskinhallinnan ensisijaisia toimenpiteitä ovat tuotantomenetelmän muuttaminen ja tekniset toimenpiteet. Ellei prosessille tai haitallisille altisteille ole mitään tehtävissä, työntekijä suojataan henkilökohtaisilla suojaimeilla ja altistus selvitetään jatkossa määräajoin työntekijöiden terveystarkastusten yhteydessä. Helpointa ja taloudellisesti kannattavinta on hallita riskit etukäteen eli jo silloin, kun suunnitellaan uusia tiloja tai hankitaan uusia koneita tai laitteita.

Työpaikkaselvitysten yhtenä osana selvitetään työyhteisön tilaa. Työyhteisötyö on yleistynyt, sillä Työterveyslaitoksella tehdyn Työ ja Terveys Suomessa 2003 -kyselyn mukaan noin joka toisen työntekijän työpaikalla oli tehty työilmapiiriarviointi tai järjestetty työyhteisöohankkeita vuonna 2003 (9).

Terveyden ja työkyvyn edistäminen työterveyshuollossa

Työntekijän terveyteen sekä työ- ja toimintakyvyn edistämiseen liittyviä työterveyshuoltolain määrittelemiä keinoja ovat terveystarkastukset, tietojen anto, neuvonta ja ohjaus, työkykyä ylläpitävä toiminta sekä työ- ja toimintakyvyn arviointi

ja ammattitautien tunnistaminen. Lakisäätien toiminta painopistettä ja vastuun kantoa on siirretty työterveyshuolosta työpaikalle ja yksittäiselle työntekijälle. Työterveyspaineiden sairaanhoidon tavoitteena on nimen omaan hyvän hoidon kautta terveyden ja työkyvyn edistäminen.

Terveystarkastukset

Terveystarkastusten tavoitteena on työperäisten sairauksien oireiden tunnistaminen sekä tarvittaviin toimiin ryhtyminen niiden ehkäisemiseksi ja lisäksi työntekijän terveyden ja työ- ja toimintakyvyn arviointi, ylläpitäminen ja edistäminen. Myös tietojen hankkiminen työstä, työolosuhteista ja työyhteisön toimivuudesta sekä tietojen antaminen työhön liittyvistä terveysvaaroista ja haitoista sekä ohjaus terveellisiin ja turvallisiin työtapoihin kuuluvat terveystarkastusten tavoitteisiin. Lisäksi tarkastuksilla pyritään mahdollisimman varhaiseen hoidon- ja kuntoutustarpeen tunnistamiseen sekä tarpeen mukaan hoitoon ja kuntoutukseen ohjaamiseen.

Työterveyshuoltolakiin liittyvä asetus määrää, milloin terveystarkastuksia on tehtävä (1). Tuore käsikirja (10) käsittelee työterveyshuollossa tehtävien terveystarkastusten sisältöä. Peruseriaatteena on, että terveystarkastuksia tehdään

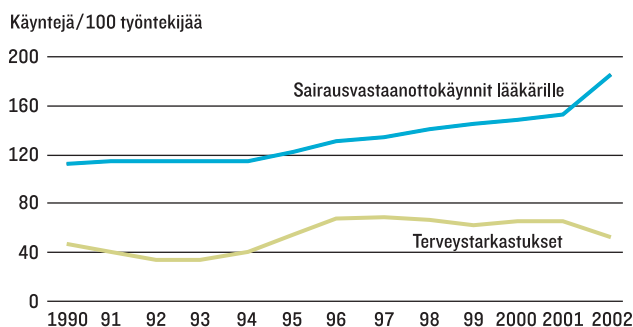
Taulukko 1.

Työterveysyksikön henkilöasiakkaat kokopäivätoimista terveydenhoitajaa ja lääkärinä kohti vuonna 2004 palvelujen tuottajaryhmittäin.

Ammattiryhmä/tuottajaryhmä	n	Keskiarvo	Vaihteluväli
Terveydenhoitajat			
terveyskeskus	225	1 032	85–1 032
yrittäjien oma työterveysasema	208	534	65–2 921
yrittäjien yhteinen työterveysasema	51	617	296–1 184
lääkärikeskus	144	791	83–2 173
Lääkärit			
terveyskeskus	175	5 820	726–43 327
yrittäjien oma työterveysasema	190	1 764	292–12 291
yrittäjien yhteinen työterveysasema	44	1 669	354–3 700
lääkärikeskus	124	1 525	154–11 840

Kuvio 2.

Lääkärien ja terveydenhoitajien tekemät terveystarkastukset ja lääkärin sairausvastaanottokäynnit 100 työntekijää kohti vuosina 1990–2002 (12,13).



työhön sijoitettaessa, jos työssä on erityinen sairastumisen vaara ja vajaakuntoisuuden vuoksi. Terveystarkastuksia tehdään paljon myös muun lainsäädännön perusteella (mm. tartuntatautilaki, laki nuorista työntekijöistä). Iän perusteella tehtävissä tarkastuksissa, joilla ei ole lakiperustaa, arvioidaan kokonaisterveyttä ja annetaan palautetta työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi.

Työterveyshuollossa tehdään lähes miljoona terveystarkastusta vuodessa lääkärin ja terveydenhoitajien tekemät tarkastukset yhteen laskettuina (11). Terveystarkastusten määrä suhteutettuna työntekijämäärään on pysynyt melko vakiona pitkään, mutta viime vuosina se on hieman laskenut (kuvio 2). Terveystarkastusten vaikuttavuudesta on tekeillä kirjallisuuden perusteella selvitys.

Tietojen anto, neuvonta ja ohjaus

Tietojen anto, neuvonta ja ohjaus on keskeinen työterveyshuollon vaikutusväline. Kommunikaatio yrityksen johdon ja esimiestason kanssa on vähintään yhtä tärkeää kuin vaikuttaminen yksittäisen työntekijän käyttäytymiseen terveellisen ja turvallisen työn ja työilmapiirin luomiseksi työpaikalle. Tiedottamisen tarve työperäisistä riskeistä ilmenee työpaikkakäynnillä. Yksilötason terveysriskit tulevat esille myös terveystarkastuksissa ja sairaanhoidokäynnillä. Tarvittaessa työntekijä ohjataan saamaan myös yksilöllistä neuvontaa ja ohjausta ulkopuolisilta asiantuntijoilta. Työperäisiin riskeihin liittyvä tiedottaminen ja ohjaus koordinoitua yritysjohdon ja työsuojeluorganisaation kanssa.

Työkykyä ylläpitävä toiminta

Työkykyä ylläpitävän toiminta on tärkeä sekä työntekijän että työyhteisön terveyden edistämisen keino ja myös keskeinen työterveyshuollon vaikuttamiskeino. Sillä tarkoitetaan työnantajan ja työntekijöiden sekä työpaikan yhteistoimintaorganisaatioiden yhteistyössä toteuttamaa suunnitelmallista ja tavoitteellista toimintaa, jonka tavoitteena on työntekijän terveyden ja voimavarojen edistäminen, työyhteisöjen ja -organisaatioiden toimivuuden parantaminen, työn ja työympäristön kehittäminen sekä ammatillisen osaamisen edistäminen. Tyky-toiminta on ennen kaikkea työpaikkojen omalla vastuulla olevaa toimintaa, jossa työterveyshuolto on keskeisenä yhteistyötahona. Työterveyshuollon merkitys korostuu erityisesti tyky-toiminnan tarpeen arvioinnissa ja toiminnan suunnittelussa. Työterveyslaitos selvittää 3 vuoden välein tyky-toiminnan toteutumista ja sen muutoksia Tyky-barometrin avulla (14).

Työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi

Työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi liittyy vajaakuntoisuuden toteamiseen. Asetuksen (1484/2001) mukaan työnantajan tulee järjestää vajaakuntoiselle työntekijälle työssä selviytymisen seuranta ja edistäminen (1). Toimenpiteet voivat suuntautua vajaakuntoisen työntekijän työhön, työvälineisiin, työympäristöön, työyhteisöön, työntekijän ammatilliseen osaamiseen ja terveyteen sekä tarvittaessa työjärjestelyihin. Jos työterveyshuollon toiminnalla ja työpaikalla tehtävillä järjestelyillä ei ole mahdollista riittävästi tukea vajaakuntoisen työntekijän työkykyä, häntä neuvotaan kuntoutus-

ta koskeissa asioissa, ohjataan hoitoon tai joko lääkinalliseen tai ammatilliseen kuntoutukseen.

Työntekijän työkykyä arvioidaan pitkän työuraa, mutta erityisen ajankohtaiseksi asia tulee silloin, kun työssä selviytymisessä alkaa olla selviä vaikeuksia. Työkykyä arvioitaessa arvioidaan työntekijän toimintakykyä suhteessa työn vaatimuksiin. Mikäli työkyvyn arvio vaatii monen eri spesialistin kannanottoa, on näissäkin tapauksissa työterveyslääkäri työkykyarvion kokoaja ja koordinaattori. Hankalissa ja moniongelmaisissa työkykyarvioissa voidaan potilas lähettää konsultaatioon erikoissairaanhoidon kuntoutustutkimusyksikköön tai hakea kuntoutustarveselvitystä Kansaneläkelaitokselta tai työeläkelaitokselta.

Ammattitautien diagnosointi

Ammattitauti on kemiallisen, fysikaalisen tai biologisen todennäköisesti pääasiassa työstä johtuvan tekijän aiheuttama sairaus, joka on syntynyt työ- tai virkasuhteessa. Ammattitauteja todetaan vuosittain noin 5 000. Ammattitautien diagnostiikassa on olennaista työn osuuden arviointi taudin etiologiasta, mikä on joskus hankalaa. Siitä syystä vaativien ammattitautien diagnostiikka on keskitetty alueellisesti yliopistosairaaloitten työlääketiiteen poliklinikoille. Hankalimmat tapaukset, kuten kemikaaliastmat ja myrkytyspäilyt, tutkitaan Työterveyslaitoksella Helsingissä.

Ammattitaudin diagnosointi auttaa kiinnittämään asiaan työpaikalla huomiota niin, että se edistää tulevien ammattitautien ehkäisyä. Ellei esimerkiksi astmaa diagnosoida ammattitaudiksi, voi olla, että työilman epäpuhtauteen ja mahdollisiin allergeeneihin ei kiinnitetä riittävästi huomiota ja syntyy lisää ammattitauteja.

Sairaanhoito työterveyshuollossa

Nykyään yhä useammat työnantajat hankkivat työntekijöilleen myös sairaanhoitopalvelut työterveyshuoltona. Keskeistä työterveyspaineissa sairaanhoidossa on tieto potilaan työolosuhteista, työn vaikutuksesta terveyteen ja sairauden vaikutuksesta työkykyyn. Sairaanhoitokäyntien yhteydessä arvioidaan potilaan työ- ja toimintakyky suhteessa työtehtävään.

Vuonna 2002 työterveyshuollon palveluina tuotettiin 4 510 400 sairaanhoitokäyntiä, joista lääkärillä käyntejä noin 2,7 miljoonaa eli 60 % ja terveydenhoitajalla käyntejä noin 1,4 miljoonaa (12). Sairaanhoito toimii työterveyshuollossa aitiopaikkana esimerkiksi työpaikan muutostarpeiden tai varhaisen kuntoutuksen tarpeen toteutukseksi, jolloin sen avulla voidaan tukea työntekijöiden toimintakykyä ja edistää terveyttä.

Tulevaisuuden haasteet

Suomalainen työterveyshuolto elää vireää aikaa. Työterveyshuoltolainsäädäntö on uudistunut ja vastaa hyvin tämän hetken tarpeisiin. Laki antaa selkeän viitekehysten käytännön toimijoille ja sosiaali- ja terveysministeriö on pitänyt huolta sen aktiivisesta toimeenpanosta. Lain lisäksi on tehty sen soveltamisopas (15) ja lakia tarkemmin avaava uudistunut Hyvä työterveyshuoltokäytäntö -kirja. Työterveyshuoltoon ollaan myös luomassa hyviä käytäntöjä hoitosuosituksen tapaan.

Sairauksia ehkäisevään toimintaan panostamista työpaikoilla on tuettu muuta työterveyshuoltoa korkeammilla korvauksilla. Perinteisille työympäristöriskeille altistuu vielä noin 25–30 % työvoimasta. Haasteet eivät ole tällä alueella vähenemässä, vaan koko ajan otetaan käyttöön uusia kemikaaleja, joista syntyy uusia altisteita.

Viime vuosina tehtyjen tutkimusten mukaan (16) työterveyshuollon tulisi lisätä työyhteisöön kohdistuvana toimintana henkilöstön työhyvinvoinnista kertovan tiedon tuottamista, toimenpide-ehdotuksien tekemistä henkilöstön hyvinvointia koskevan tiedon pohjalta ja työyhteisön tukemisesta muutostilanteissa. Ennen kaikkea tämä toiminta-alue vaatii työterveyshuollolta sekä menetelmien kehittämistä että toiminnan painopisteen uudelleen suuntaamista.

Työntekijöiden terveyteen ja työkykyyn liittyvistä haasteista on paljon. Keskeisimpiä ovat ikääntymisen mukanaan tuomat terveyden edistämiseen, hoitoon, kuntoutukseen ja ammattitaidon ylläpitämiseen liittyvät haasteet, psykososiaalisen kuormituksen hallinta, mielenterveyden edistäminen, päihdeongelmien ehkäisy ja varhainen puuttuminen sekä oikea-aikaisesti käynnistetty kuntoutus. Lisäksi tarvitaan keinoja työyhteisön toimivuuden tukemiseen ja työorganisaatioiden johtamismenetelmien kehittämiseen, kansainvälistyvän työelämän haasteisiin vastaamiseen ja perheen ja työelämän yhteensovittamiseen (17).

OECD:n Suomen terveydenhuoltoa arvioivan raportin mukaan perusterveydenhuollon palvelut ovat eriarvoisia saatavuuden ja kustannusten suhteen (18). Eriarvoisuus on pääosin terveyskeskusten ja työterveyshuollon välillä, sillä työterveyshuollossa palvelujen saatavuus on parempi ja lisäksi työterveyshuollon palvelut ovat työntekijöille ilmaisia. Raportti suosittaa ratkaisuksi terveyskeskuspalvelujen saatavuuden parantamista, ei työterveyspalvelujen rajoittamista. Työttömien jäämistä työterveyshuoltopalvelujen ulkopuolelle on pidettävä ongelmana. Heidän kohdallaan työkyvyn ylläpitäminen ja edistäminen ovat erityisen tärkeitä osana työelämään paluun muita tukitoimenpiteitä. On pohdittu mahdollisuutta perustaa työterveysneuvoloita palvelemaan työttömiä ja ehkä myös pienyrityksiä. Sairaanhoidon viime aikoina kasvanut osuus työterveyshuollon palvelutuotannosta aiheuttaa huolta ehkäisevän työn toteutumisesta. Kokonaisuutena arvioiden työterveyshuolto on merkittävä osa terveyspalvelujärjestelmäämme ja se tarjoaa tarpeellisen, rinnakkaisen terveyspalveluyölyän työssä käyvälle väestölle.

Edessä olevat haasteet ovat vaativia ja sekä kansanterveydellisesti että kansantaloudellisesti merkittäviä. Työterveyshuoltoon, sen käytännön toimintaan, tutkimukseen ja koulutukseen kohdistuu muutos- ja kehittämispaineita, mikäli se aikoo palvelujärjestelmänä kantaa vastuunsa työikäisen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä työyhteisöjen ja laajemminkin työelämän kehittämisestä. Pieniltä työterveysasemilta tuskin voidaan edellyttää osaamista ja voimavaroja riittävän laaja-alaiseen palvelujen tuottamiseen. Meneillään on valtakunnallisesti merkittävä palvelurakenteisiin kohdistuva kehittämistyö. Yhtenä osana rakenteiden uudistamista tulee tarkastella myös työterveyshuollon rakenteiden kehittämistarpeita. Yhteistyötä ja verkostoitumista on lisättävä kaikkien palvelujärjestelmien toimijoiden kesken

kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla. Terveystieteiden uudistaminen tarjoaa hyvät mahdollisuudet tarkastella koko palvelujärjestelmää kokonaisvaltaisesti ja etsiä ratkaisuja terveyserojen kaventamiseksi ja terveyspalvelujen tasa-arvoiseksi saamiseksi koko työikäisen väestön keskuudessa.

Kirjallisuutta

- 1 Työterveyshuolto. Lakikokoelma 2002. Edita, Helsinki 2002.
- 2 Työturvallisuuslaki 738/2002, www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2002/20020738
- 3 Työterveyshuolto Suomessa 2004. Julkaisematon tieto.
- 4 Räsänen K. Illness-related care within occupational health services and relationship with general primary care, work-related illness and workplace health promotion in Finland. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 132. Kuopio 1998.
- 5 Kauppinen T ym, toim. Työ ja terveys Suomessa 2003. Helsinki: Työterveyslaitos 2004.
- 6 Mäntyselkä P, Halonen P, Vehviläinen A ym. Väestökyselyn tulokset lääkärinpalvelujen käytöstä. Lääkäripalvelujen laatu Suomessa 2004 tutkimus. Suom Lääkäril 2005;60:5285–90.
- 7 Piirainen H, Manninen P, Hirvonen ym. Työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutus ja käyttö vuonna 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2005.
- 8 Pulkkinen-Närhi P, Manninen P, Mikkola J, Räsänen K, Asikainen E, Husman K. Kunnalliset työterveysyksiköt uusia toiminta- ja organisointitapoja etsimässä. Suom Lääkäril 2004;59:1175–9.
- 9 Peurala M, Kankaanpää E, Manninen P, Husman K, Piirainen H. Työterveyshuolto ja työsuojelutoiminta. Kirjassa: Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P ym, toim. Työ ja terveys Suomessa 2003. Helsinki: Työterveyslaitos 2004.
- 10 Taskinen H, toim. Terveystarkastukset työterveyshuollossa. Helsinki: Työterveyslaitos 2006.
- 11 Kansaneläkelaitos. Kelan työterveyshuoltopalvelut 2002. Kansaneläkelaitos. Tilastoryhmä. Helsinki 2005.
- 12 Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2001, 2002, 2003.
- 13 Räsänen K, Peurala M, Husman K. Katsaus työterveyspalvelujen tuottajien toimintaympäristöön, henkilöstöön ja toimintoihin. Kirjassa: Räsänen K, toim. Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2000 – 1990-luvun kehitystrendit. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.
- 14 Husman P ym. Työbarometri. Työkykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta suomalaisilla työpaikoilla vuonna 2004. Helsinki: Työterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö 2006 (painossa).
- 15 Työterveyshuoltolaki – Opas työterveyshuoltolain soveltajille. Oppaita 2004:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.
- 16 Täyry S, Kankaanpää E, Peurala M, Piirainen H, Räsänen K. Kunta-alan henkilöstön työterveyshuolto työnantajapuolen arvioimana. Kuntien eläkevuokituksen julkaisuja 1/2001.
- 17 Valtioneuvoston päätös. Työterveys 2015. Työterveyshuollon kehittämissuunnitelma. Julkaisuja 2004:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.
- 18 OECD reviews of health systems: Finland (www.oecd.org).

Pirjo Manninen

LT, ylilääkäri

Marjatta Peurala

THM, tutkija

Pirjo Pulkkinen-Närhi

HTM, tutkija

Maria Rautio

TtT, tutkija

Kaj Husman

professori, osaamiskeskusjohtaja

Työterveyslaitos, työterveyshuollon tutkimus ja kehittäminen

Hanne Kivimäki, Elise Kosunen, Arja Rimpelä,
Vesa Saaristo, Kirsi Wiss, Matti Rimpelä

Suunnitelmallisuus puuttuu peruskoulujen kouluterveydenhuollosta

Lähtökohdat Kouluterveydenhuoltoa tutkitaan hallinnon ja johtamisen näkökulmasta tarkastellen, miten laatusuosituksen ohje toimintasuunnitelmasta ja -kertomuksesta toteutui koko maassa 2005. Länsi-Suomen läänissä arvioitiin, oliko suunnitelmallisuus lisääntynyt vuoden 1998 jälkeen.

Menetelmät Terveyskeskuksille tehtiin kyselyihin saatiin 201 vastausta keväällä ja 227 syksyllä 2005. Länsi-Suomen vastaavista kyselyistä (1998, 2000) saatiin vertailutietoja 73 terveyskeskuksesta. Sisältöanalyysiin saatiin 99 suunnitelmaa ja 60 kertomusta.

Tulokset Suunnitelman ilmoitti tehneensä 68 % ja kertomuksen 43 % terveyskeskuksista. Vuosittain molemmat päivitti 33 %. Asiakirjat olivat hyvin lyhyitä, vain muutamassa sisältö vastasi suosituksia. Suunnitelmia laativien terveyskeskusten osuus 1998–2005 pysyi ennallaan, kertomuksia laativien yleisty. Asiakirjojen sisältö monipuolistui.

Päätelmät Kouluterveydenhuoltoa johdetaan suunnitelmallisesti vain vähemmistössä terveyskeskuksia, vaihtelu on suurta ja harvat toteuttavat laatusuositusta.

Kouluterveydenhuolto on useiden toimialojen – sivistystoimen, sosiaalitoimen ja kansanterveystyön – yhteistyötä. Hallinnollisesti se kuuluu kansanterveystyöhön, mutta toteutuu peruskouluissa osana oppilashuoltoa, jota ohjataan ja arvioidaan opetussuunnitelmatyön yhteydessä (1). Laaja yhteistyö vaatii tavoitteiden, vastuiden,

sisältöjen ja voimavarojen kirjaamista suunnitelmiin.

1990-luvun alussa lääkintöhallituksen tehtävien siirtyessä muualle vastuu kouluterveydenhuollon valtakunnallisesta tutkimus- ja kehittämistyöstä jäi epäselväksi. Kouluterveydenhuollon kehittäminen nousi uudelleen ajankohtaiseksi vuosituhannen vaihteessa lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin kääntyessä huonoon suuntaan (2). Asiaan kiinnittivät huomiota myös Lääkäriseura Duodecim sekä Suomen Akatemia, jotka julkaisivat vuonna 2001 konsensuslausuman koululaisten terveydestä ja kouluterveydenhuollosta (3).

Vuodesta 1993 lähtien, normiohjauksen purkamisen jälkeen, kunnilla ei ole ollut lakisääteistä velvoitetta noudattaa valtionhallinnon suosituksia. Samassa yhteydessä poistettiin kansanterveyslaista kansanterveystyön suunnitteluun ja raportointiin velvoittavat säännökset (4). Myös kouluterveydenhuollossa normiohjaus muuttui informaatio-ohjaukseksi (5). Vuonna 1993 valmistui kouluterveydenhuollon tukiaineisto (6) ja asiantuntijatyöryhmän muistio (7). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2000–03 kehoitettiin varmistamaan riittävät voimavarat kouluterveydenhuoltoon ja oppilashuoltoon sekä ottamaan huomioon lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistäminen koulu-yhteisön koko toiminnassa, myös opetussuunnitelmassa ja arvioinnissa (8). Vuonna 2002 julkaistiin kouluterveydenhuollon opas (9) ja elokuussa 2004 sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen laatusuositus (10).

Kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta on korostettu jo vuonna 1972 kansanterveyslain perusteella annetusta ohjeesta lähtien (taulukko 1) (6,7,9,10,11,12). Tarkemmin suunnitelmia ohjeistettiin kuitenkin vasta vuoden 2002 kouluterveydenhuollon oppaassa. Vuosittainen suunnitelma ja kertomus sekä yhdistävät strategisen ja operatiivisen suunnittelun että antavat mahdollisuuden seurata ja arvioida tavoitteiden toteutumista (9,10).

Suomessa ei ole aikaisemmin tutkittu kouluterveyden-

huollon suunnitelmallisuutta koko maan kattavassa aineistossa. Tässä tutkimuksessa selvitetään, miten yleisesti terveyskeskukset laativat laatusuosituksen edellyttämän kouluterveydenhuollon suunnitelman ja kertomuksen sekä vaihteelleko suunnitelmallisuus terveyskeskuksen rakennetta ja toimintaa kuvaavien tekijöiden mukaan. Lisäksi tutkitaan, missä määrin suunnitelmat ja kertomukset vastaavat suosituksia. Länsi-Suomen läänin osa-aineistossa selvitetään suunnitelmallisuuden muutosta vuosina 1998–2005. Tulosten perusteella pyritään valottamaan informaatio-ohjauksen vaikutusta kuntatason suunnitteluun ja johtamiseen.

Tutkimus on osa Suomen Akatemian ja sosiaali- ja terveysministeriön tukemaa, Tampereen yliopistossa toteutettavaa KERTTU (Kouluterveydenhuollon laatu, oikeudenmukaisuus ja vaikuttavuus) -tutkimushanketta.

Aineistot ja menetelmät

Tutkimus perustuu neljään kyselyaineistoon sekä terveyskeskuksilta saatuihin kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmiin ja kertomuksiin.

Kevään 2005 aineisto

Stakesin ja opetushallituksen kyselyssä terveyskeskuksille keväällä 2005 selvitettiin muun ohella kouluterveydenhuoltoa (13). Yhdistettyyn posti- ja verkkokyselyyn vastasi 76 % (n = 201) vuoden 2004 lopussa toimineista 265 terveyskeskuksesta.

Tätä aineistoa täydennettiin yhdistämällä eri lähteistä saatuja tietoja. Aineiston täydentäminen on kuvattu Wissin ym. artikkelissa (14).

Syksyn 2005 aineisto

Stakes tutki syksyllä 2005 terveyskeskusten johdolle osoitettussa kyselyssä terveyden edistämistä kunnan kansan-

terveystyössä (15,16). Yhdistettyyn posti- ja verkkokyselyyn vastasi 87 % (n = 224) keväällä 2005 toimineista 258 terveyskeskuksesta. Vastaukset kouluterveydenhuollon suunnitelmasta tulostettiin terveyskeskuskohtaisesti ja lähetettiin tarkastettavaksi kaikille terveyskeskuksille, myös vastaamattomille. Tarkistusten ja täydennysten jälkeen tieto suunnitelman uudistamisesta saatiin 227 terveyskeskuksesta (88 %).

Länsi-Suomen läänin kaksi aineistoa

Länsi-Suomen lääninhallitus oli selvittänyt läänin kaikissa terveyskeskuksissa kouluterveydenhuoltoa vuosina 1998 (n = 110) ja 2000 (n = 105) tarkentaen postikyselyssä saatuja tietoja puhelinhaastatteluin. Tuloksia ei ole aiemmin julkaistu kokonaisuudessaan (17). Kun nämä tiedot yhdistettiin kevään 2005 aineistoon, saatiin vertailukelpoiset tiedot 73 terveyskeskuksesta.

Kysymykset ja niiden koodaus

Toimintasuunnitelman olemassaolosta kysyttiin vuonna 1998 ja keväällä 2005. Suunnitelman tekemisestä vuosittain kysyttiin vuonna 1998 ja 2000, tarkempaa uudistamisvuotta kysyttiin keväällä 2005. Syksyllä 2005 kysyttiin suunnitelman uudistamisesta laatusuosituksen julkaisemisen jälkeen. Kouluterveydenhuollon kertomuksen tekemisestä vuosittain kysyttiin 1998, 2000 ja keväällä 2005.

Vuoden 1998 aineistossa terveyskeskukset (n = 24), jotka ilmoittivat uudistavansa suunnitelman vuosittain, koodattiin suunnitelman tehneiksi, vaikka kysymykseen koko terveyskeskuksen kattavasta suunnitelmasta oli vastattu kielteisesti tai vastaus puuttui kokonaan. Kevään 2005 aineistossa terveyskeskukset (n = 17), jotka olivat ilmoittaneet uudistamisvuoden, koodattiin suunnitelman tehneiksi, vaikka ne toisessa vastauksessa ilmoittivat, ettei suunnitelmaa ole tai vastaus puuttui. Kevään 2005 aineistosta luokiteltiin suunnitelman

Taulukko I.

Toimintasuunnitelmia ja kertomuksia koskevat maininnat kouluterveydenhuollon valtakunnallisessa ohjeistuksessa 1972–2005.

Lähde	Suunnitelma	Toimintakertomus
Lääkintöhallitus 1972 ohjekirje	Laaditaan yhteistyössä kunnan kouluviranomaisten kanssa, otetaan huomioon henkilöstösuositukset.	Ei mainintaa
Lääkintöhallitus 1981 ohjekirje	Kouluterveydenhuolto sisältyy kt -työn toimintasuunnitelmaan, toteutetaan osana koulun toimintasuunnitelmaa.	Seurantatiedot sisällytetään tk:n vuosikertomukseen ja määräaikaisselvityksiin
Terho ja Vakkilainen 1993 tukiaineisto	Kouluterveydenhuolto on osa oppilashuoltoa ja koulun toimintasuunnitelmaa.	Ei mainintaa
Stakes 1993 asiantuntijaryhmän kannanotto	Ei mainintaa	Ei mainintaa
Stakes 2002 opas	Valmistellaan terveys-, koulu- ja sosiaalitoimen yhteistyönä. Käsitellään terveys- ja koululautakunnissa, tarkistetaan vuosittain. Osa terveystoimen toim.suunnitelmaa. Sisältösuositus.	Esitellään opetustoimen ja kt -työn lautakunnille koulujen johtokunnille, vanh. yhdistyksille ja oppilaskunnille. Sisältösuositus.
STM ja Suomen Kuntaliitto 2004 laatusuositus	Tehdään vuosittain osana sos.- ja terv. toimen toiminta- ja talousarviosuunnitelmaa. Käsitellään sos.- ja terv.- sekä sivistysltk:ssa. Laadimisesta vastaa kt -työstä vastaava ylilääkäri tai terveystoimen muu esittelijä. Oppilashuollon palvelut suunnitellaan eri hallintokuntien yhteistyönä huomioiden alueen olosuhteet, oppilaiden ja koulujen määrä ja palvelurakenne. Kouluterveydenhoitaja ja -lääkäri seuraavat toteutumista.	Liitetään koulutoimen ja sosiaali- ja terveystoimen arviointiin, käsitellään myös osana koulun hyvinvointiarviota.

Taulukko 2.

Terveyskeskusten osuus (%) kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuden toteuttamisen mukaan vuonna 2005.

Suunnitelmallisuus terveyskeskuksissa	%
Kevät 2005 (n = 201)	
on suunnitelma	68
suunnitelma uudistettu vuosittain	50
toimintakertomus vuosittain	43
uudistettu suunnitelma ja vuosittainen toimintakertomus	33
ei suunnitelmaa eikä kertomusta	27
Syky 2005 (n = 227)	
suunnitelma uudistettu laatusuosituksen julk. jälkeen	35

Taulukko 3.

Toimintasuunnitelman ja toimintakertomuksen yleisyys (%) vuosina 1998, 2000 ja 2005 vastanneissa Länsi-Suomen läänin terveyskeskuksissa (n = 73).

Suunnitelmallisuus	Vuosi		
	1998	2000	2005
Toimintasuunnitelma			
on	64	-	70
tehty tai uudistettu vuosittain	47	38	45
Toimintakertomus vuosittain	22	30	44

Taulukko 4.

Suunnitelman ja toimintakertomuksen laatineiden osuus (%) terveyskeskusta kuvaavien tietojen mukaan. Kevään 2005 aineisto.

Terveyskeskusta kuvaava tieto	Vastanneiden lukumäärä, n ¹	On suunnitelma	Suunnitelma uudistettu	Toimintakert. vuosittain
Lääni				
Etelä-Suomi	50	74	62	46
Länsi-Suomi	79	70	47	46
Itä-Suomi	28	74	65	39
Oulu	27	67	50	56
Lappi	16	38	31	13
Väestömäärä		p = 0,025	p = 0,002	
alle 5 000	44	52	29	42
5 000-9 999	55	65	56	48
10 000-19 999	43	71	54	47
20 000-49 999	38	84	74	32
50 000 ja yli	19	79	50	50
Omistaja				
kunta	145 ²	67	50	42
kuntayhtymä	54	74	58	49
Väestövastuu-VES			p = 0,036	
ei ole	95	62	45	41
kyllä	92	75	61	43
Osall. terv. ed. hankkeisiin				
ei	96 ²	68	56	44
Kyllä, yhteen	80	67	51	46
Kyllä, kahteen tai us.	23	78	41	32

¹Puuttuvia vastauksia 0-4 kappaletta.

²Suunnitelman uudistamista koskevassa indikaattorissa puuttuvia vastauksia 5-8 kappaletta.

vuosittain uudistaneiksi ne, jotka ilmoittivat uudistamisvuodeksi 2004 tai 2005.

Suunnitelmallisuuden indikaattorit

Laatusuositusta (10) soveltaen muodostettiin neljä suunnitelmallisuuden indikaattoria: 1) terveyskeskuksessa on kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelma, 2) suunnitelma on uudistettu vuosittain, 3) toimintakertomus on laadittu vuosittain, 4) kouluterveydenhuollon laatusuosituksen julkaisemisen jälkeen johtoryhmä ja/tai luottamushenkilöt ovat hyväksyneet päivitetyn suunnitelman.

Suunnitelma- ja kertomusaineisto

Kopiot kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelmista ja -kertomuksista pyydettiin niiltä terveyskeskuksilta (n = 66), jotka ilmoittivat kevään 2005 kyselyssä uudistaneensa tai tehneensä nämä vuonna 2004 tai 2005. Kouluterveydenhuollon toimintasuunnitelman lähetti 43 terveyskeskusta (65 % niistä, joilta asiakirjat pyydettiin) ja -kertomuksen 27 (41 %), molemmat 26 terveyskeskusta (39 %). Kymmenen terveyskeskusta vastasi lähettämispyyntöön, ettei niillä ollutkaan kyseistä asiakirjaa, vaikka ne olivat varsinaisessa kyselyssä ilmoittaneet sen tehneensä.

Länsi-Suomen läänin aineistoissa terveyskeskuksia oli pyydetty vuosina 1998 ja 2000 lähettämään kopiot kouluterveydenhuollon suunnitelmasta ja kertomuksesta. vuonna 1998 suunnitelma saatiin 36 terveyskeskuksesta (75 % sen laatineista). Vuonna 2000 suunnitelman lähetti 20 terveyskeskusta (56 %). Toimintakertomuksia lähetti vastaavasti 16 (53 %) ja 17 (63 %) terveyskeskusta. Vuonna 2005 Länsi-Suomen läänin terveyskeskukset lähettivät 18 suunnitelmaa (69 % niistä, joilta asiakirja pyydettiin) ja 12 kertomusta (46 %).

Kouluterveydenhuollon oppaan (9) suositukset suunnitelman ja kertomuksen sisällöstä jaettiin luokkiin (ks. taulukot 5 ja 6). Asiakirjoista selvitettiin, esiintyykö niissä kuhunkin luokkaan viittaavaa mainintaa ja laskettiin kuinka monessa prosentissa kunkin vuoden asiakirjoista maininta esiintyi.

Tilastoanalyysit tehtiin SPSS-ohjelmistolla. Yhteyksien tilastollinen merkitsevyys testattiin χ^2 -riippumattomuustestillä.

Tulokset

Suunnitelmien ja kertomusten laatiminen

Keväällä 2005 kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta toteutti laatusuosituksen kriteerien mukaan 33 % terveyskeskuksista (taulukko 2). Syksyllä 2005 suunnitelman oli uudistanut 35 % terveyskeskuksista. Osa kyselyihin vastanneista kirjoitti, että näistä asioista vastaavat ovat olleet pois työstä tai aloittaneet juuri tehtävissään eikä suunnitelmallisuuteen ole siksi panostettu. Joistakin terveyskeskuksista ilmoitettiin, että suunnitelmat tai yhteenvedot tehdään suullisesti lukuvuosien päätteeksi ammattilaisten kesken.

Suunnitelmallisuuden kehittymistä ajassa voitiin tutkia Länsi-Suomen läänissä niissä terveyskeskuksissa, jotka olivat vastanneet kaikkiin kolmeen kyselyyn (n = 73). Suunnitelmia laativien terveyskeskusten osuus pysyi suurin piir-

tein ennallaan (taulukko 3). Toimintakertomuksia laativien osuus kasvoi vuosien 1998 ja 2005 välillä.

Suunnitelmallisuuden vaihtelu terveyskeskusten välillä

Alueellisessa tarkastelussa suunnitelmallisuutta oli vähiten Lapin läänissä, joskaan erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (taulukko 4). Pienet terveyskeskukset tekivät ja uudistivat vähiten suunnitelmia. Väestövastuuvirkaehtosopimuksen soveltaminen lisäsi suunnitelmallisuutta, mutta tulos oli merkitsevä vain suunnitelman uudistamisen osalta. Terveiden edistämisen hankkeisiin osallistuminen ja terveyskeskuksen omistajuus eivät olleet yhteydessä suunnitelmallisuuteen.

Suunnitelmien ja kertomusten sisältö

Kouluterveydenhuollon suunnitelma saatiin yhteensä 99:stä ja toimintakertomus 60 terveyskeskuksesta. Toimintakertomuksista 33 % sisältyi kunnan tai terveyskeskuksen muihin kertomuksiin. Asiakirjojen toimittaminen tutkijoille vuonna 2005 ei ollut yhteydessä terveyskeskusta kuvaaviin tietoihin (lääni, terveyskeskuksen koko, omistaja, väestövastuun soveltaminen, hankkeisiin osallistuminen).

Toimintasuunnitelmien sivumäärä vaihteli muutamasta rivistä 34 sivuun (useimmiten 1–4 sivua). Vuoden 2005 suunnitelmissa käsiteltiin yleisimmin kouluterveydenhuollon tavoitteita ja tehtäviä sekä terveyden ja hyvinvoinnin seuranta (taulukko 5). Länsi-Suomen läänissä vuoden 1998 suunnitelmissa kuvattiin useimmiten määräaikaistarkastusten runko-ohjelmaa. Vuodesta 2000 alkaen esiintyi yleisesti mainintoja mm. hyvinvoinnin ja terveyden seurannasta sekä kehittämisestä ja arvioinnista.

Toimintakertomuksista puolet oli sivun mittaisia tai lyhyempiä (vaihteluväli muutamasta rivistä neljään sivuun). Vuoden 2005 toimintakertomuksissa kuvattiin yleensä kouluterveydenhuollon toteutumista ja käyntimääriä (taulukko 6). Länsi-Suomen läänissä kouluterveydenhuollon toteutumisen kuvaaminen ja tulosten arviointi monipuolistui seuranta-aikana. Maininnat tutkimus- ja tilastotiedoista olivat harvinaisia. Yhteenkään toimintakertomukseen ei sisällynyt mainintaa siitä, oliko sitä tarkoitus käsitellä luottamushenkilöhallinnossa tai sivistystoimen toimialalla.

Koko aineistosta löytyi kolme suunnitelmaa ja yksi kertomus, joiden sisällössä oli lähes kattavasti sovellettu kouluterveydenhuollon oppaan suosituksia.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin kouluterveydenhuoltohallinnon ja johtamisen näkökulmasta. Vuosittainen kouluterveydenhuollon suunnitelma ja toimintakertomus kuvastavat toiminnan suunnitelmallisuutta ja ovat myös johtamisen apuväline. Molemmat asiakirjat vuosittain laati vain joka kolmas (33 %) terveyskeskus. Noin 70 %:lla oli suunnitelma, mutta vain osa uudisti sen vuosittain. Tulokset ovat samankaltaisia kuin aiemmissa pienemmän aineiston tutkimuksissa (18,19).

Kouluterveydenhuollon informaatio-ohjauksen keskeisimmät välineet ovat olleet vuoden 2002 opas ja vuoden 2004

laatusuositus. Nimenomaan päättäjille suunnatussa laatusuosituksessa edellytettiin suunnitelman ja toimintakertomuksen vuosittaista käsittelyä johtoryhmässä ja lautakunnissa. Runsaan vuoden kuluttua suosituksen julkaisemisesta vain 35 % terveyskeskuksista oli päivittänyt suunnitelman. Suunnitelmia laativien terveyskeskusten osuus pysyi lähes ennallaan vuoden 1998 jälkeen, mutta vuosittaisia toimintakertomuksia laativien lukumäärä lisääntyi. Kun lisäksi ote-

Taulukko 5.

Sisältösuositusten teemoja käsitelleiden toimintasuunnitelmien osuus (%) analysoiduista toimintasuunnitelmista koko maan 2005 sekä Länsi-Suomen läänin 1998, 2000 ja 2005 aineistoissa.

Oppaan sisältösuositusten teemat	Prosenttiosuus suunnitelmista			
	Koko maa		Länsi-Suomen lääni	
	2005 n = 43	1998 n = 36	2000 n = 20	2005 n = 18
Tavoitteet, sisältö ja seuranta				
kouluth:n tehtävät ja tavoitteet	79	56	90	83
koululaisten terv.seuranta kunnan tasolla	67	22	15	72
koulu yhteisön hyvinv. seuranta kunnan tasolla	67	22	15	72
kouluth:n sisältö ja toteuttaminen	56	56	50	61
kouluth:n kehitt. - ja arviointivastuun määritt.	16	0	0	22
Tarkastukset				
määräaikaistark. ja seulontojen runko-ohjelma	58	83	35	56
jatkotutkimukset, hoidon ja tuen järjestäminen	23	6	0	28
Koulu yhteisö				
työoloselvitysten suorittaminen	53	8	10	50
työoloselvitysten raportointi	14	0	0	22
terveyden edistäminen				
terveyskasvatustavoitteet	49	31	50	50
koulukohtaiset tavoitteet terveyden edistämiseksi	2	0	0	6
Voimavarat				
kouluterveydenhoitajan työaika	40	31	10	39
koululääkärin työaika	28	11	10	28
työtilat kouluittain	12	0	0	11
koulupsykologin työ ja työaika	9	3	0	11
koulukuraattorin työ ja työaika	7	0	5	11
Suun terveydenhoito				
tavoitteet	28	0	0	28
henkilöstö	12	0	5	11
Yhteistyö				
yhteistyö ja sitä ohjaavat periaatteet	47	25	25	33
oppilashuolto	5	0	0	0
terveystieto	5	0	0	0
kodin ja koulun yhteistyö	0	0	0	0

Taulukko 6.

Sisältösuositusten teemoja käsitelleiden toimintakertomusten osuus (%) analysoiduista toimintakertomuksista koko maan 2005 ja Länsi-Suomen läänin 1998, 2000 ja 2005 aineistoissa.

Oppaan sisältösuositusten teemat	Prosenttiosuus kertomuksista			
	Koko maa		Länsi-Suomen lääni	
	2005 n = 27	1998 n = 16	2000 n = 17	2005 n = 12
Kouluterveydenhuollon toteuttaminen				
Tulosten arviointi suhteessa tavoitteisiin	93	88	100	100
Päätelmät seuraavan vuoden toiminta- ja taloussuunnittelua varten	52	25	41	67
Koulu yhteisöjen ja oppilaiden hyvinvoinnin ja terveyden kehitys (tutkimus- ja tilastotietoja)	15	25	41	17
Suun terveydenhoidon toteuttaminen	11	13	12	8
	7	0	0	0

taan huomioon, että suunnitelmia laativien terveyskeskusten osuus pysyi lähes ennallaan vuoden 1998 jälkeen erilaisista muista suosituksista ja kannanotoista huolimatta, näyttää informaatio-ohjauksen vaikutus kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuuteen vähäiseltä.

Terveyspalvelujen alueellinen tasa-arvo on eräs terveyspolitiikan keskeinen tavoite (16). Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen ja -oppaan tarkoituksena oli luoda standardit samanlaisten palvelujen tuottamiseksi maan eri kunnissa. Tulokset osoittivat suunnitelmallisuuden puutteen tai laiminlyönnin useissa terveyskeskuksissa. Vaikka yksittäiset työntekijät voivat suunnitella työnsä asianmukaisesti ilman kirjallista suunnitelmaa, tämä ei takaa yhtenäisiä toimintalinjoja ja samanlaisia palveluja koko terveyskeskuksen alueella puhumattakaan koko maasta. Tällöin toiminta jää helposti sattumanvaraiseksi, mistä seuraa eroja palvelujen saannissa sekä terveyskeskusten välillä että eri koulujen välillä terveyskeskuksen sisällä.

Suunnitelmallisuuden lääneittäiset erot olivat vähäisiä lukuun ottamatta Lapin lääniä, jossa suunnittelua oli vähemmän kuin muissa lääneissä. Osittain tätä selittänevät Lapin läänin terveyskeskusten pienet väestömäärät. Pienissä terveyskeskuksissa suunnitelmallisuus oli yleensäkin vähäisempää. Kirjallisten suunnitelmien merkitys käytännön työn ohjaajana voi olla vähäinen, sillä toimijoita on vähän. Toisaalta näissäkin suositusten edellyttämä luottamushenkilötason käsittely edellyttää kirjallista suunnitelmaa ja toimintakertomusta.

Jotkut terveyskeskukset ilmoittivat suunnittelun toteutuvan suullisin sopimuksin. Käytäntö ei turvaa eri tahojen tiedonsaantia eikä yhteistyön toimivuutta. Suunnitelmat ja kertomukset tekevät työstä läpinäkyvää, jolloin myös luottamushenkilöillä on mahdollisuus varmistaa lasten asianmukaiset palvelut. Kouluterveydenhuollon toiminnan kuvaaminen suunnitelmissa antaa vanhemmille ja oppilaille tilaisuuden tutustua palveluihin tarkemmin ja verrata oman kouluterveydenhuollon toimintaa esimerkiksi valtakunnallisiin suosituksiin. Suunnitelmien ja kertomusten käsittelemisestä oppilaiden ja vanhempien kanssa oli mainintoja vain muutamassa asiakirjassa.

Suunnitelmien ja kertomusten sisältö ja laajuus vaihtelivat runsaasti. Sama on todettu aikaisemminkin (19). Kouluterveydenhuoltoa kuvaava tieto rajoittui usein käyntimääriin ja vain harvoissa asiakirjoissa oli oppilaiden terveydentilaa tai hyvinvointia kuvaavia lukuja tai henkilöstösuunnitteluun viittaavia mainintoja. Palvelun tarvetta on kuitenkin hankala määrittää ilman hyvinvoinnin seuranta ja tarpeeseen vastaaminen edellyttää resurssien oikeaa mitoittamista. Kun henkilöstön työpanos ja sen suhde tarpeeseen puuttuvat suunnitelmista ja kertomuksista, henkilöstötilanne ei välttämättä tule päättäjien tietoon. Samoin kouluterveydenhuollon tulosten esittäminen päättävälle taholle on vaikeaa, jos toiminnan tavoitteita ei ole kirjattu eikä niiden toteutumista arvioida. Myönteistä kuitenkin oli, että joissakin suunnitelmissa oli paneuduttu aiheeseen syvemmin ja pohdittu toiminnan heikkouksia ja vahvuuksia.

Länsi-Suomen läänissä 1990-luvun lopulla toteutettu kouluterveydenhuollon kehittämishanke (17) on saattanut vaikuttaa siihen, että kouluterveydenhuollon suunnitelmien sisältö mo-

Tästä asiasta tiedettiin

- › Kouluterveydenhuollon laaja yhteistyö vaatii tavoitteiden, vastuiden, sisältöjen ja voimavarojen kirjaamista.
- › Vuoden 2002 oppaan ja vuoden 2004 laatusuosituksen mukaan nämä asiat tulisi käsitellä vuosittain toimintasuunnitelmassa ja -kertomuksessa.

Tämä tutkimus opetti

- › Terveyskeskusten välillä oli suuria eroja kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuudessa.
- › Vuosittainen suunnitelma ja kertomus tehtiin vain kolmasosassa terveyskeskuksista.
- › Asiakirjat olivat sisällöltään hyvin suppeita.

nipuolistui alueella. Lapsipoliittiset suunnitelmat ja osallistuminen terveyden edistämisen valtakunnallisiin kehittämishankkeisiin otettiin analyysiin mukaan, koska niiden oletettiin lisäävän kouluterveydenhuollon suunnitelmallisuutta. Näin ei kuitenkaan ollut. Tulos antaa aiheen selvittää tarkemmin kuntien hyvinvointistrategiatyön ja kehittämishankkeiden vaikutusta terveyden edistämisen käytäntöihin.

Oppilashuollon kokonaisvoimavarat, erityisesti koulukuraattorien ja koulupsykologien työpanos, vaikuttavat kouluterveydenhuollon toimintaedellytyksiin (9,10). Toisaalta edellytetään yhteistyötä peruskoulujen toimintaa ohjaavien opetussuunnitelmien valmistelussa (1). Suunnitelmien selvänä puutteena oli, ettei niissä juurikaan käsitelty oppilashuollon kokonaisuutta eikä esimerkiksi kouluterveydenhuollon henkilöstön osallistumista terveystiedon opetukseen.

Terveykskeskusten lukumäärään nähden tutkittavia suunnitelmia ja kertomuksia saatiin vähän. Osa suunnitelman ja kertomuksen ilmoittaneistakin totesi asiakirjoja pyydettyä, ettei niitä ollutkaan. Joissakin terveyskeskuksissa muihin asiakirjoihin sisältyneet suunnitelmat tai kertomukset ovat saattaneet jäädä ilmoittamatta. Päätulokset ovat kuitenkin niin selkeät, etteivät vastaajien valikoituminen tai vastausten epätarkkuudet estä muodostamasta kokonaiskuva.

Kunnallisessa päätöksenteossa suunnitelmien kirjaaminen ja niiden toteutumisen seuranta on välttämätöntä. Näin tehdään toiminnasta läpinäkyvää. Suunnitelmia ja kertomuksia tarvitaan myös yhteistyössä sivistystoimen hallinnon ja oppilaiden vanhempien kanssa. Koko oppilashuolto – uudemman termin mukaan opiskeluhoito – tulisi suunnitella eri hallintokuntien yhteistyönä alueen ominaispiirteet huomioiden (10).

Tämän tutkimuksen mukaan kouluterveydenhuoltoa johdetaan suunnitelmallisesti vain vähemmistössä terveyskeskuksia. Jatkotutkimuksessa tulisi selvittää, miten kouluterveydenhuollon suunnitelmallinen johtaminen on yhteydessä toiminnan laatuun, resursseihin ja terveyskeskuksen johtamiseen yleensä.

Kirjallisuutta

- 1 Peltonen H, Laitinen K. Oppilashuolto. Teoksessa Peltonen H, toim. Opiskelun tuki esi- ja perusopetuksessa. Virikkeitä ja toimintamalleja yleisen ja erityisen tuen järjestämiseksi. Helsinki: Opetushallitus 2005;65–110.
- 2 Bardy M, Salmi M, Heino T. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Raportteja 263. Helsinki: Stakes 2001.
- 3 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Koululaisten terveys. Duodecim 2001;117:2583–94.
- 4 Rimpelä M. Onko kansanterveyslaki tehtävänsä tehnyt? Sos Laaketiet Aikak 2005;42:261–5.
- 5 Oulasvirta L, Ohtonen J, Stenvall J. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.
- 6 Terho P, Vakkilainen EL. Kouluterveydenhuollon tukiaineisto. Oppaita I6/1993. Helsinki: Stakes 1993.
- 7 Stakes. Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveyspalveluiden vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoituksesta ja saatavuudesta. Kokko S, toim. Aiheita 42/1993. Helsinki: Stakes 1993.
- 8 Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston päätös: sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 1999.
- 9 Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki: Stakes 2002.
- 10 Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto 2004.
- 11 Lääkintöhallitus. Ohjeita kansanterveyslain edellyttämästä kouluterveydenhuollosta. DNA 9927/522/72. Helsinki: Lääkintöhallitus 1972.
- 12 Lääkintöhallitus. Ohjeet kouluterveydenhuollosta. Lääkintöhallituksen ohjekirje. Helsinki: Lääkintöhallitus 1981.
- 13 Rimpelä M, Ojajarvi A, Luopa P, Kivimäki H. Kouluterveyskysely, kouluterveydenhuolto ja terveystieto. Perusraportti kyselystä yläkouluille ja terveyskeskuksille. Työpapereita I/2005. Helsinki: Stakes 2005.
- 14 Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A, Saaristo V, Rimpelä M. Kouluterveydenhuollon henkilöstössä suuria eroja. Suom Lääkäril 2007;62:53–9.
- 15 Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A. Terveiden edistäminen kunnan kansanterveysystyössä: Suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Perusraportti kyselystä terveyskeskusjohtajille. Helsinki 2006. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/D387551C-C522-4D74-A1E9-E2C598AF26D8/4714/Perusraportti_txt_korj260106.pdf.
- 16 Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Kivimäki H, Kosunen E, Rimpelä A. Kouluterveydenhuolto syksy 2005 – perusraportti kyselystä terveyskeskusjohtajille. http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/DEB37013-2491-4628-8E51-43FFD9ADD64F/0/TK_KTHperusraportti80106.pdf.
- 17 Länsi-Suomen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveystoimen peruspalvelujen alueellinen arviointi 2000 Länsi-Suomen läänissä. Länsi-Suomen lääninhallituksen julkaisusarja 5/2001. Länsi-Suomen lääninhallitus, sosiaali- ja terveysosasto 2001. [http://www.laeninhallitus.fi/lh/lansi/home.nsf/pages/8108C26237C19A1DC2256DDB00440B64/\\$file/ppa2000+Sosiaali-ja+terveystoimi.pdf](http://www.laeninhallitus.fi/lh/lansi/home.nsf/pages/8108C26237C19A1DC2256DDB00440B64/$file/ppa2000+Sosiaali-ja+terveystoimi.pdf).
- 18 Varjoranta P, Pietilä AM. Kouluterveydenhuolto tänään: selvitys kouluterveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa Aiheita 4/1999. Helsinki: Stakes 1999.
- 19 Parkkila V. Kouluterveydenhuollon toiminta ja voimavarat Oulun läänissä vuonna 2000. Pro gradu. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto 2004.
- 20 Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.

Hanne Kivimäki

TtM, tutkija

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

hanne.m.kivimaki@uta.fi

Elise Kosunen

LT, yleislääketieteen professori (Mvs.)

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos

Arja Rimpelä

LT, kansanterveystieteen professori

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

Vesa Saaristo

Fil. yo, tutkija

Stakes, Kuntapalvelut

Kirsi Wiss

Tt yo, tutkija

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

Stakes, Kuntapalvelut

English summary

Annual planning and evaluation of school health services at the municipal level in Finland

Background According to the Primary Health Care Act, it is the duty of the municipal health centres to deliver school health services. We studied the implementation of the national quality guidelines of 2002 and 2004 regarding activity plans and annual reports in the whole country in 2005. Furthermore, we investigated changes in planning activities in the Province of Western Finland (PWF) from 1998 to 2005.

Methods Inquiries to health centre managers produced 201 responses in the spring and 227 responses in the autumn of 2005. Inquiries to health centres in PWF, carried out in 1998 and 2000, produced comparable information from 73 health centres. The contents of 99 activity plans and 60 annual reports in all were analysed.

Results 68 % of the health centres reported drawing up an activity plan and 43% an annual report, as compared to 33% who reported compiling both on an annual basis. Most of the documents were short, and the content recommendations were implemented in only a few reports. Between 1998 and 2005, the proportion of health centres delivering activity plans remained unchanged while that of the centres delivering annual reports increased. The contents of the annual reports became more thoroughly elaborated.

Conclusions The variation in activity plans and annual reports is large, and only a few health centres implement the national quality recommendations in the planning and evaluation of school health services.

Hanne Kivimäki

MSc

University of Tampere

School of Public Health

E-mail: hanne.m.kivimaki@uta.fi

Elise Kosunen, Arja Rimpelä, Vesa Saaristo,

Kirsi Wiss, Matti Rimpelä

Matti Rimpelä

LKT, tutkimusprofessori

Stakes, Kuntapalvelut

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta

Tärkein tieto

- ▶ Kansallisen terveysprojektin yhtenä tavoitteena oli tukea toimintoja, joissa terveydenhuollon resurssit ohjataan käyttämään aikaisempia tehokkaampia toimintatapoja.
- ▶ Terveydenhuollon puhelinneuvonta on yksi avaintekijöistä hoitotakuun toteuttamisessa. Tehokas puhelinneuvonta vaatii henkilöstön koulutusta, uusinta puhelinneuvontaa ja ammattihenkilöiden työnjaon kehittämistä.
- ▶ Joissakin kunnissa puhelinneuvonnassa on päädytty kuntien väliseen yhteistyöhön ja joissakin puhelinneuvontapalvelut on ulkoistettu yksityiselle palveluntuottajalle.
- ▶ Valtaosassa kunnista oma henkilöstö vastaa neuvonnasta ja hoitotarpeen sekä sen ajankohdan arvioinnista.

Tehokas puhelinneuvonta parantaa tutkitusti terveyspalvelujen saatavuutta ja lisää niiden nopeutta sekä tehokkuutta asiakaspalvelussa (1,2,3,4). Se ohjaa asiakkaita oikeaan hoitopaikkaan oikeana ajankohtana. Lisäksi se tuo kustannussäästöjä ajanvaraus- ja päivystysvastaanottoja korvaavana palvelumuotona (5,6,7,8). Neuvontaan koulutetun ammattilaisen antamana se takaa palvelun laadun ja tuo turvallisuutta puhelinneuvonnan käyttäjälle sekä psykologisen sillan palvelun käyttäjän ja neuvontayksikön välille. Toiminto luo myös toimivan seurantajärjestelmän ja tukee väestöä itsehoidon kehittämisessä.

Perusterveydenhuollon puhelinkontakteista vajaa puolet on potilaiden suoria neuvonta- ja hoito-ohjeyppäyntyjä sairauksien tai terveyteen liittyvissä ongelmissa (9). Sillä, mitä puhelinkontaktissa päätetään ja miten soittajan terveysongelmaa lähdetään selvittämään, on suora vaikutus kustan-

nuksiin – sekä terveyspalvelun tuottajalle että käyttäjälle (10,11). Samoin päätöksellä on suora vaikutus sekä ajanvaraus- että päivystysvastaanoton kuormitukseen. Täten puhelinneuvonnan on oltava tasalaatuista sekä terveyspalvelujen tuottajan yksiköiden sisällä ja välillä että vastaavasti alueellisesti ja valtakunnallisesti (vrt. hoitotakuu).

Tutkimukset jo vuosikymmenien takaa osoittavat, että neuvontaan koulutetun sairaanhoitajan puhelinneuvonta vähentää potilaiden tarvetta hakeutua päivystys- ja ajanvarausvastaanotolle. Toimipisteestä riippuen sairaanhoitaja selvittää puhelimessa 10–70 % potilaiden ongelmista ilman ohjausta vastaanotolle (10,12,13,14,15). Lääkärien puhelinneuvonta vähentää merkittävästi perusterveydenhuollon kustannuksia potilaan ja lääkärin välisen puhelinneuvonnan korvauksena mahdollisen vastaanottokäynnin. Brittiläisten tutkimusten mukaan kaikista päivystysaikana soitetuista potilaiden sairauteen ja terveyteen liittyvistä ongelmista lääkäri selvittää puhelimessa 31–74 % (16,17,18,19). Yhdysvaltalaisen tutkimusten mukaan lääkäri selvittää 68–72 % kaikista potilassoittojen syistä (20,21,22). Vastaavia tutkimustuloksia on useista maista, esim. Tanskasta (23,24) ja Suomesta (25).

Puhelinneuvonta ja uusi lainsäädäntö

Hoitoon pääsyn turvaamista koskevat lain muutokset tulivat voimaan 1.3.2005. Asetuksella säännellään tutkimukseen ja hoitoon pääsyä. Kunnan tulee järjestää välitön yhteyden- saanti arkipäivisin virka-aikana terveyskeskukseen. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee tehdä kiireettömän hoidon tarpeen ja sen ajankohdan arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä potilaan yhteydenotosta. Muina aikoina terveyskeskuksen on järjestettävä päivystys. Perusterveydenhuollosa hoitoon tulee päästä viimeistään kolmen kuukauden aikana siitä, kun hoidon tarve on todettu. Terveyskeskus voi järjestää arvion puhelimitse, jolloin puhelinneuvonnan terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi hoidon tarpeen ja sen

ajankohdan. Jos arviointia puhelimitse ei voida tehdä, vaan ongelma vaatii klinisen arvioinnin, aika terveystieteiden keskukseseen on saatava terveydenhuollon ammattihenkilölle (ei siis lääkärille) viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Arviointi puhelimitse edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on riittävän koulutuksen ja osaamisen lisäksi yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön. Ammattihenkilöllä on oltava käytettävissään arvioitavan henkilön potilasasiakirjat, ja hänen tulee kirjata tiedot hoidon tarpeen arvioinnista potilasasiakirjoihin samoin kuin henkilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnasta ja palvelun ohjauksesta (26,27).

Kun puhelinpalvelu täyttää terveyden- ja sairaanhoidon kriteerit (yksilöllinen terveyden ja sairaanhoidon neuvonta), sitä koskevat kaikki terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat lait. Terveystieteiden keskuksen (TEO) ja lääninhallitusten terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskeva valvontavalta määräytyy terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (28) nojalla. TEO:n ja lääninhallitusten valvontavalta puhelinpalvelutoiminnan henkilöstön osalta määräytyy vastaavalla tavalla kuin esimerkiksi potilasasiakirjamerkintöjen tekemisvelvoite (29).

Ensiarvio puhelimesta mahdollistaa hoidon tarpeen arvion välittömästi, ja siinä selvitetään potilaan kertomien esitietojen perusteella yhteydenoton syy, sairauden oireet sekä vakavuus ja kiireellisyys. Arvioinnissa ei ole kyse lääketieteelliseen tai hammaslääketieteelliseen tutkimukseen perustuvasta taudinmäärityksestä, joka puolestaan kuuluu lääkärille (30).

Puhelinneuvontapalvelujen toimintamallit ja neuvonnan sisältö

Eri puolilla maailmaa on kehitetty monenlaisia puhelinneuvontamalleja (taulukko 1). Suomessa keskeiset erot liittyvät puhelinneuvonnan järjestämistapaan ja toiminnan sisältöön. Julkinen sektori voi järjestää palvelun omana toimintanaan, esim. perusterveydenhuollon tai sairaanhoitopiirin päivystyspisteen yhteydessä tai kaupungin tai kunnan toimintana, jota ympäristökunnat hyödyntävät, tai se voi ulkoistaa neuvontapalvelun. Keskeistä toiminnossa kuitenkin on itse puhelinneuvonnan sisältö (taulukko 2) ja henkilöstön työnjako sen toteutuksessa.

Oleellista on, onko puhelinpalvelu yleisluontoista neuvontaa vai yksilöllistä terveyden tai sairauden hoidon neuvontaa, jolloin otetaan kantaa henkilön terveydentilaan ja annetaan yksilöllisiä ohjeita. Jälkimmäisessä tilanteessa puhelinneuvonnassa muodostuu hoitosuhde potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välille ja toiminto on potilaslain tarkoittamaa terveyden ja sairauden hoitoa. Neuvojan on oltava terveydenhuollon ammattihenkilö ja potilaslain mukaiset asiakirjamerkinnät tulee tehdä.

Puhelinpalvelutoiminta, joka sisältää yleistä palveluista tiedottamista, ei täytä lainsäädännössä esiintyvää terveyden- ja sairaanhoidon määritelmää. Neuvontaa antavan henkilön ei tuolloin tarvitse olla terveydenhuollon ammattihenkilö. Hänen ei tarvitse varmistaa soittajan henkilöllisyyttä eikä tehdä potilasasiakirjamerkintöjä (29).

Potilasvahinkolaki soveltuu puhelinpalveluna annettavaan terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaan samoin edellytyksin kuin muuhunkin terveyden- ja sairaanhoidon toimintaan (29).

Hoitotakuun tuomat työnjaon muutokset

Puhelinneuvontapalvelu kuuluu saumattomasti terveystieteiden toimintaan riippumatta sen järjestämistavasta. Tehokas hoitotarpeen ja sen ajankohdan arviointi vaatii jokaisella terveysasemalla toimintojen uudelleenarviointia sekä työnjaon kehittämistä. Ilman edellä mainittuja tekijöitä ei millään terveysasemalla päästä tehokkaaseen neuvontaan. Tehävämuutokset eivät rajoitu vain tiettyihin henkilöstöryhmiin, vaan ne koskevat kaikkia. Muistettava myös on, että neuvontaprosessi lähtee asiakkaan tarpeesta. Laadukkaasti tuotettu neuvonta vaatii henkilöstöltä positiivista asennetta ja saumatonta yhteistyötä.

Kunnat ovat innovatiivisesti ja muutosmyönteisesti lähteneet uusimaan toimintojaan vastauksena hoitotakuun vaatisiin. Terveystieteiden työntekijöillä on takanaan vuosikymmenien kokemus neuvonnasta ja alueellinen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluverkoston hallinta sekä erityisesti väestötuntemus. Samoin heillä on automaattisesti potilasasiakirjojen käyttömahdollisuus.

Uuden toimintamallin toteutus on vaatinut kunnissa henkilöstön koulutusta. Kunnan koosta riippuen on tehty erilai-

Taulukko 1.

Käytössä olevat puhelinneuvontamallit.

1. Potilassoittoihin vastaa neuvontaan koulutettu sairaanhoitaja (triage-hoitaja¹) taustatukenaan lääkäri
2. Potilassoittoihin vastaa neuvontaan koulutettu sairaanhoitaja (triage-hoitaja¹) ja lääkäri yhdessä
3. Potilaspuheluihin vastaa lääkäri
4. Potilas soittaa puhelinvastaajaan, antaa henkilötietonsa ja kertoo oireensa. Asiakkaan ongelman tai oireen laadun perusteella häneen ottaa yhteyttä vastaajassa ilmoitetun ajan sisällä joko sairaanhoitaja tai lääkäri.

¹Triage -puhelinneuvonnassa hoitaja seuraa tietokoneohjelman antamaa ohjeistusta kysyessään potilalta esitietoja ja arvioiessaan potilaan jatkohoidon tarvetta. Ohjeistuksella varmistetaan neuvonnan tasalaatuisuus (esim. Ruotsi: MedHelp, Englanti: Nurse Health Service Direct).

Taulukko 2.

Puhelinneuvonnan sisältö ja terveydenhuollon lainsäädännön soveltaminen.

- Terveys- ja sosiaalipalvelujen yleisluontoinen neuvonta
informointi toimipisteiden aukioloajoista, sijainnista (terveydenhuollon lainsäädäntöä ei sovelleta)
- Terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta
yleisluontoinen neuvonta
yksilöllinen terveyden ja sairaanhoidon neuvonta (terveydenhuollon ammattihenkilö ottaa kantaa henkilön terveydentilaan tai sairauden hoitoon, terveydenhuollon lainsäädäntöä sovelletaan)
- Palvelun ohjaus
soittaja ohjataan terveystieteiden järjestelmän piiriin ja tehdään mahdollisesti ajanvarausjärjestelyt (jos osana yksilöllistä terveyden ja/tai sairaanhoidon neuvontaa, terveydenhuollon lainsäädäntöä sovelletaan)

sia työnjaollisia ratkaisuja jopa sen omien terveysasemien välillä. Käytettävissä olevat henkilöstöresurssit ohjaavat toteuttamismallia. Seuraavassa on muutamia esimerkkejä eri tavoin järjestetystä puhelinneuvonnasta.

Kaupunki 1: Päivystysyksikössä ja terveysasemalla A yksilötason puhelinneuvontaa antavat sairaanhoitajat. Terveysasemalla B sekä yleistä että yksilötason neuvontaa antavat puolestaan nimikesuojatut ammattihenkilöt. Henkilöstölle on laadittu selkeät toimintakaaviot, kuinka puhelut kulkevat organisaation sisällä ja missä yksiköissä mihinkin kellonaikaan puhelujen kuormitushuippujen mukaan tarvitaan eniten puhelinneuvontaa.

Kaupunki 2: Kaupungissa toimii keskitetty sairaanhoitajapainotteinen puhelinneuvonnanmalli, johon terveysasemien ns. ylivuotopuhelut ohjautuvat sovittuina kellonaikoina porrastetusti. Terveysasemalla A yksilötason puhelinneuvonta on keskitetty sairaanhoitajille. Terveysasemilla B, C ja D nimikesuojatut ammattihenkilöt vastaavat neuvonnasta. He voivat tilanteen niin vaatiessa kääntää potilassoiton keskitettyyn sairaanhoitajan neuvontanumeroon.

Kaupunki 3: Neuvonta on ratkaistu ympäristökuntien kanssa keskittämällä osa puheluista yhteiseen neuvontanumeroon, jossa vastaavat sairaanhoitajat. Virka-aikana omilla terveysasemilla annetaan neuvontaa ja arvioidaan hoitotarvetta, mutta puhelujen kuormitushuippujen aikaan tarvittaessa kuntien terveysasemayksiköt voivat hyödyntää keskitettyä neuvontayksikköä. Päivystysaikana kuntien yhteinen neuvontayksikkö vastaa puhelinneuvonnasta. Henkilöstön työnjako on kaikissa vaihtoehdoissa yksiköiden sisällä selvä: kuka vastaa mm. lääkekysymyksiin jne.

Lainsäädäntö ohjaa toiminnan toteutusta. Lain tarkoittamaa potilaan hoidon tarpeen arviointia ei voi tehdä silloin, kun puhelimeen vastaa terveyskeskusavustaja, joka on saanut vanhan terveyskeskusavustajakoulutuksen. Hoidon arviointia ei voi tehdä myöskään terveydenhuollon opiskelija. Terveyskeskusavustajat toimivat edelleen kunnissa ajanvarauksessa ja antavat potilaille yleisluontoista neuvontaa, ohjaavat puheluita terveydenhuollon ammattihenkilöille sekä huolehtivat niistä ajanvaraussoitoista, missä hoidon tarpeen tai sen ajankohdan arviointia ei tehdä (esim. kaikki sovitut kontrollikäynnit, todistusasiat ym.). Kuntien tekemien pilotitutkimusten mukaan vaikuttaa siltä, että nämä soivot muodostavat 50–60 % kaikista potilaspuheluista. Toisissa kunnissa niiden terveyskeskusavustajien, jotka eivät voi arviointia tehdä, tehtäväkuva on laajennettu kouluttamalla heitä esim. toimimaan lääkärin avustajina kirurgisissa toimenpiteissä.

Työnjakoa arvioitaessa tulisi muistaa, että potilaspuhelun sisältö ohjaa toimintaa. Yksiköissä johdon antaman ohjeituksen mukaan jokaisen työntekijän tulee selkeästi sisäistää oma roolinsa neuvonnassa. Johdon tulee varmistaa, että yksilötason neuvontaa antavat vain ne henkilöt, joiden toimenkuvaan se on sisällytetty ja jotka juridisesti voivat sitä tehdä. Neuvontaa antavilla hoitajilla tulee olla joustava lääkärin konsultaatiomahdollisuus: kenelle neuvonnan vastuulääkäreistä (kunnallinen lääkäri tai ulkoistettu puhelinlääkäri) potilassoitto siirretään tai ketä konsultoidaan. Lääkärin työaikajärjestelyissä tulee tämä huomioida.

Kunnissa on myös kehitetty sairaanhoitajien ja terveyden-

hoitajien vastaanottotoimintaa. Työjärjestelyin on sovittu kliinisen arvioinnin toteutuksesta sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla.

Esimerkkejä perusterveydenhuollon puhelinneuvonnasta

Porin kaupungin pääterveysaseman ensiapuyksikön sairaanhoitajien puhelinneuvonta on hyvä esimerkki siitä, kuinka yksikkö omaa toimintaa kehittämällä tehokkaasti on vastannut lisääntyneeseen asiakkaiden neuvontatarpeeseen ja uuteen hoitotakuuseen. Vaikka lainsäädäntö koskee kiireettömää hoitoa, tulee päivystysyksikköön virka-aikana paljon potilaspuheluja, jolloin asiakasta ei ohjata päivystysvastaanotolle vaan omalle terveysasemalle kiireettömään hoitoon. Ensiapuyksikön sairaanhoitajille pyrittiin kevästä 2004 lähtien keskittämään yksilötason neuvonta- ja hoito-ohjeistot. Kyseisen vuoden aikana otetun otoksen (3 805 yksilöllistä neuvontaa koskevaa potilassoittoa) analyysi oli yhtenevä kansainvälisten tutkimusten kanssa. Yksilötason neuvonta- ja hoitotarpeen arvioinnissa runsas kaksi viidennestä potilaista sai neuvontaa sekä kotihoito- ja/tai lääkitysohjeita ilman jatkohoidon ohjausta. Ainostaan kolmannes potilaista ohjattiin päivystysvastaanotolle ja vajaa kymmenes oman lääkärin vastaanotolle vuorokauden sisällä.

Osa potilaista ohjattiin ajanvarausvastaanotolle kiireettömään hoitoon ja osan kohdalla hoitajat konsultoivat päivystävää lääkärinä tai siirsivät soiton lääkärille. Päivystysyksikön kiireestä huolimatta sairaanhoitajat ehtivät kirjata soivot hyvin. Yli puolella (59 %) yksilöllistä neuvontaa saaneista potilaista ei ollut edeltävää kontaktia terveydenhoitoyksikköön soittosyynsä takia (vrt. Stakesin ns. uusi vaiva). Näistäkin potilaista vain vajaa puolet ohjattiin joko päivystysvastaanotolle tai vuorokauden sisällä oman lääkärin vastaanotolle. Näille vastaanotoille tehtyjä käyntejä hoitoon pääsyn määrääkainen seurantavelvoite ei koske. Loput potilaista oli niitä, jotka ohjattiin joko kiireettömään hoitoon lääkärin ajanvarausvastaanotolle (seurantavelvoite koskee) tai sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolle (31).

Esimerkillinen on myös Iisalmen seudun kansanterveys-työn kuntayhtymän toteuttama sairaanhoitajapainotteinen puhelinneuvontayksikkö. Keskitettyyn neuvontanumeroon tulleista potilaspuheluista neuvontaa tai kotihoito-ohjeita ilman jatkohoidon ohjausta sai potilasta puolet. Joka kymmenennen potilaan ongelmassa sairaanhoitaja konsultoi lääkärinä tai siirtää soiton lääkärille (julkaisematon havainto).

Muita esimerkillisiä puhelinneuvonnan toteutusmalleja omana toimintana toteutetusta neuvonnasta löytyy mm. Turusta, Tampereelta ja Lahden Päijät-Neuvosta. Kainuussa puolestaan on puhelinneuvontayksikön hanke, joka liittyy Kainuun hallintokokeiluun, ja mukana ovat Kainuun sairaanhoito- ja erityishuoltopiirin kuntayhtymä sekä Kainuun kunnat. Siellä keskussairaalan tiloihin keskitetyyn sairaanhoitajien puhelinneuvontayksikön potilaspuhelut osoittavat, että jos ohjaus- ja neuvontapalvelua ei olisi ollut, soittajista 74 % olisi asiakaspalautteen mukaan hakeutunut päivystysvastaanotolle (julkaisematon havainto).

Yhteenveto

Tehokas puhelinneuvonta on laadukasta terveystalveta, jolloin asiakkaalle tarjotaan terveydenhuollon ammattilaisten tieto ja taito heti ensikontaktissa terveydenhuoltoyksikköön. Panostamalla henkilöstön koulutukseen, työnjakoon ja puhelin- sekä tietotekniikkaan kunnat voivat rakentaa uuden lainsäädännön mukaiset laadukkaat työvälineet.

Lainsäätäjät ovat luottaneet kentän ammattitaitoon tuottaa omaan organisaatioon järjevin malli. Toisen kunnan, kunta-tyhtymän tai kaupungin puhelinneuvonnan toteutusmalli ei välttämättä toimi toisessa. Toimivan mallin tuottamiseen vaikuttavat väestöpohja ja väestön ikärakenne, alueelliset etäisyydet sekä erityisesti terveyskeskusten henkilöstöpotentiaali ja sen rakenne.

Puhelinneuvonnan järjestämisessä kuntien tulee ottaa huomioon, etteivät erilaiset ratkaisut johda oman organisaation jo tuottaman palvelun rinnakkaispalveluun. Edellisenkaltainen tilanne voi kasvattaa palvelun kustannukset todella suuriksi, jolloin itse puhelinneuvonnan tuomat säästöt lähes katoavat. Muistettava on neuvonnan ydinasia, sen sisällöllinen jako: onko se yleistä vai yksilötason neuvontaa ja miten palvelu työnjaollisesti tuotetaan. Kunnat ovat hyvin oivaltaaneet, ettei kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tarvitse olla arvioimassa niitä 40:tä prosenttia potilaspuhe- luista, joissa yksilötason neuvontaa tai hoidon tarpeen arviointia tarvitaan. Laadukas neuvontapalvelu voidaan tuottaa joustavasti työnjaolla osana hoitajien omaa toimenkuvaa.

Laadukas neuvonta tuo terveystalvetajien tuottajille säästöjä. Tehokkaaseen yksilötason neuvontaan on sisällyttävä joustava lääkärin konsultaatiomahdollisuus, jotta maksimoidaan neuvonnan kustannustehokkuus lääkärin päivitys- ja ajanvarausvastaanottoja korvaavana palveluna.

Kirjallisuutta

- 1 Crouch R, Patel A, Williams S, Dale J. An analysis of telephone calls to an inner-city accident and emergency department. *J R Soc Med* 1996;89:324–8.
- 2 Egleston CV, Kelly HC, Cope AR. Use of a telephone advice line in an accident and emergency department. *Br Med J* 1994;308:31.
- 3 Leung WC. Several issues need to be considered before all patients are followed up by telephone. *Kirje. Br Med J* 1998;317:1595.
- 4 Stirewalt CF, Linn MW, Godoy G, Knopka F, Linn BS. Effectiveness of an ambulatory care telephone service in reducing drop-in visits and improving with care. *Med Care* 1982;20:739–48.
- 5 Bertera EM, Bertera RL. The cost-effectiveness of telephone vs clinic counselling for hypertensive patients: a pilot study. *Am J Publ Health* 1981;71(6):626–9.
- 6 Flynn DM. Telephone triage as a strategy to ensure 24-hour access to medical care after the closure of supporting medical activity. *Mil Med* 1998;163(10):702–6.
- 7 Spencer DC, Daugrid AJ. The nature and content of physician telephone calls in private practice. *J Fam Pract* 1988; 27(2):201–5.

- 8 Wasson J, Gaudette C, Whaley F, Sauvigne A, Baribeau P, Welch HG. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. *Kommentti. JAMA* 1992;267(13):1788–93.
- 9 Rakowski J, Groskopf E, Walsh M. An emergency department telephone follow-up service. *J Emerg Nurs* 1994;20(3):199–203.
- 10 Lattimer V, George S, Thompson F ym. Safety and effectiveness of nurse telephone consultation in out-of-hours primary care: randomised controlled trial. *The South Wilshire Out of Hours Project, SWOOD group. Br Med J* 1998;317:1054–59.
- 11 Sloane PD, Egelhoff C, Curtis P, McGaghie W, Evens S. Physician's decision making over the telephone. *J Fam Pract* 1985;21(4):279–84.
- 12 Jessopp L, Beck I, Hollins L, Shipman C, Reynolds M, Dale J. Channing the pattern out of hours: a survey of general practise co-operatives. *Br Med J* 1997;314:199–200.
- 13 Jones K, Little J, Wilkinson K. Nurse triage for house call request in a Tyneside general practice: patients' views and effect on doctor workload. *Brit J Gen Pract* 1998;48:1303–6.
- 14 Marklund B, Bengtsson C. Medical advice by telephone at Swedish Health Centres: Who calls and what are the problems? *Fam Pract* 1989;6:42–6.
- 15 Radeki SE, Neville RE, Girard RA. Telephone patient management by primary care physicians. *Med Care* 1989;27:8:817–22.
- 16 Avery A J, Groom L, Earwicker S, Carlisle R. What problems do patients present with outside normal general practice surgery hours? A prospective study of use of general practice and accident and emergency services. *J Public Health Med* 1999;21(1):88–94.
- 17 Gadsby R. Telephone advice in managing out-of-hours calls. *Kirje. J R Coll Gen Pract* 1987;37:462.
- 18 Hobday PJ. Telephone management of out-of-hours calls. *Kirje. J R Coll Gen Pract* 1988;38(306):35.
- 19 Marsh GN, Horne RA, Channing DM. A study of telephone advice in managing out-of-hours calls. *J R Coll Gen Pract* 1987;37:301–4.
- 20 Bergman JJ, Rosenblatt RA. After-hours calls: A five year longitudinal study in family practice group. *J Fam Pract* 1982;15(1):101–6.
- 21 Curtis P, Talbot A, Liebeseller V. The after-hours call: A survey of United States Family practice residency program. *J Fam Pract* 1979;8:117–22.
- 22 Mayer TR, Solberg L, Seifert M, Cole P. After-hours telephone calls in private family practice. *J Fam Pract* 1983;7(2):327–32.
- 23 Christensen MB, Olesten F. Out-of-hours service in Denmark: evaluation five years after reform. *Br Med J* 1998;316:1502–5.
- 24 Hansen BL, Munck A. Out-of-hours service in Denmark: the effect of a structural change. *Br J Gen Pract* 1998;48(433):1497–9.
- 25 Hyrynkangas-Järvenpää P. Lääkärin puhelinneuvonta. *Universitatis Tamperensis* 733. Tampereen yliopisto 2000.
- 26 Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004. *FINLEX – Säädökset alkuperäisinä* 855/2004.
- 27 Sosiaali- ja terveysministeriö. Hoitoon pääsyn turvaaminen. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2004. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/2686/index.htm?template=print>
- 28 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. *FINLEX- Ajantasainen lainsäädäntö:178.1192/785.*
- 29 Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystalveta toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. Selvityksiä 2004:13. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2004. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/08/pr1092392722370/passthru.pdf>
- 30 Valtioneuvoston asetus N:o 1019 hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 25.11.2004. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/20040153.pdf>.
- 31 Hyrynkangas-Järvenpää, P. Porin kaupungin terveyskeskuksen päätöryveysaseman ensiapuyksikön sairaanhoitajien puhelinneuvonta. *Kunnallislääkäri* 2005;8:28–32.

Pirkko Hyrynkangas-Järvenpää

IT, yleislääkäri, puhelinlääkäri

Doctoradvice Oy

phj@netpl.fi

Perusterveydenhuolto-sarja

Mikko Kangas, Sami Lukkarinen,
Kaisa Nissinen-Paatsamala

Ratkaisevatko uudet yrittäjyyteen perustuvat toimintamallit perusterveydenhuoltomme tulevaisuuden?

Tärkein tieto

- ▶ Osa kunnallisista perusterveydenhuollon palveluista ostetaan yksityiseltä tai kunnalliselta sektorilta.
- ▶ Päivystyspalveluja alettiin ostaa jo viime vuosituhannen loppuvuosina. Tällä hetkellä ostetaan lukuisissa terveyskeskuksissa myös perinteisiä päiväaikaisia toimintoja, pääasiassa lääkärin vastaanottopalveluja.
- ▶ Lähes jokaisella paikkakunnalla, jossa palveluja on ostettu, on ollut pidempään jatkunut pula terveyskeskuksen lääkäreistä.
- ▶ Ostopalveluja tuottavat erityisesti työvoimaa vuokraavat firmat, osakkuuteen perustuvat palveluntuottajat sekä perusterveydenhuollon palvelukokonaisuuksien ylläpitämisestä huolehtivat alihankkijat.
- ▶ Koska terveyskeskustyön järjestämistavat laajenevat jatkuvasti, pitäisi puhtaan ammatinharjoittajalta ostettavan palvelun käytön olla myös mahdollista, jotta voitaisiin nähdä, löytyykö tällaiseen työhön tekijöitä ja toimiiko malli käytännössä.

Ostopalvelujen yleistyttyä palvelujen hankkijoiden osaaminen ja vaatimukset ovat vähitellen kehittyneet. Sekä palvelun laatu että palveluntuottajan luotettavuus ja ammattitaito ovat hintojen ohella merkittäviä tekijöitä ostoista päätettäessä.

Suorien terveydenhuollon ostopalvelujen lisäksi kunnat ja kuntayhtymät voisivat ainakin teoriassa käyttää myös palveluseteliä. Jossain määrin ostoja on tehty myös suoraan am-

matinharjoittajilta, mutta useimmissa tapauksissa näistä on syntynyt epäselvyyksiä palvelun tuottajan työoikeudellisesta asemasta. Palveluntuottajan ammatinharjoittajastatuksen ovat kyseenalaistaneet niin verottaja kuin Kuntien eläkevakuutus. Suomen Lääkäriliiton sekä STM:n selvitysmiehen Jorma Backin selvitysten mukaan Norjassa ja Tanskassa käyttöön otettu perusterveydenhuollon ammatinharjoittajamalli ei nykyisen työ- ja eläkelainsäädännön voimassa ollessa ole mahdollista Suomessa.

Ostopalvelut perusterveydenhuollossa

Tällä hetkellä Suomessa toimii lääkäripalveluja vuokraavia tai välittäviä firmoja toistakymmentä. Vuokrafirmojen lukumäärä on viime aikoina vähentynyt, mutta koot vastaavasti kasvaneet firmojen ostaessa toisiaan. Firmojen käyttö on kasvanut ja tuntuu kasvavan koko ajan. Vuokrafirmat huolehtivat jo melko vakiintuneesti päivystyspalvelujen tuottamisesta eri puolella Suomea. Esimerkiksi viikonloppuisin suurin osa kansalaisista on vuokrafirmojen päivystyspalvelujen piirissä. Vuokrafirmat ovat viime aikoina pyrkineet kysynnän ohjaamana suuntaamaan toimintaansa kohti pidempikestoisia sopimuksia ja suurempia perusterveydenhuollon palvelukokonaisuuksia. Esimerkiksi Lahdessa, Joensuuissa, Mikkelissä, Kuusankoskella ja viimeksi Kouvolassa on ulkoistettu kokonaisia terveysasemia lääkäripalveluja tuottaville yksityisille yrityksille.

Juridisesti vuokrafirmojen toiminta perustuu palvelun tuottajayhtiön ja palvelun käyttäjän keskinäiseen sopimukseen vuokrafirmaan työsuhteessa olevan lääkärin työskentelystä palvelun käyttäjän osoittamissa tehtävissä. Vuokralääkäri ei tee työ- tai muutakaan sopimusta palvelun käyttäjän kanssa, vaan hänen työntekovelvollisuutensa perustuu vuok-

rafirman kanssa tehtyyn työsopimukseen.

Terveydenhuollon palvelujen tuottajina toimii tällä hetkellä myös lääkäri työvoimaa tarjoavia osakeyhtiöitä, joissa työn suorittajat ovat samalla yhtiön osakkeenomistajia. Palveluntuottajat pitävät osakkuusmallin yhtenä tärkeimpänä ominaisuutena sen tarjoamaa mahdollisuutta verosuunnitteluun. Sisällöllisesti osakkuuteen perustuvien palveluntuottajien toiminta ei ainakaan tällä hetkellä poikkea merkittävästi vuokrafirmojen toiminnasta.

Vuokralääkäripalveluntuotanto ja ostopalvelutoiminta yleisemminkin ovat yksittäisissä kunnissa mahdollistaneet muuttuneissa olosuhteissa lääkäripalvelujen jatkuvan saannin. Aiempaa pidemmät ostopalvelusopimukset ja toisaalta vuokrafirmojen pyrkimys sitouttaa työvoimaa vakiintuneempiin palvelussuhteisiin luovat aiempaa paremmat mahdollisuudet huolehtia potilaiden hoidon jatkuvuudesta. Toisaalta vuokrafirmojen on entistä enemmän otettava myös työntekijöiden edut huomioon pitkien toimeksiantojen aikana. Tutkittua tietoa palvelujen onnistumisesta ei vielä ole, mutta paikkakunnilta saatujen tietojen mukaan palveluihin on yleensä oltu tyytyväisiä, ainakin palvelujen saatavuuden parantumiseen.

Norjan ja Tanskan ammatinharjoittajamalli

Norjan perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa koskeva uudistus (fastlegeordning i kommunene, FLO) tuli voimaan paikallisen sosiaali- ja terveysministeriön määräyksellä 1.6.2001. Järjestelmän pääperiaatteena on se, että norjalaiset voivat oman valintansa mukaan listautua yksittäisen yleislääkäripraktiikkaa harjoittavan lääkärin potilaaksi. Lääkärin valinta ei ole sidottu asuinkuntaan tai muuhun maantieteelliseen seikkaan.

Norjan perusterveydenhuollon järjestelmässä lääkärit työskentelevät sikäläisen lainsäädännön mukaan itsenäisinä yrittäjinä. Lääkärit ovat sopimussuhteessa asianomaiseen kuntaan. Toimeksiantosopimuksissa määritellään lääkärin saavutettavuusajat, tilojen ja laitteiden vaatimukset, mahdolliset päivitysvelvoitteet jne. Yleislääkäripraktiikkaa harjoittava lääkäri voi olla myös kokonaan tai osittain työsuhdetta vastaavassa palvelussuhteessa kuntaan.

Lääkärin työ määrä ja työtehtävien laatu määräytyvät potilaslistan mukaan. Listalla voi olla kerrallaan enintään 2 500 potilasta. Lääkäri määrittelee lähtökohtaisesti itse potilaslistan koon. Käytännössä listat ovat olleet kooltaan selvästi alle 1 500 potilasta, ja viime aikoina Norjasta on kuulunut, että lääkärit pyrkivät vielä pienempiin listoihin. Lääkäri ei voi valita yksittäisiä potilaita. Palveluntuotannosta perityt palkkiot määräytyvät kansallisesti vahvistetun yhtenäisen taksan mukaan. Palkkiohinnoitteluneuvottelut käydään valtion, kuntien keskusjärjestön ja Norjan Lääkäriliiton välillä. Kiinteän ja suoritusperusteisen palkkion keskinäinen suhde on 30/70.

Norjan järjestelmässä ammatinharjoittajilla ei ole aitoa yrittäjäriskiä siinä mielessä kuin oikeuskäytäntö Suomessa asiaa tulkitsee. Kunnilla on myös laajahko valta ohjata ja valvoa lääkärin työtä, minkä lisäksi lääkäri on velvollinen huolehtimaan tietyistä kunnan osoittamista lisävastuista.

Tanskan ammatinharjoittajamalli vastaa pääperiaatteiltaan

Norjan mallia. Tanskassa maakunnat myöntävät yleislääkärille luvan harjoittaa sairausvakuutusjärjestelmän mukaista yleislääkäritoimintaa. Yleislääkärit ovat myös Tanskan lainsäädännön mukaan itsenäisiä ammatinharjoittajia. Heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan sovitaan keskitetysti ja valtakunnallisesti sairausvakuutuksen neuvottelukunnan ja praktiikkaa harjoittavien lääkärin organisaation välillä.

Suomessa ammatinharjoittajamalli ei olisi mahdollinen norjalaisessa muodossa voimassa olevan lainsäädännön perusteella, vaan yrittäjät katsottaisiin ja on katsottu vastavissa olosuhteissa työntekijöiksi.

Millainen ammatinharjoittajamalli sopisi Suomeen?

Terveyskeskustyön järjestämistavat ovat jo nyt hyvin laajoja, eikä tätä kehitystä enää mikään pysäytä. Näitä tapoja pitäisi tutkia puolueettomasti niin kuntalaisten, varsinaisen työn tekijöiden kuin myös maksajien kannalta. Vasta tämän jälkeen voitaisiin arvioida, onko mahdollista painottaa yksittäistä mallia jonkinlaisena perusmallina.

Varmasti vielä hyvin pitkään suurin osa palveluista tuotetaan palvelussuhteessa joko suoraan kunnalliseen työnantajaan tai sitten muuhun työn järjestämisestä vastaavaan työnantajaan. Monissa selvityksissä on todettu, että yrittäjämäinen työote tulisi saada aiempaa enemmän osaksi terveydenhuollon palvelujen toteutusta, myös lääkärin työssä. Tämän vuoksi lainsäädännölliset esteet pitäisi saada poistetuksi niin, että kunta voisi ostaa palveluja suoraan ammatinharjoittajalääkäriltä kuten Norjassa ja Tanskassa.

Tarvittavien lainsäädäntömuutosten tulisi mahdollistaa hyvin monimuotoinen ammatinharjoittajuus ja erilaiset toimeksiantosopimukset. Ei vain sellaisia, joiden mukaan lääkäri toimisi omissa tiloissaan ja laitteillaan ja palkkaamiansa avustajien tuella. Myös olemassa olevien rakenteiden ja henkilöstön käyttö tulisi olla mahdollista.

Kaikki toiminta perustuisi ammatinharjoittajan ja kunnan väliseen toimeksiantosopimukseen, jossa sovittaisiin molemminpuolisista velvollisuuksista ja toimeksiannon ehdoista. Tuotettaessa perinteisiä terveyskeskuslääkärin palveluja pohjana olisi omalääkärijärjestelmän kaltainen lista-lääkärijärjestelmä, jossa kuitenkin potilailla olisi vapaus valita oma lääkäriinsä. Lääkäri sitoutuisi hoitamaan listallaan olevat asukkaat kansallisten hoitoon pääsyä koskevien suositusten mukaisissa ajoissa. Toiminta voisi tapahtua joko lääkärin omissa tiloissa, lääkäriasemilla tai kunnan tiloissa, jolloin lääkäri maksaisi vuokraa tiloista sopimuksessa sovitun mukaisesti.

Sopimuksella sovittaisiin myös siitä, että perinteinen potilasvastaanotto työ olisi selvä painopistealue ja siihen olisi käytettävissä riittävästi aikaa. Siis samaan tapaan kuin Norjassa, jossa lääkäri tuottaa niin sanottuja muita palveluja noin yhden päivän viikossa. Näin pystyttäisiin hoitamaan myös kunnan velvollisuutena olevat kansanterveyslain mukaiset muut tehtävät.

Korvauksista ammatinharjoittaja ja kunta sopisivat keskenään mahdollisesti esimerkiksi keskitetysti tehtyjen puite-sopimusten mukaan. Korvausten suuruus olisi luonnollisesti kiinni siitä, miten toiminta on järjestetty. Se, tuottaisiko

lääkäri tai lääkärin toimintayksikkö kaikki palvelut (muun muassa laboratorio- ja röntgenpalvelut) itse vai voisiko hän käyttää kunnan palveluja, kuten työsuhteiset terveyskeskuslääkärit, vaikuttaisi luonnollisesti korvausten määrään.

Sopimusten pitäisi olla suhteellisen pitkiä, jotta hoitosuhteen jatkuvuus olisi taattu. Sopimukseen sisältyisivät määräykset siitä, että lääkäri olisi itsenäinen ammatinharjoittaja, joka vastaisi omista eläke- ja muista vastaavista maksuistaan. Edelleen sopimukseen tulisi sisällyttää määräykset siitä, miten lääkärin lomien ja muiden poissaolojen aikana toimitaan. Kuka vastaa ”sijaisten” hankkimisesta jne.

Ammatinharjoittajalääkärinä voisi toimia pääsääntöisesti vain yleislääketieteen erikoislääkäri, jolle kuntalaiset listautuisivat perusmallin mukaan. Listautumisalue voisi olla suu-remppikin, mikäli kunnat siitä keskenään sopisivat tai mikäli kuntarakenteen mahdolliset tulossa olevat muutokset tekisivät sen mahdolliseksi.

Ammatinharjoittajamallin lainsäädännölliset esteet

Yrittäjätöiden ominaispiirteitä voidaan erottaa tuomioistuinten ja eri viranomaisten käytännöistä. Näitä ominaisuuksia ovat muun muassa työn suorittajan työskentely omissa tai vuokraamissaan tiloissa omia työvälineitään käyttäen, asiakaskunnan vapaa valikoituminen ja toimeksiantajien suurehko lukumäärä sekä yrittäjäriski. Mitä pienempi tappionriski työn suorittajalla on, sitä todennäköisemmin kyseessä on palvelussuhde.

Työ-, eläke- ja sosiaalivakuutuslainsäädäntö rajoittavat merkittävästi tällä hetkellä ammatinharjoittajamallin käyttöönottoa. Tämä johtuu erityisesti työlainsäädännön ”pakko-sovellettavuuden periaatteesta”. Periaatteen mukaisesti työ-, eläke- ja sosiaalivakuutuslainsäädäntöä on sovellettava aina,

kun palvelussuhteen tunnusmerkit täyttyvät. Soveltaminen on riippumatonta esimerkiksi oikeussuhteen osapuolten yhteisestä näkemyksestä. Ammatinharjoittajan työskentely terveyskeskuksen tiloissa katsotaan nykyisin erittäin todennäköisesti palvelussuhteiseksi työksi, erityisesti, jos ammatinharjoittajan toimeksiantajien lukumäärä on vähäinen. Ammatinharjoittajamallin toteuttamiseksi tarvittaisiin erityisiä poikkeussäädöksiä, joilla poikettaisiin pakko-sovellettavuuden periaatteesta. Tällöin kunnan ja yksittäisen lääkärin välisellä sopimuksella voitaisiin sopia, että lääkäri hoitaisi potilaita olematta työ- tai virkasuhteessa kuntaan.

Lopuksi

Terveyskeskustyön järjestämistapojen laajentuessa jatkuvasti pitäisi puhtaan ammatinharjoittajalta ostettavan palvelun käytön olla myös mahdollista, jotta voitaisiin nähdä, löytykö tällaiseen työhön tekijöitä ja toimiiko malli käytännössä.

Mikko Kangas

LL, neuvottelupäällikkö
Suomen Lääkäriliitto

Sami Lukkarinen

OTK, toiminnanjohtaja
Lääkäripalveluyritysten yhdistys ry.

Kaisa Nissinen-Paatsamala

ylilääkäri
Turun terveyskeskus, läntinen alue

Miten yhdistetty perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido toimii – esimerkkinä Forssan malli

Tärkein tieto

- › Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (FSTKY) perustettiin vuonna 2001 yhdistämällä terveyskeskus-kuntayhtymä ja Lounais-Hämeen aluesairaala.
- › Yhdistymisen tavoitteena oli lisätä terveydenhuollon ohjausmahdollisuutta ja parantaa kustannusten hallintaa. Myös paikallisen päätäntävällän säilyttämistä pidettiin tärkeänä.
- › FSTKY vastaa viiden kunnan 36 000 asukkaan perusterveydenhuollosta ja perustason erikoissairaanhoidosta, vaativan erikoissairaanhoidon tilaamisesta sekä eräistä sosiaalitoimen erityispalveluista.
- › Kaikissa jäsenkunnissa on terveysasema lähipalveluineen. Erityispalvelut on keskitetty Forssaan. Kuntien kanssa tehdään vuosittain kiinteähintaiset palvelusopimukset.
- › FSTKY pystyy tuottamaan omana toimintanaan 80 % terveydenhuollon palveluista ja 20 % ostetaan ulkopuolelta.
- › Kokemukset yhdistymisestä ovat positiivisia.

FSTKY on osallistunut terveydenhuollon tuotekehittelyyn ja ollut mukana seudullisessa poikkihallinnollisessa hyvinvointipolitiikan edistämässä (1). Viiden toimintavuoden aikana perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä on pystytty parantamaan, luomaan uusi mielenterveytyön vastuualue ja osallistumaan useisiin kehittämishankkeisiin. Koko organisaation yhteinen sähköinen terveystietokanta on tästä yksi esimerkki. Kuntayhtymän käyttötalous on 50 miljoonaa euroa 2006, ja se työllistää noin 630 työntekijää.

Tarpeet toiminnan kehittämiseen ovat edelleen suuret esimerkiksi vanhustenhuollossa tai organisaation kehittämisessä ajanmukaiseksi (2). Toimintamalli sopii hyvin aluesairaalapaikkakunnille, mutta mahdollisesti myös laajemmille alueille. Toiminnassamme olemme törmänneet suomalaista hyvinvointipolitiikkaa säätelevään pirstaleiseen lainsäädäntöön, joka jossain määrin on enemmän järjestelmä- ja ammattikunta-kohtainen kuin kansalaisten oikeuksien tai etujen näkökulman sisältävä. Seudullisen kokonaisvaltaisen terveystietokannan ja palvelujen toteuttamiseksi lainsäädäntöä tulisikin uudistaa nopeasti ja yksinkertaistaa. Tätä edellyttäisi myös meneillään olevan kunta- ja palvelurakennemuutoksen onnistuminen.

FSTKY:n taustaa

Ensimmäiset selvitykset Lounais-Hämeen kansanterveys-työn kuntayhtymän ja Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin kuuluneen Lounais-Hämeen aluesairaalan yhdistymisestä tehtiin muutama vuosi erikoissairaanhoidon voimaantumisen jälkeen vuonna 1993. Tuolloin ei yhdistymiselle löydetty riittäviä perusteita. Selvitystyö kuitenkin sysäsi kaikkien sairaanhoidollisten palveluiden, kuten laboratorion, fysioterapian ja radiologian, yhdistämisen liikkeelle. Vuoteen 2000 mennessä myös kaikki muut tukipalvelut oli yhdistetty.

Vuonna 1998 Forssan seudun neuvottelukunta käsitteli yhdistämisasiä uudelleen, ja kuntien yksimielisellä päätöksellä päädyttiin hallinnolliseen yhdistymiseen 1.1.2001. Juridisesti aluesairaala liittyi terveyskeskuskuntayhtymään, ja Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä aloitti toimintansa. Vaikka sairaanhoitopiiri suhtautuikin lausunnossaan kielteisesti tähän yhdistymiseen, yhteistyö sairaanhoitopiiriin kanssa on sujunut kitkattomasti tämän jälkeen. Esimerkiksi merkittävästä omaisuuden myynnistä ei syntynyt

ongelmia. Kuntayhtymän jäsenkunnat ovat edelleen sairaanhoitopiirin jäseniä. Esimerkki tehtävästä yhteistyöstä on yhteinen neurologin virka.

Yhdistymisen tavoitteet

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistämisen tavoitteena oli lisätä alueellista koordinaointia ja yhteistyötä terveydenhuollon palveluiden tuottamiseksi. Myös lähipalvelut haluttiin turvata. Lähipalveluiksi määriteltiin lääkäri- ja sairaanhoitajien vastaanotot, neuvoloiden terveydenedistämistyö ja suun terveydenhuolto. Erityisiksi tavoitteiksi asetettiin terveydenhuollon kustannusten hallinta ja kokonaisvaltaisen tarkastelunäkökulman saaminen alueen palvelujärjestelmään. Alueellisen terveydenhuoltojärjestelmän avulla haluttiin kehittää myös yhteistyötä seudun kuntien sosiaalitoimien kanssa, jotka pääasiassa vastaavat esimerkiksi vanhusten koti- ja laitoshoidosta. Paikallisen päätöksenteon säilyttäminen nähtiin tärkeäksi ja näin päädyttiin normaaliin kuntayhtymämalliin.

Forssan malli

Forssan malli tarkoittaa viiden kunnan muodostamaa terveydenhuoltoaluetta, joka muodostaa kuntayhtymän. Jäsenkunnat ovat Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä (kuvio 1). Vastaava terveystalouden tuottamismalli tuotiin esille myös kansallisessa terveyshankkeessa yhtenä vaihtoehtona aluesairaaloitten ja perustason erikoissairaanhoidon kehittämiseksi (3). Tosin malli oli jo silloin Forssassa toiminnassa.

FSTKY vastaa noin 36 000 asukkaan perusterveydenhuollon ja perustason erikoissairaanhoidon palveluiden tuotta-

misesta ja vaativan erikoissairaanhoidon tilaamisesta. Ympäristöterveydenhuolto on merkittävä toiminta-alue, mikä vaatii myös paljon yhtymähallituksen päätöksiä. Kuntayhtymä vastaa myös eräistä sosiaalitoimen erityispalveluista kuten perheneuvolasta ja A-klinikasta. FSTKY on pääosin järjestänyt seudullisesti perusopetuslain mukaisen psykososiaalisen oppilashuollon, eli koulukuraattori- ja -psykologitoiminnan.

Forssan malli perustuu yksijohtajajärjestelmään. Kuntayhtymä jakautuu kuuteen vastuualueeseen: perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon, mielenterveyspalveluihin, sairaanhoidollisiin palveluihin, hoitopalveluihin ja tukipalveluihin. Hoitotyön vastuualueen henkilöstö on kokonaisuudessaan hoitotyön johdon alaisuudessa. Kuntayhtymä on myös ollut aktiivisesti mukana poikkihallinnollisen hyvinvointipolitiikan edistämiseksi vastaten aluekeskusohjelman yhteydessä tuotetun hyvinvointi- ja turvallisuusstrategian tekemisestä (1).

Forssan mallissa on pystytty hyödyntämään tehokkaasti informaatioteknologiaa. Seudulla on yhteinen sähköinen terveys- ja sairauskertomus koko terveydenhuollossa ja vanhusten avo- sekä laitoshoidossa. Tämä järjestelmä on mahdollistanut sähköiset läheteet ja konsultaatiot sekä helpottanut puhelinkonsultaatioita. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö on myös helpottunut. Samalla järjestelmä on poistanut jo välillä ikuisuusongelmaltakin tuntuneen epäkriisien puuttumisen. Myös sähköisessä muodossa olevat yhteiset alueelliset hoito-ohjelmat vastaavat kysymykseen, miten valtakunnalliset hoitosuosituksot Forssan seudulla pannaan käytäntöön.

Mitä on tehty viidessä vuodessa?

Kuntayhtymälle laadittiin liikkeenjohdon mentoroinnin avulla strategia, jonka kuntayhtymän valtuusto hyväksyi (4). Suuri osa henkilöstöstä osallistui aktiivisesti strategiatyökentelyyn. Kuntayhtymän strategisena tavoitteena on olla vuonna 2010 terveydenhuoltoalueiden huippua. Tavoitteeseen pääsemiseksi strategia keskittyy terveydenhuollon ydinpalveluiden kehittämiseen. Strategiaa toteutetaan muun muassa erilaisten kehittämishankkeiden avulla, joita tällä hetkellä on valmistunut tai menossa noin 30.

Strategian mukaisesti toiminta painottuu avopalveluihin, elektiiiviseen toimintaan ja päiväkirurgiaan. Operatiivinen päivystys ja synnytystoiminta on lopetettu. Ympäri vuorokautinen yleislääkäripäivystys, myös hammaslääkäripäivystys, on keskitetty sairaalan poliklinikalle. Sairaalan ympärivuorokautinen, senioripäivystyksellä vahvistettu toiminta vastaa suurelta osin vanhusten konservatiiviseen perustason erikoissairaanhoidon palvelutarpeeseen. Vanhustenhuollon kasvaviin palvelutarpeisiin vastaaminen tulee olemaan erityisen haastavaa Forssan seudulla. Osaltaan tähän voitaisiin vastata kotisairaalan järjestämällä palveluilla ja näin vähentää erikoissairaanhoidon hoitopäiviä ja sairaalaan sisäänkirjoitautumisia.

Mielenterveydestä on muodostettu oma vastuualueensa. Vastuualue sisältää aikuispsykiatrian, lasten- ja nuorisopsykiatrian, päihdehuollon, perheneuvolan, seudullisen psykososiaalisen oppilashuollon ja mielenterveyden muut perus-

Kuvio 1.

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Kuntayhtymän omistajakuntien Forssan, Humppilan, Jokioisten, Tammelan ja Ypäjän väestöpohja on 36 000 asukasta.



palvelut, kuten terveystieteiden psykologien ja puheterapeuttien palvelut. Vastuualue muodostaa yhtenäisen kokonaisuuden, joka mahdollistaa julkisten mielenterveyspalveluiden kokonaisvaltaisen suunnittelun ja yhteistyön. Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut vastaavanlaisten palvelukokonaisuuksien muodostamisen painopistealueeksi (5) ja myöntänyt vastaaviin hankkeisiin rahoitusta kansallisesta terveys-hankkeesta.

Kuntalaisten hyvinvointi ja turvallisuus on asetettu yhdeksi seudun strategian painopistealueeksi (1). Psykososiaalisten ongelmien ennaltaehkäisy on keskeistä, sillä Forssan seutu on käynyt läpi vaikean rakennemuutoksen 1990-luvun alun lamasta nykypäivään. Mielenterveystyön vastuualueen luomisen lisäksi kuntayhtymä hallinnoi laajaa seudullista oppilashuollon kehittämishanketta. Hanke koskettaa erityisesti lasten ja nuorten ennaltaehkäiseviä mielenterveyspalveluita.

Näyttäisi siltä, että FSTKY:n kaltainen organisaatio onkin oivallinen ja kokonaisvaltainen toimija ja terveydenhuollon edustaja kunnallisen hyvinvointipolitiikan edistämiseksi. Terveystieteiden seudullisena kokonaisvaltaisena järjestelmänä ja terveyden asiantuntijaorganisaationa antaakin erityistä painoarvoa kunnalliseen hyvinvointipolitiikkaan ja hyvinvoinnin edistämiseen (6,7). Viimeisen kuntapalvelututkimuksen (8) mukaan asukkaiden turvallisuuden tunne on Forssassa parantunut merkittävästi viimeisten neljän vuoden aikana, vaikka tekemistä vielä riittääkin.

Tukipalveluita ei katsota terveydenhuollon ydintoiminnoiksi. Ne pyritäänkin järjestämään yhdessä jäsenkuntien kanssa tai niiden toimesta. Yhteinen ruokahuollon liikelaitos aloitti 2006. Sairaanhoidollisissa tukipalveluissa, kuten radiologisissa palveluissa ja laboratoriopalveluissa, joissa molemmissa kuntayhtymällä on vain yksi tuotantoyksikkö, pyrimme kumppanuuteen perustuvaan yhteistyöhön sairaanhoitopiirin kanssa. Digitalisoitu kuva-arkisto on yhteinen sairaanhoitopiirin kanssa. Laboratorion ja radiologian palveluihin liittyvä liikelaitosajattelu tuntuu vieraalta, koska liikelaitoksen ansaintalogiikka yleensä perustuu tuotannon kasvattamiseen ja tuloksen tekemiseen. Tehokkuuskannusteista tulee myös helposti keinotekoisia. Sen sijaan ajatella, että jatkuva kliininen yhteistyö ja koulutus diagnostisten testien ja tutkimusten vähentämiseksi johtaa asetettuihin kansallisiin säästötavoitteisiin. Tukipalveluista lääkahuolto ja muu hankintatoimi perustuvat laajaan yhteistoi-

mintaan erityisvastuualueella.

Terveydenhuoltoalueen yksi haaste on osaamisen johtaminen. Toimintaympäristö asettaa omat haasteensa sekä ammatilliselle että johtamisosaamiselle. Terveystieteiden henkilöstöä myös eläköityy runsaasti lähitulevaisuudessa. Kuntayhtymässä on laaja hanke, jonka tavoitteena on osaltaan taata strategian mukaisen osaamisen löytyminen, täydennyskoulutuksen suunnitelmallisuus ja ydinosaamisen turvaavat sisällöt sekä johtamisosaaminen.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa on tehty aiesopimus, jonka mukaisesti terveydenhuoltoalue on verkostoitunut suoraan yliopistolliseen sairaalaan. Sopimus mahdollistaa muun muassa uusia avohoitopalveluita lähipalveluperiaatteella. Näin ollen palvelut liikkuvat, ei aina potilas. Toiminta on alkanut urologiasta ja alkaa mahdollisesti muissakin avohoitopalveluissa. Sopimuksella on myös suuri merkitys terveydenhuoltoalueen ja yliopiston yhteyksien parantajana. Kuntayhtymän eri yksiköitä niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin voidaan käyttää lääkäreiden ja muun henkilöstön perus- ja jatkokoulutuspaikkana, ja toisaalta kuntayhtymän henkilöstö pääsee myös osalliseksi yliopistosairaalan järjestämästä koulutuksesta.

Sopimusohjausjärjestelmä

Jäsenkuntien kaikki terveydenhuoltomenot, sairaanhoitopiirin jäsenmaksua lukuun ottamatta, kulkevat kuntayhtymän kautta. Kuntien kanssa tehdään vuosittain kiinteähintainen kokonaissopimus. Jälkilaskutusmahdollisuutta ei ole, ja sopimuksen muutoksesta on neuvoteltava etukäteen. Neljän vuoden aikana sopimuksia ei ole tarvinnut muuttaa, mutta alkuvuosina kuntayhtymän budjetin suunnitteluvaikueudesta johtuen kuntayhtymä on kerran alentanut peruspääomaansa. Vuosi 2004 ja 2005 ovat ylijäämäisiä (9). Vuosi 2006 on nollatulot.

Sopimusohjausjärjestelmässä jäsenkunnan seuraavan vuoden sopimuksen hinta määräytyy siinä suhteessa, miten kunnat ovat käyttäneet palveluitamme edeltävien 2,5 vuoden aikana hinnaston mukaan. Vastaava järjestelmä on käytössä myös sairaanhoitopiirin tasolla.

Alueellisesti järjestetty palvelujärjestelmä ja sen ohjaus sekä edellä kuvattu sopimusohjausjärjestelmä ovat saaneet aikaan myös taloudellisia vaikutuksia. Jäsenkuntien ikä- ja tarvevakioidut terveydenhuollon ja sosiaalitoimen laitoshoi-

Taulukko 1.

Jäsenkuntien ikä- ja tarvevakioidut terveydenhuollon ja vanhusten laitoshoidon menot yhteensä vuosina 2000–2003.

	Tarvevakioidut menot, indeksi				Nettomenot euroa/asukas 2003
	2000	2001	2002	2003	
Forssa	95	91	90	89	1 282
Humppila	92	88	86	92	1 314
Jokioinen	97	89	87	90	1 138
Tammela	95	91	88	85	1 196
Ypäjä	82	77	73	70	1 108

Indeksi, koko maa = 100

don menot ovat alentuneet tasaisesti FSTKY:n toiminta-aikana. Menot ovat kaikissa jäsenkunnissa maan keskiarvoa alemmat (taulukko 1).

Mitä Forssassa on opittu – sopiiko malli muualle?

Terveyspalveluiden tuotantoa suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon, että jako perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon on käytännön työssä veteen piirretty viiva. Eri puolilla Suomea samoja tutkimuksia ja hoitoja voidaan toteuttaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestelmissä paikallisista olosuhteista riippuen. Se mitä keskitetään tai hajautetaan, riippuu osaltaan myös olosuhteista, osaamisesta, kulttuurista, paikallisista rakenteista ja väestön tarpeista. Palvelujen järjestämisen tuleekin perustua väestön tarpeiden selvittämiseen. Forssan seudun väestön tarpeita on selvitetty viimeksi vuonna 2005 (10).

Vaativan ja erityistason erikoissairaanhoidon keskittäminen on perusteltua. Sen sijaan perustason erikoissairaanhoidon palveluita tulisi saada lähipalveluna. Voidaan myös pohdita sitä, pitääkö potilaiden siirtyä palveluiden perässä ja sukuloida eri järjestelmien välillä, vai voidaanko palvelut järjestää lähelle potilaita. Sekä perusterveydenhuollon että perustason erikoissairaanhoidon tuottamia terveyspalveluita käyttävät yhä enemmän lapsiperheet, iäkkäät ja niin sanottua suurta ikäluokkaa edustava väestö. Väestön terveyspalvelutarpeiden näkökulmasta tarkasteltuna useammin käytettävät terveyspalvelut tarvitaan lähipalveluna. Sen sijaan harvemmin ja vain osaa väestöä koskevat vaativan erikoissairaanhoidon tuottamat palvelut voidaan tuottaa kauempanakin.

Suomessa on aluesairaaloiden infrastruktuuriin investoitu menneinä vuosina, eikä näiden purkaminen tunnu mielekkäältä. Henkilöstötilanne on yleensä hyvä, ja henkilökunta on erittäin kokenutta. Pitkälle erikoistuvat koulutusohjelmat saattavat saada aikaan kuitenkin sen, että terveydenhuoltoalueiden osaamistarpeet eivät täyty. Esimerkiksi erikoislääkärinkoulutuksen uudistukset erityisesti sisätautien ja kirurgian eri osa-alueilla ovat johtamassa yleisosaajien loppumiseen näillä erikoisaloilla. Tämän seurauksena erikoissairaanhoidon joudutaan pakostakin keskittämään isoihin osaamiskeskukseen. Voidaan myös pohdita sitä, mitä hyötyä saadaan siitä, että tavalliset perustason erikoissairaanhoidon kuuluvat hoidot ja toimenpiteet keskitettäisiin erityisosaajille muutama isoon organisaatioon. Perustason erikoissairaanhoidon keskittäminen ei välttämättä tuo säästöjä terveydenhuoltoon, pikemminkin voi käydä päinvastoin ja jopa niin, että julkiselta sektorilta näivetty koko perustason erikoissairaanhoidon osaaminen. Onko eri ammattikuntien koulutukseen liittyvä koulutuspolitiikka ohjaamassa terveyspalvelujen järjestämistapaa enemmän kuin väestön terveydentila ja terveyspalvelutarpeet?

Suppea erikoistuminen ja erityisosaaminen nostavat varmasti hoidon laatua eri osa-alueilla vertikaalisesti, mutta tapahtuuko samalla horisontaalisen tason lasku ja unohtuuko kansanterveysystyö? Terveydenhuoltoalueen palvelujärjestelmän käynnistymisen jälkeen on selkeästi havaittavissa, että toimiva palvelujärjestelmä ja erityisesti perusterveydenhuollon lääkärit tarvitsevat sitoutunutta ja paikalliset käytän-

nöt ja hoitoketjut tuntevia osaajia erikoissairaanhoidosta. Etuna on, jos molemmat ovat yhteisen terveystietomuksen ääressä. Konsultointi voi vaikeutua huomattavasti, jos erikoissairaanhoidon keskittyä liiaksi.

Mitä tulevaisuudessa?

Forssan seudulla toteutettu terveydenhuoltomalli on jo nyt osoittautunut toimivaksi. Se pystyy aikaisempaa paremmin vastaamaan kokonaisvaltaisesti terveydenhuollon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista, mutta myös kustannuksista. Sillä on myös todellista mahdollisuutta vaikuttaa poikihallinnolliseen ennaltaehkäisevään työhön ja jopa korostaa siinä terveydenhuollon toimintamahdollisuuksia (11).

Suomessa neljännes erikoissairaanhoidon palveluista tuotetaan aluesairaaloilla. FSTKY pystyy tuottamaan omana toimintanaan 80 % terveydenhuollon palveluista ja 20 % ostetaan ulkopuolelta. Kuntayhtymän ulkopuolelta ostettaviin palveluihin, kuten vaativan erikoissairaanhoidon palveluiden ostoon, kuluu noin 30 % budjetista. Kuntayhtymä toimii sekä tilaajana että tuottajana. Joillekin tämä on ”epäpyhä allianssi.” Toisaalta puhdasta tilaaja-tuottajamallia on vaikea rakentaa, ja se saattaa olla keinotekoinen. Kansalaisilla on kuitenkin lakiin kirjattu subjektiivinen oikeus palveluihin, joten tilaaja ei voi tällä hetkellä tarkasti määrittellä tilauksensa suuruutta tai vaatimustasoa.

Tulevaisuudessa suurimmat terveyspalveluiden tarvitsijat ovat lapsiperheitä, syrjäytymisuhan alla olevia nuoria, mielenterveyspotilaita, suurten ikäluokkien edustajia ja enenevässä määrin vanhuksia (11). Palvelutarpeet kohdistuvat erityisesti sosiaalitoimeen ja terveydenhuollon osalta perusterveydenhuoltoon ja perustason erikoissairaanhoidon. Näistä palveluista valtaosa on järjestettävissä lähipalveluperiaatteella, ja näissä järjestelmissä palvelut tulevat myös hoidettaviksi. Vaativan erikoissairaanhoidon tarpeet ovat vähäisempiä, ja siten hoidettavissa osaamiskesköksissä. Sairaankuljetuksen merkitystä on yllättävän vähän pohdittu palvelujärjestelmän kehittämisessä.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus herättää keskustelua juuri tällä hetkellä. Forssan malli sopii oikeastaan kaikkiin esitettyihin vaihtoehtoihin joko sellaisenaan tai alueellisenä toimintayksikkönä. Aluekunta mahdollisesti varmaan joutuisi järjestämään palvelunsa jollakin tavoin seudullisesti organisoituna. Forssan mallin kaltainen järjestelmä pystyisi pääosin toteuttamaan seudulliset terveyspalvelut vaativan erikoissairaanhoidon jäädessä aluekunnalle tai jopa niiden yhteenliittymille.

Ministeriön sosiaali- ja terveystieteiden (12) on esitetty FSTKY:n kaltaista alueellista terveyspalvelujärjestelmää. Tämä järjestämistapa vaatisi myös seudullisia sosiaalitoimen ratkaisuja. Peruskuntamalli edellyttää riittävää asukaspohjaa. FSTKY:n jäsenkuntien asukasmäärä on noin 36 000. Tältä osin jäsenkuntien yhdistyminen täyttäisi kuntakoolle asetetun kokonaistavoitteen. FSTKY:n palvelutuotanto ja tilaajatoiminta olisivat normaali osa peruskunnan toimintaa, ja siitä päättäisivät suoraan vaaleilla valitut peruskunnan valtuutetut. Samalla olisi yksi kuntayhtymä vähemmän.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta huolimatta tervey-

denhuollon uudistuksia kannattaa ja tulee jatkaa. Viiden toimintavuoden kuluessa ei ole tullut esille mitään sellaista, minkä vuoksi tehtyjä ratkaisuja pitäisi katua. Asukasohjaa voidaan pitää kuitenkin ehdottomana miniminä tämäntyyppiselle terveydenhuoltoalueelle.

Forssan malli vastaa hyvin suomalaisen terveyspolitiikan linjauksiin (6,7,13). Toisaalta, voimassa oleva sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö asettaa rajoituksia palvelujärjestelmälle ja osin sen innovatiiviselle kehittämiselle. Esimerkiksi kansanterveyslaista, erikoissairaanhoidolaista, mielen-terveyslaista, sosiaalihuoltolaista ja erityishuoltolaista voitaisiin koota sellaiset toiminnalliset velvoitteet ja tavoitteet, joista kunta tai valtio vastaa. Rakenteiden, järjestämistavan ja ammattikunta-kohtaisten asioiden yksityiskohtainen tarkastelu ei ole niin keskeistä kuin olisi säätää erikseen lain tasolla kansalaisten oikeuksista ja velvollisuuksista.

Kirjallisuutta

- 1 Forssan seudun hyvinvointi- ja turvallisuusstrategia vuoteen 2010. Forssan seudun aluekeskusohjelma. Forssan Seudun Kehittämiskeskuksen julkaisuja 1/2004. Forssa: Forssan Kirjapaino Oy 2004.
- 2 Pekurinen M, Junnila M, Idänpään-Heikkilä U. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän ulkoinen arviointi. Stakesin kehittämishankkeita 32/2002. Helsinki: Stakesin monistamo 2002.
- 3 Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Esitteitä 6/2002. Helsinki 2002.
- 4 Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän strategia 2004–2010. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Forssa: Painotalo Auranen Oy 2003.
- 5 Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden kriteereistä ja painoalueista. Helsinki: Suomen säädöskokoelma 2005/804.
- 6 Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 4/2001. Helsinki: Edita Prima Oy 2001.
- 7 Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisuja 20/2003. Helsinki: Edita Prima Oy.
- 8 Kaupunki- ja kuntapalvelut. Saatavana: <http://www.kunnat.net>. Efeko: 2005.
- 9 Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Taloussuunnitelmat ja toimintakertomukset vuosilta 2001–2004.
- 10 Kukkola S, Erhola M, Poussa T, Kinnunen R, Arvio P, Kekki P. Kanta-Hämeen väestön arviot terveyspalveluistaan ja niiden kehittämisestä. Hämeenlinna: Sosiaalikehitys Oy 2005.
- 11 Järvelin J. Health care systems in transition. European Observatory of Health Care Systems vol 4, no 1. Denmark: WHO Regional Office for Europe 2002.
- 12 Sisäasiainministeriö. Kunta- ja palvelurakennemuutostus -hankkeen asettaminen. SMO43:00/2005. Saatavana: <http://www.intermin.fi/Kuntapalvelurakenne>.
- 13 Puro M, Suhonen R. Forssan malli terveyspalvelujen tuottamisessa – tulevaisuuden toimintatapa. Teoksessa: Vuorenkoski L, Wiman R, Sinkkonen M, toim. Signaaleja. Stakesin tulevaisuusraportti 2005. Aiheita 1/2005, Helsinki: Stakesin monistamo.

Markku Puro

LL, yhtymäjohtaja

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä,
yhtymähallinto

Riitta Suhonen

TtT, laatu- ja kehittämisspäällikkö

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä,
yhtymähallinto

Onko väestövastuujärjestelmä elvytettävissä?

Tärkein tieto

- ▶ Väestövastuujärjestelmän kokeilu alkoi 1989, ja seuraavan vuosikymmenen lopulla järjestelmän piirissä oli noin puolet suomalaisista. Sen jälkeen toiminnassa alkoi esiintyä ongelmia.
- ▶ Tärkeimmät syyt järjestelmän ongelmiin ovat lääkärikohtaisen vastuuväestön kasvaminen liian suureksi ja terveyskeskuksille asetetut uudet tehtävät, jotka vievät aikaa omalääkärityöltä.
- ▶ Tilanteen korjaamiseksi olisi luotava listautumismalli, jossa otetaan huomioon perusvastuuväestön ja muun väestön palvelujen käyttö. Työjärjestelyihin ja sijaisten käyttöön tulee myös panostaa.

Väestövastuuseen perustuvan omalääkärijärjestelmän kattavuus on Suomessa väestön kautta tarkasteltuna noin 70 %, ja terveyskeskuslääkäreistä on omalääkäreitä tällä hetkellä samoin noin 70 %. Suomen kunnista tukeutuu omalääkärijärjestelmään noin 40 % ja terveyskeskuksista omalääkärijärjestelmän toteuttaa vieläkin pienempi osa, noin 37 %.

Omalääkärijärjestelmä on käytössä ensisijaisesti suurissa kunnissa ja terveyskeskuksissa. Pienissä terveyskeskuksissa, joissa on vain muutama lääkäri, järjestelmää ei ole monestiakaan otettu käyttöön, koska sen ajatellaan toteutuvan jo muutenkin.

Väestövastuutoiminnan alku

Erkki Kivalo ehdotti Lääkärilehden pääkirjoituksessa 1987 perhelääkärijärjestelmään palaamista, ja sen jälkeen väestövastuujärjestelmää valmisteltiin yli 10 vuotta. Astuttuaan lää-

kintöhallituksen pääjohtajan virkaan 1.1.1988 Kivalo alkoi viedä ehdotustaan eteenpäin, mutta kohtasi voimakasta vastustusta niin lääkintöhallituksen sisällä kuin ministeriösäkin. Myöskään lääkärikunnan puolella ei uudenaikaiseen järjestelmään kansanterveyslain vasta lyhyen voimassaolon jälkeen ollut suurta intoa. Uuden terveyskeskusjärjestelmän uskottiin toimivan kaikkialla yhtä hyvin kuin se joillain pienillä syrjäisillä paikkakunnilla saatiin toimimaan kansanterveyslain alkuvuosina.

Jo nopeasti oli kuitenkin nähtävissä, että suurissa väestökeskuksissa järjestelmää ei saatu toimimaan. Suurimpana ongelmana oli pääsy terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolle. Tähän luonnollisesti vaikutti suurilla paikkakunnilla se, että terveyskeskuksia ei resursoitu riittävän hyvin.

Jo 1980-luvun puolivälin jälkeen ministeriössä herättiin tilanteeseen ja kansliapäällikkö Puron aloitteesta ryhdyttiin luomaan väestövastuujärjestelmää, joka perustui kolmeen lähtökohtaan:

- 1) Jokaisella suomalaisella on oma nimetty lääkäri terveyskeskuksessa.
- 2) Jokaisella terveyskeskuksen lääkärillä on lista omia potilaita.
- 3) Potilaalla on oikeus hoitoon pääsystä kolmen vuorokauden kuluessa.

Valmistelua tehtiin ryhmässä, johon valtion viranomaisten lisäksi kuuluivat mm. kuntien keskusjärjestöjen edustus, Kansanterveyslaitos, Lääkäriliitto ja eräiden järjestöjen edustus. Vuonna 1989 alkoivat väestövastuuseen toiminnan kokeilut. Niissä oli mukana aluksi 10 paikkakuntaa, mutta jo hyvin nopeasti kokeiluun tai toimintamalliin pääsi mukaan muitakin terveyskeskuksia.

Alusta lähtien kokeilussa kävi ilmeiseksi, että hoitoon pääsy terveyskeskuksen lääkärille parani taianomaisesti. Hoitoon pääsyn paranemiseen potilaat olivat erittäin tyytyväisiä. Kokeilussa pyrittiin selvittämään myös järjestelmän taloudellisuutta, mutta tämä selvittely ei johtanut yksiselitteisiin tuloksiin, koska 1990-luvun alun lama sotki arvioinnin.

Kuitenkin edelleen uskotaan yleisesti, että vaikka hoitoon pääsyn paranemisen takia hoitoon hakeutuneiden määrä aluksi kasvaa ja tämä lisää kustannuksia, kokonaiskustannukset ovat pienentyneet tutkimuskustannusten ja erikoissairaanhoitoon lähettämisen vähenemisen ansiosta.

1990-luvun loppupuolella, jolloin järjestelmän piirissä oli noin puolet suomalaisista, järjestelmä toimi hyvin. Syynä tähän voidaan pitää sitä, että lääkärin saatavuus terveyskeskustyöhön oli siihen aikaan hyvä ja yleisesti terveyskeskuksissa lääkäreille palkattiin sijaiset vähänkin pidempiin poissaoloihin. Käytännössä osoittautui, että yli viikon poissaolon ajaksi oli hankittava sijainen, sillä muuten järjestelmä ei toiminut tai se alkoi rasittaa lääkäreitä ylen määrin.

Toimiva järjestelmä ongelmiin

2000-luvulle tultaessa väestövastuujärjestelmässä alkoi esiintyä yhä enemmän ongelmia. Suurissa, jatkuvasti kasvavissa asuintaajamissa ei järjestelmään siirryttäessä yleensä hankittu lisäresursseja, ja jo alun perin kansainvälisesti katsoen liian suuriksi jääneet lääkärikohtaiset väestömäärät ovat entisestään kasvaneet. Norjassa ja Tanskassa, joissa on ammatinharjoittajuuteen perustuva omalääkärijärjestelmä, lääkärikohtaiset väestöt ovat selvästi pienemmät, jopa alle 1 500 asukasta lääkäreitä kohti. Kun otetaan huomioon lisäksi se, että näissä maissa terveyskeskuslääkärin toimenkuvaan ei kuulu läheskään yhtä paljon tehtäviä kuin Suomen järjestelmässä, on ymmärrettävää, että suomalaisten omalääkärin nykyinen vastuuväestö, noin 2 000 asukasta lääkäreitä kohti, on aivan liian suuri.

Kun samaan aikaan kuntien taloudellisen tilanteen takia sijaisten käyttö on romahtanut ja lääkärin saatavuus on myös huonontunut, on tämä saanut aikaan eräänlaisen lumipalloehtin. Työssä olevilla lääkäreillä on pyritty teettämään myös puuttuvien lääkärin työt, ja tämä on lisännyt lääkärin työrasitusta ja uupumusta. Tilanteen näin pahentuessa on yhä uusia lääkäreitä lähtenyt ja tilanne on joillain paikkakunnilla kärjistynyt jopa niin pitkälle, että lääkärit itse ovat halunneet luopua koko järjestelmästä ja palata työajalliseen toimintamalliin työajattoman urakkapalkkajärjestelmän sijaista.

Keväällä 2005 erällä isoilla paikkakunnilla heräsi keskustelu siitä, pitäisikö omalääkärijärjestelmästä tietyn väestöosan osalta luopua kokonaan. Esitettiin, että vähän palveluja käyttäville ja tarvitseville ei ole väliä sillä, kenen lääkärin luona he käyvät, kunhan pääsevät nopeasti vastaanotolle. Tällöin on kuitenkin unohdettu perusidea: vain omalääkäri mahdollistaa kustannusten hallinnassa pysymisen vastaamalla potilaan hoidosta ja koordinoimalla tutkimukset ja erikoissairaanhoidon palvelut. Tämä on todettu monessa eurooppalaisessa maassa. Pääkaupunkiseudun suuret terveyskeskukset ovatkin nyt ilmoittaneet olevansa nykyisen omalääkärijärjestelmän säilyttämisen ja kehittämisen kannalla.

Syitä järjestelmän yskimiseen

Omalääkärijärjestelmää luotaessa pyrittiin eräänlaiseen yrit-

täjämalliin, vaikka järjestelmä rakennettiin työ- tai virkasuhteeseen perustuvaksi. Tarkoitus oli, että lääkärillä oli vastuullaan oma väestö ja sen tarvitsemat palvelut väestön tarpeiden piti toimia ”työnjohtajana”, joka määrittää lääkärin työskentelyajat. Nyt on kuitenkin käynyt ilmeiseksi, että lääkärin työmäärät ovat kasvaneet liian suuriksi.

Ensinnäkin lääkärikohtaiset väestömäärät ovat kasvaneet väestön keskittyessä kasvukeskuksiin. Kasvukeskusten potilasmateriaali on monestakin syystä huomattavasti raskashoitaisempaa kuin esimerkiksi maaseutupaikkakunnilla. Erityisesti on kasvanut ns. perusvastuuväestö eli se väestön osa, joka käyttää palveluja paljon (3 kertaa vuodessa tai enemmän). Selvitysten mukaan tämän vastuuväestön määrän ylittäessä 300 lääkärin työ käy niin rasittavaksi, että lääkärit alkavat uupua. Jos lääkärin perusvastuuväestössä on vaikkapa 500 henkilöä ja he käyttävät palveluja saman verran kuin suurissa kaupungeissa perusvastuuväestöt nykyisin käyttävät eli 4–5 käyntiä vuodessa, kertyy heidän käyntejään enemmän kuin terveyskeskuksen keskivertolääkäri keskimäärin hoitaa potilaita vuodessa.

Toisaalta lääkäreille on annettu jatkuvasti lisää uusia tehtäviä ja oman väestön hoitamiseen käytettävä aika on vähentynyt. Pahimmissa tapauksissa 2 000 asukkaan omaa listaa hoitavalla lääkärillä on käytännössä ollut vain alle kaksi päivää viikossa väestön hoitamisen muiden hänelle annettujen tehtävien vuoksi. Tällaisessa mallissa palveluja ei voida taata riittävästi lääkärin vastuuväestölle.

Syitä löytyy sekä valtion viranomaisista, paikallisista poliitistista päättäjistä, terveyskeskusten johdosta että myös lääkäreistä itsestään. Kunnille ja terveyskeskuksille on omalääkärijärjestelmän aikana säilytetty kymmeniä uusia tehtäviä, mutta paikallisella tasolla ei riittävässä määrin ole tällaisessa tilanteessa pysähdetty pohtimaan sitä, millä voimavaroilla uudet tehtävät tehdään. Liian vähäiselle pohdinnalle on jäänyt myös se, voitaisiinko jotain vanhoja toimintoja lopettaa tai järjestää uudella tavalla. Kuormittuneilla lääkäreillä itselläänkään ei ole ollut riittävästi aikaa ja innostusta pohtia, voisiko omia töitään järjestää uudella tavalla.

Koko omalääkärijärjestelmän ajan väestön tarvitsemien ja järjestelmän lupaamien palvelujen saatavuuden kirjo on ollut laaja. Pienissä ja keskisuurissa terveyskeskuksissa järjestelmä on yleensä toiminut selvästi paremmin kuin isoissa, mutta myös suurista terveyskeskuksista on lukuisia hyviä esimerkkejä siitä, että järjestelmä voi toimia. Yhteistä näille ehkä on se, että väestömäärät ovat kohtuulliset ja terveyskeskuksen johto on antanut riittävän tukensa ja toisaalta työrauhan omalääkäreille. Ilmeisesti hyvin toimivissa terveyskeskuksissa myös sijaisten käyttö on yleisempää kuin niissä, joissa toiminta kangertelee.

Mitä järjestelmän pelastamiseksi pitäisi tehdä?

Jokaisessa terveyskeskuksessa tulisi käydä keskustelu siitä, millaista väestöä yksi lääkäri pystyy hoitamaan. Vapauksia tulisi antaa niin väestölle kuin lääkäreillekin. Tiukka postinumeroon tai korttelijakoon perustuva listaaminen tulisi muuttaa vähitellen potilaslähtöiseksi listautumiseksi. Tämä voidaan tehdä hyvin nykyisten väestöjen pohjalta, ja tällöin

myös lääkärin vaihtaminen olisi mahdollista nykyistä helpommin. Lääkärikohtaisia väestömääriä tulee tarkastella uudella tavalla. Lääkärin pitäisi voida halutessaan hoitaa pienempi väestömäärä; tämä luonnollisesti vaikuttaisi myös lääkärin palkkaukseen. Erityistä huomiota tulee kiinnittää perusvastuuväestön määrään. Myös muun vastuuväestön palvelujen käyttöä tulee tutkia, sillä heidän käyntiensä ja perusvastuuväestön käyntien yhteismäärän on oltava yhden lääkärin voimin hoidettavissa.

Lääkärin työ tulee järjestää niin, että hänellä on käytössään perinteiseen vastaanottotyöhön 4 työpäivää viikossa ja ns. muu työ tulee saada mahtumaan viikon viidenteen työpäivään. Näin terveyskeskuksen tärkeät ehkäisevän terveydenhuollon tehtävät voidaan hyvin hoitaa. Jos terveyskeskuksessa käynnistetään uusia tehtäviä, joihin vaaditaan omia vastuulääkäreitä, tulee näihin palkata kokonaan omat lääkärintensä.

Omalääkärijärjestelmän alkuperäisen idean mukaan pitäisi pyrkiä täydelliseen sijaistamiseen. Mikäli tämä jostain syystä ei ole mahdollista, voisi muodostaa 4–6 lääkärin soluja, joiden sisällä lääkärit vastavuoroisesti hoitaisivat toistensa potilaita ja tehtäviä esimerkiksi loma-aikaan. Myös palkkausjärjestelmää tulee muuttaa ja kehittää siihen suuntaan, että muiden lääkärin tehtävien hoitamisesta saisi selvän korvauksen; tällaisia sovellutuksia on useilla paikkakunnilla jo tehtykin. Myös virkaehtosopimusta tulee kehittää kannustavammaksi ottamalla käyttöön käyntipalkkiot kaikkien käyntien osalta, siis myös neuvoloissa.

Lääkärin ja hoitajan yhteistyötä tulee kehittää. Tavoitteena pitäisi olla lääkäri-hoitajatyöpari vastaamassa yhdessä vastuuväestöstä. Nykyisin hoitajaa kohti saattaa olla 4–5 lääkä-

riä, joka on aivan liian paljon. Järkevää työnjakoa ei tällaisella mallilla pystytä toteuttamaan.

Puhtaaseen ammatinharjoittamiseen perustuvaa mallia pitäisi Suomessakin päästä kokeilemaan sittenkin, vaikka tämä edellyttäisi lainsäädännön muutoksia. Myös jo nykyisin toimivia lääkäriäryvoimaan välittäviä yrityksiä tulee voida jatkossakin käyttää. Omalääkärijärjestelmän peruslähtökohdan mukaisesti niissä tulee kuitenkin pyrkiä pitkäaikaisiin työsuhteisiin, joilla pitkäaikainen potilas-lääkärisuhde voidaan turvata, sillä muutoin kustannusten kurissapitäminen on hyvin vaikeaa.

Jatkossa tulee myös entistä tarkemmin käydä läpi asiat yhteisesti terveyskeskuksissa silloin, kun tehtävien muutoksia harkitaan tai uusien tehtävien aloittamista suunnitellaan. Myös valtiovallan ja paikallisen poliittisen tason on entistä enemmän mietittävä ja ohjeistettava uusien toimintojen aloittamista.

Omalääkärijärjestelmä voi tällä hetkellä huonosti, mutta tilanne on vielä korjattavissa. Nyt tulisi luoda nopeasti listautumismalli, jossa toteutuu potilaan valinnanvapaus ja pystytään palauttamaan lääkärin oman työn hallinta ja estämään ylisuuret työmäärät. Tämä vaatii kuitenkin hyvää yhteistointia kaikilla tahoilla. Toivottavasti tällainen tahtotila on vielä saavutettavissa samalla tavalla kuin toimintaa aloiteltaessa 1980-luvun lopulla.

Mikko Kangas
LL, neuvottelupäällikkö
Suomen Lääkäriliitto

*Pekka Mäntyselkä, Marja Aira, Markku Myllykangas,
Arto Vehviläinen, Esko Kumpusalo*

Ammatinharjoittajaksi perusterveydenhuoltoon – vai ei?

Lähtökohdat Terveyskeskuslääkäreiden ja kuntien terveydenhuollon hallintoon osallistuvien henkilöiden käsityksiä ammatinharjoittajamalliin perustuvasta perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden tuottamistavasta ei ole tarkemmin tutkittu.

Aineisto ja menetelmät 2 419 terveyskeskuslääkärin kyselytutkimus sekä 31 terveyskeskuslääkärin ja 19 hallinnon edustajan teemahaastattelu.

Tulokset Kyselytutkimuksen nuorimmat lääkärit olivat harkinneet yksityislääkäriksi ryhtymistä useimmin. Terveyskeskustoiminnan yksityistämistä kannatti 16 %. Kvalitatiivisen aineiston perusteella sekä terveyskeskuslääkärit että hallinnon edustajat suhtautuivat kielteisesti tai varauksellisesti ammatinharjoittajamalliin. Lääkäreillä kielteisyys liittyi pelkoon hallinnon vaikeudesta, työmäärän kasvamisesta ja nykyisten etujen menettämisestä. Hallinnon edustajien kielteisyys liittyi aatteellisiin tekijöihin sekä pelkoon kansanterveystyön rapautumisesta, kustannusten kasvusta ja kontrollin menettämisestä.

Päätelmät

Perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden toteuttaminen yrittäjyyteen perustuvan mallin mukaisesti saattaa kohdata merkittävää vastustusta paitsi kuntien luottamuselimissä ja hallinnossa myös lääkäreiden joukossa.

Yrittäjällä tarkoitetaan yleensä omaa liikeyritystä hoitavaa tai ammattia harjoittavaa henkilöä. Kielitoimiston mukaan "yrittäjä on henkilö, joka harjoittaa elinkeinotoimintaa vastuunalaisena yhtiömiehenä tai osakeyhtiössä (pääosakkaana)" (1). Yrittäjien eläkelain (468/1969) mukaan "yrittäjällä tarkoitetaan henkilöä, joka tekee ansiotyötä olematta työsuhteessa taikka virka- tai muussa julkisoikeudellisessa toimsuhteessa" (2). Todelliseen yrittäjyyteen kuuluu toiminnan vapaus, mutta myös yrittämisen riski ja vastuu omasta toimeentulosta ja sosiaaliturvasta.

Perusterveydenhuollon lääkäripalveluja tuotetaan useissa Euroopan maissa ammatinharjoittajamallilla. Esimerkiksi Virossa siirryttiin ammatinharjoittajamalliin melko pian maan vapauduttua Neuvostoliitosta. Itsenäisinä yrittäjinä toimivat perhelääkärit tekevät sopimuksen Viron terveysvakuutusrahaston kanssa 1 200–2 000 asukkaan väestön hoitamisesta. He vuokraavat tai rakennuttavat omat vastaanottotilansa (3).

Pohjoismaissa ammatinharjoittajamalli on selkeimmin käytössä Tanskassa (4). Norjan ammatinharjoittajamalli ei Backin selvitysmiesraportin mukaan täytä yrittäjyyden tunnusmerkkejä, vaan kyseessä on työsopimussuhde. Norjassa kunta antaa tilat, laitteet ja avustavan henkilökunnan ilmaiseksi lääkärille, joka saa palkan valtiolta. Lääkärin taksa on sopimuksin säädelty, samoin työaika (5).

Suomessa väestövastuujärjestelmää suunniteltaessa sekä työntekijä- että työnantajapuoli pyrkivät järjestelmään, jossa lääkärin työnkuvassa olisi mukana selvä yrittäjyyden elementti. Tavoitteena oli niin sanottu sisäinen yrittäjyys. Tämän ei kuitenkaan arvioida onnistuneen odotetulla tavalla (6). Sisäisen yrittäjyyden mallia pyritään virittämään ja kehittämään Pirkkalassa vuoden 2006 alusta (5). Terveyskeskukset ostavat nykyisinkin erikoislääkärikonsultaatioita amma-

tinharjoittajina toimivilta erikoislääkäreiltä siten, että ammatinharjoittaja toimii terveyskeskuksen ulkopuolisena asian tuntijana.

Lääkärikyselyn (7) mukaan vuonna 2003 koko lääkärikunnasta noin 8 % toimi kokopäiväisinä yrittäjinä. Terveyskeskuslääkäreistä 14 % toimii sivutoimisena ammatinharjoittajana. Varsinkin nuoret lääkärit tekevät töitä terveyskeskuksissa yksityisen yhtiön kautta. Joidenkin kaupunkien (Lahti, Mikkeli, Joensuu, Tampere) yhden kaupunginosan perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden tuottamisesta vastaa tällainen yhtiö. Vaikka toiminta on ulkoistettu, ei vastaanottoa hoitava lääkäri itse ole yrittäjä vaan yhtiön palkkaama työntekijä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan ammatinharjoittajamallilla tuotettujen perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen yleistymisen edellyttää radikaalia terveyspalveluiden ulkoistamista ja yksityistämistä (5).

Yrittäjyyttä pyritään vahvistamaan maassamme. Myös lukioissa, ammatillisessa koulutuksessa ja yliopistoissa korostetaan yrittäjyyden ja omatoimisuuden merkitystä ammattielämässä. Vuonna 1998 kerätyn tutkimusaineiston perusteella yrittäjyys ei ollut terveyskeskuslääkärien sydäntä lähellä. Vain vajaa 10 % terveyskeskuslääkäreistä koki yrittäjän kuvaavan hyvin heidän ammatti-identiteettiään (8).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida terveyskeskuslääkäreiden ja kunnan terveydenhuollon hallintoon osallistuvien luottamus- ja virkamiesten näkemyksiä ja asenteita ammatinharjoittajamallilla toteutettavista perusterveydenhuollon lääkäripalveluista. Tutkimus koostuu kolmesta osasta. Ensimmäisessä osatutkimuksessa selvitettiin terveys-

keskuksessa toimivien ja toimineiden lääkäreiden mielipiteitä kunnallisen terveyskeskustoiminnan tulevaisuudesta ja terveyskeskustoiminnan yksityistämisestä. Toisessa osatutkimuksessa analysoitiin terveyskeskuslääkäreiden näkemyksiä perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen tuottamisesta ammatinharjoittajamallilla. Kolmannessa osatutkimuksessa analysoitiin kunnan terveydenhuollosta vastaavien hallinto- ja luottamushenkilöiden näkemyksiä ammatinharjoittajamallista.

Aineisto ja menetelmät

Osatutkimus 1 (kvantitatiivinen tutkimus) perustui Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus -tutkimuksen aineistoon (9-12). Tutkimuksen perusjoukon muodostivat maaliskuussa 2000 terveyskeskuksissa työskennelleet ja Lääkäriliiton kyselyyn vastanneet 3 275 lääkäriä. Tiedot kerättiin postikyselyllä. Otokseen kuuluville lähetettiin kyselylomake huhtikuussa 2002. Lomakkeessa kysyttiin taustatietojen lisäksi muun muassa näkemyksiä terveyskeskustyön kehittämisestä. Tässä tutkimuksessa analysoitiin lomakkeen neljän peräkkäisen väittämäkysymyksen vastauksia (taulukko 1). Väittämien vastausvaihtoehtoja oli neljä (täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä). Tässä tutkimuksessa yhdistettiin kaksi ensimmäistä (=samaa mieltä) ja kaksi jälkimmäistä (=eri mieltä) vaihtoehtoa.

Osatutkimuksissa 2 ja 3 (kvalitatiiviset aineistot) selvitettiin kahden pienen (alle 5 000 asukasta), kahden keskikokoi-

Taulukko 1.

Terveyskeskuksessa maaliskuussa 2000 työskennelleiden lääkäreiden näkemyksiä yksityislääkäriksi siirtymisestä, yksityislääkäritoiminnasta sekä terveyskeskustoiminnan järjestämisestä ja tulevaisuudesta sukupuolittain ja ikäluokittain Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimusaineistossa (täysin samaa ja jokseenkin samaa mieltä olevien yhteenlasketut osuudet).

	Sukupuoli ¹				Ikä ¹							
	Mies (n=948)		Nainen, (n=1457)		Alle 40 vuotta (n=729)		40-49 vuotta (n=930)		50 vuotta tai vanhempi (n=716)		Yhteensä (n=2419)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Olen vakavasti harkinnut siirtyväni yksityislääkäriksi (puuttuvia vastauksia, n=61)	353	38	532	38	319	45	373	41	177	26	888	38
Mielestäni yksityislääkäritoiminta pitäisi kieltää lailla (puuttuvia vastauksia, n=36)	36	4	37	3	12	2	34	4	27	4	73	3
Toiminnan tehostamiseksi terveyskeskustyö tulisi kokonaan yksityistää (puuttuvia vastauksia, n=67)	193	21	191	14	130	18	144	16	108	15	385	16
Terveyskeskustyöllä ei kunnallisena toimintana ole tulevaisuutta (puuttuvia vastauksia, n=70)	199	21	254	18	156	22	171	19	121	17	453	19

¹Tieto sukupuolesta puuttui 14 vastaajalta ja tieto iästä 44 vastaajalta

sen (yli 10 000 asukasta) ja kahden suuren kunnan (yli 50 000 asukasta) terveyskeskuksen tilannetta Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella. Haastattelimme kevään 2004 aikana terveyskeskuslääkäreitä, johtavia lääkäreitä, kunnan- tai kaupunginjohtajia ja johtavia luottamusmiehiä käyttäen puolistrukturoitua laadullista teemahaastattelua (13).

Hallinnon edustajat (n=19) olivat kunnanjohtajia, kunnan sosiaali- ja terveysjohtajia, sosiaali- ja terveyslautakunnan jäseniä ja johtavia lääkäreitä. Lääkärit (n=32) valittiin harkinnanvaraisesti edustamaan mahdollisimman monipuolisesti tutkittavien joukkoa. Tutkimukseen valittujen terveyskeskusten johtaville lääkäreille lähetettiin tiedote tutkimuksesta ja toivottiin lääkäreiden yhteystietoja haastattelupyynnöä varten. Haastattelijat sopi tutkittavien kanssa haastattelusta, joka useimmiten tapahtui haastateltavan työhuoneessa. Kaksi haastattelua tehtiin lääkäreiden toivomuksesta heidän kotonaan. Terveyskeskuslääkärit haastatteli tutkija, joka itsekin oli toiminut pitkään terveyskeskuslääkärinä, ja hallinnon edustajat terveys sosiologi. Haastattelun sisältörunge avulla suunnattiin keskustelua tietyille teema-alueil-

le, elleivät nämä nousseet puheeksi haastateltavan aloitteesta. Teema-alueiden valinnassa käytettiin hyväksi aiempia Terveyskeskuksen nykytila ja tulevaisuus -tutkimuksen tuloksia (9–12).

Nauhoitetut sanatarkat tekstitiedostot analysoitiin laadullisella aineistolähtöisellä menetelmällä. Haastattelijoiden lisäksi myös kolmas yleislääkäritutkija analysoi ensin itsenäisesti saadun tekstimateriaalin. Tuloksia verrattiin ja tarvittaessa neuvoteltiin kunnes päädyttiin yhteiseen näkemykseen. Tekstimateriaalin teemojen nimeämisessä ja ryhmitteilyssä käytettiin QSR NUD*IST-tietokoneohjelmaa. Analyysi tapahtui rinnakkain uuden tiedon keräämisen kanssa ja suuntasi seuraavia haastatteluja (13).

Tulokset

Kvantitatiivinen aineisto

Kyselyyn osallistui 2 419 lääkärinä (vastausprosentti 74 %), joista vastausajankohtana 76 % työskenteli edelleen terveyskeskuksessa. Sairaalassa työskenteli 11 %, työterveyslääkäreinä 4 % ja yksityislääkäreinä 2 %. Loput toimivat tutkijoina

Taulukko 2.

Terveyskeskuslääkäreiden näkemykset perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen tuottamisesta ammatinharjoittajamallilla.

Yleensä näkemykset kielteisiä. Näkemyksen perustelut jaoteltu neljään luokkaan.

Kielteinen suhtautuminen: periaatteelliset syyt	Kielteinen suhtautuminen: hallinnon ja organisoinnin vaikeus, yrittäjähenkisyys puuttuu	Kielteinen suhtautuminen: työmäärän lisääntyminen, nykyisten etujen menettäminen	Epäilevän kielteinen (ei muuttaisi mitään tai työnkuva muuttuisi, ryhmätyön väheneminen) tai epävarma tai varovaisen myönteinen
<p>L5: Mut mä oon, mä oon tavallaan ollu ammattiyhdistysihminen ihan valmistumisesta saakka... ja mä kyllä toivoin, että nykyisen kunta-työnantajan kanssa ees joskus päästäs sopimukseen työoloista ja palkasta niinkun rakentavasti, että tää systeemi ois toimiva. Mutta eipä näytä päästävän ja kaikkia tällaisia ylivuotoilmiötä niinkun MedOne sitten kehitty...mutta et millä tavalla sitten kaikki vaikeat potilaat tulis katottua niinkun mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset potilaat ja dementiaivanhukset, että ketä ne kiinnostas ja millä motivaatiolla sitten katettas kaikki se mitä kuitenkin nyt tehdään. Eli en mä tiedä. Kyllä mä toivoin että terveyskeskussysteemi kehittyisi ja säilyisi nykyisellään.</p> <p>L7: Joo, tuota en minä ymmärrä mitä se nyt sitten ratkasee. Siis minä oon sitä mieltä että pitäis palata siihen kohtaan missä se toimi vielä, ja se oli 80-luvulla, ja silloin me palataan siihen rahotusjärjestelmään.</p>	<p>L11: No se poikis niin paljon semmosta muuta, ei lääketieteellistä murhetta, seurannan tarvetta, jota mä en haluais välttämättä lisäksi, kyllä tääkin mulle riittää, mä en halua tietää hallinnosta oikeastaan paljonkaan enempää, tässä lääketieteessä on ihan tarpeeks. Sen pitäis olla yrityshenkisempi ihminen kun mitä mä oon. Näissä asioissa niinkun</p> <p>L2: Tuota, jos niinkun sanotaan että minun ensireaktio on se että minä en ite oo hirmu innostunu. Minussa ei oo semmosta yrittäjähenkisyyttä sillä lailla, että minä inhoon tuommosia talouteen liittyviä paperisotkuja ja täämmösiä, musta ois kauheen työstä ruveta perehtymään siihen paperirumbaan mitä se vaatis se semmonen homma.</p>	<p>L16: Itse tuntus omalta kohdaltani, että en jaksaisi ruveta siihen rulljanssiin enää, että ei riitä energia. Uskon että työn määrä lisääntyy merkittävästi. Ja mahdollisuudet pitää palkkallisia vapaita vähenee. Et jos se on semmonen ammatinharjoittajamalli niin sitten tuleeko laskettua kaikki nämä nykyysteemin eläke-edut ja lomaedut ja muut siihen hintaan sitten. Ja sitten jos on ammatinharjoittajamalli niin ajetaanko ne ihmiset sitten piippuun siellä?</p> <p>L20: Että taloudellisesti se vois olla parempi. Mutta tää on kauheen helppoo silleen. Että toiset hoitaa kaikki täämmöset asiat (nauraa). Ei tarvii miettiä, kun raahautuu töihin. Se etu on että lomias saa melkein niinkun kaks kuukautta, kolme kuukautta.</p>	<p>L1: Mie en ymmärrä mikä ero siinä on. Miks ei voi olla kunnan palveluksessa ja tehdä, otetaan enempi niitä lääkäreitä, että se työmäärä on pieni. Kuin sitten otetaan yksityisyrittäjä, joka sanoo, et me teen tämän määrän vaan töitä ja sitten tekee sen määrän. Johonkin ne muut ihmiset täytyy sitten kasata. Ei miust tää mikään ratkasu oo. Voi sitä kokeilla. Jos se rupeis menemään uudella tavalla tehdä töitä.</p> <p>L19: Niin. En ossaa kyllä yhtään sanoo, mä en oikein ossaa kuvitella miten se toimis ja uskaltasko ees ite lähtee semmoseen. En tiä. Varmaan sitä pitäis just jossain kokeilla ja testata, ja varmaan siihenkin innokkaita ois.</p>

tai muissa tehtävissä tai olivat äitiyslomalla tai muuten pois työstä. Vastaajien keski-ikä oli 44 vuotta (vaihteluväli 27–65 vuotta). Naisten osuus oli 61 %.

Yksityislääkäriksi siirtymistä oli harkinnut (tai jo siirtynyt) runsas kolmannes kaikista vastaajista (taulukko 1). Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa. Nuoremmat lääkärit olivat harkinneet yksityislääkäriksi ryhtymistä useammin kuin 50 vuotta täyttäneet. Yhteensä 3 % oli sitä mieltä, että yksityislääkäritoiminta pitäisi kieltää. Terveyskeskustoiminnan yksityistämistä kannatti viidennes miehistä ja 14 % naisista. Viidesosa vastanneista ei nähnyt tulevaisuutta kunnallisesti järjestetyllä terveyskeskustoiminnalla; miehet olivat naisia pessimistisempiä.

Lääkärien kvalitatiivinen aineisto

Haastatelluista 32 lääkäristä miehiä oli 10 (31 %) ja naisia 22 (69 %). Heidän ikänsä oli keskimäärin 45 vuotta (vaihteluväli

27–60 vuotta). Lääkäreistä 18 oli erikoistunut.

Kielteinen ja vähintäänkin epäilevä asenne yrittäjämallia kohtaan oli vallitseva (taulukko 2). Osa lääkäreistä piti mallia aatteellisesti vääränä. Heidän mielestään kunnan tulee sekä järjestää että tuottaa perusterveydenhuollon lääkäripalvelut.

Suuri osa haastatelluista toi esille yrittäjyyteen liittyvän hallinnon vaikeuden. Yrittämiseen koettiin liittyvän paljon hallinnollista, taloudellista ja juridista vastuuta. Toiminnan organisoimiseen ja hallintointiin ei katsottu olevan taitoa eikä motivaatiota. Lääkärit kokivat olevansa tyytyväisiä nykyiseen palkkaansa ja muihin etuihinsa eivätkä halunneet ottaa riskiä niiden menettämisestä. He arvelivat yrittäjyyden lisäävän yleensä työmäärää. Yrittäjämalliin siirtymisen mielekkyyttä ja hyötyä epäiltiin yleisesti ottaen eikä sen katsottu muuttavan oleellisesti nykytilannetta. Osa haastatelluista pelkäsi itsenäiseksi ammatinharjoittajaksi ryhtymisen lisäävän yksinäisyyttä ja vähentävän ryhmätyön tekemisen mahdolli-

Taulukko 3.

Kunnan terveydenhuollon hallinnon edustajien näkemykset perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen tuottamisesta ammatinharjoittajamallilla.

Vleensä näkemykset kielteisiä. Näkemyksen perustelut jaoteltu neljään luokkaan.

Jyrkkä ei: Aatteellinen syy	Ei: "Rusinat pullasta", miten käy kansanterveystyön	"Kyllä ehkä, mutta..." Mieluummin sisäinen yrittäjyys	Ei poissuljettu
<p>H17: No se kauheen huonosti istuu tähän... Jos aattelet että mä oon demari ja mun näkökulmani on tämmönen niinkun enemmän sosialistin näkökulma, et mä nään et yhteiskunnalla tule olla keskeinen rooli terveyspalveluiden tuottajana ja antajana, niin kyllähän tänne yrittäjäfilosofia niinkun jotenkin huonosti istuu tähän suomalaiseseen terveydenhoitokulttuuriin. Puhumattakaan sitten maailman-katsomuksellisesti tuntuu vähän oudolta se systeemi. Tavallaan että julkisen järjestelmän sisällä olis yrittäjälääkäreitä. Sinä voisit kysyä että missä se kansanterveyslaki siellä sitten on.</p> <p>H4: Että erikoislääkärit jotka tekee yksityislääkäripraktiikkaa, niin minun mielestä se on ihan hyvä asia, jos joku jaksaa tehdä töitä paljon.... Ajattelen, että meikälaisen maailmankatsomus on oikeistan aina ollu semmonen, ei mikää oikeistoradikaali, mutta maalla syntyneenä ja maalla eläneenä minä oon kunnioittanu aina sellasia periaatteita, että kun jotain on yhdessä maksetu ja pantu pystyyn, niin kyllä yhteiskunnan tehtävä on hoitaa sosiaali- ja terveystoimi, se on lähtökohta.</p>	<p>H10: Ei kukaan ilmaannu kaatopaikkoja sun muita hoitamaan...Mutta kyllä yrittäjäjärjestöt ja lääkäritkin on varmasti ottamassa bisneksen niistä kunnista ja niillä alueilla, missä se tarjoaa loistavan taloudellisen tuloksen. Sehän on ihan oikein, se on osakeyhtiölakiin kirjoitettu ajatus... Mutta en ihan usko suoraan, että se tois ratkaisua sinällään, että kuitenkin sitten samanaikaisesti pitäis voida erittäin paljon muuttaa yhteiskunnassa, aloittaa niinkuin puhtaalta pöydältä.</p> <p>H18: Se mitä mä nään siinä, perustehtävänä on se että kuinka hyvin sitten tällasta ehkä idealistista kansanterveystyön edistämistä ja kansanterveyden edistämistä voidaan huomioida... Eli kuinka hyvin voidaan sitouttaa se yrittäjälääkäri tällaisiin suuriin linjauksiin... Se on eri asia tietysti sitten, jos lähetään niinkun yrityspohjalle sillä tavalla, että se on sitten yksilö, joka vastaa siitä koko paletista, jolloin siinä varmasti on aitoa tarvetta myöskin taloudellisesti miettiä sitä mitenkä sen homman porrastaa. Mut sit ehkä nämä yksittäiset yrittäjälääkärit, niin siinä mä näen kyllä tiettyjä ehkä ongelmia.</p>	<p>H11: Voishan se tietysti olla ihan kehiteltävä asia..... Kuitenkin aina kuntatalous on sen verran tiukoilla oleva tänä päivänä, että kyllä se aina vaikka sanotaan että se on hyvä asia ja siihen pitää nyt satsata niin ja niin paljon, mutta kyllä siellä pohjalla on aina on se realismi, se raha. Että onko se tavoitettavissa se asia.</p> <p>H19:..en mää niinkun nä että tää on mikään ratkasu tää organisaatio-muoto. Että se on yksityinen tai julkinen, se on ihan se ja hailee, jos siellä työntekijöillä ei oo niinkuin se spirit miten se tehdään ja toinen, aidot kannusteet tehä jotain. ...Näkisin, että julkisella puolella on täysin mahdollista saada tämmönen yrittäjämeinkin, mutta se edellyttää aidot kannusteet sinne sisälle ja aidot vapaudet. Mutta tietty ohjattavuus kuitenkin... Koska se on kyllä tutkittu, että nää ongelmat ei ratkee ostopalveluilla, ei millään tämmöisillä organisaatiomuodoilla, muutoksilla, vaan kulttuuri ja henki ja insentiivit ovat ratkaisevia... Aito kilpailu aina varmistaa paremmin sen, että jotain tapahtuu. Mutta sit jos kilpailu on hyvin villiä, niin se ei välttämättä oo yhteiskunnan tavoitteiden mukaista.</p>	<p>H15: Ei se mikään mahoton ajatus oo. Mä en usko siihen, että joku ryhmä tk-lääkäreitä lähtis semmoseen, ainakaan meiltä ei varmasti löyvy yhtään semmosta joka ois innokas lähtemään siihen. Mutta sitten jos siinä ois firma takana niinkuin joissakin paikoissa on...</p> <p>H7: Ja se johtuu siitä, että tässä on kuitenkin tiettyjä etuja, työnantaja maksaa koulutukset ja vuosilomat järjestyy..., työnantajan tehtävä on järjestää sijaiset ja jos siirryt ammatinharjoittajaks niin kaikki tää siirtyy itse vastattavaks... Mut muuten ajatuksena se on minusta ihan hyvä, jos se sitten toteutettas jonkunlaisen semmosen lääkärirenkaan, vähän niinkun Britannian malliin... ja siihen pitäis sitten kyllä minusta liittää se omahoitajatoiminta.</p>

suuksia. Joitakin varauksellisen myönteisiä kannanottoja tuli myös esille.

Hallinnon kvalitatiivinen aineisto

Hallinnon edustajissa osa oli kunnanjohtajia tai kunnan terveydenhuollon johtajia, osa oli luottamusmiehiä ja osa johtavia lääkäreitä. Taulukossa 3 on esitetty hallinnon edustajien käsityksiä neljään kategoriaan luokiteltuina. Suurimmaksi osaksi yrittäjämalliin liittyvät kannanotot olivat enemmän kielteisiä kuin myönteisiä. Muutama haastateltu toi aatteellisen syyn selkeästi esille. Vaikka aatteellista syytä vastustaa ei olisi ollutkaan, nähtiin uhkana kansanterveystyön romuttuminen ja ns. ”rusinat pullasta” -ilmiö.

Osa haastatelluista hallinnon edustajista oli pohtinut asiaa melko perusteellisesti. He näkivät yrittäjämallissa myönteisiäkin puolia, mutta katsoivat sen toteuttamisen olevan vaikeaa tai että siihen siirtyminen ei sittenkään olisi hyvä asia. Pelättiin toiminnan ohjattavuuden vähenevän. Toisaalta koko toimintatavan muutosta pidettiin liian suurena ja hankalana asiana. Jotkut näkivät, että nykyisessä väestövastuullisissa voitaisiin käyttää monia yrittäjyyteen liittyviä asioita eikä organisaation muuttaminen sinällään toisi mitään positiivista. Kaksi johtavaa lääkärinä ja yksi luottamusmies oli sitä mieltä, että yrittäjämalli ei ole poissuljettuna ratkaisu. Toisaalta koettiin, että nykyinen työurallaan vuosia toiminut lääkäriskupolvi ei tule sitä toteuttamaan.

Pohdinta

Kvantitatiivisen aineiston perusteella kolmasosa terveyskeskuksessa työskentelevistä (tai työskennelleistä) lääkäreistä oli harkinnut yksityislääkäriksi ryhtymistä. Kuitenkaan suurin osa ei toivonut terveyskeskustoiminnan yksityistämistä. Suurin osa ei myöskään nähnyt kunnallisen terveyskeskustöiden tulevaisuutta mahdollisena. Erityisesti naisten ja iäkkäämpien lääkäreiden joukossa haluttiin uskoa terveyskeskustoiminnan tulevaisuuteen eikä toivottu laajasti sen yksityistämistä. Periaatteellista yksityislääkäritoiminnan vastustamista ei juuri esiintynyt.

Kvantitatiivisen aineiston osoittamaa kiinnostusta yksityislääkärin uraa kohtaan ei todennäköisesti voida tulkita varsinaiseksi ajatukseksi ryhtyä tuottamaan perusterveydenhuollon palveluja yrittäjämallilla. Aiempien tutkimusten mukaan tulos pikemminkin kertoo terveyskeskustöihin liittyvistä ongelmista. Kuitenkin laadullisen tutkimuksen lääkäriaineistosta tuli esille samansuuntainen suhtautuminen yksityistämiseen ja yrittäjänä toimimiseen kuin laajassa kvantitatiivisessakin aineistossa. Siten kvalitatiivinen lääkäreiden haastatteluaineisto syvensi tietoa ja ymmärrystä siitä, miksi terveyskeskuslääkärit suhtautuvat hyvin varautuneesti aitoon ammatinharjoittajamalliin.

Sekä lääkäreiden että hallinnon edustajien kvalitatiivisen aineiston perusteella asennoituminen ammatinharjoittajamalliin oli luontevasti luokiteltavissa asiaperusteiden ja kielteisen suhtautumisen aste-erojen perusteella. Lääkäreiden kohdalla luokittelu tapahtui käytännöllisempien ja henkilökohtaisemmin koettujen asioiden (kuten työn organisointi, hallinnointi, työn kuvan muuttuminen) perusteella. Lääkä-

Tästä asiasta tiedettiin

- › Useissa Euroopan maissa perusterveydenhuollon lääkäripalvelut on järjestetty ammatinharjoittajamallilla.
- › Monet terveyskeskuslääkärit toimivat sivutoimivina itsenäisinä ammatinharjoittajina ja vielä useampi on harkinnut siirtymistä yksityislääkäriksi.

Tämä tutkimus opetti

- › Terveyskeskuslääkärit suhtautuvat kielteisesti tai varauksellisesti ammatinharjoittajamalliseen lääkäripalveluiden järjestämiseen. Kielteisyys liittyy pelkoon hallinnon vaikeudesta, työmäärän kasvamisesta ja nykyisten etujen menettämisestä.
- › Hallinnon edustajilla kielteisyys liittyy pelkoon kansanterveystyön rapautumisesta, kustannusten kasvusta ja kontrollin menettämisestä.

reillä kielteisyys ammatinharjoittajamallia kohtaan liittyi eniten pelkoon hallinnon vaikeudesta, työmäärän kasvamisesta ja nykyisten etujen menettämisestä.

Hallinnon edustajien aineisto luokiteltiin enemmän yleis-, terveys- ja kuntapoliittisten kannanottojen perusteella. Heidän kielteisyytensä liittyi selvimmin aatteellisiin tekijöihin sekä huoleen kansanterveystyön rapautumisesta, kustannusten kasvusta ja kontrollin menettämisestä. Yrittäjyyslementtien käyttöönottoon julkisen terveydenhuollon sisällä suhtauduttiin myönteisemmin.

Toisen haastattelijan terveyskeskuslääkäritaustan ansiosta haastatellut lääkärit saattoivat käyttää omaa ammattikieltään ja todennäköisesti kokivat tullessaan myös kokemuksellisesti ymmärretyiksi. Kuitenkin samaan ammattiryhmään kuulumisen saattaa myös johtaa tietynlaiseen sokeutumiseen tutkittaville ilmiöille (14). Tämä mahdollinen heikkous otettiin huomioon siten, että kolme henkilöä osallistui analyysin tekoon. Hallinnon kvalitatiivisen aineiston keräämisessä ei tarvittu minkään tietyn ammattikielen käyttöä eikä haastattavien ammatti-identiteetti määrännyt haastattelun luonnetta. Hallinnon edustajat haastatteli terveys sosiologi, joten lääkäreitä koskevia kriittisiäkin kannanottoja oli mahdollista tuoda esiin.

Terveyskeskusten organisaatio ja toimintatavat ovat kaikkialla Suomessa varsin samankaltaisia. Vaikka laadullisen tutkimuksen tuloksia ei yleensä voida suoraan yleistää (15), on tämän tutkimusten laadullisen osion tulosten yleistäminen jossain määrin mahdollista.

Lääkäreiden varauksellinen suhtautuminen yrittäjyyteen

ei ole uusi löydös. Lääkäri 2003 -tutkimuksen (16) mukaan vuosina 1992–2001 valmistuneista mieslääkäreistä 22 % koki yrittäjyyden liittyvän ammatti-identiteettiinsä ja naislääkäreistä vain 8 %. Erityisen huonosti yrittäjyys liittyi terveyskeskuslääkäreiden ammatti-identiteettiin. Tilanne on pysynyt jokseenkin samana kuin vuoden 1998 tutkimuksessa (8).

Tutkimuksessamme tuli esille, että yrittäjäksi siirtymiseen liitetään hallinnonin vaikeutuminen ja saavutettujen etujen menettäminen. Toisaalta yrittäjäriskiä ei oltu valmiita ottamaan. Nämä löydökset ovat samansuuntaisia kuin aiemmin Suomessa tehdyssä sivutoimista yrittämistä selvittäneessä tutkimuksessa (17). Sen mukaan yritystoiminnan pienimuotoisuus, halu säilyttää päätoimi ja siihen liittyvä sosiaaliturva sekä pelko yrittämiseen sisältyvistä riskeistä jarruttivat toiminnan laajentamista kokoaikaiseksi yrittämiseksi. Riskeistä merkittävimmiksi nähtiin toimeentulon epävarmuus sekä vastuu omasta sosiaaliturvasta, lomista ja itsensä kehittämisestä. Valtaosa tuossa tutkimuksessa haastatelluista piti puutteena myös yrittäjyysvalmiuksia kehittävän koulutuksen puuttumista.

Työoloihin terveyskeskuksissa ei olla tyytyväisiä. Työn pakotahtisuus ja kiire, erikoistumisen tarve ja uusi työpaikka muualla ovat lääkärien tärkeimpiä syitä lähteä terveyskeskuksesta (11). Lähes neljäsosa kyselyyn vastanneista noin 2 400 lääkäristä ei enää työskennellyt terveyskeskuksessa. Vain yksi neljäsosa lähteneistä olisi mielestään jaksanut terveyskeskustyössä eläkeikään saakka, vaikka kolme neljäsosaa ilmoitti pitäneensä terveyskeskustyöstä. Lääkäreiden työuupumus on tavallisinta terveyskeskuksissa (18). Silti asioiden perinpohjaiseen muuttamiseen ei näytä olevan haluja eikä valmiuksia lääkäreiden ja kunnan hallinnon edustajien keskuudessa. Kunnallisen perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen kokonaisvaltaisempi järjestäminen ja tuottaminen esimerkiksi Viron yrittäjämallin mukaisesti nähdään vaikeaksi.

Tämän ja aiempien selvitysten perusteella perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden toteuttaminen aitoon yrittäjyyteen perustuvan mallin avulla näyttää lähivuosina epätoiminnalliselta. Mikäli tällaisia pyrkimyksiä on, saattaa merkittävä vastustus tulla paitsi kuntien luottamuselinten ja hallintoväen taholta myös lääkärien joukosta. "No siihen pitäis oikeestaan saada kasvatettua taas sitten ihan uus polvi, että ne jotka on tottunu tähän virkamiehen rooliin, niin kyl se kynnys sellaseen lähtemiseen on aika korkea."

Kirjallisuutta

- 1 MOT. Kielitoimiston sanakirja 1.0. <http://mot.kielikone.fi/mot/uku/netmot.exe>.
- 2 Yrittäjien eläkelaki 14.7.1969/468. www.finlex.fi
- 3 Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. Health care systems in transition: Estonia. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen 2004.
- 4 Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K. Health care systems in transition: Denmark. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen 2001.
- 5 Back J. Yrittäjyys perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:9. Helsinki 2004.
- 6 Kangas M, Kujala S. Mikä määrittää terveyskeskuksissa? Suom Lääkäril 2004;59:871.
- 7 Lääkärikysely 2003. Tilastoja. Suomen Lääkäriliitto 2003.
- 8 Esko Kumpusalo ja Lääkäri 98 -tutkijaryhmä. Lääkärien ammatti-identiteetistä. Suom Lääkäril 2002;57:3395–96.
- 9 Kumpusalo E, Haggren O, Vehviläinen A, Liukko M, Kujala S, Takala J. Miten terveyskeskuslääkärit viihtyvät työssään? Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus I. Suom Lääkäril 2002;57:4235–39.
- 10 Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Vihola T, Kumpusalo E. Lääkärien arviot terveyskeskusten toimivuudesta. Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus II. Suom Lääkäril 2002;57:5063–67.
- 11 Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Roitto H-M, Kumpusalo E. Miksi lääkärit lähtevät terveyskeskuksesta? Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002-tutkimus III. Suom Lääkäril 2003;58:188–93.
- 12 Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Tirkkonen K, Kumpusalo E. Lääkärien ehdotuksia terveyskeskustyön kehittämiseksi. Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus IV. Suom Lääkäril 2003;58:663–67.
- 13 Aira M, Mäntyselkä P, Myllykangas M, Kumpusalo E. Kenen joukoissa seisot? Johtavan lääkärin haasteellinen asema terveyskeskuksessa. Suom Lääkäril 2006;61:1883–88.
- 14 Richards H, Emslie C. The 'doctor' or the 'girl from the University'? Considering the influence of professional roles on qualitative interviewing. Fam Pract 2000;17:71–5.
- 15 Aira M. Laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit. Duodecim 2005;121:1073–77.
- 16 Vänskä J, Hyppölä H, Hallila H ym. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992–2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9. Helsinki 2005.
- 17 Niilola K, Kiuru P. Sivutoiminen yrittäjyys ja sen edistämismahdollisuudet Suomessa. LTT-Tutkimus Oy. Helsinki 2002.
- 18 Töyry S. Burnout and self-reported health among Finnish physicians. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede D365. Kuopio 2005.

Pekka Mäntyselkä

LT

Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos, yleislääketiede
Kuopion yliopistollinen sairaala, yleislääketieteen yksikkö
pekka.mantyselka@uku.fi

Marja Aira

LT

Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos, yleislääketiede

Markku Myllykangas

dosentti

Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos

Arto Vehviläinen

dosentti

Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos, yleislääketiede
Itä-Suomen lääninhallitus

Esko Kumpusalo

professori

Kuopion yliopisto, kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos, yleislääketiede
Kuopion yliopistollinen sairaala, yleislääketieteen yksikkö

English summary

Opinions on provision of primary care physician services by independent contractors

Background

In Finland primary health care is provided mainly by public municipal health centres. There have been discussions on provision of primary care physician services by independent contractors. We therefore wanted to investigate the opinions of health care centre physicians and administrators on this issue.

Methods

Quantitative questionnaires were administered to 2419 physicians and qualitative theme interviews conducted with 31 physicians and 19 administrators.

Results

One third of physicians had considered leaving the health centre or had already left it in order to work as private practitioner. One fifth of physicians supported the idea of privatization of health centres. The qualitative data showed that opinions on the provision of comprehensive primary health care by independent contractors were negative or very sceptical. Among physicians, negative views were related to fear of increasing administrative tasks and workload and to fear of losing acquired benefits. Administrators thought that provision of primary health care by independent contractors might result in deterioration of public health activities, loss of control over physicians and increasing costs.

Conclusions

In Finland, attempts to switch to a system of primary care provision by private contractors may face resistance not only from administrators but also from physicians.

Pekka Mäntyselkä

M.D., Ph.D.

University of Kuopio, Department of Public Health and General Practice
Kuopio University Hospital, Unit of General Practice
pekka.mantyselka@uku.fi

Marja Aira

Markku Myllykangas

Arto Vehviläinen

Esko Kumpusalo

Mikko Kangas, Jukka Vänskä

Terveyskeskuspäivystys keskittyy ja vähenee

Lähtökohdat Perusterveydenhuollon päivystysjärjestelyt ovat viime vuosina olleet murroksen kourissa. Palvelutuotannon tehostamiseksi kunnat ovat tiivistäneet yhteistyötä muiden kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien kanssa.

Menetelmät Päivystysjärjestelyistä saatiin tietoa terveyskeskusten johtaville lääkäreille tehdystä postikyselystä. Vastauksena saatiin tiedot kaikkien terveyskeskusten lääkäritilanteesta 5.10.2005. Lääkarien päivystykseen osallistumista tarkasteltiin vuosien 2002 ja 2004 Lääkäriskyselyn aineistojen valossa.

Tulokset 70 prosenttia terveyskeskusten lääkäreistä osallistuu päivystykseen. Suurimmalla osalla päivystys on osavuorokautista. Yhä harvempi terveyskeskus hoitaa päivystyksensä itsenäisesti omin voimin.

Päätelmät Terveyskeskuspäivystyksen keskittyminen ja väheneminen voidaan nähdä myönteisenä kehityksenä, jos väestövastuujärjestelmä saadaan toimimaan laadukkaasti. Kun potilaat pääsevät päiväaikana nopeasti hoitoon, vähenee tarve hakeutua päivystykseen. Henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaavissa sairaustapauksissa ei terveyskeskus olekaan oikea hoitopaikka. Päivystysveloitteen keveneminen lisää omalääkärin työn houkuttelevuutta ja kun terveyskeskusten lääkäriarvot helpottavat, voidaan väestövastuujärjestelmä saada toimimaan tehokkaasti.

Perusterveydenhuollon päivystysjärjestelyt ovat viime vuosina olleet murroksen kourissa. Kehittämistoimenpiteiden punaisena lankana ovat olleet hoidon saatavuuden turvaaminen kansallisen terveyskannan asettamien tavoitteiden mukaisesti sekä erityisesti kuntien säästöjen saaminen päivystystä rationalisoimalla. Palvelutuotannon tehostamiseksi kunnat ovat tiivistäneet yhteistyötä muiden kunnallisten ja yksityisten palveluntuottajien kanssa.

Viime vuosina yksityisten palveluntuottajien merkitys perusterveydenhuollossa on kasvanut. Vuoden 2005 loka-kuussa lähes joka kymmenettä terveyskeskuslääkärin virkaa tai tointa hoiti työvoimaa välittävän yrityksen lääkäri (1). Aikaisemmin yksityisten yritysten välittämät lääkärit hoitivat lähinnä terveyskeskusten päivystyksiä, mutta nykyään jo noin puolet vuokralääkärinä tehdystä työstä tehdään päiväaikana. Tämä viittaa henkilöstövuokrauksen vakiintumiseen ja laajentumiseen osaksi koko terveydenhuoltojärjestelmää (2).

Päivystystoimintaa on keskitetty yhä suurempiin yksiköihin, ja perusterveydenhuollon päivystys järjestetään yhä useammin jossain muualla kuin oman terveyskeskuksen tiloissa. Vuonna 2002 vain 17 prosenttia terveyskeskuksista järjesti ympärivuorokautisen päivystyksen itse siten, että omat lääkärit osallistuivat päivystämiseen. Kahdessa kolmesta terveyskeskuksesta päivystys ostettiin kunnalliselta sairaalalta tai toiselta terveyskeskukselta (3).

Päivystykseen osallistuminen on perinteisesti ollut keskeinen osa terveyskeskuksessa työskentelevän lääkärin työtä. Lääkärin päivystyspuheisuus on kuitenkin viime vuosina vähentynyt selvästi. Tämä korostuu erityisesti pääkaupunkiseudulla ja muissa suurissa keskuksissa, joissa päivystyksiä rasittavat erilaiset päihde- ja huumeongelmaiset potilaat sekä sijoituspaikkaa kaipaavat vanhukset. Päivystystyön sisältö on myös muuttunut aiempaa raskaammaksi (3).

Terveyskeskuspäivystysten keskittäminen sairaaloiden

tiloihin ja päivystysten hoitaminen ostopalveluna on vähentänyt terveyskeskusten virkalääkärien päivystysfrekvenssiä. Pääsääntöisesti terveyskeskuslääkäriin päivystysvelvollisuus tarkoittaa osavuorokautiseen päivystyksen osallistumista. Vuonna 2002 terveyskeskusten lääkäreistä joka neljäs lääkäriin työhön ei sisällynyt lainkaan päivystämistä. Ympäri- vuorokautisesti päivystävien osuus oli 31 prosenttia. Suurin osa päivystykseen osallistuvista lääkäreistä päivysti 1–2 kertaa kuukaudessa. Noin joka viidennellä lääkäriillä päivystyksiä oli vähintään neljä kertaa kuukaudessa (4).

Artikkelissa tarkastellaan perusterveydenhuollon päivystystä kahdesta eri näkökulmasta. Ensisijaisesti tutkitaan sitä, kuinka suuri osuus terveyskeskuksista edelleen järjestää arki- ja viikonloppupäivystykset omana toimintana tai seutukunnallisena yhteistyönä muiden terveyskeskusten kanssa, ja kuinka moni kunta hankkii päivystyspalvelut joko muilta kunnallisilta palveluntuottajilta tai yksityisiltä toimijoilta (yritykset ja yksityiset ammatinharjoittajat).

Lisäksi selvitetään terveyskeskusten lääkäreiden päivystyksen osallistumista ja siinä tapahtuneita muutoksia vuosien 2002 ja 2004 välisenä aikana.

Aineisto ja menetelmät

Päivystysjärjestelyitä koskevat analyysit perustuvat terveyskeskusten johtaville lääkäreille tehtyyn kyselytutkimukseen. Tiedot kerättiin postikyselyllä ja tutkimusajankohtana oli 5.10.2005. Kyselyssä tiedusteltiin terveyskeskusten johtavilta lääkäreiltä terveyskeskusten lääkäritilannetta, hoitamatta olevien virkojen määrää sekä ostopalvelutoiminnan laajuutta päiväaikaisen työn osalta. Näiltä osin tulokset on raportoitu aiemmin. Samassa artikkelissa on kuvattu tarkemmin myös tiedonkeruun yksityiskohtia (1).

Johtavia lääkäreitä pyydettiin ilmoittamaan, onko päivystys järjestetty oman terveyskeskuksen tiloissa omien lääkäreiden toimesta, seutukunnallisena yhteistyönä naapurikuntien terveyskeskusten kanssa tai ostopalveluna. Päivystyksen järjestämistä ostopalveluna pyydettiin erittelemään vielä sen mukaan, onko palvelut hankittu toiselta kunnalta (sairaala tai terveyskeskus), yksityiseltä lääkäripalveluja tarjoavalta yritykseltä tai ammatinharjoittajalta. Kyselylomakkeella tiedusteltiin päivystysjärjestelyistä erikseen arki- (ilta- ja yö-) sekä viikonloppupäivystysten (päivä-, ilta- ja yöpäivystys) osalta. Lisäksi kysyttiin terveyskeskuksen omien lääkäreiden osallistumisesta päivystykseen säännöllisen työajan ulkopuolella.

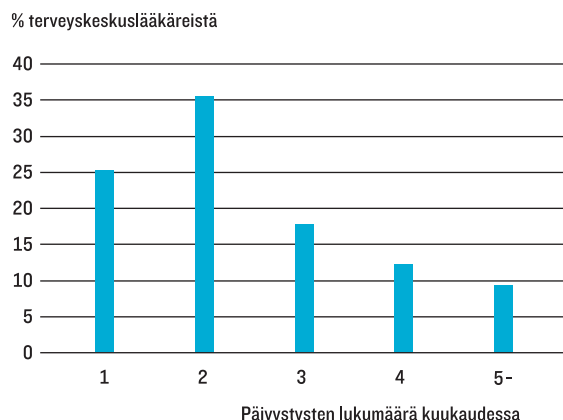
Tutkimuksessa oli mukana kaikkiaan 251 terveyskeskusta, joista 71 oli kuntayhtymän terveyskeskuksia ja loput yhden kunnan terveyskeskuksia. Vastaukset saatiin kaikista tutkimuksen kohteena olleista terveyskeskuksista. Terveyskeskukset luokiteltiin koon mukaan kolmeen ryhmään: pieniin, keskisuuriin ja suuriin terveyskeskuksiin. Pienissä terveyskeskuksissa oli korkeintaan viisi lääkärin virkaa, keskisuurissa 6–15 ja suurissa tätä enemmän. Lisäksi vertailtiin väestövastuujärjestelmässä olevien terveyskeskusten päivystysjärjestelyjä muihin terveyskeskuksiin.

Terveyskeskuslääkärien päivystykseen osallistumista analysoitiin vuoden 2004 maaliskuussa tehdyn Lääkärikyselyn perusteella. Kyselyn kohdejoukkona olivat kaikki Suomessa

Kuvio 1.

Päivystykseen osallistuvien terveyskeskuslääkärien päivystyskertojen lukumäärä kuukaudessa

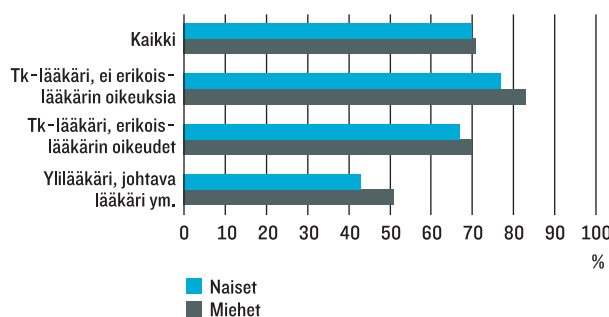
Lähde: Lääkärikysely 2004



Kuvio 2.

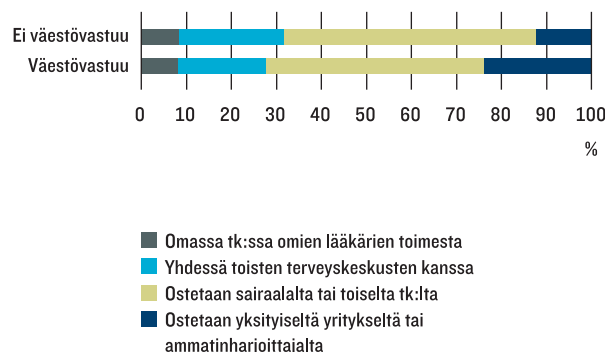
Päivystykseen osallistuvien lääkäreiden osuudet (%) nimikkeen ja sukupuolen mukaan

Lähde: Lääkärikysely 2004



Kuvio 3.

Arkiyön päivystysjärjestelyt väestövastuullisissa ja muissa terveyskeskuksissa



asuvat työikäiset lääkärit. Päätoimisesti terveyskeskuksissa toimi kaikkiaan 3 443 lääkäriä, joista 2 559 vastasi päivystystä koskeviin kysymyksiin. Koko kyselyn vastausprosentti oli 81,6.

Tulokset

Päivystykseen osallistuminen

Maaliskuussa 2004 terveyskeskusten lääkäreistä 70 prosenttia ilmoitti työhönsä sisältävän päivystämistä. Suurimmalla osalla (79 %) se oli osavuorokautista, mutta joka viidennen lääkärin työ sisälsi myös ympärivuorokautista eli illasta aamuun päivystämistä. Terveyskeskuslääkärien päivystykseen osallistuminen on vähentynyt vuodesta 2002, jolloin vain joka neljännen lääkärin työhön ei sisällynyt lainkaan päivystämistä. Vuonna 2002 myös ympärivuorokautisesti päivystävien osuus oli suurempi, 31 prosenttia.

Joka neljännellä terveyskeskuksen päivystävällä lääkärillä oli keskimäärin vain yksi päivystyskerta kuukaudessa. Joka kolmas lääkäri päivysti kaksi kertaa kuukaudessa. Joka kymmenennellä lääkärillä päivystyskertoja oli vähintään viisi kuukaudessa. (kuvio 1)

Jatkotarkastelua varten terveyskeskusten lääkärit jaettiin työtehtävän ja erikoistumisvaiheen perusteella kolmeen ryhmään (kuvio 2). Terveyskeskusten ylilääkäreistä ja johtavista lääkäreistä noin joka toinen ilmoitti päivystävänsä. Tähän ryhmään kuuluivat myös apulaisylilääkärin nimikkeellä

työskentelevät lääkärit. Miehet osallistuivat kaikissa ryhmissä päivystykseen naisia useammin. Ylilääkärin ryhmässä miehistä 51 prosenttia ja naisista 43 prosenttia ilmoitti päivystävänsä. Muissa ryhmissä sukupuolten väliset erot olivat pienemmät. Erikoislääkärin oikeudet omaavista terveyskeskuslääkäreistä noin 70 prosenttia päivystää, kun vastaava osuus erikoistumattomista terveyskeskuslääkäreistä (myös eurolääkärit) oli noin 80 prosenttia.

Terveyskeskusten erilaiset päivystysjärjestelyt

Johtaville lääkäreille tehty kysely osoitti, että yhä harvempi terveyskeskus hoitaa päivystyksensä itsenäisesti omin voimin. 251 terveyskeskuksen joukossa oli enää vain kuusi selalaista, joissa omat lääkärit päivystivät kaikkina ajankohtina oman terveyskeskuksen toimitaloissa hoitaen vain oman terveyskeskuksen alueella asuvia potilaita.

Taulukossa 1 kuvataan arki-iltojen, arkiöiden sekä viikonloppuilta- ja yöpäivystyksen eri järjestämistapoja. Harvemmassa kuin joka toisessa terveyskeskuksessa arki-iltojen päivystys hoidetaan omien lääkärin toimesta omassa terveyskeskuksessa. Noin joka neljännessä terveyskeskuksessa arki-iltojen päivystys on keskitetty johonkin naapurikuntien terveyskeskuksista. Lähes joka kolmas terveyskeskus ostaa arki-iltojen päivystyksen joko toiselta kunnalta tai sairaalalta tai käyttää yksityisen yrityksen välittämää työvoimaa.

Yleisimmin terveyskeskukset ostavat yöaikaisen arkipäivystyksen (yleensä klo 22–08) kunnalliselta sairaalalta tai toi-

Taulukko 1.

Terveyskeskusten päivystysjärjestelyt terveyskeskuksen koon mukaan

Eri järjestämistapojen %-osuudet	Terveyskeskuksen koko			
	Pieni (N=94)	Keskisuuri (N=93)	Suuri (N=64)	Kaikki (N=251)
Arki-ilta				
Omassa tk:ssa omien lääkärin toimesta	15	55	69	43
Yhdessä toisten terveyskeskusten kanssa	43	22	11	27
Ostetaan sairaalalta tai toiselta tk:lta	35	5	2	16
Ostetaan yksityiseltä yritykseltä tai ammatinharjoittajalta	7	18	19	14
Yhteensä	100	100	100	100
Arkiö				
Omassa tk:ssa omien lääkärin toimesta	1	10	17	8
Yhdessä toisten terveyskeskusten kanssa	25	23	17	22
Ostetaan sairaalalta tai toiselta tk:lta	66	44	47	53
Ostetaan yksityiseltä yritykseltä tai ammatinharjoittajalta	9	24	19	17
Yhteensä	100	100	100	100
Viikonloppuilta				
Omassa tk:ssa omien lääkärin toimesta	1	12	34	14
Yhdessä toisten terveyskeskusten kanssa	39	24	9	26
Ostetaan sairaalalta tai toiselta tk:lta	46	15	3	24
Ostetaan yksityiseltä yritykseltä tai ammatinharjoittajalta	14	50	53	37
Yhteensä	100	100	100	100
Viikonloppuyö				
Omassa tk:ssa omien lääkärin toimesta	0	2	6	2
Yhdessä toisten terveyskeskusten kanssa	29	22	16	23
Ostetaan sairaalalta tai toiselta tk:lta	60	41	47	49
Ostetaan yksityiseltä yritykseltä tai ammatinharjoittajalta	12	36	31	26
Yhteensä	100	100	100	100

selta terveystieteiden keskukselta. Harvemmassa kuin joka kymmenennessä terveystieteiden keskuksessa talon omat lääkärit hoitavat arkiyöpäivystyksen, siten että päivystys järjestetään oman terveystieteiden keskuksen tiloissa. Noin 40 (17 %) johtavaa lääkäriä ilmoitti, että heidän terveystieteiden keskuksessaan arkiyöiden päivystys ostetaan yksityiseltä palveluntuottajalta.

Noin 40 prosenttia terveystieteiden keskuksista ostaa viikonloppujen iltapäivystyksen yksityiseltä yritykseltä tai ammatinharjoittajalta. Joka neljäs terveystieteiden keskus ostaa päivystysajan palvelut toiselta kunnalliselta palvelun tuottajalta ja yhtä suuri osuus hoitaa päivystyksen yhteistyössä toisten terveystieteiden keskuksen kanssa. Viikonloppuoiden osalta yleisin päivystyksen järjestämistapa on ostaa päivystys sairaalalta tai toiselta kunnalta. Tämä menettely on käytössä joka toisessa terveystieteiden keskuksessa. Viikonloppuöisin joka neljännessä terveystieteiden keskuksessa päivystävät yksityiset päivystäjät.

Erikokoisten terveystieteiden keskuksien tavoissa järjestää päivystyspalvelut on huomattavia eroja. Pienet, alle kuuden lääkärin terveystieteiden keskuksia järjestävät päivystyksen muita useammin seutukunnallisena yhteistyönä. Pienet terveystieteiden keskuksia järjestävät muita useammin päivystyksen sairaalan tiloissa. Sen sijaan suuremmat terveystieteiden keskuksia järjestämässä pieniä terveystieteiden keskuksia useammin ostopalveluihin.

Vain 15 prosenttia pienistä terveystieteiden keskuksista hoitaa arkipäivystyksen itsenäisesti. Vastaava osuus yli 15 lääkärin terveystieteiden keskuksista oli noin 70 prosenttia. Arkiyöinä ja viikonloppuina pienten terveystieteiden keskuksien päivystys järjestetään lähes poikkeuksetta muualla, useimmin alueen keskussairaalassa. Noin joka kymmenes pieni terveystieteiden keskus käyttää yksityisiä palveluntuottajia arkiyöiden ja viikonloppujen päivystyksen järjestämiseen. Suuremmissa terveystieteiden keskuksissa ostopalvelujen käyttö on selvästi yleisempää. Esimerkiksi viikonloppuina joka kolmas keskisuuri tai suuri terveystieteiden keskus ostaa yöpäivystyksen yksityiseltä palveluntuottajalta.

Tarkasteltaessa päivystyksen järjestämistä perusterveydenhuollon toimintamallin mukaan, voidaan todeta, että väestövastuullisissa terveystieteiden keskuksissa yöaikaisesta päivystyksestä suurempi osuus ostetaan yksityiseltä sektorilta. Järjestely turvaa omien lääkärin paikallaolon tavallisena vastaanottoaikana. Esimerkiksi arkiyöiden päivystyspalvelut joka neljäs omalääkärijärjestelmässä oleva terveystieteiden keskus ostaa yksityiseltä palveluntuottajalta. Vastaava osuus muissa terveystieteiden keskuksissa on 12 prosenttia (kuvio 3).

Pohdinta

Tutkimuksesta saadaan ajankohtaista ja luotettavaa tietoa terveystieteiden keskuksien päivystysjärjestelyistä ja lääkärin osallistumisesta päivystykseen Suomen terveystieteiden keskuksissa.

Terveystieteiden keskuksien päivystystoiminta vähenee jatkuvasti. Muutos on ollut nopeaa, koska vielä 80-luvun lopulla terveystieteiden keskuksen itsenäisyyden ja olemassaolon oikeutuksen kriteerinä pidettiin itse järjestettyä päivystystä. Tällä hetkellä vain muutama terveystieteiden keskus järjestää itse ympärivuorokautisen päivystyksen.

Yksi tekijä päivystyksen vähenemisen taustalla on omalääkärijärjestelmän yleistymisen. Tällä hetkellä järjestelmää kat-

taa noin 70 prosenttia suomalaisista. Omalääkärimalliin siirtymisen on vähentänyt päivystyksen tarvetta, sillä potilaita on pystytty hoitamaan tehokkaammin päiväaikaisen toiminnan puitteissa. Tämä on nähtävä hyväksyttävänä muutoksena, koska potilaat pääsevät lääkärin vastaanotolle hoitotakuun kriteerien mukaisessa määrääjässä. Hyvin toimivassa omalääkärijärjestelmässä ei välttämättä tarvita lainkaan perusterveydenhuollon päivystystä. Potilaat, joiden hoitoa ei voida siirtää ilman hengenvaaraa tai merkittävää terveydellistä haittaa seuraavaan päivään, kuuluvat jo päivystyksen määritelmän mukaan erikoissairaanhoidon.

Omalääkärijärjestelmän toimivuudessa on havaittu lähinnä työvoiman saatavuudesta ja työjärjestelyistä johtuvia ongelmia, jotka hankaloittavat terveystieteiden keskuksen vastaanottotoiminnan järjestämistä. Päiväaikainen vastaanottotoiminta vaikeutuu, jos omalääkärit ovat paljon pois ja sijaisia ei käytetä tai niitä ei saada. Jos terveystieteiden keskuksissa on vajausta lääkäri työvoimasta, päivystävien lääkärin on myös vaikea käyttää päivystysvapaita. Tämä vähentää osaltaan lääkärin päivystyshalukkuutta. Toisaalta varsinaisen omalääkärin lyhytaikaisen poissaolon aikana potilaat eivät välttämättä edes halua mennä terveystieteiden keskuksen muiden lääkärin vastaanotolle.

Tällä hetkellä tulisi paneutua erityisesti terveystieteiden keskuksen päiväaikaisen toiminnan tehostamiseen. Lääkärin työjärjestelyä tulisi kehittää, jotta varsinaiselle vastaanottotoiminnalle jäisi riittävästi työaika. Terveystieteiden keskuksen toimintaa tulisi myös tehostaa siten, että päivystyksessä hoidetaan vain päivystykseen kuuluvia potilaita. Usein väitetään, ettei ole väliä kuka hoitaa äkillisesti sairastuneen, tärkeintä on, että yleensä saa hoitoa. Tämä väite ei kuitenkaan kestä perusteellisempaa tarkastelua. Nykyisessä tilanteessa on nähtävissä niiden potilaiden lukumäärän kasvua, jotka käyttävät pääasiassa päivystyspalveluita ja käyvät jatkuvasti eri lääkärin vastaanotolla. Jos potilaita ei pystytä hoitamaan päiväaikaisen toiminnan puitteissa, ei päivystyksen siirtäminen muualle tai sen ulkoistaminen ratkaise ongelmaa. Mikäli päiväaikainen vastaanottotoiminta saadaan toimimaan laadukkaasti, voidaan muuksi ajaksi muodostaa laajoja päivystysalueita tai kokonaan ulkoistaa terveystieteiden keskuksen päivystystoiminta.

Kirjallisuutta

- 1 Parmanne P, Vänskä J. Terveystieteiden keskuksien lääkäritilanne lokakuussa 2005. *Suom Lääkäril* 2005;49-50:5135-39.
- 2 Mäkitalo-Keinonen T, Virtanen P ym. Vuokralääkärit - keitä he ovat? *Suom Lääkäril* 2005;48:5007-10.
- 3 Suomen Lääkäriliitto. Lääkärikysely 2002, tilastoja.
- 4 Kangas M, Meretoja O, Murtonen M, Vanha-Kämppä O. Terveystieteiden keskuksien päivystys. *Suom Lääkäril* 2002;47:4837-39.

Mikko Kangas

Neuvottelupäällikkö
Suomen Lääkäriliitto

Jukka Vänskä

Tutkimuspäällikkö
Suomen Lääkäriliitto

Terveydenhuoltotutkimus

Arto Vehviläinen, Outi Valkonen,
Jorma K. Takala, Esko Kumpusalo

Terveyskeskusten toimivuus on parantunut kansallisen terveyshankkeen aikana

Lähtökohdat Vuosina 2002–07 toteutettavan kansallisen terveyshankkeen yhtenä päätavoitteena on ollut toimiva perusterveydenhuolto.

Menetelmät Terveyskeskuslääkärit arvioivat terveyskeskuksen toimivuutta 24-osioisella kyselyllä ennen hankkeen käynnistystä keväällä vuonna 2002 ja toisen kerran keväällä 2006.

Tulokset Vuonna 2002 kyselylomake lähetettiin 3 275 lääkärille, joista 2 419 (74 %) palautti sen. Vuonna 2006 3 309 lääkäristä 2 160 (65 %) vastasi kyselyyn. Lääkärien arvioimana terveyskeskusten toimivuus oli parantunut koko maassa. Suurin toiminnan muutos oli terveyskeskuslääkärien koulutukseen pääsyssä, potilastietojen kulussa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, lääkäreiden omassa työterveyshuollossa ja sijaisten saannissa. Toimivuuden muutokset olivat suurimmat Itä-, Etelä- ja Länsi-Suomen lääneissä ja vähäisiä Oulun ja Lapin lääneissä.

Päätelmät Kansallisen terveysprojektin aikana terveyskeskusten toimivuus on parantunut niillä alueilla, joihin hankkeessa on osoitettu erityisiä voimavaroja.

Valtionneuvosto teki vuonna 2002 periaatepäätöksen kansallisesta hankkeesta terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Projekti kattaa laajalti koko terveydenhuollon toiminta-alueen ja samalla kaikki terveydenhuollossa toimivat tahot (1). Vuosina 2002–07 toteutetta-

van hankkeen keskeisenä tavoitteena on ollut perusterveydenhuollon toimivuuden varmistaminen, hoitoon pääsyn turvaaminen, erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirien työnjaon ja yhteistyön lisääminen ja ennalta ehkäisevän työn korostaminen. Hankkeelle on vuodesta 2003 jaettu 30 miljoonaa euroa hankerahoitusta vuosittain, saatettu voimaan hoitotakuulainsäädäntö sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, lisätty lääkärinkoulutusta ja kehitetty laboratorio- ja kuvantamispalveluja. Lisäksi tietoteknologian kehittäminen on ollut yksi terveyshankkeen voimavarojen suuntauksen pääkohteita.

Tähänastisissa kansallisen terveyshankkeen vaikuttavuutta koskeissa selvityksissä on todettu, että hankintoihin, lääkahuoltoon ja tietohallintoon liittyvät asiat ovat parantuneet ja organisaatioiden välinen yhteistoiminta sekä vuorovaikutus ovat lisääntyneet (2). Hoitohenkilökunnan työnjakoa koskevia hankkeita on vuosina 2003–04 ollut 31 eri pilottihanketta, joista on ollut suunnitteilla valtakunnallisia suosituksia (3).

Tässä tutkimuksessa selvitimme käytännön työtä tekevien terveyskeskuslääkärien arvioita terveyskeskusten toimivuuden muutoksista hankkeen oltua käynnissä neljättä vuotta.

Aineisto ja menetelmät

Vuoden 2002 Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus -tutkimuksen perusjoukon muodostivat ne lääkärit, jotka osallistuivat keväällä 2000 Suomen Lääkäriliiton vuosittaiseen, mm. työpaikkaa ja erikoistumista koskevaan kyselyyn ja ilmoittivat tuolloin olevansa terveyskeskustyössä. Vastaavasti vuonna 2006 tehdyn seurantatutkimuksen perusjoukon muodostivat keväällä 2005 Lääkäriliiton kyselyyn osallistuneet lääkärit, jotka olivat työssä terveyskeskuksissa.

Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 ja 2006 -tutkimusten kyselylomakkeessa oli 24-osioinen kysely, jossa lääkäreitä pyydettiin arvioimaan viisiportaisella asteikolla (kuviot 1) miten hyvin tai huonosti terveyskeskus toimii työn järjeste-

lyjen ja erilaisten yhteistyömuotojen osalta (taulukko 1).

Kysymyksistä muodostettiin summapisteteet, joissa mini-miarviointipisteet 24 merkitsevät parhaiten toimivaa terveystyöskeskusta ja maksimiarviointipisteet 120 huonoiten toimivaa. Tutkimusmenetelmä ja tuloksia vuoden 2002 tutkimuksesta on julkaistu aikaisemmin tässä lehdessä (4,5,6,7).

Aineisto analysoitiin SPSS for Windows 13.0 -tilasto-ohjelmalla. Kahden ryhmän välisten keskiarvojen erojen merkitsevyyden testaamiseen käytettiin kahden riippumattoman otoksen keskiarvojen erotuksen t-testiä. Useamman ryhmän välisen vastemuuttujan keskiarvojen erojen merkitsevyyden testaamiseen käytettiin yhdensuuntaista varianssianalyysiä.

Tulokset

Vuonna 2000 Suomen Lääkäriliiton kyselyssä terveystyöskeskustissa töissä olleille 3 275 lääkärille lähetettiin kyselylomake keväällä 2002, joista 2 419 (74 %) palautti sen. Terveystyöskeskustissa työskennelleistä lääkäreistä 1 817 (75 %) työskenteli edelleen terveystyöskeskustissa ja neljäsosa (25 %) oli lähtenyt sieltä pois tutkimuksen ensimmäisessä osiossa vuonna 2002. Vuonna 2006 kyselylomake lähetettiin 3 309 lääkärille, joista 2 160 (65 %) palautti sen. Vuoden 2005 Lääkäriliiton kyselyssä terveystyöskeskustissa työskennelleistä lääkäreistä 1 772 (82 %) lääkäreitä työskenteli edelleen terveystyöskeskustissa vuonna 2006 ja 388 (18 %) oli lähtenyt pois.

Kyselyyn vastanneiden lääkärin mielestä terveystyöskeskusten toimivuus oli parantunut tilastollisesti merkitsevästi vuodesta 2002 (summapisteteet 69,9) vuoteen 2006 (summapisteteet 65,8) ($p < 0,001$). Terveystyöskeskustissa edelleen työs-

kentelevät lääkärit antoivat vuonna 2002 toimivuudesta 68,7 ja vuonna 2006 he antoivat 65,4 pistettä ($p < 0,001$). Myös terveystyöskeskustista pois lähteneet lääkärit pitivät terveystyöskeskustuksia vuonna 2006 (summapisteteiden keskiarvo 68,1) tilas-

Taulukko 1.

Terveystyöskeskuslääkäreille osoitetussa kyselyssä esitetty 24-osioinen kysymys, jossa lääkäreitä pyydettiin arvioimaan työn järjestelyjen ja erilaisten yhteistyömuotojen toimivuutta viisiportaisella asteikolla.

1. Lääkärien yhteistyö
2. Yhteistyö vastaanottoavustajien kanssa
3. Töiden organisointi terveystyöskeskustassa
4. Yhteistyö terveystyöskeskustan johtoryhmän kanssa
5. Yhteistyö hoitajien kanssa
6. Mahdollisuus hallita omaa työtä
7. Mahdollisuus konsultoida toista terveystyöskeskuslääkärää
8. Mahdollisuus päästä ulkopuoliseen koulutukseen
9. Mahdollisuus saada sijainen tarvittaessa
10. Mahdollisuus hankkia tutkimusvälineitä ja instrumentteja
11. Yhteistyö laboratorion ja röntgenin kanssa
12. Yhteistyö fysio- ja ravitsemusterapeuttien kanssa
13. Yhteistyö yksityissektorin kanssa
14. Yhteistyö potilasyhdistysten kanssa
15. Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa
16. Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa
17. Yhteistyö kunnan/kunnan johtoryhmän kanssa
18. Ajanvaraus
19. Tietotekniikan käyttö potilastyössä
20. Potilastietojen kulku erikoissairaanhoidon ja terveystyöskeskustan välillä
21. Lääkärien oma työterveyshuolto
22. Toimipaikkakoulutus
23. Hoitotulosten seuranta
24. Tutkimustoiminta terveystyöskeskustassa

Taulukko 2.

Terveystyöskeskuslääkärien arvioima terveystyöskeskusten toimivuuden muutos vuodesta 2002 vuoteen 2006.

Kysymys: Miten toimii terveystyöskeskussasi	n	2002	n	2006	Muutos	p-arvo ¹
Toimipaikkakoulutus?	1 799	2,94	1 766	2,54	0,40	***
Mahdollisuus päästä ulkopuoliseen koulutukseen?	1 804	2,36	1 765	1,97	0,40	***
Potilastietojen kulku esh:n ja terveystyöskeskusten välillä?	1 810	3,09	1 748	2,79	0,30	***
Lääkärien oma työterveyshuolto?	1 763	3,56	1 762	3,30	0,25	***
Mahdollisuus saada sijainen tarvittaessa?	1 805	4,15	1 758	3,92	0,23	***
Yhteistyö terveystyöskeskustan johtoryhmän kanssa?	1 790	3,09	1 754	2,91	0,18	***
Hoitotulosten seuranta?	1 792	3,28	1 708	3,10	0,18	***
Mahdollisuus hallita työtäsi?	1 809	2,90	1 729	2,72	0,18	***
Ajanvaraus?	1 797	2,77	1 722	2,60	0,17	***
Mahdollisuus konsultoida toista tk-lääkärää?	1 805	2,10	1 761	1,94	0,16	***
Yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa?	1 811	2,60	1 725	2,49	0,11	***
Töiden organisointi terveystyöskeskustassa?	1 803	2,80	1 765	2,70	0,10	***
Yhteistyö hoitajien kanssa?	1 808	2,16	1 754	2,07	0,09	***
Mahdollisuus hankkia tutkimusvälineitä ja instrumentteja?	1 805	2,95	1 757	2,84	0,11	**
Yhteistyö kunnan/kuntayhtymän kanssa?	1 752	3,56	1 760	3,46	0,09	**
Lääkärien yhteistyö?	1 808	2,09	1 748	2,03	0,06	*
Yhteistyö fysio- ja ravitsemusterapeuttien kanssa?	1 801	2,32	1 752	2,26	0,05	ns
Yhteistyö vastaanottoavustajien kanssa?	1 803	2,17	1 483	2,12	0,04	ns
Tietotekniikan käyttö potilastyössä?	1 807	2,34	1 689	2,31	0,03	ns
Yhteistyö potilasyhdistysten kanssa?	1 689	3,48	1 753	3,46	0,03	ns
Yhteistyö laboratorion ja röntgenin kanssa?	1 800	1,96	1 755	1,94	0,02	ns
Yhteistyö yksityissektorin kanssa?	1 774	3,04	1 763	3,04	0,00	ns
Tutkimustoiminta terveystyöskeskustassa?	1 763	3,91	1 758	3,92	-0,01	ns
Yhteistyö sosiaalitoimen kanssa?	1 784	2,89	1 619	2,92	-0,03	ns

¹Verrattuna vuoden 2002 pistekeskivertoon, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$, ns = ei merkitsevä.

tollisesti merkittävästi toimivampina kuin vuonna 2002 (summapisteet 74,2) ($p < 0,001$).

Molempina tutkimusvuosina terveyskeskuksissa edelleen työskentelevien lääkärin mielestä parhaiten toimivat osat alueet olivat: yhteistyö laboratorion ja röntgenin kanssa, lääkärin yhteistyö, mahdollisuus konsultoida toista terveyskeskuslääkärää, yhteistyö hoitajien ja yhteistyö vastaanottoavustajien kanssa (kuvio 1). Vastaavasti huonoiten toimivat osat alueet molempina tutkimusvuosina olivat: mahdollisuus saada sijainen tarvittaessa, tieteellinen tutkimustoiminta terveyskeskuksessa, lääkärin oma työterveyshuolto, yhteistyö

kunnan/kuntayhtymän kanssa ja yhteistyö potilasyhdistysten kanssa.

Toimivuutta kuvaavista 24 eri muuttujasta kahdessa muuttujassa kolmesta oli tapahtunut toimivuuden merkittävä paraneminen (taulukko 2). Suurin muutos terveyskeskusten toimivuuden paranemisessa oli toimipaikkakoulutuksessa, terveyskeskuslääkärin päässä ulkopuoliseen koulutukseen, potilastietojen kulussa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, lääkärin omassa työterveyshuollossa ja sijaisten saannissa.

Tarkasteltaessa muuttujien summapisteitä terveyskeskus-

Taulukko 3.

Terveyskeskuksissa työskentelevien lääkärin arviot terveyskeskusten toimivuudesta sairaanhoitopiireittäin vuosina 2002 ja 2006.

Sairaanhoitopiiri	2002		2006		Muutos p-arvo ²
	n	Pisteet ¹	n	Pisteet ¹	
Varsinais-Suomen	132	68,5	140	63,4	5,1 ***
Helsingin ja Uudenmaan	314	69,9	328	66,5	3,4 ***
Pohjois-Savon	91	69,1	102	63,5	5,5 **
Kanta-Hämeen	58	70,1	51	65,3	4,8 *
Etelä-Savon	29	71,0	33	65,7	5,3 ns
Itä-Savon	27	70,5	22	65,7	4,8 ns
Länsi-Pohjan	17	68,6	17	64,0	4,6 ns
Päijät-Hämeen	62	69,9	54	66,0	3,9 ns
Etelä-Karjalan	43	67,6	34	63,7	3,8 ns
Pohjois-Karjalan	60	71,2	48	67,8	3,4 ns
Etelä-Pohjanmaan	57	62,6	65	59,5	3,2 ns
Vaasan	53	69,8	43	66,7	3,1 ns
Keski-Suomen	95	65,8	99	62,9	2,9 ns
Pohjois-Pohjanmaan	106	67,6	124	64,8	2,8 ns
Lapin	44	67,8	36	65,1	2,7 ns
Pirkanmaan	150	67,8	151	66,3	1,5 ns
Keski-Pohjanmaan	23	66,7	17	65,4	1,3 ns
Satakunnan	73	67,6	65	67,1	0,5 ns
Kymenlaakson	48	72,3	37	73,8	-1,5 ns
Kainuun	22	69,2	15	71,5	-2,4 ns
Ahvenanmaan	4	67,0	2	77,5	-10,5 ns
Kaikki ³	1 508	68,7	1 483	65,4	3,3 ***

¹Summapisteiden keskiarvo, jossa 120 pistettä huonoiten toimiva ja 24 parhaiten toimiva terveyskeskus.

²Verrattuna vuoden 2002 summapistekeskiarvoon, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$, ns = ei merkittävä.

³Ne lääkärit, jotka olivat vastanneet kaikkiin 24 toimintaa selvitäviin muuttujiin.

Taulukko 4.

Terveyskeskuksissa työskentelevien lääkärin arviot terveyskeskusten toimivuudesta lääneittäin vuosina 2002 ja 2006.

Lääni	2002		2006		Muutos p-arvo ²
	n	Pisteet ¹	n	Pisteet ¹	
Itä-Suomen lääni	207	70,2	205	65,1	5,1 ***
Etelä-Suomen lääni	467	69,9	504	66,7	3,3 ***
Länsi-Suomen lääni	622	67,5	565	64,4	3,1 ***
Oulun lääni	151	67,7	173	65,3	2,3 ns
Lapin lääni	61	68,0	36	65,1	2,9 ns
Kaikki ³	1 508	68,7	1483	65,4	3,3 ***

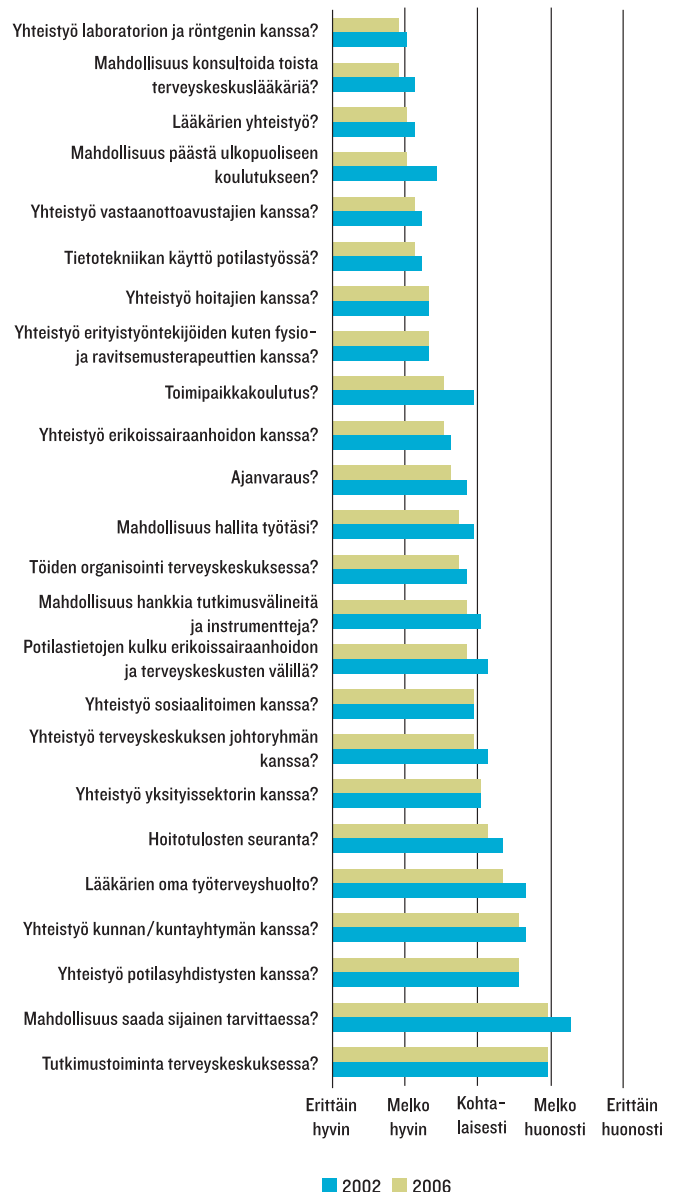
¹Summapisteiden keskiarvo, jossa 120 pistettä huonoiten toimiva ja 24 parhaiten toimiva terveyskeskus.

²Verrattuna vuoden 2002 summapistekeskiarvoon, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$, ns = ei merkittävä.

³Ne lääkärit, jotka olivat vastanneet kaikkiin 24 toimintaa selvitäviin muuttujiin.

Kuvio 1.

Terveyskeskusten toimivuus niissä edelleen työskentelevien lääkärin mielestä.



ten toimivuus oli parantunut koko maassa tilastollisesti merkitsevästi (taulukko 3). Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna selvin toiminnan paraneminen oli Varsinais-Suomen, Helsingin ja Uudenmaan, Pohjois-Savon ja Kanta-Hämeen sairaanhoidopiirien terveyskeskuksissa. Lääneittäin tarkasteltuna terveyskeskusten toimivuus oli parantunut kaikissa lääneissä (taulukko 4). Oulun ja Lapin lääneissä muutos ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

Vuonna 2002 vanhimmat lääkärit pitivät terveyskeskusten toimivuutta merkitsevästi parempana kuin nuoret, mutta vuonna 2006 eri ikäluokkien välisiä eroja ei ollut havaittavissa. Sen sijaan edelleen molempina tutkimusvuosina mieslääkärit ja hallintotehtävissä työskentelevät lääkärit katsoivat terveyskeskuksen toimivan paremmin kuin naislääkärit ja terveyskeskuksen muissa viroissa työskentelevät lääkärit.

Molempina tutkimusvuosina väestövastuussa työskentelevien lääkärin mielestä toimivuus huononi selvästi vastuuväestön koon kasvaessa (taulukko 5). Toimivuuden muutokset olivat tutkimusvuosien välillä kuitenkin tilastollisesti merkitsevät vain niillä lääkäreillä, joilla väestövastuun koko oli yli 1 500 henkeä. Erikoislääkärit olivat molempina tutkimusvuosina tilastollisesti merkitsevästi tyytyväisempiä terveyskeskuksen toimivuuteen kuin ne lääkärit, jotka eivät olleet erikoistuneet tai eivät aikoneetkaan erikoistua.

Suurten kaupunkien ja 5 000–9 999 asukkaan kuntien terveyskeskusten toiminta oli parantunut merkittävästi, vaikka edelleen pienten, alle 20 000 asukkaan kuntien terveyskeskukset toimivat paremmin kuin tätä suurempien kuntien terveyskeskukset (taulukko 6).

Pohdinta

Terveyskeskusten toimivuus oli parantunut selvästi vuodesta 2002 vuoteen 2006. Ainostaan Oulun ja Lapin läänien terveyskeskuslääkärit arvioivat toimivuuden pysyneen ennallaan. Tätä saattaa selittää näiden alueiden lääkärripula (8). Myös Kainuun hallintomallin kokeilu on ollut alkuvaiheessa ja tämä on saattanut heijastua lääkärin arvioissa.

Suurten kaupunkien parantunutta tilannetta selittänee sijaistilanteen paraneminen, päivystysten keskittyminen ja lääkäripalvelujen osto yksityisiltä palvelujen tuottajilta (9). Pohjois-Savon sairaanhoidopiirin terveyskeskusten toimivuuden suurta muutosta selittänee Kuopio kaupungin siirtymisen omalääkärijärjestelmään tutkimusvuosien välillä.

Terveyskeskusten toimivuuden kannalta on huomattavaa, että vuonna 2002 lääkärin eri ikäluokkien välillä arvioissa havaittuja eroja ei enää ollut vuonna 2006.

Tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on parantunut, joka saattaa johtua siitä, että vuonna 2001 voimaan tullut asetus on alkanut tulla erikoissairaanhoidossa huomioituksi (10). Asetuksen mukaan erikoissairaanhoidosta hoitopalaute on lähetettävä 10 vuorokauden kuluttua potilaan kotiutuksesta. Myös tiedonkulkua parantavien tietoteknologiahankkeiden tulokset vaikuttanevat parantuneeseen tiedon kulkuun. Tuoreen selvityksen mukaan sähköisen lähetepalauttejärjestelmän käyttöönotto terveyskeskuksissa on kaksinkertaistunut viime vuosien aikana (11).

Toimivuudessa terveyskeskusten sisäinen työskentely-ym-

päristö oli molempina tutkimusvuosina hyvä ja sai parhaat arviot. Sijaistilanne, lääkärin oma työterveyshuolto, yhteistyö kunnan tai kuntayhtymän kanssa ja yhteistyö potilasyhdistysten kanssa toimivat edelleen huonoimmin, vaikka niissäkin viimemainittua lukuun ottamatta oli tapahtunut tilastollisesti merkitsevää paranemista. Tieteellisen tutkimustoiminnan mahdollisuus terveyskeskuksessa ei ollut parantunut. Itä-Suomen läänissä on ollut käynnissä vuodesta 2005 perusterveydenhuollon tutkijakoulu ja Helsingin yliopiston vetämänä on toiminut Akateeminen terveyskeskus -ohjelma, jotka luultavasti parantavat tulevaisuudessa tämän osa-alueen nyt todettua huonoa toimivuutta.

Molempina tutkimusvuosina tuli esille lääkärin näkemys vastuuväestön koon merkityksestä terveyskeskuksen toimivuudelle. Väestövastuulääkärin arviot osoittavat terveyskeskuksen toimivuuden huononevan selvästi vastuuväestön koon kasvaessa. Tähän lienee terveyskeskuksissa kiinnitetty huomiota, koska vuonna 2006 väestövastuulääkäreitä oli eniten siinä ryhmässä, jossa vastuuväestön koko oli 1 801–2 200 henkeä, kun se vuonna 2002 suurin ryhmä oli yli 2 200 henkeä lääkärinä kohti (taulukko 5).

Suomessa naislääkärit arvioivat työpaikkansa toimivuutta mieslääkäreitä kehnommaksi molempina tutkimusvuosina.

Taulukko 5.

Terveyskeskuksissa työskentelevien lääkärin arviot terveyskeskusten toimivuudesta vastuuväestön koon mukaan vuosina 2002 ja 2006.

Vastuuväestön koko	2002		2006		Muutos	p-arvo ²
	n	Pisteet ¹	n	Pisteet ¹		
1 000 tai vähemmän	38	62,6	57	63,3	-0,7	ns
1 001–1 500	88	65,9	89	66,0	-0,1	ns
1 501–1 800	135	68,8	181	66,1	2,8	*
1 801–2 200	247	69,9	288	67,0	2,9	**
Yli 2 200	339	71,7	247	68,0	3,7	***
Kaikki ³	847	69,7	862	66,7	2,9	***

¹Summapisteiden keskiarvo, jossa 120 pistettä huonoiten toimiva ja 24 parhaiten toimiva terveyskeskus.

²Verrattuna vuoden 2002 summapistekeskiarvoon, * p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001, ns = ei merkitsevä.

³Ne lääkärit, jotka olivat vastanneet kaikkiin 24 toimintaa selvittäviin muuttajiin.

Taulukko 6.

Terveyskeskusten toimivuus lääkärin työskentelypaikan kuntakoon mukaan vuosina 2002 ja 2006.

Kuntakoko	2002		2006		Muutos	p-arvo ²
	n	Pisteet ¹	n	Pisteet ¹		
alle 5 000 as.	130	64,8	140	64,1	0,7	ns
5 000–9 999 as.	265	66,2	247	62,5	3,7	***
10 000–19 999 as.	238	66,8	224	63,2	3,6	**
20 000–49 999 as.	342	68,5	351	66,2	2,2	*
50 000–99 999 as.	183	72,2	176	67,8	4,4	***
100 000 tai yli	345	71,7	327	67,4	4,3	***
Kaikki ³	1 503	68,7	1 465	65,4	3,3	***

¹Summapisteiden keskiarvo, jossa 120 pistettä huonoiten toimiva ja 24 parhaiten toimiva terveyskeskus.

²Verrattuna vuoden 2002 summapistekeskiarvoon, * p < 0,05, ** p < 0,01 *** p < 0,001, ns = ei merkitsevä.

³Ne lääkärit, jotka olivat vastanneet kaikkiin 24 toimintaa selvittäviin muuttajiin.

Naislääkärien työoloihin on syytä jatkossa kiinnittää erityistä huomiota.

Vuonna 2002 potilaiden arvioissa suurten kaupunkien terveyskeskusten toimivuutta Kotkan ja Lahden terveyskeskuksen asiakkaat olivat Kuopion jälkeen tyytymättömiimpiä terveyskeskuksensa toimintaan (12). Tämän tutkimuksen mukaan Pohjois-Savossa on tapahtunut suuri muutos terveyskeskusten toimivuudessa, jota selittää Kuopion siirtyminen väestövastuuseen ja Sisä-Savon, Siilinjärvi-Maaningan, Nilsiä ja Leppävirran lääkäri-hoitajaparityöskentelyn käyttöönotto. Varsinais-Suomessa Raision ja Naantalien siirtyminen omalääkärijärjestelmään ja yöpäivystysten keskittyminen ovat todennäköisesti vaikuttaneet tilastollisesti merkitsevään toimivuuden paranemiseen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiirien alueella on sijaisten saatavuus parantunut ja yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa on kehitetty (13).

Yhteenvedon voidaan todeta, että terveyskeskusten toiminta on parantunut vuodesta 2002 vuoteen 2006. Kansallisen terveyshankkeen päätavoite perusterveydenhuollon toimivuuden turvaamiseksi on toteutunut, mutta sijaistilanne ja lääkäreiden saatavuus on edelleen haaste hankkeen loppuvaiheelle. Toimivuuden paranemiseen on varmaan vaikuttanut Kansallisen terveyshankkeen lisäksi päivystystoiminnan keskittyminen ja siirtyminen ostopalvelutoiminnaksi.

Kirjallisuutta

- Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi II.4.2002. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankk/terveysprojekti.htm>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallisen terveyshankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:4. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankk/terveysshanke/raportit.htm>.i214.pdf.
- Hukkanen E, Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21.
- Kumpusalo E, Haggren O, Vehviläinen A, Liukka M, Kujala S, Takala J. Miten terveyskeskuslääkärit viihtyvät työssään? Terveyskeskustöiden nykytila ja tulevaisuus vuonna 2002 -tutkimus I. Suom Lääkäril 2002;57:4235-9.
- Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Vihola T, Kumpusalo E. Lääkärien arvot terveyskeskusten toimivuudesta. Terveyskeskustöiden nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus II. Suom Lääkäril 2002;57:5063-7.
- Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Roitto HM, Kumpusalo E. Miksi lääkärit lähtevät terveyskeskuksesta? Terveyskeskustöiden nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus III. Suom Lääkäril 2003;58:189-93.
- Vehviläinen A, Takala J, Haggren O, Tirkkonen K, Kumpusalo E. Lääkärien ehdotuksia terveyskeskustöiden kehittämiseksi. Terveyskeskustöiden nykytila ja tulevaisuus 2002 -tutkimus IV. Suom Lääkäril 2003;58:663-7.
- Parmanne P, Vänskä J. Terveyskeskusten lääkäritilanne lokakuussa 2005. Suom Lääkäril 2005;49-50:5135-9.
- Kangas M, Vänskä J. Terveyskeskuspäivystys keskittyy ja vähenee. Suom Lääkäril 2006;23:2507-10.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (PotA 99/2001).
- Winblad I. Sähköisen tiedonhallinnan kansallinen tilannekatsaus ja kehittämistarpeet. Terveyskeskusten ATK-päivät 29.-30.5.2006 Mikkelä.
- Kuntaliitto. Suurten kaupunkien terveyskeskusten asiakastytyväisyystutkimus 2002: Helsingissä, Espoossa ja Oulussa tyytyväisimmät terveyskeskusten asiakkaat, Kuopiossa eniten tyytymättömiä. 2002. <http://www.kuntaliitto.fi/lehdisto/021111.html>.
- Espoon kaupunki. Perusterveydenhuollon toimintatapojen arviointi ja kehittäminen (PAK). Loppuraportti. Espoon ja Oulun kaupunkien yhteishanke. Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja I/2006.

Arto Vehviläinen

LT, dosentti, aluekoordinaattori
Itä-Suomen lääninhallitus, Kuopion yliopisto
arto.vehvilainen@islh.intermin.fi

Outi Valkonen

LL, terveyskeskuslääkäri
Juvan terveysasema

English summary

Increased functionality of health centres during the National Health Project

In recent years, there have been growing problems in arranging primary care in some parts of Finland. The Council of State has launched a National Health Project to secure the future of health care. One of the missions of this National Project is to increase the functionality of primary care.

Finnish GPs evaluated the functionality of their health centres on a 24-part questionnaire in spring 2002 before the Health Project was launched, and again in spring 2006. Assessed by GPs, the functionality of health centres has increased in all parts of Finland, although in northern parts of the country the change was minimal. The biggest improvements were found in GPs' access to further professional education, patient information flow from secondary to primary care, GPs' own occupational health care, and getting a locum when needed. The co-operation with other GPs and other health centre staff was evaluated to work very well. The areas where most improvement is still needed are getting locums, possibilities for conducting medical research in primary care, GPs' own occupational health care, and co-operation with municipal authorities and patient associations.

Arto Vehviläinen

District Coordinator
State Provincial Office of Eastern Finland
MD, PhD, Docent, Senior Lecturer
University of Kuopio
Department of Public Health and Clinical Nutrition
arto.vehvilainen@uku.fi

Outi Valkonen

Jorma K. Takala
Esko Kumpusalo

Jorma K. Takala

LKT, emeritusprofessori
Kuopion yliopisto

Esko Kumpusalo

LKT, yleislääketieteen professori
Kuopion yliopisto, Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos
KYS, Yleislääketieteen yksikkö

Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 1

– Käsitteitä ja lakeja

Tärkein tieto

- Terveyden edistäminen kansanterveystyössä tuli Suomessa erityisen ajankohtaiseksi, kun hallitus esitti eduskunnalle terveyden edistämistä uudeksi ydinkäsitteeksi kansanterveyslakiin.
- Toinen ajankohtainen näkökulma tulee sisäministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kuntaliiton yhteistyönä koordinoimasta PARAS-hankkeesta. Sen tavoitteena on peruspalvelujen turvaaminen palvelurakennetta uudistamalla niin, että huomattavasti nykyistä suuremman väestöpohjan yksiköt vastaisivat palvelutuotannosta.
- Kun lisäksi sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan koko maan kattavaa kenttäkierrosta terveyden edistämisen vauhdittamiseksi, on useita syitä pohtia, mitä terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä voisi lähivuosina tarkoittaa.

Kaksiosaisen kirjoituksen ensimmäisessä osassa kuvataan kirjoittajan tulkintaa kansanterveystyön ja terveyden edistämisen käsitteistä sekä pohditaan terveyden edistämistä julkisen vallan tehtävänä ja palautetaan mieleen kuntia koskeva lainsäädäntö.

Mitä on kansanterveystyö?

Kansanterveystyön käsitteelle ei ole olemassa yhteistä suomalaista tulkintaa. Englanninkielisessä kirjallisuudessa ei ole kansanterveystyötä suoraan vastaavaa käsitettä.

Ruotsissa folkhälsoarbete kuuluu terveyspoliittisen keskustelun ydinkäsitteisiin. Kansanterveys-sanaa korostetaan myös puhumalla kansanterveyspolitiikasta. Ruotsin uutta ”kansanterveyslakia” on kansainvälisessä arvioinnissa pidetty malliesimerkkinä modernin terveyden edistämisen soveltamisesta. Siinä väestön terveyden lisääminen ja väestöryhmittäisten terveyserojen kaventaminen ovat terveyspolitiikan ja yleisemminkin yhteiskuntapolitiikan yhteisiä päämääriä, joihin pyritään kansanterveystyöllä. Kansanterveystyön sisältö ja tehtävät tulkitaan laajasti ja ne kattavat yhteiskuntapolitiikan koko kentän. Terveyttä edistävä terveydenhuolto on yksi yhdestätoista Ruotsin kansanterveystyön toimintasuunnasta (1,2).

Suomessa kansanterveystyön käsite tuli käyttöön 1960-luvulla kansanterveyslain valmistelutyössä. Lain hahmottelemaa kansanterveystyötä voi jossakin määrin samaistaa englanninkielisen kirjallisuuden Public health -ajatteluun, vaikka kunnan kansanterveystyön tehtävät määriteltiin huomattavasti sitä kapeammiksi. Terveystensuojelun ja työterveyshuollon osalta viitattiin muihin lakeihin. Kunnan kansanterveystyö suunnattiin yksilöön kohdistuvaan terveyden- ja sairaanhoitoon. Näin kansanterveystyö kaventui hallinnollisessa tulkinnassa kuntien terveydenhuoltoon ja siinäkin terveyskeskuksen toiminnalliseen kokonaisuuteen.

Suomessa kunnan kansanterveystyön tavoitteita on varsin vähän pohdittu muuten kuin kansanterveyslain hallinnollisesta näkökulmasta. Terveyskeskustoiminnassa oli ja on edelleen suuria eroja esimerkiksi suurten kaupunkien ja maaseudun kuntien välillä.

Hallituksen tuore esitys kansanterveyslain muuttamiseksi (HE 96/2005) pyrkii laajentamaan kansanterveystyön tulkintaa, vaikka se kattaa edelleenkin vain murto-osan Ruotsin folkhälsoarbete-ajattelusta (3). Erityisesti on huomattava, että

kansanterveystyön toimeenpanoa koskeviin säädöksiin ei ole esitetty muutoksia.

Kansanterveyslakiin näyttää edelleen jäävän ilmeinen riskitiriitä. Kansanterveystyön tavoitteet ja tehtävät määritellään aluksi laajasti koko kunnan näkökulmasta, mutta yksityiskohtaisissa säännöksissä toimeenpanovastuu kuitenkin osoitetaan terveyskeskukselle. Tätä jännitettä ei hallituksen esityksen perusteluissa pohdita.

Entä terveyden edistäminen?

Terveyden edistämisen käsite on ollut esillä suomalaisessa ja kansainvälisessä keskustelussa jo pitkään, mutta terveystieteiden ydinkäsitteeksi se nousi 1980-luvulla (4). Määrittelyistä hahmottuu kaksi päälinjaa, joiden puolesta ja vastaan argumentoidaan jatkuvasti:

1) Onko kysymyksessä omaleimainen uusi tieteen ja tutkimuksen ala ja voidaanko myös puhua erityisestä ammattikunnasta, joka tarvitsee oman koulutuksen?

2) Vai onko kysymys enemmän tietyistä terveystieteiden – ja laajemminkin yhteiskuntapolitiikan – toimintasuunnasta ja arvovalinnasta?

Suomalaisessa kirjallisuudessa esiintyvät molemmat tulokset, usein rinnakkain samassa kirjoituksessa. Tästä esimerkkinä on tuore Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu, jonka mukaan (5, ks. myös 6) terveyden edistämisen käsite on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Sen tuloksia ovat terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalvelujen kehittyminen.

Tämä määrittely avaa laajan näkökulman. Mutta toisaalla kirjoittajat kaipaavat kriittistä käsittekeskustelua ja tarkempaa määrittelyä terveyden edistämisen oman identiteetin ja teoriapohjan löytämiseksi (5). Tällöin terveyden edistäminen voitaisiin täsmällisemmin määritellä omaksi erityiseksi toimintakokonaisuudeksi.

Taulukko 1.

Esimerkkejä julkisen vallan ja erityisesti kunnan tehtäviä väestön terveyden edistämässä koskevista laeista.

Laki	Säännöksen sisältö	Perusteluja, tavoitteita ja määrittelyjä
Perustuslaki (731/1999) 19§ 3 mom	Julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Julkisen vallan on tuettava perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu.	Säännös viittaa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan että yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen eri toimintaloikoilla yleisesti väestön terveyttä edistävään suuntaan. Tässä yhteydessä on huomattava myös yhdenvertaisuutta koskeva perusoikeus (6 § 2 mom.)
Kuntalaki (365/1995) 1§, 3 mom	Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä alueellaan.	Asukkaiden hyvinvoinnin turvaaminen on kunnan perustehtävä, josta säädetään tarkemmin toimialojen erityislaeissa. Säännös ei anna kuntalaiselle subjektiivisia oikeuksia.
Maankäyttö – ja rakennuslaki (132/1999), 1§	Tavoitteena on järjestää alueiden käyttö ja rakentaminen niin, että luodaan edellytykset hyvälle elinympäristölle sekä edistetään ekologisesti, taloudellisesti, sosiaalisesti ja kulttuurisesti kestävää kehitystä.	Vuorovaikutteiseen suunnitteluun ja riittävään vaikutusten arviointiin perustuen edistetään turvallisen, terveellisen, viihtyisän, sosiaalisesti toimivan ja eri väestöryhmien, kuten lasten, vanhusten ja vammaisten, tarpeet tyydyttävän elin- ja toimintaympäristön luomista.
Perusopetuslaki (628/1998) 2, 29 ja 31a§	Opetuksen tavoitteena on tukea oppilaiden kasvua ihmisyyteen ja eettisesti vastuukykyiseen yhteiskunnan jäsenyyteen sekä antaa heille tarpeellisia tietoja ja taitoja. Opetukseen osallistuvalla on oikeus turvalliseen opiskeluympäristöön ja maksuttomaan oppilashuoltoon.	Oppilashuollolla tarkoitetaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Opetussuunnitelmien esiopetusta, oppilashuoltoa sekä kodin ja koulun yhteistyötä koskevat osuudet valmistellaan yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa.
Peusopetuslaki (453/2001) 11 § 1 mom	Kaikille yhteinen terveystiedon oppiaine	Terveystiedon opetuksen tavoitteena on, että oppilaat oppivat terveystietoja ja -taitoja sekä terveyttä edistäviä asenteita. Terveystiedon oppiminen lisää valmiuksia pohtia terveyteen ja sairauksiin liittyviä arvo- ja arvostuskysymyksiä sekä edistää valmiuksia kriittisesti arvioida yhteiskunnan terveyskulttuuria.
Laki potilaan oikeuksista (785/1992)	Oikeus ilman syrjintää terveydentilan edellyttämään hyvään terveyden- ja sairaan- hoitoon terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa	Terveyden- ja sairaanhoidolla tarkoitetaan terveydentilan määrittämiseksi tai terveyden palauttamiseksi ja ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksiköissä.
Terveydensuojelulaki (763/1994) Työterveyshuoltolaki (1983/2001)	Esimerkkejä terveyden edistämiseen keskittyvistä erityislaeista. Terveydensuojelun tavoitteena on väestön ja yksilön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä ennalta ehkäistä, vähentää ja poistaa sellaisia elinympäristössä esiintyviä tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa terveyshaittaa. Työterveyshuollon tavoitteena on edistää työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyttä ja turvallisuutta sekä työntekijöiden terveyttä ja toimintakykyä.	

Kansainvälisessä, vuonna 1986 hyväksytyssä Ottawan julkilausumassa (7) Health Promotion tulkitaan terveystoiminnan ja laajemmin yhteiskuntapolitiikan tietyksi vaihtoehdoksi, jossa julkinen valta ja kansalaisjärjestöt sitoutuvat kaikessa toiminnassaan edistämään väestön terveyttä. Tämä tulkinta on vahvistettu useiden myöhempien kansainvälisten asiantuntijakokousten kannanotoissa, viimeksi elokuussa 2005 Bangkokissa (8). Siinä korostetaan terveyden edistämisen strategiaa koko yhteiskuntapolitiikan yhteisenä toimintalinjana ja haastetaan julkisen vallan ja kansalaisjärjestöjen lisäksi myös yritykset toteuttamaan tätä strategiaa. Ruotsin uudessa kansanterveyslaissa on omaksuttu tämä toimintalinja.

Kumpikaan näistä kansainvälisen keskustelun tulkintavaihtoehdoista ei rajaa terveyden edistämistä terveydenhuollon tehtäväksi.

Hallituksen esityksessä kansanterveyslain muuttamiseksi terveyden edistämistä ei yksiselitteisesti määritellä, mutta luonnehditaan useissa yhteyksissä. Ensimmäisen pykälän muutosesityksen perustelussa kuvataan terveyden edistämisen tavoitteita ja niiden toteuttamista neuvonnan sekä ennaltaehkäisyneuvonnan keinoin. Perustelujen mukaan monet terveyden taustatekijät ovat terveydenhuollon ulkopuolella, ja siksi terveyden edistämistä toteutetaan myös muualla yhteiskunnassa. Sitä edesauttaa yhteistyö, jossa terveydenhuollolla voi olla terveyden puolestapuhujan ja asiantuntijan rooli.

Kunnan kansanterveystyön tehtäviä koskevien muutosesitysten perusteluissa todetaan, että lain sanamuoto halutaan saattaa vastaamaan vallitsevaa käytäntöä. Riittävästi resursoitujen ja hyvin toimivien terveyspalvelujen avulla ohjataan väestöä ottamaan vastuuta terveydestään ja terveellisistä elintavoista ja ehkäistään terveyden huononemista.

Vaikka hallituksen esityksessä ei sitä erikseen todeta, voidaan rivien välistä lukea terveyden edistämisen tulkinta enemmän terveystoiminnan yleisenä toimintasuuntana kuin erityisenä toimintana. Terveyden edistäminen määritellään yleiseksi tavoitteeksi, jota muiden muassa kunnan kansanterveystyössä toteutetaan kaikilla sen käytettävissä olevilla keinoilla.

Terveyden edistäminen kuntapolitiikassa

Mitä terveyden edistäminen kunnan politiikan linjavalintana käytännössä tarkoittaa? Kaikissa terveyden edistämistä koskevissa asiakirjoissa korostetaan yhteiskunnallisten päättäjien vastuuta ja sitoutumista. Tuoreessa Bangkokin julkilausumassa todetaan, että terveyden tulisi kuulua kaikkien hallitusten ydinvastualueiden joukkoon (8), ja perustellaan sitä terveyden vaikutuksilla sosioekonomiseen ja poliittiseen kehitykseen. Siksi kaikkien hallinnon tasojen tulee ”priorisoida investointeja terveyteen... sekä järjestää kestävä rahoitus terveyden edistämiseksi. Tämän varmistamiseksi hallintojen kaikilla tasoilla tulee tehdä toimintaohjelmien ja lainsäädännön terveysvaikutukset näkyviksi soveltamalla tähän tarkoitukseen kehitettyjä menetelmiä kuten esimerkiksi tasa-arvolähtöistä terveysvaikutusten arviointia” (8).

Kuntalain mukaan kunnanvaltuusto päättää kuntapolitiikan suunnasta. Toimintalinja valitaan sekä päätettäessä kun-

tastrategiasta ja valtuustokauden kattavista yhteistyösopimuksista että joka vuosi toiminta- ja taloussuunnitelmaa hyväksyttäessä. Jos kunta valitsee toimintalinjakseen väestön terveyden lisäämisen ja väestöryhmittäisten terveyserojen kaventamisen, tulisi tämä arvooperusta ja päämäärä kirjata asiakirjoihin kunnan ylintä johtoa ja kaikkia toimialoja velvoittavasti. Käytännössä tämä tarkoittaa sellaisten tavoitteiden asettamista, joiden saavuttamista voidaan mitata. Kuntakertomuksessa ja kuntatarkastuksessa tulisi erikseen kiinnittää huomiota terveyden edistämistavoitteiden toteutumiseen.

Seuraavassa vaiheessa olisi tarkasteltava kunnan koko toimintaa – myös terveydenhuolto- ja sairaanhoitoinvestointeja kokonaisuutena. Tulisi pohtia, onko kunnan toiminta kokonaisuutena järjestetty niin, että käytetyillä voimavaroilla saadaan väestölle paras mahdollinen kansanterveysyhyty ja vähenevätkö terveyserot? Näin laajasti ymmärrettynä terveyden edistämiseen sisältyy myös priorisointikeskustelu: Miten investointeja, käyttömenoja, johtamisrakenteita, henkilöstöä yms. tulisi kokonaisuutena kehittää, jotta tuottona olisi paras mahdollinen kansanterveysyhyty?

Kunnan johdon sitouduttua väestön terveyden lisäämiseen ja väestöryhmittäisten terveyserojen vähentämiseen, voidaan – Ruotsin terveystoiminnan tavoin – edetä yksityiskohtaisempiin toimintaohjelmiin sisältöjen, teemojen ja areenojen mukaan.

Julkinen valta terveyden edistäjänä

Suomessa julkista valtaa käyttävät ensisijaisesti valtionhallinto ja kunnat, mutta myös monet muut toimijat kuten Kansaneläkelaitos ja maakuntaliitot. Taulukossa 1 on esimerkkejä kansanterveyslain lisäksi voimassa olevasta lainsäädännöstä, jossa täsmennetään julkisen vallan ja erityisesti kuntien tehtäviä väestönsä terveyden edistämiseksi. Taulukosta huomataan, että terveyden edistämisen tavoitetta koskevia säännöksiä on useissa laeissa perustuslaista ja kuntalaista alkaen. Joitakin lakeja – esimerkiksi terveydensuojelulaki ja työterveyslaki – voidaan pitää terveyden edistämisen erityislakeina.

Perustuslaissa turvataan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä tuetaan perheen ja muiden lapsen huolenpidosta vastaavien mahdollisuuksia turvata lapsen hyvinvointi ja yksilöllinen kasvu. Säännös julkisen vallan velvollisuudesta edistää väestön terveyttä viittaa toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevään toimintaan ja toisaalta yhteiskunnan olosuhteiden kehittämiseen väestön terveyttä edistävään suuntaan. Säännöksellä on läheinen yhteys muihin yksilön suojaan ja ympäristön terveellisyttä koskeviin julkisen vallan velvoitteisiin. Julkisen vallan velvoitteisiin terveyden edistämiseksi liittyy myös yhdenvertaisuutta koskeva perusoikeus.

Hallituksen esityksen perusteluissa tarkastellaan tarkemmin lapsen hyvinvointia, joka ymmärretään laajasti aineellisenä ja henkisenä hyvinvointina. Tämä säännös liittyy muihin taloudellisiin, sosiaalisiin ja sivistyksellisiin perusoikeuksiin, lähinnä oikeuteen saada opetusta. Toisaalta se korostaa turvallisia kasvuoloja. Hyvinvoinnin edistäminen

kattaa myös suojan väkivaltaa, alistamista ja hyväksikäyttöä vastaan.

Käytännössä perustuslain tärkein sanoma keskittyy sosiaali- ja terveyspalveluissa sanaan ”riittävä”. Mikä on se terveysneuvonnan, terveydensuojelun tai seurantatutkimusten laatu, jota voidaan pitää riittävänä? Kuntalain perustelujen mukaan kuntien välillä voi olla eroja toiminnan järjestämisessä ja painottamisessa, kun taas perustuslaissa korostetaan yhdenvertaisuutta.

Pohdinta

Pohdittaessa kansanterveystyön tehtäviä terveyden edistämisessä ensimmäinen haaste on molempien käsitteiden moniselitteisyys. Suomalaisen terveyspolitiikan, lainsäädännön ja toimintajärjestelmän omaleimaisuuden vuoksi on vaikea soveltaa kansainvälisessä kirjallisuudessa esiintyviä määrittelyjä. Jopa kahden naapurimaan omaksumat tulkinnat ovat hyvin erilaisia, kuten suomalaisen ja ruotsalaisen kansanterveystyön käsitteen vertaaminen toisiinsa osoittaa.

Suomessa kansanterveystyötä toteuttavat noin 450 kuntaa ja 260 terveyskeskusta, joissa toiminnasta päättävät tuhannet luottamushenkilöt ja päätöksiä valmistelevat sadat johtavat toimihenkilöt. Tällaisessa kentässä toimintapolitiikan ja lakien ydinkäsitteistä tulisi olla mahdollisimman selvät ja tulkinnat yhteisesti hyväksytyjä.

Lainsäätäjä on jo pitkään maksanut terveyden edistämisen laaja-alaisen tulkinnan: Kaikilla toimialoilla on otettava huomioon toiminnan vaikutukset terveyteen. Kansanterveyslaki ei siis ole ainoa kunnan tehtäviä terveyden edistämiseksi määrittävä laki eikä edes ainoa terveyden edistämistä koskeva terveydenhuollon erityislaki. Suomessa vakiintuneen erityislakikäytännön mukaan kansanterveislain soveltaminen keskittyy ja myös rajoittuu kunnan kansanterveystyöhön ja sitä käytännössä toteuttavan terveyskeskuksen toimintaan.

Kirjallisuutta

- 1 Hogstedt Ch, Lundgren B, Moberg H, Petterson B, Ågren G. The Swedish public health policy and the National Institute of Public Health. *Scand J Public Health* 2004; Suppl 64.
- 2 Ågren G. Sweden's new public health policy. The National objectives for Sweden, 2004.
- 3 Folkhälsöinstitut. Towards more health promoting health and medical care. *National Institute of Public Health R* 2004:55. http://www.fhi.se/templates/Page_4030.aspx
- 4 Rimpelä M. Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutavatko kansanterveislain käsitteet historiaan? *Yhteiskuntapolitiikka* 2005;70(1):54–62.
- 5 Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005.
- 6 Lahtinen E, Koskinen-Ollonqvist P, Rouvinen-Wilenius P, Tuominen P. Muutos ja mahdollisuus. Terveiden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2003:15.
- 7 Vertio H. Terveiden edistäminen. WSOY 2003
- 8 http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html

Matti Rimpelä

tutkimusprofessori

Stakes

matti.rimpela@stakes.fi

Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2

– *Kansanterveysvastuu ja ydintehtävät*

Tärkein tieto

- ▶ Kuntien terveydenhuollon tavoitteet määräytyvät kuntien terveystarpeiden ja kansallisten ohjelmien ja suositusten perusteella. Jokaisen kunnan tulisi osata itsenäisesti soveltaa terveyden edistämisen kannalta oleellisia ohjelmia paikallisiin oloihin.
- ▶ Väestön terveyden edistäminen kuuluu terveydenhuollolle ja erityisesti kansanterveystyölle, mutta myös kunnan muiden sektorien tulee asettaa terveyttä edistäviä tavoitteita omille toimialueilleen.
- ▶ Artikkelisi sisältää ehdotuksen suomalaisen kunnan kansanterveystyön kymmenestä ydintehtävästä väestön terveyden edistämiseksi.

Kirjoituksen ensimmäisessä osassa (SLL 44/2005, s. 4523–6) kuvattiin kansanterveystyön ja terveyden edistämisen käsitteitä, pohdittiin terveyden edistämistä julkisen vallan tehtävänä ja esiteltiin kuntien tehtäviä terveyden edistämiseksi koskevaa lainsäädäntöä. Eduskunta hyväksyi 25.10.2005 hallituksen esityksen kansanterveyslain muuttamiseksi (1,2). Terveydenhoidon käsitteen sijalle ydinkäsitteeksi otettiin terveyden edistäminen. Kansanterveyslain 14. pykälässä täsmennettiin kunnan kansanterveystyön tehtäviä.

Kansalliset tavoitteet ja suositukset

Kansanterveyslainsäädännössä määriteltiin vuonna 1972 varsin tarkasti valtion ja kuntien tehtävät kansanterveystyössä. Kansalliset tavoitteet vahvistettiin vuosittain valtioneuvoston hyväksy-

missä valtakunnallisissa suunnitelmissa. Kun tämä suunnittelujärjestelmä purettiin ja valtiolta poistettiin normiohjaus-oikeus vuonna 1993 (3), kansallisten tavoitteiden täsmentäminen jäi informaatio-ohjauksen varaan. Suurin osa sosiaali- ja terveyssektorin erityislaeista on hyväksytty ennen valtion normiohjauksen purkamista. Näissä laeissa on vain vähän kuntia koskevia sitovia tavoitesäännöksiä, koska aikaisemmin ne sisältyivät valtakunnallisiin suunnitelmiin.

Valtion normiohjauksen päättymisen jälkeen informaatio-ohjaus keskittyi aluksi sosiaali- ja terveydenhuollon talous- ja toimintasuunnitelmaan. 2000-luvulla painopiste on ollut kansallisissa ohjelmissa sekä sosiaali- ja terveysministeriön antamissa suosituksissa. Kolmanneksi ohjauksen menetelmäksi ovat nousseet sosiaali- ja terveysministeriön johdolla toteutettavat valtakunnalliset kehittämishankkeet (4,5) (taulukko 1). Näihin verrattavia kansallisia suosituksia annetaan Lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen yhteisissä Käypä hoito -suosituksissa (6).

Siirtyminen kuntia sitovasti ohjanneesta valtakunnallisesta suunnitelmasta informaatio-ohjaukseen on vahvistanut kuntien itsehallintoa. 1990-luvun puolivälissä voimaan tulleen kuntalain perusteluissa kuitenkin huomautetaan, että kunnallinen itsehallinto ei ole rajaton. Kunnan tulee ottaa toiminnassaan huomioon kansalliset tavoitteet.

Kuntien kansanterveystyön näkökulmasta uuteen informaatio-ohjaukseen sisältyy ainakin kaksi avointa kysymystä. Toistaiseksi on jäänyt epäselväksi, missä määrin kuntien tulisi ottaa huomioon taulukossa 1 kuvattua informaatio-ohjausta: Sisältävätkö nämä ohjelmat, hankkeet ja suositukset sellaisia kansallisia tavoitteita, joihin kuntalain perusteissa viitataan kunnallisen itsehallinnon rajoituksina?

Jos kansallisten ohjelmien ja suositusten sisältämiä tavoitteita pidetään kuntien kannalta ainakin jossakin määrin sitovina, haasteeksi nousee luettelon pituus. Jokaisen terveys-

keskuksen tulisi perehtyä sairaanhoidon rinnalla myös väestön terveyden edistämisen näkökulmasta kansallisiin ohjelmiin ja suosituksiin ja soveltaa niitä paikallisiin oloihin.

Terveydenhuollon kansanterveysvastuu

Hallituksen esityksessä kansanterveyslain muuttamiseksi ja myös eduskunnan sosiaali- ja terveyslautakunnan siitä antamassa lausunnossa todetaan, ettei terveyden edistäminen ole pelkästään terveydenhuollon tehtävä, vaan sen tulee katata kunnan eri sektorit laajasti aina kaavoitusta myöten (1,2). Samalla kun näin todetaan, keskusteluun nousee väistämättä kysymys terveydenhuollon ja muiden sektorien keskeisestä vastuusta ja työnjaosta kunnan väestön terveyden edistämiseksi.

Terveydenhuollon mahdollisuuksista vaikuttaa väestön terveyteen ja tehtävistä terveyden edistämiseksi on esitetty vaihtelevia käsityksiä. Julkisuudessa väitetään usein, että palvelujärjestelmän osuus kansanterveyden muutoksissa on 10–15 %:n suuruusluokkaa.

Terveydenhuollon vaikutus kansanterveyteen riippuu luonnollisesti kunkin maan terveydenhuoltojärjestelmän rakenteesta ja toimintatavoista. Vähäisempi vaikutus nähdään maissa, joissa terveydenhuolto on keskittynyt tautien toteamiseen ja hoitoon. Suomessa se on todennäköisesti paljon suurempi. Suomalaisella terveydenhuollolla on jo 1800-luvulta alkaen ollut laaja ja aktiivinen vastuu kansanterveyden tulevaisuudesta.

Yhdysvalloissa vuonna 1996 julkaistun ja kansainvälisesti arvostetun Hastings Center -raportin (6) mukaan tautien ja tapaturmien ehkäisy sekä terveyden ylläpitäminen ja edistäminen on yksi neljästä lääketieteen ja terveydenhuollon päätehtävästä.

Raportissa korostetaan terveydenhuollon yleistä vastuuta terveyden edistämisestä. Siinä todetaan, että vaikka lääketiede ei voi parhaimmillaankaan tuottaa yhteisöille hyvää terveyttä, se voi erittäin merkittävästi myötävaikuttaa tämän tavoitteen saavuttamiseen. Raportin mukaan lääketieteen ja kansanterveystyön tulee vahvistaa yhteistyötään terveyden edistämisen tavoitteiden saavuttamiseksi (6).

Terveyden edistämisen uuden toimintalinjan kiteyttäneessä Ottawan asiakirjassa 1986 (7) määriteltiin yhdeksi toimintasuunnaksi terveyspalvelujen uudistaminen. Siinä korostetaan terveyden edistämisen jaettua vastuuta yksityisten kansalaisten, kansalaisryhmien, terveydenhuollon ammattihenkilöstön, terveydenhuollon laitosten ja valtionhallinnon kesken. Asiakirjan mukaan näiden tahojen tulee työskennellä yhdessä sellaisen terveydenhuollon järjestelmän luomiseksi, jonka tavoitteena on terveys (7). Lisäksi asiakirjassa korostetaan sitoutumista mm. uudistamaan terveydenhuoltoa ja sen voimavarojen jakamista terveyden edistämiseksi.

Ruotsin uuden kansanterveyspolitiikan yhtenä teemana on terveyttä edistävä terveydenhuolto (8). Tässä yhteydessä korostetaan terveydenhuollon kansanterveysvastuuta, jota on eritelty tarkemmin Folkhälsoinstitutin raportissa. Siinä kiinnitetään huomiota mm. potilaiden ja heidän läheistensä tukemiseen, terveystiedon välittämiseen, tautien ennaltaehkäisyyn, epidemiologiseen seurantaan sekä terveystieteisiin ohjelmiin (9). Raportissa tarkastellaan terveyttä edistävän terveydenhuollon mahdollisuuksia vastata jatkuvasti kasvavien sairaanhoitokustannusten haasteeseen. Erityisesti korostetaan yhteisön tehtävää muodostaa terveydenhuoltoon osaamiskeskustoja, joissa tutkitaan lääkkeettömän hoidon ja terveellisten elämäntapojen merkitystä tautien ehkäisyssä ja hoidossa.

Muiden toimialojen kansanterveysvastuu terveydenhuollon rinnalla ei ole Suomessa uusi asia. Vesi- ja viemäriverkosto, elintarvikehygieniat, työsuojelu ja liikenneturvallisuus ovat esimerkkejä kansanterveyttä edistäneistä muiden sektorien toimista, joiden toteuttamisessa on koko ajan myös terveydenhuollolla ollut aktiivinen rooli. Muiden sektorien vastuuden korostaminen ei siis vähennä terveydenhuollon tehtäviä, vaan pikemminkin lisää niitä. Parhaimmillaan terveydenhuollossa koetaan erityistä kansanterveysvastuuta, jonka toteutuminen edellyttää aktiivisen seuranta-, asiantuntija- ja vaikuttajaroolin omaksumista.

Kansanterveystyön ydintehtävät terveyden edistämiseksi

Mitkä ovat sitten terveydenhuollon ja erityisesti kunnan kansanterveystyön tärkeimmät tehtävät väestön terveyden edistämiseksi? Kansanterveystyöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä kansanterveyslain ja erityisesti sen tuoreen muutoksen (1,2) mukaista toimintaa. Terveyden edistäminen ymmärretään kuntapolitiikan yleiseksi toimintasuunnaksi, kuten tämän

Taulukko 1.

Terveyden edistämisen näkökulmasta keskeisiä ohjelmia, kehittämishankkeita ja suosituksia.

Ohjelmat

- Alkoholiohjelma
- Huumaussainepoliittinen toimenpideohjelma
- Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelma
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma
- Toimintaohjelma lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisemiseksi
- Työtapaturmien torjuntaohjelma
- Työterveyshuolto 2015 -ohjelma
- Vetoa työelämään -ohjelma

Kehittämishankkeet

- Kansallinen terveydenhuolto-ohjelma
- Mini-interventio -projekti, VAMP
- Sosiaalialan kehittämishanke
- Ympäristöterveydenhuollon alueellinen yhteistoimintakokeilu

Laatusuosituksia

- Hoitoon pääsyn perusteet
- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus
- Ikäntyneiden ihmisten ohjatun terveysliikunnan laatusuositukset
- Kouluterveydenhuollon laatusuositukset
- Mielenterveyspalvelujen laatusuositus
- Päihdepalvelujen laatusuositus

Suosituksia

- D-vitamiinin käyttösuositus
- Lapsi, perhe ja ruoka, ravitsemussuositus
- Terveydenhuollon täydennyskoulutus-suositus

raportin ensimmäisessä osassa kuvattiin. Voidaan ajatella, että kunnan jokaisen toimialan – kuntasuunnittelusta ja kaa-voituksesta kansanterveystyöhön ja erikoissairaanhoidon – on määriteltävä omat tehtävänsä tämän linjavalinnan edellyttämien tavoitteiden asettamisessa ja toteuttamisessa.

Taulukossa 2 esitetään kymmenen tehtävää, joista jokaisen kunnan kansanterveystyön tulisi huolehtia kunnan väestön terveyden lisäämiseksi ja väestöryhmittäisten terveyserojen kaventamiseksi. Lähtökohtana on kunnan ja terveyskeskuksen sitoutuminen kansanterveysvastuuseen: Kaikessa toiminnassa päämääränä on ovat sekä väestön terveyden lisääminen että väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. Nämä ydintehtävät ovat monin osin päällekkäisiä ja edellyttävät yhteistä osaamista. Niiden tavoitteena tulisivat olla yhtenäisen osaamiskokonaisuuden rakentaminen. Toisaalta jokainen tehtävä nostaa esiin erityistä osaamista ja erityisiä menetelmiä vaativan näkökulman. Esimerkiksi terveydenhoidon terveysneuvontapalveluissa voidaan tarkastella erikseen äitiys- ja lastenneuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, ehkäisyneuvontaa, työterveyshuoltoja ja ikääntyvien terveysneuvontaa.

Kansanterveysosaaminen

Taulukon 2 neljässä ensimmäisessä tehtävässä on nostettu ydinkäsitteeksi kansanterveys. Juuri väestö- ja yhteisönäkökulmat edellyttävät yksilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidosta eriytyvää osaamista, ”kansanterveysosaamista”. Toisaalta kansanterveyden korostaminen selventää eroa yleiseen hyvinvoinnin edistämiseen. Tässä tapauksessa keskeinen perusta on kansanterveystutkimus, kansanterveystyön erityiset menetelmät ja kansanterveystyössä koulutuksen ja kokemuksen kautta saatu ammattitaito.

Kahdesta ensimmäisestä tehtävästä kansanterveysseuranta perustuu sekä perinteisen epidemiologian että modernin sosiaaliepideologian ja terveyden sosiologian yhdessä tuottamaan osaamiseen ja käytäntöihin. Toinen tehtävä kohdistuu kansanterveystyöhön ja sen kokonaisuuden suunnitteluun, seurantaan ja arviointiin. Kun ensimmäisessä tehtävässä haasteena on väestön terveys ja terveystarpeet, toinen kohdistuu toimintaan ja tarkastelee sen toteutumista ja vaikutuksia suhteessa ensimmäisen tuottamaan tietoon.

Kansanterveysseurannan taustatieto tulee valtakunnallisista rekisteritiedoista. Se ei kuitenkaan riitä, vaan jokaisessa

Taulukko 2.

Kunnan kansanterveystyön ydintehtävät väestön terveyden edistämiseksi ja ehdotus niiden nykytilan sisäistä arviointia viritäväksi lomakkeeksi, jossa jokaiselle tehtäväryhmälle ja niiden osatehtäville annetaan arvosana asteikolla 0 = huono ja 5 = erinomainen.

Kansanterveystyön ydintehtävät	Merkitse yleisarviosi nykytilasta					
	0	1	2	3	4	5
0. Koko kunnan sitoutuminen terveyden edistämiseen						
– kuntastrategia						
– toiminta- ja taloussuunnitelma						
– kuntakertomus						
– kuntatarkastus						
1. Kansanterveysseuranta						
– väestön terveydentila						
– terveysolot						
– terveyskäyttäytyminen						
– terveyspalvelujen väestölähtöinen tarve						
2. Kansanterveystyön suunnittelu, seuranta ja arviointi kokonaisuutena						
3. Kansanterveysasiantuntijuus						
4. Kansanterveysvaikuttaminen						
5. Terveysvaikutusten ennakoarviointi						
6. Terveyskasvatus						
– terveyskäyttäytyminen						
– itsehoito						
– terveyspalvelujen tarkoituksenmukainen käyttö						
7. Terveystieteiden palvelut						
– terveydensuojelu / ympäristöterveydenhuolto						
– terveysneuvonta						
– äitiys- ja lastenneuvola						
– koulu- ja opiskeluterveydenhuolto						
– työterveyshuolto						
– suurten ikäluokkien terveysneuvonta						
– ikääntyvien terveysneuvonta						
– terveystarkastukset						
– seulontatutkimukset						
8. Terveystieteiden edistäminen sairaanhoidossa						
9. Kansallisten ohjelmien ja suositusten soveltaminen ja toteuttaminen						
10. Terveystieteiden edistämisen johtaminen						
YLEISARVIO KAIKISTA YDINTEHTÄVISTÄ YHTEENSÄ						

kunnassa ja terveystieteissä tulee kerätä tietoa nimenomaan oman väestön terveydestä ja terveystarpeista. Varsinkin käyttökelpoista tietoa saadaan terveydenhuollon asiakastietokannoista. Esimerkiksi jokaisessa kunnassa voidaan seurata vuosittain lasten ylipainon kehitystä, kun neuvola- ja koulu-terveydenhuollossa kerättävät tiedot tulostetaan terveystietokannalla. Erityisenä haasteena ovat terveystietokannan toimialueen sisäiset erot väestöryhmien välillä.

Kansanterveysseuranta voidaan menestyksellisesti toteuttaa esimerkiksi kuntayhtymän, terveystietokeskusten tai maakuntatason yhteistyön puitteissa. Tässä suhteessa tehtävä eroa kansanterveysseurannasta ja arvioinnista, joihin jokaisen toimintayksikön on osallistuttava esimerkiksi kuvaamalla omaa henkilöstö- ja muiden voimavarojensa käytön suuntautumista ja jakautumista keskeisiin toimintoihin. Kysymys ei ole vain teknisestä tehtävästä, vaan erityisen ”arviointikulttuurin” omaksumisesta kaikissa kansanterveysseurannan työyhteisöissä. Samalla kun nämä kaksi tehtävää tukevat yhteistä suunnittelun, kehittämisen ja arvioinnin kokonaisuutta, ne kuitenkin edellyttävät kumpikin omaleimaista osaamista ja myös omia järjestelyjä.

Kansanterveysasiantuntemuksella tarkoitetaan tässä yhteydessä terveystutkimuksen tuottaman tiedon tuomista kaikkien sektorien, järjestöjen ja yritysten käyttöön. Haasteet voivat olla melkein mitä tahansa kouluverkko uudistuksen terveystietokannasta uuden asuinalueen suunnitteluun tai median nostamiseen kokuun vastaamiseen (ympäristömyrkyt, e-pillerien haitat, yms.). Ongelmat ja kysymykset terveystietokannasta voivat olla hyvinkin vaihtelevia eikä kaikki vaadittava asiantuntemus voi olla kunnan kansanterveysseurannan sisällä. Asiantuntijatehtävä edellyttää kuitenkin, että minkä tahansa kansanterveysseurannan liittyvän kysymyksen nostessa esiin terveystietokeskus osaa löytää tarvittavan asiantuntemuksen riittävän nopeasti.

Kansanterveysvaikuttamistehtävä on kuulunut suomalaisen terveydenhuoltoon jo 1800-luvulta alkaen. Se oli vahvasti esillä piirilääkärien työssä ja myös kunnallislääkärien ohjesäännöissä 1950-luvulla. Moderni terveyden edistäminen on uudelleen noston tämän tehtävän terveystietokeskusten keskeiseksi haasteeksi. Kansanterveyslain muutoksen perusteluissa (1) todetaan, että terveydenhuollolla on kunnassa terveyden puolesta puhujan rooli. Vaikka kunnan kansanterveysseurannan asiantuntijoilla ei ole toimivaltaa muilla toimialoilla, heidän tulee aktiivisesti olla mukana toiminnassa, tehdä aloitteita ja virittää keskustelua. Heidän velvollisuutensa on myös kiinnittää huomiota valmisteilla olevien päätösten todennäköisiin terveystietovaikutuksiin.

Jotta edelliset tehtävät olisivat mahdollisia, kunnan kansanterveysseurannassa täytyy olla osaamista terveystietokannan ennakoarvioinnissa. Tätä edellyttää jo terveystietokannan suunnittelu tarpeiden mukaan. Terveystietokeskusten johdon tulee jatkuvasti seurata, vastaavatko palvelut väestön nykyisiä ja ennakoitavia tarpeita. Terveystietokeskusten velvollisuutena on myös toimia alueellaan terveystietokannan ennakoarvioinnin asiantuntijana, josta kunnan muut sektorit, yritykset ja järjestöt saavat tarvittaessa tukea terveystietokannan ennakoarviointiin omissa toiminnissaan.

Terveystietokasvatus

Terveystietokasvatus on jäänyt suomalaisessa terveystietoliikenteessä keskustelussa sivuraiteelle osin ehkä siksi, että se on yhdistetty usein ravitsemuskasvatukseen ja terveystietoliikenteeseen (11). Terveystietokasvatuksen rinnalla puhutaan usein terveystietoneuvonnasta ja terveystietoviestinnästä. Suomalaisessa käytännössä terveystietoneuvonta on vakiintunut tarkoittamaan henkilökohtaisessa asiakassuhteessa toteutuvaan neuvontaan, jonka perustana on terveydenhuollon ammattilaisen tekemä arvio asiakkaan terveydentilasta. Terveystietoviestinnällä ei ole suomen kielessä vakiintunutta sisältöä.

Kansainvälisesti ”health education” on edelleen vahva tutkimuksen, koulutuksen ja toiminnan kokonaisuus ja sitä pidetään terveydenhuollon keskeisenä tehtävänä. Terveystietokasvatus ymmärretään yläkäsitteeksi, joka sisältää sekä terveystietoviestinnän että terveystietoneuvonnan. Terveydenhuollon rinnalla myös monet muut toimijat huolehtivat väestön terveystietokasvatuksesta. Terveystietokeskusten velvollisuus on pyrkiä varmistamaan, että myös tältä osin kunnassa toteutettava terveystietokasvatus perustuu ajanmukaiseen terveystietoon.

Terveystietokasvatus ymmärretään usein väestön terveystietoisuuden vahvistajaksi ja sen tavoitteita mitataan tottumusten muutoksilla. Terveystietokasvatuksen toinen perinteinen ja yhä tärkeämpi tehtävä on myös opastaa väestöä ja erityisesti kansantautien riskiryhmiin kuuluvia ja kroonisesti sairaita itsehoitossa. Kolmas ja edellisten rinnalla yhtä tärkeä haaste on ohjata kuntalaisia terveystietopalvelujen oikeaan käyttöön. Näin terveystietokeskusten toteuttamalla terveystietokasvatuksella tavoitellaan sekä terveyden lisäämistä että itsehoiton tehostamista ja lääkkeiden sekä palvelujen tarkoituksenmukaista käyttöä. Viime kädessä tavoitteena on sairaanhoitokustannusten vähentäminen.

Terveyden- ja sairaanhoito

Terveydenhuollossa on vakiintunut toiminnan jakaminen terveyden- ja sairaanhoitoon. Terveydenhoitopalvelut tarkoittavat niitä toimintoja, joissa ensisijaisena sisältönä on terveyden suojeleminen ja/tai edistäminen. Kansanterveyslain muutos korvaa terveydenhoito-käsitteen terveyden edistämiseksi (1,2). Tätä käsittemuutosta on kuitenkin vaikea soveltaa terveydenhuollon palveluihin, koska kaikkiin palveluihin sisältyy terveyden edistämisen mahdollisuus neuvolatyöstä työterveyshuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Näin kaikki terveydenhuollon palvelut ovat, tai ainakin niiden pitäisi olla, terveyttä edistäviä palveluja. Tuntuukin perustellulta puhua terveydenhoitopalveluista ja sairaanhoitopalveluista.

Terveydenhoitopalveluihin sisältyy kaikki se kansanterveysseuranta, jossa terveyden edistämisen on ensisijainen: terveydensuojelu, lapsiperheiden sekä lasten ja nuorten terveystietoneuvonta, työterveyshuolto, terveystietokasvatukset, seulontatutkimukset, rokotukset, yms. Suurten ikäluokkien tulo sairaantamiseksi nostaa esiin kaksi uutta haastetta: Millaisia terveydenhoitopalveluja olisi järjestettävä suurille ikäluokille myöhäisessä työssä sekä ikääntyville? Kun tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia iän mukaan, juuri näissä ryhmissä saattaa terveydenhoitopalvelujen tuottavuus olla lähivuosina erityisen hyvä.

Kahdeksas tehtävä korostaa sairaanhoidon kansanterveys-

vastuuta. Tavoitteena on järjestää kunnan sairaanhoidon kokonaisuus niin, että siitä saadaan suurin mahdollinen kansanterveyshyöty. Tautien ja tapaturmien ehkäisyohjelmissa sairaanhoidolla on tärkeitä tehtäviä. Tautien riskitekijöiden tunnistaminen, terveysneuvonta ja ehkäisevän lääkähoidon harkinta kuuluvat myös kaikkeen sairaanhoitoon (12). Vaikka sairaanhoito ei suoraan voi vaikuttaa moniin olennaisiin terveyseroihin aiheuttaviin tekijöihin, sen sivutuotteena saadaan tärkeää informaatiota kunnan väestön terveyseroista.

Kansalliset terveysohjelmat ja -suositukset

Kansanterveystyön kansalliset tavoitteet ilmaistaan virallisesti vahvistetuissa ohjelmissa sekä muissa kansallisesti merkittävissä suosituksissa. Kunnassa kansanterveystyöstä vastaavien tulee tutustua kaikkiin näihin ohjelmiin ja suosituksiin ja soveltaa niitä omalla alueellaan. Ohjelmat ja suositukset eivät suoraan velvoita kuntaa toimimaan niiden mukaisesti, mutta niissä tiivistyvät näyttöön perustuvan kansanterveystyön tärkeimmät tavoitteet ja toimintatavat. Jos terveyskeskuksessa päätetään tehdä asiat toisin kuin kansallisesti suositellaan, olisi samalla kirjattava näkyviin ne perustelut, joiden katsotaan oikeuttavan tällaiseen menettelyyn.

Kymmenes tehtävä kiinnittää huomion terveyden edistämisen johtamiseen. Kunnan perusturvan johdon tulisi koota terveyden edistämisen tehtävistä vastaava henkilöstö yhteen. Terveyskeskuksen johtoryhmän yhden jäsenen tulisi vastata terveyden edistämisen johtamisesta kansanterveystyön näkökulmasta. Näin rakentuisi asiantuntijajaksikko, joka pyrkii pitämään kansanterveyden edistämisen terveydenhuollon tärkeimpänä päämääränä ja samalla tukee sekä kunnan keskushallintoa että kaikkia muita toimijoita niiden omissa tehtävissä terveyden edistämiseksi. Kuntien tai alueiden asiantuntijajaksikoista muodostuisi koko maan kattava terveyden edistämisen erityisosaamisen infrastruktuuri.

Lopuksi

Terveyspoliittisessa keskustelussa puhutaan usein ”terveyden edistämisen suunnittelusta ja kehittämisestä” ja ”terveyden edistämisen asiantuntijuudesta ja vaikuttamisesta”. Nämä ovat mielenkiintoisia sanayhdistelmiä, mutta esimerkiksi kunnan luottamushenkilöiden on usein vaikea tavoittaa niiden todellista sisältöä: mitä terveyden edistäminen käytännössä tarkoittaa. Terveyden edistämisen sisältö koetaan epämääräiseksi. Kun terveyden edistäminen ymmärretään omaksi erityiseksi asiantuntemuksen ja toiminnan kokonaisuudeksi, ajaututaan väistämättä niihin pulmiin, joita tuoreessa Terveyden edistämisen keskuksen julkaisussa käsiteltiin: Terveyden edistämisen identiteetti olisi määriteltävä tarkemmin, mutta toistaiseksi yhteistä tulkintaa ei ole käytettävissä (13).

Tässä kirjoituksessa terveyden edistäminen on ymmärretty terveyspolitiikan ja laajemminkin kuntapolitiikan toimintalinjaksi, jonka päämääränä on väestön terveyden lisääminen ja väestöryhmittäisten terveyserojen vähentäminen.

Ehdotus kunnan kansanterveystyön ydintehtäviksi siirtää yleiskeskustelua terveyden edistämisestä lähemmäksi käy-

täntöä. Taulukossa 2 luetellut tehtävät voidaan ymmärtää muistilistaksi, joka tulisi olla esillä sekä palvelurakennetta kehitettäessä että kuntien toiminta- ja taloussuunnittelun, kertomusten ja kuntatarkastuksen vuosikierrossa: Onko jokainen näistä tehtävistä otettu riittävästi huomioon sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja erityisesti kansanterveystyötä kehitettäessä? Mahdollistavatko osaaminen, voimavarat, toimintatarkenteet ja johtamisjärjestelyt menestyksellisen selviytymisen näistä tehtävistä?

Sitoutuminen terveyden edistämiseen velvoittaa kaikkia toimialoja. Keskustelu kunnan kansanterveystyön ydintehtävistä terveyden edistämiseksi kattaa vain osan kuntakokonaisuuden kaikista tehtävistä väestön terveyden lisäämisessä ja terveyserojen kaventamisessa. Jatkossa tulisi samalla tavalla eritellä kunnan muiden toimialojen erityisiä tehtäviä terveyden edistämiseksi. Seuraavassa vaiheessa voidaan tarkastella kokonaisuutta ja pohtia, miltä osin tehtävät tulevat parhaiten hoidettua tietyn toimialan sisällä, toimialarajat ylittävissä yhteistyössä kunnan sisällä tai laajemmalla alueella kuntien yhteistyönä.

Kirjallisuutta

- Hallituksen esitys kansanterveyslain muuttamisesta. HE 96/2005 vp
- Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö 15/2005, HE 96/2005 vp
- Ouluvirta L, Ohtonen J, Stenval J. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus. Tasapainoista ratkaisua etsimässä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:19. Edita 2003.
- <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankk/hankeet.htx>
- <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/laatu/laatus.htx>
- <http://www.kaypahoito.fi>
- Hastings Center. An International Project of the Hastings Center. The Goals of Medicine. Setting New Priorities. Hastings Center Reports. Special Supplement. November-December 1996.
- Vertio H. Terveyden edistäminen. WSOY 2003:176-7.
- Hogstedt Ch, Lundgren B, Moberg H, Petterson B, Ågren G. The Swedish Public Health Policy and the National Institute of Public Health. Scand J Public Health 2004; Suppl 64.
- Folkhälsöinstitut: Towards more health promoting health and medical care. National Institute of Public Health R 2004:55. (http://www.fhi.se/templates/Page_4030.aspx)
- Rimpelä M. Terveyspolitiikan uusi kieli. Joutavatko kansanterveyslain käsitteet historiaan? Yhteiskuntapolitiikka 2005;70(1):54-62.
- Goene O, Jorgensen SJ. Health promotion in hospitals – a strategy to improve quality in health care. European Journal of Public Health 2005;15(1):6-8.
- Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 3/2005.

Matti Rimpelä
tutkimusprofessori
Stakes
matti.rimpela@stakes.fi

Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen

Tärkein tieto

- ▶ Terveyden edistämisen velvoite sisältyi vuonna 1972 annettuun kansanterveyslakiin, joskin silloin siitä käytettiin käsitettä ”terveydenhoito”.
- ▶ Terveyden edistäminen oli parhaissa voimissaan 1980-luvulla. 1990-luvulla ehkäisevän työn voimavaroja supistettiin monissa kunnissa siten, että kaikki lain velvoitteet eivät enää täyttyneet asianmukaisesti.
- ▶ Kansanterveyslain uudistuksessa korostetaan kunnan velvollisuutta ottaa huomioon terveys kaikissa kunnan toiminnoissa ja velvollisuutta mahdollistaa yli sektori-rajojen ulottuva yhteistyö terveyskysymyksissä.

Terveyden- ja sairaanhoidon sekä terveyden edistämisen käsitteet ja niiden hierarkkiset suhteet ovat eläneet ja muuttuneet kansanterveyslain voimassaolon aikana. Käsitteiden hämärtyminen on nähty jopa yhdeksi osasyynä siihen, että toimintoja on ollut mahdollista vähentää ehkäisevän työn tehtäväalueella (1). Kunnissa terveyden edistämisen käsite koetaan nykyisin epäselväksi (2). Tämä ei ole ihme, sillä käsitteelle on löydettävissä kansainvälisessä kirjallisuudessa ainakin 25 määritelmää viime vuosikymmeniltä (3). Viimeisimmät suomalaisessa kirjallisuudessa esitetyt terveyden edistämisen määritelmät on esitetty ohessa (taulukko 1).

Tällä hetkellä ajassa on monessakin mielessä tilausta terveyden edistämisen vahvistamiselle. Esimerkiksi ylipainoisuuden, alkoholin käytön ja mielenterveysongelmien lisääntyminen koskettavat suuria väestömääriä ja aiheuttavat tulevaisuudessa suurta hoidon tarvetta, ellei kehitystä pystytä

ehkäisevin toimin jarruttamaan. Yhteiskunnalliset muutokset ovat tuottaneet uusia ehkäisevän työn haasteita kuten huumeiden käytön torjunta, väkivallan ehkäisy ja nuorten seksuaaliterveyden edistäminen. Terveyttä korostava kulttuuri tuottaa tilausta terveyden edistämislle myös väestöltä: merkittävä osa ihmisistä on aidosti kiinnostunut hoitamaan terveyttään ja toivoo saavansa siihen tietoa ja ohjausta.

Terveyden edistämisen tehostamisen ajankohtaisuudesta ja painoarvon lisääntymisestä kertoo myös se, että lainsäädäntöä on nähty tarpeelliseksi täsmentää terveyden edistämisen määrittelyä ja siihen liittyvien kunnan tehtävien osalta. Eduskunta hyväksyi kansanterveyslain uudistuksen lokakuussa 2005, ja se tuli voimaan vuoden 2006 alussa.

Takaisin tiukempaan ohjaukseen?

Kansanterveyslain uudistuksessa (2005/928) ydinkäsitteeksi lakiin tuli entisen terveydenhoidon käsitteen sijaan ilmaisu ”terveyden edistäminen, sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien” (4). Pykälässä 14 määriteltyjä kansanterveysjärjestöjen tehtäviä täsmennettiin erityisesti terveysneuvonnan osalta, ja työlle asetettiin seuranta- ja arviointivelvoite sekä yhteistyövelvoite kunnan julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Kansanterveysjärjestöjen toimeenpanoa koskeviin säädöksiin ei kuitenkaan tullut muutoksia. Muutamia kohtiin (muun muassa terveysneuvontaan) lakiin varattiin mahdollisuus tarkempaan ohjeistukseen myöhemmin annettavilla asetuksilla.

Kansanterveyslain velvoitteiden toteutumista ohjattiin vuoteen 1993 saakka valtakunnallisilla suunnitelmilla ja lääkintöhallituksen yleis- ja ohjekirjeillä. Vuoden 1993 valtionosuusuudistus poisti valtion rahoituksen ohjaavan elementin ja päätösvalta varojen käytöstä siirtyi kunnalle. Kuntien päätöksenteon tueksi jäivät lainsäädännön ohella ainoastaan aiempaa yleisluotoisemmat valtakunnalliset ohjelmat ja esi-

merkiksi tutkimuslaitosten tuottama tieto. Oli siirrytty informaatio-ohjauksen aikakauteen.

Nykyisellään terveyttä edistävän työn keskeiset asiakirjat ovat Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, terveydenhuollon talous- ja toimintasuunnitelma (TATO) sekä kansallinen terveydenhuollon hanke. Terveys 2015 -asiakirjaa on käsitelty kunnissa johtotasolla melko vähän, ja se on johtanut toimenpiteisiin korkeintaan yhdessä kunnassa kymmenestä (2). Terveys 2015 -ohjelman on arveltu jääneen kansallisen terveysprojektin jalkoihin (5). Se on puolestaan käsitellyt terveyden edistämisen kysymyksiä toistaiseksi varsin vähän.

2000-luvulle tultaessa informaatio-ohjausta on tehostettu eri osa-alueisiin kohdistuvilla laatusuosituksilla, joita on annettu muun muassa mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä kouluterveydenhuollosta. Syksyllä 2006 sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi terveyden edistämisen laatusuosituksen, jossa on kuusi toimintalinjaa, niissä kaikissa 4–8 suositusta ja lisäksi esimerkkejä toiminnan sisällöistä aihealueittain (6). Laatusuositukset on tarkoitettu ennen kaikkea terveyskeskuksen johdon ja hallinnon työkaluiksi. Niitä käytetään kuitenkin melko vähän tähän tarkoitukseen, ja suosituksiin tutustutaan perusteellisemmin käytännön työntekijöiden tasolla (2). Rimpelä on todennut, että erilaisten ohjelmien, suositusten ja hankkeiden velvoittavuus suhteessa kunnalliseen itsehallintoon on epäselvä (7).

Vuodesta 2003 lähtien kansallisten tavoitteiden toteutumista on alettu tehostaa niin sanotulla hankeohjauksella, eli sosiaali- ja terveysministeriön sekä lääninhallitusten päätöksillä myönnettävillä hankekohtaisilla valtionavustuksilla (8). Vuosina 2003–2005 hankeavustuksia on jaettu 630 hankkeeseen yhteensä 105 miljoonaa euroa (9). Rahoituksen ohjausvaikutuksia on kokonaisuudessaan vielä aikaista arvioida. Vuosien 2003–2004 hankkeiden vaikuttavuuden arvioinnissa kiinnitettiin huomiota hankkeiden tuloksena syntyneiden ratkaisujen toimeenpanoon. Hankkeiden pitäisi tulevaisuudessa johtaa pysyvämpiin uusiin toimintamalleihin, rakenteellisiin muutoksiin, yhteistyömuotoihin ja yhteisorganisaatioihin (9).

Viime aikoina ovat voimistuneet käsitykset siitä, että informaatio- ja hankeohjaus ei ole riittävää, vaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmä tarvitsee jonkinasteista uudistusta. Periaatteessa tämä voisi tapahtua keskushallinnon norminantoa vahvistamalla, mikä edellyttäisi myös lisääntynyttä valvontaa (8). Toinen tapa olisi vahvistaa tieto-ohjauksen rinnalla ihmisten perusoikeuksia ja sosiaalisia oikeuksia, joita Heikkilä nimittää ”2000-luvun ohjausfilosofiaksi”. Keskeisiä asioita ovat riittävän perusrahoituksen turvaamisen ohella palvelujen saatavuuskriteerien ja palvelujen laadun vähimmäisstandardien asettaminen (8). Tämän suuntaisen kehitystie saattaisi taata myös terveyden edistämisen tehtävälle vähimmäistavoitteet, jotka eivät välttämättä muuten täytyisi tiukan kuntatalouden aikana.

Rakenteet kuntoon

Kansanterveyslain uudistuksessa korostetaan hallinnonalojen välistä yhteistyötä, mikä ei sinällään ole uutta suomalaisessa terveyspolitiikassa. Terveyden edistämässä on peri-

aatteessa jo yli kaksikymmentä vuotta sitten omaksuttu laaja-alainen näkökulma, jonka mukaan terveyden edistämisen pitäisi olla kaikkia hallinnon aloja koskevan toiminnan yhteinen lähtökohta. Aikanaan yhteistyö toteutui kunnissa terveyskasvatuksen yhteistyöryhmässä, joka oli 1980-luvulla useimmissa kunnissa (10). Vähin erin rakenteet ovat rapautuneet, ja työ on jäänyt pääosin terveydenhuollon vastuulle.

Nykyisellään terveyden edistäminen on heikosti resurssoitua ja johdettua. Terveyden edistämisen yhdyshenkilö on vajaan kolmanneksessa kunnista, ja terveyskasvatuksen yhdyshenkilö on noin puolessa (2). Terveyden edistämisen johtamiseen nimettyä henkilöä ei ole lainkaan kolmanneksessa terveyskeskuksista. Jos vastuuhenkilö on nimetty, terveyden edistämisen johtamiseen käytetty työaika on kahdessa kolmasosassa terveyskeskuksista enintään 10 % työajasta (2).

Rimpelä on pohtinut laajasti terveyden edistämistä kunnan tehtävänä ja nimennyt kymmenen terveyden edistämisen ydintehtävää kunnan kansanterveystyölle (7). Näistä vain kolme, terveyskasvatus, terveydenhoitopalvelut ja sairaanhoitoon liittyvä ehkäisevä työ, ovat sellaisia, jotka nykyisin selkeästi mielletään terveyden edistämiseksi ja jotka tavalla tai toisella toteutuvat kuntien terveyspalvelujen piirissä. Loput seitsemän ydintehtävää, jotka liittyvät asiantuntijuuteen, suunnitteluun, johtamiseen, seurantaan ja arviointiin, on heikommin hahmotettu terveyden edistämisen kenttään kuuluviksi, ja toteuttamisvastuut ovat niiden osalta epäselviä.

Terveyden edistämisen tehostaminen ja ydintehtävien toteuttaminen edellyttää kunnissa infrastruktuurin elvyttämistä tai uudelleen perustamista. Terveyden edistämisen laatusuositus esittää, että kuntiin luodaan kunnanhallituksen hyväksymä terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä. Siinä määritellään poikkihallinnollisen terveyden edistämisen johtamisvastuu, hallinnonalojen välinen työnjako ja toimintakäytäntöjen koordinointi sekä toiminnan suunnittelu-, seuranta- ja arviointivastuut (6).

Monialaista yhteistyötä varten tarvitaan selkeät rakenteet ja toimintatavat. Eräs tapa olisi perustaa kunnan hallinnonalojen välinen yhteistyöryhmä 1980-luvun malliin, mutta uusien ajatuksin. Terveydenhuoltosektorille lankeaisi luonnostaan asiantuntijana toimiminen näissä yhteyksissä.

Taulukko 1.

Viimeisimmät suomalaisessa kirjallisuudessa esitetyt terveyden edistämisen määritelmät.

Terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Terveyden edistäminen on myös terveyden edellytysten parantamista yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan kannalta (Vertio 2003).

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämiseen sisältyy preventiivisiä ja promotiivisia toimintamuotoja. Tuloksia ovat terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalveluiden kehittyminen. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina (Savola ja Koskinen - Ollonqvist 2005).

Lisäksi terveydenhuollon asiantuntijat voisivat olla aloitteellisia myös asioissa, jotka eivät ole sen hallinnon alaisia, mutta jotka vaikuttavat merkittävästi kunnan väestön terveyteen. Terveyden edistämisen riittävän asiantuntijuuden takaamiseksi ja kehittämiseksi tarvitaan myös kuntarajat ylittävää toimintaa. Vertio on hahmotellut terveyden edistämiseksi rakennetta, joka perustuisi alueellisiin yhteistyöverkostoisiin ja niiden tukena toimiviin osaamiskeskukseen (10).

Hallitus on antanut syyskuussa 2006 eduskunnalle lakiesityksen kunta- ja palvelurakenteen uudistamisesta (11). Esityksen mukaan kuntarakennetta vahvistetaan yhdistämällä kuntia ja liittämällä osia kunnista toisiin kuntiin. Palvelurakenteita vahvistetaan kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä palveluja ja lisäämällä kuntien yhteistoimintaa. Perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä määrätään, että näitä palveluja järjestävän kunnan tai yhteistoiminta-alueen väestöpohja olisi vähintään noin 20 000 asukasta.

Lakiesitys on parhaillaan eduskunnan käsittelyssä ja sen toteutuminen vaikuttaa oleellisesti terveyden edistämisen puitteisiin tulevaisuudessa. Periaatteessa kunta- ja palvelurakennemuutostu saattaa avata luontevia mahdollisuuksia alueelliselle yhteistyölle esimerkiksi Vertion hahmottelemalla mallilla. Toisaalta on arveltu, että uudistukset voivat johtaa perus- ja erikoissairaanhoidon yhteensulautumiseen, jossa pahimmillaan terveyden edistäminen jää lopullisesti muun toiminnan jalkoihin (12).

Talous- ja henkilöstöresurssien kehitys

Terveyttä edistävään toimintaan käytetyt rahat ovat vaikeasti määriteltävissä ja siten myös vaikeasti seurattavissa. Vertailukelpoisia tietoja kunnista ei ole eriteltyinä saatavissa. Terveyskeskusten johtajille tehdyn kyselyn tulokset osoittavat, että viidennes kunnista on varannut terveyden edistämiseen erillisen määrärahan (2). Jonkinasteista suuntaa suuruusluokasta antaa OECD:n tieto, että vuonna 2003 Suomi käytti 3,8 % terveydenhuoltomenoistaan terveyden edistämiseen ja OECD-maat käyttivät keskimäärin 2,9 % (www.oecd.org).

Terveydenhuollon kustannuksiin liittyy tunnetusti valtavia kasvupaineita, jotka johtuvat osin väestön ikääntymisestä, osin sairastavuuden (muun muassa aikuistyyppin diabetes) kasvunäkymistä. Pelkästään esimerkiksi diagnostiikkaan ja tiedonsiirtoon liittyvät teknologiset innovaatiot nielevät yhä suurempia summia, ellei kehitystä pyritä aktiivisesti hallitsemaan. Sama pätee lääkehoidon kustannusten kasvuun. Rahoituskilpailussa terveyden edistämisen asemaa vaikeuttaa se, että työn tulokset tulevat pitkällä viiveellä ja niiden mittaaminen on hankalaa. Terveyden edistämisen rahoitusosuus vähenee tulevaisuudessa varmasti, ellei resurssoinnista pidetä tietoisesti kiinni kaikilla tasoilla ja jopa korvamerkitä siihen varattavaa rahoitusta.

Terveyden edistämiseen varattujen henkilöresurssien kehitys on ollut viime vuosina myönteistä terveyskeskusjohtajille tehdyn kyselyn mukaan (2). Henkilöstömäärät ovat kasvaneet yleisimmin työterveyshuollossa, mutta myös äitiys- ja lastenneuvolatyössä, ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon osalta raportoitii henkilöstön lisäyksistä (2).

Kansallisen terveyshankkeen aloitteesta kentällä on käynnistynyt lukuisia lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan uuteen työnjakoon tähtäviä kokeiluja. Perusterveydenhuollon kokeiluissa siirrettiin eniten tehtäviä lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille, joiden työnkuvaa laajennettiin erityisesti sairaanhoidollisten tehtävien suuntaan (hoidon tarpeen arviointi, hoitoon ohjaamiseen äkillisissä terveysongelmissa, puhelinneuvonta ja pitkäaikaissairaiden seuranta (13). Kokeilujen yhteydessä on pohdittu vähemmän sitä, mistä työpanos on pois ja mihin työnjako pitemmällä aikavälillä johtaisi. Ilmeinen vaara on se, että terveyden edistämiseen suunnattu työpanos vähenee.

Terveydenhuollon tulevaisuuden näkymien suurimpia uhkatekijöitä on työvoimapula. Alueellinen työvoimavaje rajoittaa jo nyt terveydenhuollon toimintoja paikka paikoin. Lähivuosina tilanteen ennustetaan pahenevan suurten ikäluokkien eläköityessä (14). Kun työvoimasta on pula, jäljelle jäänyt työpanos ohjautunee ensisijaisesti sairaanhoitoon, josta on saatavissa välittömästi nähtävissä oleva tulos.

Lääkärin rooli terveyden edistämässä

Terveyskeskuslääkärit mieltävät itsensä terveyden edistäjiksi ennen kaikkea kliiniseen työhön liittyen, riippumatta siitä, toimivatko he väestövastuuperiaatteella vai eivät (15). Terveysneuvontaa on ymmärrettävästi luontevaa antaa tilanteissa, jolloin sairaus tai sairastumisen riski muutoinkin tulee esille. Usein asiakaskin on tällöin motivoitunut terveyskäyttäytymisensä muutokseen. Yleislääkärin antama elintapaneuvonta on todettu hyvinkin kustannusvaikuttavaksi toiminnaksi esimerkiksi heikentynyttä glukoosinsietoa potevilla ja oikeaan väestön osaan kohdennettuna myös hyperkolesterolemiaapotilailla (16).

Terveyden edistämisen käsittäminen vain sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon liittyväksi tehtäväksi edustaa kapeaa näkökulmaa terveyden edistämiseen. Uhkana on, että työnkuva tästäkin edelleen kapeutuu. Pohjoismaiset yleislääketieteen asiantuntijat ovat kiinnittäneet huomiota ”riski-epidemiaan”, joka kuormittaa lisääntyvässä määrin yleislääkärin työtä (17,18). Yhä useamman sairauden riskiä seulotaan lääkehoitoa vaativien tapausten löytämiseksi, ja entistä useammat jäävät riskirajojen haaviin. Sairauden sijasta hoidetaan aikaisempaa useammin riskiä, ja sitä hoidetaan nimenomaan lääkkeillä. Elintapoihin kohdistuva lääkkeetön hoito jää toissijaiseksi. Lääkärin toteuttaman terveysneuvonnan redusoituminen lääkkeelliseksi preventioksi lisää entisestään lääkehoidon kustannuksia, jotka jo nykyisellään kasvavat jatkuvasti (19).

Neuvolatyössä terveydenhoitajilla on ollut keskeinen asema, joka on entisestään korostunut väestövastuuseen siirtymisen myötä. Entisessä sektorityönjakoon perustuvassa mallissa lääkäriellä oli usein neuvolatyön kehittämistä vastuu, mutta väestövastuumallissa se on hävinnyt. Lääkärin rooli neuvolatyössä on kutistunut konsultoinniksi, ja tätä työnkuvaa vahvistavat muun muassa hiljattaiset suositukset ja oppaat lastenneuvolatyöstä ja kouluterveydenhuollosta.

Menestyksellinen terveyden edistäminen edellyttää potilaskohtaisten menetelmien ohella yhteisöllisten menetel-

mien käyttöä. Yhteisöllinen orientaatio on lääkäreille selvästi vieraampi perusterveydenhuollossakin. Yllättävä ja ristiriitainen on havainto, että väestövastuuperiaatteella toimivat terveyskeskuslääkärit osallistuvat yhteisöllisiin toimintoihin vielä vähemmän kuin ne, jotka eivät työskentele väestövästuuksista (15).

Väestövastuuvirkaehtosopimus on nähty yhdeksi keskeiseksi tekijäksi siihen, että lääkärin rooli heikentyy terveyden edistämisen kentässä perusterveydenhuollossa (8,15). Väestövastuujärjestelmään siirtymisen jälkeen ennalta ehkäisevä työ ei ole ollut taloudellisesti kannattavaa. Sekä yksittäiseen asiakkaaseen että yhteisöön kohdistuvan terveyttä edistävän työn vahvistamiseksi on välttämätöntä, että palkkausjärjestelmän vinoutuma korjataan. Terveyden edistämisen laajentamista asiantuntija- ja vastuutehtävistä pitäisi palkita erityiskorvauksin.

Ammattilaisten osaaminen

Sinä aikana, kun terveyden edistämiseen velvoittava kansanterveyslaki on ollut voimassa, työn perustana oleva ihmiskäsitys on muuttunut voimakkaasti: yksilö ei ole enää kohde, vaan omaa elämäänsä määrittävä aktiivinen toimija. Terveydenhuollon toiminnan näkökulmasta ihmiskäsityksen muutokset merkitsevät työmenetelmien muutosta asiantuntijakeskeisistä asiakaskeskeisiksi. Lähestymistapa on ihmis- ja voimavarakeskeinen, jolloin lähdetään liikkeelle yksilön elämäntilanteesta, terveyttä tukevien voimavarojen ja muutostarpeiden tunnistamisesta (19).

Voimavaraistavissa työmenetelmissä keskeistä on työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus. Ihmistä, joka on jo tunnistettu motivoituneeksi käyttäytymisensä muuttamiseen, tuetaan ja kannustetaan eteenpäin. Tähän tarvitaan selkeitä työkaluja, joiden avulla kuljetetaan keskustelua, autetaan asiakasta näkemään mahdollisuutensa ja vahvistetaan motivaatiota muutokseen. Näitä työkaluja on kehitetty lukuisia eri tilanteisiin (21), mutta niiden käyttöönotto kangertalee. Kaikki voimavaraistavat työmenetelmät vaativat koulutusta, harjaantumista, itsearviointia ja palautetta, minkä vuoksi uusien työkalujen omaksuminen on hidasta.

Tuoreen sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta käsitelleen selvityksen mukaan voimavarojen vahvistaminen, valintojen tukeminen ja osallistaminen on otettu teoreettiseksi lähtökohdaksi laajasti eri koulutuksissa asiakastyön menetelmiä kehitettäessä. Kuitenkin ohjaus- ja neuvontatyön teoreettisen perustan sekä työmenetelmien hallinta vaatii opetuksen kehittämistä useimmissa sosiaali- ja terveydenhuollon alan koulutuksissa (22).

Kun lääkäreiltä itseltään kysytään, miten hyvin peruskoulutus vastaa erilaisia perusterveydenhuollon työtehtäviä, niin noin kolmanneksen mielestä koulutus vastaa huonosti terveyden edistämistä ja terveysneuvontaa (23). Eri sektoreiden väliseen yhteistyöhön koulutus antaa valmiuksia huonosti 69 %:n mielestä.

Terveyden edistämisen mieltäminen yhteisölliseksi toiminnaksi on terveydenhuollon henkilöstölle vierasta. Liimainen ym. ovat aiemmin todenneet, että terveyden- ja sairaanhoitajien peruskoulutus ei ole tukenut laaja-alaista ter-

veydenedistämisaajattelua (20). Tuoreen selvityksen mukaan tilanne ei ole korjaantunut, vaan yksilökeskeisyys ja -lähtöisyys korostuu koulutuksissa edelleen (22). Lääkärikoulutuksessa tilanne ei ollut selvityksen mukaan yhtään parempi. Selvityksen mukaan yhteisöllisyys sekä ajattelutapana että menetelmällisenä osaamisena vaatii vielä laajasti kehittämistä kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksessa (22).

Terveyden edistämisen johtamis- ja asiantuntijatehtävät edellyttävät erityisosaamista, joka on määritelty useamminkin yhteyksissä kansainvälisesti (22). Terveyden edistämisen tehostaminen edellyttää tällaisten erikoisosaajien verkoston kehittämistä maahamme. Tämä on haaste yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukselle ja terveydenhuollon täydennyskoulutukselle.

Arvioinnin ja seurannan kehittäminen

Kansanterveyslain uudistuksessa kunnan tehtäviä määrittävään 14. pykälään lisättiin velvoite kunnan väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehityksen seuraamisesta väestöryhmittäin (4). Lain yksityiskohtaisissa perusteluissa tähän ehdotetaan käytettäväksi valtakunnallisten tietojärjestelmien kuntakohtaisia tietoja sekä sosiaali- ja terveysministeriön että hallinnonalan laitosten kehittämää osoittimia (1). Näiden osoittimien laatiminen on iso työ, jossa tarvitaan myös perusterveydenhuollon panosta ja asiantuntemusta.

Viime vuosina sosiaali- ja terveysalan käyttöön on kehitetty ennakoivan arvioinnin menetelmiä, joilla voidaan arvioida suunnitteilla olevien hankkeiden terveysvaikutuksia (24). Syksyn 2005 terveyskeskusten johtajille tehdyn kyselyn perusteella terveysvaikutusten arvioinnin (TVA) menetelmät ovat kentällä vielä varsin vieraita (2). Myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalan koulutuksissa menetelmät olivat varsin vähän esillä (22).

Velvoite terveyserojen mittaamiseen edellyttää uudenlaista osaamista, johon tarvitaan vähintäänkin tehokasta täydennyskoulutusta. Todennäköisesti kentällä tarvitaan tätä varten uusia henkilöresursseja. Alueellisen yhteistyön ja osaamiskeskusten tuki on tässä hyvin tarpeellista.

Lopuksi

Terveyden edistämiseen suhtaudutaan usein nihilistisesti siteeraamalla väittämää, jonka mukaan terveyspalveluiden osuus terveyden kehittämiseen on korkeintaan 10–15 %:n luokkaa. Näin siksi, että merkittävä osa terveyteen vaikuttavista päätöksistä tehdään terveydenhuollon ulkopuolella (1). Kansanterveyslain uudistuksessa korostetaan kunnan velvollisuutta ottaa huomioon terveys kaikissa kunnan toiminnossa ja velvollisuutta mahdollistaa yli sektorirajojen ulottuva yhteistyö terveyskysymyksissä (1,4). Jos terveydenhuolto todella ottaa – ja sille annetaan mahdollisuus ottaa – sen aktiivisen asiantuntijan ja aloitteentekijän roolin kunnallisessa yhteistyössä, jota kansanterveyslaki sille osoittaa, on terveydenhuollon vaikutus väestön terveyteen nostettavissa paljon edellä esitettyä arviota suuremmaksi.

Terveyden edistämisen tehtäväkenttä elää tällä hetkellä hyvin ristiriitaisessa tilanteessa. Toisaalta korostetaan sitä, että ilman tehokasta ennalta ehkäisevää työtä emme selviä tulevaisuuden sairaustaakasta. Mutta jo seuraavassa käänteessä todetaan, että nykyisessä taloudellisessa tilanteessa terveyden edistämiseen ei ole mahdollista suunnata lisää resursseja.

Dilemman ratkaiseminen ja terveyden edistämisen todellinen vahvistaminen vaativat korkean tason linjauksia ja ehkä nykyistä sitovampia ohjauksen keinoja. Vuosi 2007 on monin tavoin tärkeä terveyden edistämisen kehittämisen kannalta. Kansallinen terveydenhuollon hanke kohdistaa huomionsa tänä vuonna erityisesti tähän aihepiiriin. Vuoden aikana selviää todennäköisesti myös se, mihin suuntaan kuntien yhteistyötä ja palveluiden järjestämisen rakenteita tullaan kehittämään. Olivatpa ratkaisut mitä tahansa, perusterveydenhuollon rooli säilyy keskeisenä terveyden edistämässä tulevaisuudessakin. Kysymys on vain siitä, mikä painoarvo terveyden edistämiseen jatkossa annetaan ja mitä voimavaroja työhön osoitetaan.

Kirjallisuutta

- 1 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kansanterveyslain muuttamisesta HE 95/2005 vp. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2005/20050096>.
- 2 Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K ym. Terveyden edistäminen kunnan kansanterveystyössä: suunnittelu, johtaminen, seuranta ja arviointi. Perusraportti kyselystä terveyskeskusjohdolle. <http://info.stakes.fi/kansanterveystyo/FI/kysely/ttkysely2005/index.htm>.
- 3 Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Edita Prima Oy 2005.
- 4 Laki kansanterveyslain muuttamisesta 2005/928. Valtion säädöstietotietopankki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050928>.
- 5 Vertio H. Terveydenedistämispoliittika puntarissa. Suom Lääkäril 2002;57:5155.
- 6 Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: STM 2006.
- 7 Rimpelä M. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2. Kansanterveysvastuu ja ydintehdävät. Suom Lääkäril 2005;60:4651-5.
- 8 Heikkilä M. Ohjauksen tarve ja tulevaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kirjassa: Heikkilä M, Roos M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Saarijärvi: Stakes 2004.
- 9 Kansallisen terveysthankkeen piiriin kuuluvan hankerahoituksen vaikuttavuuden arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:14. Helsinki: STM 2006.
- 10 Vertio H. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi 2003.
- 11 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutoksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta HE 155/2006 vp. Valtion säädöstietotietopankki. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2006/20060155>.
- 12 Karlsson M. Erikoissairaanhoidon neliaiseen perusterveydenhuollon. Dialogi 8/2005, s. 26-8.
- 13 Hukkanen E, Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveysthankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki: STM 2005.
- 14 Metsämuuronen J. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. Helsinki: International Methelp 2001.
- 15 Mattila K ja Lääkäri -98 -tutkimusryhmä. Lääkärit terveyden edistäjinä. Suom Lääkäril 2004;59:805-7.
- 16 Sintonen H, Harju E, Booth N. Ehkäisevän terveydenhuollon kustannusvaikuttavuus esimerkkien valossa. Kirjassa: Koskenvuo K, toim. Sairauksien ehkäisy. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim 2003.
- 17 Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? BMJ 2003;327:498-500.
- 18 Getz L, Kirkengen AL, Hetlevik I, Sigurdsson JA. Individually based preventive medical recommendations - are they sustainable and responsible? A call for ethical reflection. Scand J Prim Health Care 2005;23:65-7.
- 19 Klaukka T, Idänpään-Heikkilä J, Rajaniemi S, Helin-Salmivaara A, Huupponen R. Lääkekustannusten jyrkän kasvun taustatekijät vuosina 2000-2004. Suom Lääkäril 2005;60:1424-8.
- 20 Liimatainen L, Poskiparta M, Sjögren A. Terveyden edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. Sosiaalilääketiet Aikakausl 1999;36:99-110.
- 21 Pietilä A-M, Eirola R, Vehviläinen-Julkunen K. Työmenetelmiä terveyttä edistävässä asiakastyössä. Kirjassa: Pietilä A-M ym., toim. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY 2002.
- 22 Rautio M. Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:49. Helsinki: STM 2006.
- 23 Vänskä J, Hyppölä H, Halila H ym. Lääkäri 2003. Kyselytutkimus vuosina 1992-2001 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9. Helsinki: STM 2005.
- 24 Kauppinen T, Tähtinen V. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -käsikirja. Aiheita 8/2003. Helsinki: Stakes 2003.

Elise Kosunen

yleislääketieteen professori (mvs.)

Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos