

## **Murentuuko kansanterveystyö kunta-alan jäykkyyteen?**

Länsi-Savon palstoilla esiintunut Mikkelin kaupungin terveyskeskuslääkäripula on vain yksi näkyvä ongelma koko kansanterveystyötä ja terveydenhuoltopalveluja koskevassa kriisissä.

Arvostettu brittiläinen taloussanomalehti Financial Times julkaisi vastikään erikoisliitteen Suomesta, ja siinä todistettiin, että Suomi on ”kova maa”, jossa työttömyys, alkoholismi, epätoivo ja yleinen syrjäytyminen pistävät silmään selvemmin kuin muualla. Vaikka kansantaloutemme on kasvanut, ovat palvelualat meillä alikehittyneet, työmarkkinat jäykät ja lehden mukaan Suomi on ajautumassa pysähtyneisyyden tilaan. Voi olla hieman yksipuolisesti kirjoitettu, mutta totta on, että nykyisellä terveydenhuoltojärjestelmällä on vaikeuksia vastata haasteisiin. Kunnallisella puolella järjestelmät ovat jäykkiä eikä palkkausjärjestelmiin saada muutosta, vaikka useissa terveyskeskuksissa henkilöstöpula uhkaa jo hoitotakuuta.

Suomessa on kansainvälisesti katsoen paljon työikäisiä lääkäreitä, yksi 300 asukasta kohden. Kolmannes valmistuneista lääkäreistä hakeutuu töihin Uudellemaalle ja seuraavaksi eniten nuoria lääkäreitä vetävät Oulun seutu, Varsinais-Suomi ja Pirkanmaa. Väestövastuu mallilla toimivat terveyskeskusvirat eivät houkuttele nuoria lääkäreitä. Jäykässä väestövastuumallissa omalääkäri ei pysty vaikuttamaan väestönsä määrään ja rakenteeseen. Suomen Lääkäriliiton tuoreiden tutkimustulosten mukaan lähes puolet terveyskeskuslääkäreistä onkin valmis vaihtamaan työpaikkaa. Ongelmana koetaan se, että mahdollisuus vaikuttaa oman työn sisältöön sekä määrään ovat olemattomat.

Mikkelin sosiaali- ja terveyslautakunta teki päätöksen tutkia Pankalammen terveyskeskuksen lääkärien vastaanoton ulkoistamista. Keskustan valtuustoryhmä esitti valtuustoaloitteessaan 29.8, että kaupunki tutkisi vaihtoehtoisia malleja koko alueen väestövastuumallille. Joustavat paikalliset ratkaisut houkuttelevat paremmin työntekijöitä, ja niissä voidaan käyttää myös palvelusetelisovellutuksia. Yksi vaihtoehtoisista malleista olisi listautumismalli, joka on uudenlainen työn järjestäminen – mutta myös palkkausmalli. Siinä pystyttäisiin myös laatukriteerit ottamaan paremmin huomioon. Terveyskeskuksen toiminnan kehittämiseen kuuluu myös eri ammattiryhmien työnjaon tarkastelu. Tähän olisi nyt oiva mahdollisuus kunta-alan palkkaneuvottelujen yhteydessä. Mikkeliissä on uskallettava nostaa myös ensineuvon roolin toimivuus ja laajuus kriittisesti tarkasteltavaksi. Ennalta ehkäisy ja varhainen puuttuminen ovat tehokkaimpia tapoja hallita palvelutarpeen kasvua ja kustannuksia, joten kouluterveydenhuolto ja ikäihmisten neuvolatyyppinen toiminta tulee myös järjestää asianmukaisiksi. Tulossa oleva kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon yhdistyminen pitäisi helpottaa hoidon porrastamista ja yhtenäisten hoitoketjujen rakentamista.

On harmillista, että niillä 200 miljoonalla eurolla, jotka valtio käytti sosiaali- ja terveysministeriön hankkeisiin vuosina 2003-2007 ei saatu kovinkaan näkyvää kunnissa. Vuoden 2008 alussa on alkamassa sosiaali- ja

terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, jonka tarkoituksena on konkreettisin toimenpitein kehittää perusterveydenhuoltoa. Kehittämisohjelmalla halutaan vähentää syrjäytymistä, parantaa terveyttä, lisätä hyvinvointia ja kaventaa terveyseroja. Lisäksi tavoitellaan palvelujen laadun, saatavuuden ja vaikuttavuuden paranemista. Alueellista näkemystä ohjelmaan tuovat alueelliset johtoryhmät. Kehittämisohjelman tavoitteet on pystyttävä siirtämään kuntien peruspalveluihin, olipa ne ulkoistettu tai omalla toiminnalla hoidettu – muutoin kansanterveystyön perimmäistä tavoitetta (ehkäistä ja hoitaa sairauksia) ei pystytä toteuttamaan.

Seija Korhonen  
Lääket. tri, Mikkelin kh:n jäsen