

# Terveysprojekti – autuutta ja ankeutta anestesiologeille

Heikki Pälve

**S**uomen Lääkäriliiton hallitus oli tyytyväinen, että Kansallisen terveysprojektin myötä valtio on selkeästi sitoutunut terveydenhuollon lisäresursointiin. Nyt valtio ja johtavat poliittikot ovat joutuneet myöntämään, että terveydenhuolto on vaikeuksissa ja asioiden on muututtava eikä se ole mahdollista ilman tuntuva lisärahoitusta. Projektissa on useita myönteisiä ehdotuksia kuten hoitotakuu, täydennyskoulutuksen rahoitus ja sitoutuminen terveydenhuollon lisärahoitukseen. Terveydenhuollon tulevaisuus ei välttämättä ole kuitenkaan turvattu projektin eväillä, vaikka siihen on kiitettävästi pyritty. Projektilla on myös vaikutusta anestesiologin työhön ja erikoistumiseen.

## Rahoitus

Meillä on rajua paine lisätä terveydenhuollon rahoitusta, sillä mm. Pohjoismaat käyttävät terveydenhuoltoon n. 50% enemmän rahaa kuin Suomi (Suomi 1500 euroa/capita/v vs. Pohjoismaat n. 2200 euroa/cap/v) ja terveydenhuollon BKT-osuus on EU:n ehdotonta häntäpäätä. Suomessa terveydenhuolto tuotetaan niin halvalla, että projektiin liittyvät toiveet tehostuksen tuomista säästöistä lienevät turhia. Ei ole realistista odottaa, että valtion rahat olisivat yhtään höllemmässä v. 2004 tai sen jälkeen.

Projektiryhmän puheenjohtaja STM:n kansliapäällikkö Markku Lehto sanoi omassa puheessaan Dipolissa, että rahoitus turvataan jatkossakin verotuksella. Sillä voidaan turvata perusta ja pääosa, mutta ei koko kasvavaa palvelutarvetta. Liitto on kehittänyt mallin, jossa potilas voi hallitusti tuoda rahaa julkiseen terveydenhuoltoon. Jos potilaiden ei ole mahdollista tuoda rahaa itse

käyttämiinsä palveluihin, palvelutuotanto julkisella puolella ajautuu vaikeuksiin.

## Valinnanvapaus ja työn kuva

Lääkäriliiton mielestä länsimaiseen hyvinvointivaltioon kuuluu valinnanvapaus. Sitä ei projekti lisää. Potilas on edelleen objekti, jolla ei saisi olla valinnan vapautta. Lääkärin työ on perinteisesti pikemminkin ammatinharjoittajan kuin virkamiehen työtä. Edellinen työmuotona varmasti parantaisi palveluiden laatua ja saatavuutta, mutta tälle tielle ei ole lähdetty. Liiton kehittämässä mallissa potilas voi valita palveluiden tuottajan, mutta kantaa myös itse osittaista taloudellista vastuuta omasta hoidostaan ja valinnoistaan.

## Kuntien kaksoisrooli

Lääketiede on nopeimmin kehittyviä korkean teknologian aloja, joten siihen sopii huonosti Gosplan-tyylinen hallinto-ohjaus. Hallinto-ohjauksen ja potilaiden kaitsemisen peruste löytyy kustannusten karkaamisen pelosta. Terveydenhuollossakin kilpailun on todettu tuovan säästöjä 10-20% ja lisäävän laatua, joten se tulisi sallia. Selvä tietysti on, että maksajalla täytyy olla sanavalta siihen, mitä terveyspalveluja tuotetaan. Mutta vain sitomalla potilas osaksi maksajia ja sallimalla valinnan vapaus voidaan istuttaa panos-tuotos ajattelua myös palveluiden käyttäjiin ja palveluiden kehitysintensiivisiä palveluiden tuottajiin. Kaiken edistyksen jarru on kuntien kaksoisrooli palveluiden tuottajana ja ostajana. Näissä keskeisissä asioissa projekti ei onnistunut – ei edes yrittänyt.

## Lääkäripako

Perusterveydenhuoltoakin suurempi lääkärivaje

tulee olemaan kunnallisen erikoissairaanhoidon puolella. Tätä vajetta projekti pahentaa. Lisätty pakkopalvelu terveyskeskuksessa pidentää erikoislääkärikoulutusta eikä ratkaise perusterveydenhuollon ongelmia. Erikoislääkärikoulutuksesta tulee jatkossa olla puolet yliopistosairaaloiden ulkopuolella. Tämäkin uudistus pidentää koulutusta ja siten pahentaa erikoislääkäripulaa. Ja miten esim. KYSin erikoistuvat lääkärit ylipäätään löytävät alueeltaan tarvittavat sairaalakoulutuspaikat ja miksi KYS itse ei kelpaa, kun se on alueensa keskussairaala? Kaadetaanko Helsingin ongelmia nyt muun maan niskoille?

Kun puolet erikoistumiskoulutuksesta tulee jatkossa tehdä yliopistosairaaloiden ulkopuolella, on yliopistoklinikoihin odotettavissa erikoistuvien anestesiologien työvoimapula, jos alueen keskus- ja aluesairaalat voivat tarjota työtä. Jos ne eivät voi tarjota työtä, seurauksena on erikoistumisen oleellinen piteneminen. Niin tai näin erikoissairaanhoido ei tällä uudistuksella parane eikä erikoistumisaika lyhene.

Anestesiologeista on nyt oikeasti pulaa ja heidän koulutustaan tulisi lisätä. Näillä eväillä anestesiologikoulutus vähenee. Anestesiologien työolosuhteisiin ei riveiltä tai rivien välistä löydy selviä parannuksia lukuun ottamatta täydennyskoulutuksen edellytysten paranemista liiton suositamaan kahteen viikkoon vuodessa. Se on kuitenkin suuri läpimurto ja erittäin tervetullut.

Johtajakoulutusta esitetään myös muutettavaksi moniammatilliseksi. Koulutusta tulee olla 40 ov, josta puolet tulee olla moniammatillisissa ryhmissä tapahtuvaa. Koulutus edellytetään kaikilta, jotka hakeutuvat terveydenhuollon lähi- (osastonlääkärit) ja keskijohdon (vastuualueen lääkärijohtajat) tehtäviin. Siten itse asiassa jokaisen erikoislääkärin edellytetään olevan pois kliinisestä työstä ryhmäopetuksessa puoli vuotta.

## Lääkärimäärät

Projekti esittää lääkäreiden koulutusmäärien lisäämistä 600:aan. Siten ensi syksynä opiskelijoita otetaan jo 64% enemmän kuin vain 5v sitten ilman, että lääkärikoulutuksen resursseja on oleellisesti lisätty. Anestesiologia tarvitsee tyypillisesti paljon pienryhmäopetusta. On vaikea järjestää riittävästi tärkeää tippa-, intubaatio- elvytys- ym vastaavaa pienryhmäopetusta. Lääketiedepäivien avajaisten yhteydessä sanoin, että jos astia vuotaa, niin pikemminkin kuin lapata lisää vettä sin-

ne kannattaa tukkia reikiä. Työolosuhteiden hoitaminen kuntoon on nyt tärkeä osa reikien tukkimista. Nyt kannattaa vastuuntuntoisen työnantajan kysyä omilta anestesiologeiltaan, miten he haluavat työnsä ja päivystyksensä järjestää. Työhön sitouttaminen on kestävämpi ratkaisu. Nyt on myös aika jokaisen työpaikan pitää kokous, jossa keskustellaan nimenomaan työolosuhteiden ongelmista. Paljon voidaan tehdä paikallisesti, jos on halua ja yhteinen päämäärä.

## Kliininen tutkimus

Outo ulostulo projektiryhmällä koskee kliinistä tutkimusta. Sieltä halutaan poistaa 50 – 100 lääkäritutkijaa. Tämä tulee oleellisesti vaikeuttamaan juuri anestesiologien tekemää kliinistä tutkimusta. Meillä olisi monta tapaa saada kaksin verroin enemmän lääkäri työvoimaa käyttöön heti. Halua purkaa järjestelmän heikkouksia ei kuitenkaan ole, vaan helpompi on näköjään simpauttaa lääkäreitä. Ratkaisu ei ole edes valtioneuvoston tutkimusta suosivan periaatepäätöksen mukainen.

## Eml

Ongelman voi muodostaa vielä eml:n poistamisen aiheuttama korvaavan järjestelmän neuvottelu. KT ei perinteisesti ole ollut suojea neuvottelukumppani. Eml on alkujaankin ollut osa sairaalalääkärin palkkausta olkoonkin, että sen merkitys kokonaispalkkauksessa on systemaattisen järjestelmän heikentämisen seurauksena pienentynyt. Työajan palkkaussysteemin tulee korvautua toisella työajan palkkaussysteemillä eikä ylityönä tehtäväksi tarkoitettulla systeemillä. Anestesiologeille uudistus on erityisen ongelmallinen. Kun eml-oikeudet omaavia kirurgeja on asteittain yhäti vähemmän, anestesiologien tulot pienenevät, vaikka heillä säilyykin eml -oikeus. Miten tämä tulee hyvittää?

## Lopuksi

Kaikesta edellä olevasta kritiikistä huolimatta Lääkäriliitto näkee terveysprojektin tervetulleena ja monelta osin myös onnistuneena. Dipolissa pääministeri Lipponen sanoi puheensa lopuksi: "Läheteikäämme toteuttamaan kansallista terveyshanketta yhdessä". Lääkäriliitto haluaa olla siinä työssä mukana, sillä me tunnemme terveydenhuollon kentän. Terveysneuvosto ei voi toimia ilman motivoituneita lääkäreitä.

Edellä olevasta voi hyvin ymmärtää, että lii-

tolla on nyt entistä enemmän työtä tehtävänään. Edunvalvonta on monipuolista työtä ja sen epäonnistuminen tai puuttuminen näkyy nopeasti meidän kaikkien jokapäiväisessä työssä. Viimeistään nyt jokainen varmasti ymmärtää, että edunvalvonta on paljon laajempi käsite kuin vain kunta- tai valtionsektorin virkaehtosopimukset. Tämän projektin ehdotuksilla on vaikutusta myös yksityissektorin työhön, joten nyt on helppo ymmärtää liiton merkitys myös yksityislääkäreiden edunvalvonnassa, vaikka praktikukset eivät VES -neuvotteluja käykään.

---

Heikki Pälve  
anest.el  
puheenjohtaja, SLL

PS. FiMnetin "Anestesia -alaosasto" taululla on käyty mielenkiintoista keskustelua meitä koskevista asioista on-line. Suosittelen palstaa kaikille anestesiologeille. Siellä kannattaa panna hyviä ideoita mm. työolosuhteiden kehittamisestä kiertoon ja kehittelyyn. Pitää muistaa, että mikä toimii yhdessä paikassa ei välttämättä toimi sellaisenaan toisessa. Tärkeää on nyt kuitenkin nopeasti pyrkiä paikallisiin sovellutuksiin niin työn palkitsevyyden kehittämisessä kuin päivystysratkaisujen tekemisessä. Meidän tulee pystyä kilpailemaan nuorista lahjakkaista lääkäreistä. Jos työolosuhteet eivät vastaa palkkausta, jää meille liian raskas työkuorma kannettavaksi, kun rekrytointi alalle vaikeutuu.



Kuva: "Hirvivaara", Mika Mäenpää