

Simo Kokko
Stakes
23.8.2005

Asiantuntijalausunto Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirihankkeen valmistelua varten

Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palveluiden sijoittuminen hahmotellun terveydenhuoltopiirin alueella lähipalveluiden, alueellisten palveluiden ja keskitettävien palveluiden tasoille

Lausunnon johtopäätös- ja ehdotusosa. Lausuntoon liittyy eräiden taustalla olevien kysymysten ja ajattelun perusteluosa.

A. Jokaisessa kirkonkylässä tarjottavat lähipalvelut

* **Avoterveydenhuollon vastaanotto toiminta**, jossa on paikallaan liittää entistä tiiviimmin yhteen puhelimesta annettava neuvonta ja ohjaus hoitajien ja lääkäreiden vastaanottopalveluihin. On erikseen tarkoin selvitettävä ja harkittava, kanavoitanko myös päiväaikaiset puhelimitse yhteydenotot kulkemaan maakunnallisen tai mahdollisesti jopa ylimaakunnallisen puhelinpalvelun kautta. Tämänhetkisen tiedon valossa olisi ainakin tarkoituksenmukaista, että jokaisella terveysasemalla olisi henkilökohtaista puhelinpalvelua ja siihen tiiviisti liittyvää joustavaa päivystysluonteista vastaanottopalvelua saatavilla. Tämän palvelun katkosaikoina tai ruuhkahuippuina, joita esiintyy määrättyinä aikoina viikosta sekä infektioiden aikoihin, laaja puhelinpalvelu voisi toimia toissijaisena taustatukena. Lääkäreiden vastaanotto toiminnassa on perusteltua käyttää omalääkärijärjestelmää, jonka sisäisissä työnjaoissa on puolestaan järkevää jakaa lääkäreiden ns. sektorityö kunkin lääkärin mielenkiinnon ja työkokemuksen mukaan. Potilaalla pitää olla kohtuullisen joustava mahdollisuus vaihtaa omaa lääkäriä määrävälein. Seudullisessa yhteistyössä on hyvä varautua myös alue- ja kuntarajat ylittävään lääkärinvalintaan. Omalääkärijärjestelmään rakennettuja kannustimia olisi hyvä kehittää niin, etteivät ne ohjaa liian yksipuolisesti tuottamaan akuuttipalveluita infektiopotilaille. Myös hoitajien vastaanotto toiminnan suuntaamisessa on syytä välttää sellaisen toimintakulttuurin luomista, jossa madalletaan entisestään kynnyksiä hakeutua äkillisten hengitystieinfektioiden vuoksi tutkittavaksi.

Avohoidon vastaanottopalveluiden pitäisi olla saatavilla arkipäivisin tavalliseen työaikaan. Eräiden lomakausien aikana nämä palvelut voidaan supistaa eräänlaiselle säästöliekille ja keskittää jopa alueellisten keskusten päivystysluonteisiksi palveluiksi. Valtaosan Suomessa perinteisiksi käyneistä palveluista pitää tulla omalta terveysasemalta. Tämä tarkoittaa sitä, että infektioiden rytmittäminä ruuhka-aikoina kysyntä voi olla ajoittain niin runsasta, ettei hyvillä ja joustavillakaan "advanced access"-periaattella toiminnan tavoilla voida vastata tyydyttävästi kysyntään. Jotta palvelu ei lipsuisi entisestapaiseen keskitettyyn päivystykseen helppona ratkaisuna turvautumiseen, olisi työryhmillä viritettävä erityisiä kannustimia työpäivän harkittuun jatkamiseen tarpeen mukaan. Terveysasemien työskentelyolosuhteita ei pitäisi järjestää esim. siivouksen ja hälytysjärjestelmien puolesta sellaisiksi, että rakennusten on oltava iltapäivällä kiinteään aikaan tyhjillään.

* **Hammaslääkäreiden ja hammashuoltajien vastaanottopalvelut**. Koska terveyskeskusten suun terveydenhuollon painopiste on edelleenkin lasten palveluissa ja kunnallisilla palveluilla ajatellaan olevan erityinen vastuu koko väestön tarvitsemien palveluiden tarjoamisesta, näitä palveluita olisi

syytä olla tarjolla kaikilla terveysasemilla. Tavalliset päivystysluonteiset asiat ja hammastapaturmat pitäisi voida hoitaa kohtuunjaloissa suunnitellun työn ohessa. Hammaslääkäripäivystys kannattaa järjestää vähintään alueellisena palveluna.

* **Kotihoito** on lähipalveluista varmaankin se, jonka perustoimintojen pitäisi olla kaikissa oloissa tarjolla myös pienimmissä kirkonkylissä ja myös sellaisissa merkittävässä taajamissa, joissa asuu ikäihmisiä. Kotihoitoa tuetaan usein ateria-, kuljetus-, saunotus yms. palveluilla. Näiden rationaalinen järjestäminen on syytä suunnitella paikkakunta- ja seutukuntakohtaisesti etäisyyksien yms. mukaan. Kotihoitoon sisältyy näkemykseni mukaan se osa perinteistä kotisairaanhoidosta, jonka sisältönä oli terveyden- ja sairaanhoidon perusasioista huolehtiminen, esimerkiksi lääkkeiden jakelu, injektioiden antaminen, säärihaavojen perushoito, apteekki- ja reseptiasiointien hoitaminen (joita on paikallaan siirtää tulevaisuudessa tosin kattavasti sähköisesti hoidettaviksi). Tästä työstä vastaavat lähiohittajakoulutuksen saaneet työntekijät tai ne kotipalvelutaustalta tulevat työntekijät, jotka on koulutettu kyseisiin tehtäviin.

* **Kotisairaanhoido** muuttuu oman tulevaisuuden visioni mukaan siten, että valmiiksi jo varsin kummallinen käsite "valvottu kotisairaanhoido" siirretään liian pitkään palvelleena historiaan. Kotisairaanhoidoa varten ei tarvitse määritellä erikseen omaa hoidossa olevien piiriä. Pitkäaikaisessa kotihoidossa asiakkaalle tehdään hoitosuunnitelma. Siihen sisältyy tarpeiden ohjaamana toisilla erityisiä sairaanhoidollisia toimia, ja vastuu näistä kuuluu kotisairaanhoidon sairaanhoitajille. Sairaanhoidotajien työpanosta tulisi kuitenkin käyttää joustavasti sekä lyhytaikaisen että pitkäaikaisen hoidon tarpeisiin, esimerkiksi hoidon tarpeen arviointiin, muuttuneiden tilanteiden arviointiin, asiointumukseen jota tarvitaan esimerkiksi kotona selviytymisen vaikeutuessa tai sairaalasta kotiutettaessa. Kotihoidon pitää olla tavalla tai toisella organisoiden ympärivuorokautista. Jos kirkonkylän kokoisen väestöpohjan palveluissa ollaan sitä mieltä, ettei tarvetta ympärivuorokautiseen hoitoon ole, koko hoitojärjestelmä on melkoisen varmasti liian laitoshoidovaltainen.

Pitkäaikaishoiva erilaisissa palveluasunnoissa ja hoivaosastoilla soveltuu pientenkin kuntien tasolla hoidettavaksi, lukuun ottamatta ehkä aivan pienimpiä alle 1000 - 2000 asukkaan kuntia. Näissä palveluissa ei ole järkevää hakea skaalaetua yksittäisten laitosten koon kasvattamisesta. Sen sijaan on järkevää tarkastella pientenkin kuntien kotihoidon, palveluasumisen ja hoivaosastojen fyysistä sijoittumista. Näiden palveluiden yhteistyöllä voidaan kirkonkylissä ja suurimmissa taajamissa turvata virka-ajan ulkopuoliset kotiin tuotettavat palvelut kohtuukustannuksilla. Toistaiseksi palveluyksiköiden ja sektoreiden rajat ovat liian usein jäykistäviä tekijöitä joustavaa toimintaa tavoiteltaessa.

Oma visainen kysymyksensä on, mitä tarkoitetaan palveluasunnoilla ja hoivaosastoilla, sekä erilaisilla näitä vastaavilla yksiköillä, joita voivat olla esimerkiksi dementiakodit, pienkodit jne. Näitä hoitopaikkoja on syntynyt maahan innovatiivisen ajattelun siivittämänä viime vuosina varsin paljon. Parhaimmillaan tässä kehityksessä on kyse aidosta siirtymisestä perinteisestä laitoshoidosta kevyempiin asumispalveluihin päin. Mukana on myös varsin suoraviivaista piilossa etenevää laitoshoidon pukeutumista uusiin kehyksiin.

Vanhainkodit ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaisosastot ovat mielestäni samassa kategoriassa toiminnallisesti. Kun palveluorganisaatioiden rakenteita muutetaan, hoivan tehtävien sijoittumista pitäisi ohjata tilojen ja henkilökunnan tarkoituksenmukaisuuden eikä niinkään yksikön nimikkeeseen tai sektorin, jolle yksikkö kuuluu. Perusratkaisu terveyskeskussairaaloiden maailmassa voisi olla Kainuussa toteutetun kaltainen jako: Lyhytaikainen terveyskeskussairaalahoido sijoittuu alueellisten yksiköiden yhteyteen. Tällöin odotetaan, että näissä voidaan organisoida yleisistä päivystysratkaisuista riippumatta sopivilla tavoin puhelin- tai takapäivystys lyhytaikaishoidon tueksi. Osa terveys-

keskussairaaloista sekä alueellisissa keskuksissa sijaitsevien sairaaloiden pitkäaikaisosastot määritellään hoivaosastoiksi (tai niille annetaan erilaisia tehtävän mukaisia nimiä tai erisnimiä). Hoivaosastojen toimintatapoja ja sisäistä kulttuuria kehitetään vastaamaan kunkin osaston perustehtävien mukaisilla tavoilla hoidossa olevien ikäihmisten ja pitkäaikaissairaiden tarpeisiin. Osa voi olla suuntautunut palvelemaan jalkeilla olevia muistihäiriöistä kärsiviä, osan tehtävänä voi olla toimintakykyään varsin paljon menettäneiden pitkäaikaishoito.

Kun Päijät-Hämeen pitkäaikaishoidon palvelurakennetta tarkastellaan vuoden 2003 pitkäaikaishoidon asiakaslaskennan ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidon kapasiteettitietojen avulla (Liite 1), osoittautuu, että 15 kunnasta seitsemällä ei ole lainkaan omaa vanhainkotihoitoa, vaan vanhainkodit on ilmeisesti siirretty terveyskeskussairaaloiden alaisuuteen. Kuntien välillä on palvelurakenteessa eroja siten, että viidessä kooltaan pienessä kunnassa pitkäaikaisessa laitoshoidossa ollaan koko maan tasoa yleisemmin. Esimerkiksi Lahdessa, Heinolassa, Asikkalassa ja Hollolassa pitkäaikaisen laitoshoidon peittävyys on maan tavallista tasoa, Orimattilassa, Padasjoella, Nastolasassa ja Pukkilassa maan keskimääräistä tasoa alemmaa.

* **Neuvolatoiminta ja kouluterveydenhuolto**, ovat perinteisiä lähipalveluja, jotka voidaan organisoida erilaisilla kombinaatioilla. On esitetty näkemyksiä, joiden mukaan neuvolatoiminnassa tulitaiisiin tarvitsemaan entistä useammin erilaisia erityistietoja ja -taitoja sekä neuvolatyöhön liittyvän erityishenkilökunnan, esimerkiksi fysioterapeutin, ravitsemusterapeutin, psykologin jne. palveluja. Nämä palvelut kuuluvat näkemykseni mukaan "alueellisiin palveluihin", joiden asiantuntijat voivat luonnollisesti käydä pienissäkin kunnissa tarjoamassa palvelujaan suunniteltuina ajankohtina. Äitiysneuvolatyössä on joissakin terveyskeskuskuntayhtymissä, joissa pienten kuntien syntyvien lasten lukumäärät ovat alhaisia, ryhdytty keskittämään varsinaista terveydenhoitajan työtä äitiysneuvontaan perehtyneille. Tämä on luontevaa ja tarkoituksenmukaista.

* **Mielenterveyspalveluissa ja muissa psykososiaalisissa palveluissa** tarvitaan ainakin pitkäaikaisia psykiatrisia sairauksia sairastavien hoidon peruspalveluita lähipalveluiden tasolla. Se, miten hoidon vastuu on jaettu erityishenkilökunnan ja esimerkiksi lähipalveluissa työskentelevien lääkäreiden ja sairaanhoitajien kesken, on tapauskohtaisesti sovittava. Samoin päihdehuollon peruspalveluita olisi oltava tarjolla ilman, että päihdeasiakkaiden oletetaan pystyvän matkustamaan naapurikuntiin. Tässä oletukseni on, että varsinainen mielenterveystyön sekä psykososiaalisen työn perustiimin kotipesä olisi alueellisten palveluiden tasolla, jossa olisi toivottavaa olla 10000-20000 asukkaan väestöpohja. Yksittäisten työntekijöiden olisi kuitenkin oltava valmiita matkustamaan tarpeellisissa tilanteissa sekä asiakastyön että asiakasyhteistyön merkeissä peruskuntiin.

* **Fysioterapian, apuvälinehuollon sekä toimintaterapian palveluita** on ollut perinteisesti tarjolla maan pienimpienkin kuntien terveysasemilla. Sijoittumisessa eri tasoille on mahdollisesti tapahtumassa käytännön syistä muutoksia. Apuvälinehuolto tulee organisoitumaan todennäköisesti seutukunnallisesti tai maakunnallisesti keskitetyillä tavoilla "virtuaalisena" tietokantoihin perustuvana toimintana, jossa varsinainen asiointi tapahtuu porrastetusti apuvälineen luonteen mukaisesti. Fysioterapeutit ja toimintaterapeutit vastaavat kuitenkin tavallisten perusapuvälineiden ja esimerkiksi asunnon muutostöiden arvioinnista. Fysioterapeuttien palveluita tarvitaan avohoidon työn osana, mutta varsin yleisesti myös terveyskeskussairaaloiden akuutti- ja jatkohoidon kuntoutustehtävissä. Jos terveyskeskussairaaloiden lyhytaikaista hoitoa ryhdytään keskittämään - niin kuin itsekkin jäljempänä esitän - fysioterapian palveluiden sijoittuminen voi väistämättä myös siirtyä pienimmistä kuntakeskuksista alueellisiin keskuksiin. Tästä aiheutuu ongelmia ennen kaikkea sille asiantuntija- ja neuvojatyölle, jota fysioterapeutit tekevät avohoidon ja vanhustalveluiden piirissä. Terveyskeskusten fysioterapiapalveluihin ei ole vuosikausiin kuulunut - näin ainakin terveyskeskuksesta toiseen ilmoitetaan - pitkien yksilöhoitosarjojen tarjoaminen. Päätelmänä voisi olla, että fysioterapian

työn kotipesä voisi olla alueellisesti keskittynyt, mutta työntekijöiltä odotetaan valmiutta matkustaa määräajoin pieniinkin kuntiin.

Ennalta ehkäisevän työn ja terveyden edistämisen kliiniset palvelut (esimerkiksi seulonnat) sisältyvät vastaanottopalveluihin tai neuvolapalveluihin. Lähipalveluiden tasolla on kuitenkin jonkun työryhmässä vastattava ehkäisevien palveluiden kehittämisestä ja myös terveyden edistämisessä tarvittavasta paikallisesta yhteistyöstä.

Kliinisistä tukipalveluista laboratoriotutkimusten näytteenotto ja pikatestein tehtävä välitön diagnostiikka ovat luonteeltaan lähipalveluita. Siitä, onko lähipalvelutasolla tai alueellisten palveluidenkaan tasolla tarkoituksenmukaista olla varsinaista laboratoriotutkimusten analytiikkaa, on liikkeellä keskenään kilpailevia argumentaatioita. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on siirrytty sairaanhoitopiiriin laajuiseen laboratoriolikelaitoksen käyttöön, jolloin kaikki pikatestejä vaativampi analytiikka toimii keskitetysti ja vastaukset saadaan viiveellä, joskin luonnollisesti elektronisesti. On kuitenkin esitetty tuoreita näkemyksiä siitä, että analytiikka saattaa kehittyä hajautettuakin ratkaisua suosivaan suuntaan teknologian edistysaskelien myötä. Tässä tilanteessa olisi oltava kärsivällisyyttä huolelliseen kokonaistilanteen ja kehityksen arviointiin.

Röntgen-tutkimukset siirtyvät ainakin vähitellen tehtäviksi alueellisissa yksiköissä. Kuitenkin röntgenkuvat mahdollisine lausuntoineen tulevat olemaan lähipalveluiden vastaanottotyössä elektronisen tiedonsiirron avulla käytettävissä.

En puutu tässä muihin yleisluonteisiin tukipalveluihin, joiden sijoittuminen pitää ratkaista hyvin räätälöidysti paikallisten olojen mukaisesti kunta- ja toimintaympäristökohtaisesti.

B. Alueellisissa keskuksissa tarjottavat palvelut

Alueellisten keskusten pitäisi yhdessä niiden piirissä olevien lähipalveluiden kanssa muodostaa nyt käytävissä keskustelussa tarkoitettu "riittävän laajoille väestöpohjille rakentuva perusterveydenhuolto". Päijät-Hämeen tapauksessa Lahden kaupunki muodostaa aivan omanlaisensa alueellisen keskuksen, jonka sisällä lähipalvelutkin on järkevää organisoida osin toisenlaisin periaattein kuin puhuttaessa useiden kuntien muodostamista palvelukokonaisuuksista ja väestöpohjista.

Perusterveydenhuollon toimintojen valikoitu keskittäminen alueellisiin keskuksiin edustaa ainakin verrattuna maan tyyppillisten terveyskeskuskuntayhtymien palveluvalikoimiin uudenlaista ajattelua. Sellaisia palveluita, joita on totuttu saamaan jokaisen kunnan terveysasemalta, ja joita edellisen sukupolven päättäjät olivat keskeisenä pyrkimyksenään ajamassa saataville omaan kuntaan, oltaisiin nyt keskittämässä muita suurempien kuntien muita paremmin varustelluille terveysasemille. Kateuden ja ristiriidan ainekset ovat siis ilmassa.

Terveydenhuoltopiiriin toteutusta esittelevässä yleissuunnitelmassa yhdeksi uudeksi rakenteeksi on esitelty diagnostiikkakeskuksen muodostaminen. Tästä syntyy vaikutelma, että terveydenhuoltopiirille perustettaisiin yksi diagnostiikkakeskus, jonka ainut looginen sijaintipaikka olisi Päijät-Hämeen keskussairaalan yhteydessä, jotta kallista teknologiaa voitaisiin käyttää sekä sairaalan että koko avohoidon tarpeisiin. Diagnostiikkakeskuksia on perustettu monien maiden terveydenhuollossa samanlaisin perustein. Perusajatuksena on, että perusterveydenhuollon lääkärit voivat käyttää näitä oman kliinisen tutkimuksensa osana tarvitsematta lähettää potilasta uudelleen alusta pitäen erikoissairaanhoidon poliklinikalle tutkittavaksi. Suomalainen erikoisuus on ollut monien muissa maissa erikoissairaanhoidon / sairaalaan kuuluvien tutkimusten ja toimenpiteiden kuuluminen myös yleislääkäreiden palveluiden valikoimaan - esimerkiksi endoskopia tai kliiniset rasituskokeet.

Se, että lähes kaikilla suomalaisilla kunnallisilla terveysasemilla on ollut röntgen-laitteet ja useimmissa myös eritasoisia ultraäänilaitteita, on kansainvälisesti poikkeava ratkaisu. Päijät-Hämeen palveluita varten pitäisi nyt ratkaista, missä määrin erityistutkimuksia tehdään alueellisissa keskuksissa, missä määrin keskussairaalan yhteydessä sijaitsevassa diagnostiikkakeskuksessa, jos sellainen perustetaan.

Alueellisten palveluiden on luonnollisesti varauduttava olemaan lähipalveluiden tuottaja oman lähialueen väestölle. Tämän vuoksi alueellisten erityisten palveluiden luonne on lähipalveluita täydentävä tai tukeva. Alueellisten palveluiden pitää myös olla sellaisia, ettei niiden keskittäminen ole mahdollista, perusteltua tai taloudellista. On otettava huomioon, että oikein rakentuessaan terveydenhuoltopiiriin ei pitäisi synnyttää entisen laista jännitettä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Tällainen jännite on ollut omiaan käynnistämään esimerkiksi erikoistutkimusten tekemistä perusterveydenhuollossa (...jotta säästyttäisiin kalliina pidetyn ja saatavuudeltaan hitaaksi koetun erikoissairaanhoidon palveluiden käytöltä).

Näiden periaatteellisten kysymysten ohjaamana alueellisiin palveluihin pitäisi kuulua mielestäni seuraavia:

Lyhytaikainen terveyskeskussairaalahoito olisi perusteltua keskittää suunniteltuja intervallihoitoja kenties lukuun ottamatta alueellisissa keskuksissa toimivien yksiköiden tehtäviksi. Tällöin voidaan varautua mitoittamaan henkilökuntaa riittävästi ja sijoittamaan näiden käyttöön tarpeellisessa määrin erityishenkilökuntaa. Rajapinta jatkohoitoasioissa ja esimerkiksi päivystystilanteissa hoitoon sijoittamisia harkittaessa muodostuu viiden lyhytaikaishoitoa tarjoavan sairaalan kanssa selväpiirteisemmäksi kuin viidentoista kanssa toimittaessa. Jos terveydenhuoltopiirin toiminnan taloudelliset kannustimet järjestetään oikein, erikoissairaanhoidon ja lyhytaikaishoidon välillä ei ole tarpeen toteuttaa aivan lyhyiksi ajoiksi jatkohoitoon siirtoja, jotka eivät tarjoa juuri voimavarojen käytön rationalisointihyötyjä, mutta teettävät rutiinityötä ja aiheuttavat siirtokustannuksia. Tässä tarkoitetun terveyskeskussairaalahoitoon päätehtäviä olisivat akuutin hoidon antaminen silloin, kun erikoissairaanhoidon ei tarvita, mutta kotiin tuotettavien sairaanhoitopalveluiden avulla ei voida edetä. Erilaiset kuntouttavat jatkohoidot, tarvittaessa saattohoidot ja myös lyhytaikaiset mielenterveysongelmien vuoksi toteutuvat sairaalahoidot voisivat sijoittua terveyskeskussairaalaan, Sen sijaan päihdepotilaiden katkaisuhoidon ei pitäisi käyttää terveyskeskussairaalahoitoa, ellei tähän ole erityisiä somaattiseen terveydentilaan liittyviä syitä. Katkaisuhoidossa erilliset katkaisuhoidoasemat ovat kaikkien osapuolten kannalta tarkoituksenmukaisempia kuin tapa, joilla katkaisuhoidon toteutetaan nyt monien terveyskeskusten sairaaloissa.

Mielenterveystyön ja psykososiaalisten palveluiden perustyöryhmien kotipesän pitäisi sijaita alueellisten palveluiden yhteydessä. Osa asiakkaiden tutkimus- ja hoitokäynneistä toteutuisi näissä yksiköissä. Työryhmän keskinäinen tuki, konsultaatiot, työnohjaus ja koulutus sijoittuisivat luontevasti tälle tasolle, joskin yksittäisten työntekijöiden olisi varauduttava liikkumaan lähipalveluiden piirissä konsultteina ja tuenantajina. Terveydenhuollon puolelta tähän yksikköön voisivat sijoittua mielenterveystyön aikuisvastaanoton työntekijät, joihin kuuluvat myös psykiatrian erikoislääkärit. Terveyskeskuspsykologit ovat osassa maan terveyskeskuksia liittyneet näihin tiimeihin, toisissa he ovat halunneet päättäväisesti pysyä itsenäisinä. Päijät-Hämeen tapauksessa terveyskeskuspsykologien työ kannattaisi kuitenkin organisoida alueellisten palveluiden organisoinnin pohjalta, vaikka vastaanottopalveluita järjestettäisiin osittain hajautuneina. Tämä antaisi pohjaa suunnitelmalliselle mielenterveyden edistämisen ja ehkäisevän palvelun työlle, joka on ollut terveyskeskuspsykologien erityisaluetta.

Oikein organisoituna alueelliset yksiköt voisivat muodostaa koko aikuisten mielenterveyspalveluiden avohoidon perusasioissa. Tiedän, että psykiatrian piirissä on tähän ajatukseen hyvin torjuvasti suhtautuvia. Heidän mielestään psykiatrian pitäisi olla oma kokonaisuutensa, joka hakeutuu entistä tiiviimmin muiden lääketieteen erikoisalojen yhteyteen. Kuitenkin yleisten mielenterveysongelmien, esimerkiksi depression, esiintyvyys sekä kasvava tarve tarkastella yhdessä päihde- ja mielenterveysongelmia, antavat aiheen sijoittaa nämä palvelut perusterveydenhuollon tasolle, tukemaan peruspalveluita. Oikein organisointi tarkoittaa sitä, että voimavarat mitoitetaan oikein ja toiminta perustuu monipuoliselle moniammatilliselle osaamiselle. Keskitetyiksi voisivat jäädä eräät psykiatrian alan erikoispoliklinikat.

Pitäisikö lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden sijoittua myös alueellisiin yksiköihin? Tämä on jälleen visainen kysymys, jota varten voimavarat ja todellinen tilanne Päijät-Hämeen kentällä pitäisi analysoida tarkkaan. Perheneuvolapalveluiden ja lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden profiilit ja työnjaot vaihtelevat yllättävän paljon maan eri osissa. Monet perheneuvolat ovat muodostuneet ensimmäisen vaiheen tutkimus- ja hoitopaikoiksi lasten ja nuorten mielenterveysongelmissa. Toisilla paikkakunnilla on taas kumpikin palvelulinja tarjolla, jolloin perheneuvoloissa voidaan keskittyä perheiden tukemiseen ja orientoitua varsin pitkälle moderniinkin lastensuojeluun. Perheneuvolapalveluiden luonteva paikka yhdessä päihdehuollon avopalveluiden kanssa on alueellisella tasolla, josta käsin työtä voidaan tehdä osittain lähipalveluyksiköissä joko vastaanottotyönä tai paikallisten tiimien tukena.

Eräät valikoidut erityistutkimukset sekä hajautetuiksi luonteeltaan sopivat erikoislääkäreiden ja muiden erityistyöntekijöiden tutkimukset ja konsultaatiot voivat sijoittua alueelliselle tasolle. Tällöin on arvioitava kriittisesti, miksi juuri kyseiset tutkimukset ja konsultaatiot on syytä tuottaa hajautetusti eikä koko alueella keskitettyinä. Perusteita voisivat olla esimerkiksi tarvittavien tutkimusten ja konsultaatioiden suuret volyymit, sekä tarve saada nopeasti ja joustavasti erikoistutkimuksia ja konsultaatioita ilman poliklinikkatoimintaan tavallisesti liittyviä pitkiä odotusaikoja. Myös sellaiset tutkimukset, joita tehdään osaksi yleislääkäreiden toimesta, ja joiden tekemisessä tarvittavia taitoja halutaan näin levittää yleislääkäreiden keskuudessa, soveltuvat hyvin alueellisesti tehtäviksi, vaikka työssä käytettäisiinkin osittain erikoislääkäreitä. Endoskopioiden, rasisus-ekg - tutkimukset sekä monet erityistoimenpiteet ja erityishoidot soveltuvat näillä perusteilla alueelliselle tasolle.

Radiologiset tutkimukset tullevat keskittymään aikaisempaa harvalukuisempiin yksiköihin, joskin jää nähtäväksi, kuinka kuuliaisesti näitä keskittämislinjauksia tullaan todellisuudessa noudattamaan. Kriittisiä kysymyksiä ovat radiologian laitteiden ja kuvankäsittelyn teknologian investointikustannukset, röntgenhoitajatyövoiman saatavuus sekä radiologian erikoislääkäreiden saatavuus. Tällä alueella olisi voitava rakentaa yhdessä yksityissektorin radiologisten palveluiden kanssa suunnitelmat alueellisista toiminnallisista kokonaisuuksista. Suunnitelmiin on syytä sisällyttää myös periaatteet siitä, miten yksittäiset perusterveydenhuollon lääkärit voivat tilata suoraan oman työnsä tueksi radiologisia tutkimuksia, ja myös siitä, miten perusterveydenhuollon lääkärit voisivat hankkia tavallisimmista ultraäänitutkimuksissa tarvittavia taitoja.

Aktiivinen tehostettu ja lähiympäristöön jalkautuva kotisairaanhoito soveltuu alueelliseksi palveluksi, jonka pitää tukea lähipalveluna toimivaa kotisairaanhoitoa, jonka toiminnassa on myös syytä orientoitua aikaisempaa enemmän akuuttihoitoon ja pitkäaikaissairaiden ja vanhusten hoidossa tarvittavan asiantuntemuksen joustavaan tuottamiseen. Ilta- ja viikonlopputyötä tekevä työryhmä voisi toimia aluekeskuksissa. Etäisyydet aluekeskusten ja niiden piiriin kuuluvien kuntien välillä ovat pääosin sellaisia, että kotikäyntitoiminta on harkinnan mukaan mahdollista oman asutuskeskuksen ulkopuolisillakin alueilla. Kun tämän toiminnan tehtäväkuva määritetään oikein, erillistä

kotisairaalaa ei tarvita. Lahden kaupungissa saattaa olla perusteltua tarvetta erillisen kotisairaalayksikön toiminnan ylläpitämiseen, mutta sellaisenkin yksikön työ pitäisi niveltää muuhun kotona tapahtuvaan hoitoon laaja-alaisesti. Toimintavalikoimaltaan kapea kotisairaala, jossa keskitytään hoitamaan vain muutamaa tyyppillisesti kotisairaalan potilaalle sopivaa sairautta, ei puolusta paikkaansa palveluiden kartalla, koska kokonaistehokkaampi vaihtoehto olisi kehitettävissä.

Hammaslääkäripalveluissa on saamani käsityksen mukaan sellaisia erityistoimenpiteitä ja -konsultaatioita, joita kaikki lähipalveluissa työskentelevät hammaslääkärit eivät tee. Näiden luonteva sijoittumispaikka olisi alueellisten palveluiden tasolla.

Ennalta ehkäisevässä työssä ja terveyden edistämisessä on tehtäviä, joiden koordinoimiseksi aluekeskustasolla olisi perusteltua olla erikseen näiden toimintojen asiantuntija, jonka toimenkuvan voisi kehittää aikaisemmin jokaisessa terveyskeskuksessa toimineesta terveyskasvatuksen yhdyshenkilöstä. Monet näiden alueiden hankkeet toteutuvat luontevimmin muutaman kunnan yhteisinä toimintoina, joissa voi olla mukana terveydenhuollon lisäksi muita kunnallisia, yksityisiä tai järjestötyön tahoja. Yhteistyötahon toiminta voisi sijoittua alueelliselle tasolle.

Työterveyshuolto on ollut alusta pitäen näkyvästi esillä puhuttaessa seudullisten palveluiden kehittämisestä aikaisempaa laajemmille väestöpohjille. Yksittäisten maaseututerveyskeskusten työterveyshuoltoyksiköt ovat ajautuneet usein vaikeaan tilaan. Työterveyshuollon palveluja tarvittaisiin, eikä maaseutukunnissa saata olla työnantajille ja yrittäjille edes paikkakunnalla toimivia vaihtoehtoja. Kuitenkin terveyskeskusten työterveyspalveluissa ei ole pystytty rakentamaan riittävän laajaa asiantuntijapohjaa eikä pitämään kiinni koulutetuista työterveyslääkäreistä tai työterveyshoitajista. On ilmaistu jopa suoranaista turhautumista siitä, että kunnallisella sektorilla koulutetaan työterveyshuollon ammattilaisia myöhempää yksityissektorin uraa varten. Usean terveyskeskuksen yhteisenä toimintana työterveyshuoltoon saadaan toiminnallista ja taloudellista pohjaa, millä voidaan edistää henkilökunnan koulutusta, työoloja ja tarjota kilpailukykyistä palkkaa. Kunnallisella sektorilla on päädytty suunnittelemaan työterveyshuollon sijoittamista liikelaitokseksi, jonka yksi kunta tai useat yhdessä omistavat. Liikelaitosratkaisulla on omat etunsa, etenkin, jos toimitaan muiden palveluntuottajien kanssa kilpailutilanteessa.

Ympäristöterveydenhuolto, silloin kun se kuuluu terveystoimen alaisuuteen, on työterveyshuollon tapaan palvelu, jolle on rationaalista hakea keskimääräistä terveyskeskusta laajempi väestöpohja. Eläinlääkäripalveluissa on myös otettava huomioon eläinten ja erityisesti hyötyeläinten määrä. Maaseutuolosuhteisiin on esitetty yhdeksi itsenäisen ympäristöterveydenhuollon mittapuuksi riittävä väestöpohja (ja eläinten pohja sen myötä) oman eläinlääkäripäivystyksen järjestämiseen. Päivystysyhteistyöhön tarvitaan kuulemma kuuden eläinlääkärin työpanos. Aluetaso olisi useimmiten tähän soveltuva. Ympäristölaboratorioita ei ole järkevää sijoittaa jokaisella ympäristöterveydenhuoltoa järjestävälle yksikölle, vaan tämän pitäisi olla Päijät-Hämeen oloissa keskitetty palvelu.

Perusterveydenhuollon suunnittelussa ja hallinnossa tulisi varmaankin luontevana perusyksikkönä olemaan alueellinen taso. Keskitettyinä olisi perusteltua pitää erilaiset koordinoinnin, koulutuksen, hoitokäytäntöjen seurannan, vaativan tilastoinnin yms. seurannan asiat. Samoin olisi syytä hakea koko terveydenhuoltopiirin laajuisesti skaalaetuja tietohallinnon, teknisen huollon, logistiikan, henkilöstöhallinnon ja palkanlaskennan toiminnoissa. Hankintatoimi kokonaisuudessaan olisi tarkoituksenmukaista hoitaa vähintään keskitetyllä tasolla, joissakin hankinnoissa sairaanhoitopiirien yhteisenäkin. Ostopalveluiden hankinnassa eri tasojen olisi varmaankin oltava yhteistyössä, mutta varsinaisen hankinnan ja kilpailutuksen vastuu kuuluisi keskitettyihin palveluihin.

Alueelliselle tasolle kannattaa varmaankin sijoittaa joukko sellaisia toiminnan tukipalveluja, joita ei kannata järjestää lähipalveluiden tasolla, mutta ei myöskään ole perusteltua keskittää. Oikean jaon määrittäminen tuntematta paikallisia oloja ja tarjolla olevia muita yhteistyösuhteita on vaikeaa.

C. Terveydenhuoltopiirin alueella keskitettävät palvelut

Erikoissairaanhoidon lähes kokonaan voisi olla keskitettyä palvelua. Erikoissairaanhoidon toimintatapa olisi ihanteellisessa tapauksessa perinteistä tapaa jalkautuvampaa ja joustavampaa yhteistyösään perusterveydenhuollon kanssa. Olen edellä kuitenkin esittänyt, että aikuisten mielenterveys-työn perustyöryhmät voisivat sijaita erikoislääkäripalveluineen alueellisissa keskuksissa. Psykiatrian keskitettyjä palveluja olisivat valikoidut erityispoliklinikat. Heinolan kaupungin terveydenhuollossa tarjottavat erikoissairaanhoidon palvelut ovat varmaankin kiperä kysymys koko kokonaisuuden kannalta. Yksinkertaisinta on luonnollisesti lähteä siitä, että erikoissairaanhoidon palvelut kuuluvat keskitettyihin ja ratkoa sitten myöhemmin, missä niitä on tarjolla. Sellaiset erikoislääkäripalvelut, jotka ovat kuuluneet jo aikaisemminkin perusterveydenhuollon piiriin (esimerkiksi osastohoidosta vastaavat sisätautilääkärit, geriatrit tai vaikkapa polikliinisinä konsultteina toimivat korva-lääkärit), voisivat sijoittua alueellisten palveluiden piiriin.

Ilta- ja yöaikainen lääkäripäivystys kokonaisuudessaan on perusteltua järjestää Päijät-Hämeen kaltaisella alueella, jossa etäisyydet eivät ole ylivoimaisen pitkiä, keskitettynä. Jotta tästä päivystyspalvelusta ei tulisi ylivoimaisen ruuhkautunutta, aluetason ja lähipalvelutason lääkäreiden ja hoitajien vastaanottopalvelut on pidettävä hyvässä toimintakunnossa. Keskitettyä päivystystä ei pidä jättää toiminnan supistamisenkaan aikoihin, esim. lomakausina, ainoaksi palveluiden tuottajaksi. Keskitetty päivystys pitää sijoittaa väestön mielikuvissa eri paikkaan kuin maan perinteinen terveyskeskuspäivystys. Keskitetty päivystys on vakavasti sairastuneiden tai vammautuneiden ensiapupoliklinikka. Tavalliset "kävelevät päivystyspotilaat" kuuluvat tavallisille perusterveydenhuollon vastaanotoille.

Siitä, onko järkevää sulkea kentän vastaanottopalveluiden ovet klo 16 ja jäädä keskitetyn päivystyksen varaan, on syytä keskustella. Hyvän hoitoon pääsyn turvaava yleislääkärin työtapaa ottaa tavalliset päivystysluonteisten asioiden vuoksi asioivat potilaat vastaan osana työnsä kokonaisuutta. Vanhasta jaosta päivystykseen ja kiireettömään ajanvarausvastaanottoon on pyrittävä eroon, vaikka voi olla rationaalista järjestää päivän työrytmi välillä ajanvarauspotilaiden ja välillä päivystysluonteisten palvelun mukaan.

Ensihoidon ja sairaankuljetuksen sekä koko alueen laajuisen muunkin ihmisten, tavaroiden ja näytteiden logistiikan järjestäminen olisi haastava keskitetty tehtävä.

Laboratoriotoiminnan analytiikka on tämän hetken ajattelun mukaan palvelu, joka kannattaa keskittää sairaanhoitopiirin kokoisen väestön tasolle. Siitä, onko keskittämiseen sisältyvä oletus ylivoimaisesta kokonaistaloudellisuudesta, esitetään kyllä eriäviä näkemyksiä. Samoin on myös lausuttu epäilyjä, että laboratorioteknologian kehitys voi tehdä pientenkin yksiköiden hajautetun analytiikan vielä joskus tulevaisuudessa edulliseksi. Näytteiden otto on pääsääntöisesti hajautettua toimintaa lähipalveluiden piirissä.

Terveyden edistämisessä, väestön terveydentilan seuraamisessa, näitä koskevien tietojen keräämisessä sekä myös tutkimustyössä pääpainon pitäisi olla koko alueen tasolla keskitetysti, jos tarvitaan erityisiä taitoja ja aineistoja. Terveyden edistämisen strategisen ajattelun, koordinaation ja koulutuksen tehtäviä varten alueella pitäisi olla yksi osaava asiantuntija tai pienehkö työryhmä.

Kuntoutus sellaisenaan ei ole erikoissairaanhoidoa, vaan leikkaa toimintaperiaatteena läpi koko terveydenhuollon ja myös sosiaalipalveluiden. Kuntoutustoiminnan erityistason toiminnan koordinointi ja esimerkiksi lääkinnällisen kuntoutuksen palveluiden hankinta olisi syytä olla keskitettyä

Koko alueen terveystalouden ja sosiaalipalveluiden yleisjohtaminen, taloushallinto ja strateginen johtaminen kuuluvat luonnollisesti keskitettyjen toimintojen tasolle. Se, miten tämä kannattaa järjestää, riippuu myös siitä, miten samaan aikaan organisoidaan sosiaalipalvelut. Koko toiminnalla olisi paikallaan olla yksi johtaja, jolla olisi alaisinaan eri toimintakentistä vastaavia johtajia. Kannattaisiko johtajuuden järjestämisessä noudattaa vai välttää perinteistä erikoissairaanhoidon / perusterveydenhuollon -jakoa on tärkeä kysymys. Samoin olisi huolellisesti harkittava vanhustalouden sijoittumista koko organisaatioon. Tässä esityksessäni olen lähtenyt siitä, että vanhustalouksia ei otettaisi terveydenhuoltopiiriin alaiseksi toiminnaksi, vaan vanhustaloukset järjestettäisiin sosiaali- ja terveystalouden yhteisenä työnä. Tämän yhteisen työn arkkitehtuurin suunnittelemiseksi olisi ensin tiedettävä, millaiseksi sosiaalipalveluiden palvelurakennetta suunnitellaan samalla alueella.

Tietohallinnon kokonaisvaltainen järjestäminen olisi syytä toteuttaa myös keskitetysti, vaikka erilaista tukea ja huoltotoimia tarvitaan paikallisestikin ja nämä tehtävät voi olla viisasta hankkia ostopalveluina läheltä käyttäjiä.

Ostopalveluiden toteuttamisessa tarvitaan paljon erityisasiantuntemusta sekä itse toiminnan substanssista että hallinnollisesta oikein toteuttamisesta. Nämä tehtävät kannattaa varmaankin keskitellä, joskin paikallista asiantuntemusta tarvitaan lähipalveluihin kuuluvia palveluja tai tukipalveluja hankittaessa.

D. Ostopalveluina hankittavat palvelut eri tasoilla

Ostopalveluiden käyttö kunnallisesti rahoitettavien ja kuntien järjestämisvastuulla olevien palveluiden tuottamisessa on tunnetusti poliittisia näkemuseroja nostattava kysymys. Ehkä kaikkein selvimmän näkemystä jakaa kysymys siitä, minkä tyyppisissä palveluissa on perusteltua ja olemassa olevia organisaatioita ja työntekijöitä kohtaan reilua avata kenttä kilpailulle. Kovin suurta erimielisyyttä ei vallinne siitä, että erilaisia tukipalveluja kannattaa hankkia ostopalveluina. Samoin ostopalveluiden käyttöön ei liity periaatteellisia ongelmia silloin, kun toimintaa laajennetaan uusiin palveluihin tai kun esimerkiksi hoivapalvelujen määrää kasvatetaan hankkimalla näitä ostopalveluina.

Sen sijaan sellaisen toimintaympäristön luominen, jossa nykyiset julkiset laitokset laitettaisiin kilpailemaan muiden samalle riville vaihtoehtoiksi ilmoittautuvien kanssa, vaatisi monien perusasioiden järjestelyä uusiksi. Ei voisi olla kokonaistaloudellista toimia niin, että erityisiin laitoksiin (keskussairaala, terveyskeskusten erityistilat jne.) sijoittuvaa toimintaa kilpailutettaisiin siten, että jokaisen kilpailussa mukana olevan odotettaisiin tarjoavan omat tilat käyttöön. Kilpailuttaa pitäisi sen vuoksi erilaisten palveluiden tuottajia, jotka voisivat toimia yhteiskunnan yhteiseksi hyväksi rakentamisessa laitoksissa, jos nämä ovat käyttökelpoiset ja tarkoituksenmukaiset. Kilpailuttaminen edellyttää vahvaa asiantuntemusta tilaajalta. Nykyisin jo erilaisten hoivapalveluiden laadun ja sisällön arvioiminen ja seuraaminen on osoittautumassa osalle toimeksiantajista hyvin vaikeaksi.

Perusterveydenhuollossa on totuteltu jo vuosien ajan lääkäri työvoimaa vuokraavien yritysten palveluiden käyttöön. Päivystyspalveluissa on jo vuosikymmenien ajan käytetty tilapäistä työvoimaa, eikä ostopalvelun käyttöön liity sen suurempia ongelmia kuin tilapäisen työvoiman käyttöön yleensä.

sä. Hankittaessa lyhytaikaista päiväaikaista lääkärin työpanosta työvoimaa vuokraavilta yrityksiltä on saatu monissa tapauksissa epätyytyttäviä kokemuksia, jos yleislääkärit ovat lyhytaikaisia, eivätkä varaudu vastaamaan työstään pitkällä aikavälillä. Sen sijaan kokonaisten terveysasemien toiminnan antaminen ostopalveluna hoidettavaksi säilyttää perusterveydenhuollon keskeisimmät periaatteet oikeissa muodoissa ja tämä ratkaisu näyttääkin yksittäistapauksissa toimivan hyvin. Ainakin Lahden kaupungissa on saatu tällaisesta ostopalvelusta hyviä kokemuksia.

Ostopalveluiden käyttöön vaikuttavat avainhenkilöiden työmarkkinat, joilla ostopalveluiden laajeneminen yleensä murentaa mahdollisuutta tuottaa samoja palveluita tavallisena kuukausipalkkaiseina työnä. Kilpailutus on joissakin tapauksissa alentanut hintoja, mutta terveydenhuoltoalalla toteutuvat myös helposti erilaiset hiljaiset hintasopimukset, koska julkinen sektori asettaa palkkatasolleen joka tapauksessa kustannusten perustason, jonka alapuolelle yksittäisten työntekijöiden ei tarvitse lähteä työpanostaan tarjoamaan.

Kilpailutusta ja ostopalveluiden laajamittaista käyttämistä hyödyllisempää olisi varmaan julkisille organisaatioille, jos niillä olisi tietoisuus siitä, että oman toiminnan laatua ja kustannuksia verrataan muihin palveluntuottajiin.

Oman näkemykseni mukaan ostopalveluilla ja kilpailuttamisella ei pitäisi ryhtyä ajamaan työpaikkoja nykyisten julkisissa organisaatioissa toimivien alta pois - ellei sitten tehdä laajaa yhteiskunnallista periaatepäätöstä tälle tielle lähtemisestä. En usko, että poliittiset puolueetkaan ovat valmiita tähän. Tämän vuoksi ostopalveluiden käyttö tulee lähiaikoina säilymään julkisia palveluita täydentävänä vaihtoehtona, jonka käyttö oikeissa paikoissa on tarkoituksenmukaista ja taloudellista. Tällaista linjaa suosittelisin myös Päijät-Hämeen terveydenhuoltopiirin toimintaan.

Taustapohdintaa perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon palveluiden sijoittumisesta muuttuville palveluiden kartoille

Simo Kokko, Stakes

31.8.2005

Johdanto: näkökulmani palvelu- ja kuntarakenteesta käytävään keskusteluun

Minulta on pyydetty asiantuntijan lausuntoa siitä, miten Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella toteutettavaksi suunnitellun terveydenhoitopiirin toiminnassa pitäisi eri terveyspalveluiden sijoittua lähipalveluiksi, seudullisiksi palveluiksi tai koko alueella keskitettäväksi palveluiksi. Lisäksi on pyydetty kannanottoa siitä, minkä palveluiden pitäisi pysyä kunnallisena toimintana ja mitä voitaisiin hoitaa ostopalveluna.

Palveluiden sijoittumista koskevat päätelmäni on koottu omaan erilliseen muistioon. Tämä lausunto on perustelumuistio, jossa analysoidaan ja myös problematisoidaan valittuja palveluiden järjestämisen peruskysymyksiä. Parin viime vuoden aikana käydyssä keskustelussa on valitettavasti siirrytty nopeiden yleistysten avulla argumentointiin, eikä kärsivällisyys aina riittänyt mutkikkaiden kokonaisuuksien tarkasteluun.

Oma näkökulmani tähän kysymysalueeseen on aikaisempi työskentely pienen terveystalokuntayhtymän lääkärinä, työskentely opetus- ja tutkimustehtävissä yliopistossa sekä vuodesta 1991 lähtien työskentely Stakesin kehittämispäällikkönä. Stakesin työssä olen toiminut varsin laajasti maan kuntien, terveystalokuntien sekä erilaisten alueellisten toiminnallisten yhteistyökokonaisuuksien kehittämiskonsultaatiotehtävissä. Vuosina 2001 - 2003 tein seitsemällä eri seutukunnalla selvitykset siitä, mitä yhteistyö terveyspalveluiden järjestämisessä voisi olla.

Kuluneiden 14 vuoden kokemuksiin sisältyy kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä aikakausia ja virtauksia, joiden perussuunta on vaihdellut varsin voimakkaasti. 1990-luvun alkupuolella kunnat varautuivat valtionosuusuudistukseen ja muuttuviin toiminnan ja ohjauksen pelisääntöihin ja kannustimiin. Samaan aikaan osunut syvä taloudellinen lama pakotti kunnat hakemaan säästöjä ja karsimaan pois löysiä rakenteita ennen kaikkea omista palveluistaan ja organisaatioistaan. Noina vuosina suunta oli lähes päinvastainen tämän päivän keskustelussa esitettäviin tavoitteisiin nähden. Kunnat uskoivat, että esimerkiksi terveystalokuntayhtymän purkaminen ja sitä seuraava paneutuminen kunnan oman sosiaali- ja terveyspalveluinstrumentin hiomiseen hyvään toimintakuntoon, olisi avain säästöihin. Kuntien yhteisissä palveluissa oli suosiossa suoraviivainen kotiin päin vetäminen. Kukin kunta haki omaa etuaan. Tämän kehityksen keskellä purettiin pois käytöstä mm. tarpeettomiksi koetut 1980-luvulla luodut perheneuvolatyön ja päihdehuollon kuntayhtymät, jotka edustivat aikanaan uudenlaista seudullista yhteistyötä. Terveystalokuntayhtymiä purettiin niin vilkkaasti, että terveystalokuntien lukumäärä nousi noin 210:stä 275:een. Pidin tätä kehitystä lyhytnäköisenä ja huolestuttavana ja pyrin omassa työssäni estämään kuntayhtymien purkamista. Niissäkin tapauksissa, joissa purkaminen oli väistämätöntä, suosittelin säästämään yhteiset yhteistyön rakenteet.

Nyt on noin kolmessa vuodessa tultu varsin laajasti siihen käsitykseen, että perusterveydenhuolto pitää järjestää vähintään 20000 - 30000 asukkaan väestöpohjittain, kun tämä väestöpohjatoive ponnahti varsin yllättäen esille kansallisen terveydenhuoltoprojektin valmistelutyössä. Tavoitteen kirjaaminen julki ei johtanut kovin aktiiviseen muutosaaltoon perusterveydenhuollon kentällä. Vi-

me vuosina on nähty muutaman uuden kuntayhtymän syntyminen ja eräiden kuntayhtymien kuntaomistajapohjan laajeneminen.

Olen suhtautunut yksiviivaiseen 20000 - 30000 asukkaan väestöpohjan "vaatimiseen" ristiriitaisin mielin. Yhtäältä on selvää, että pienimmät kunnat voivat joutua kohtuuttomiin vaikeuksiin, jos ne yrittävät perusterveydenhuollon palvelunsa aivan yksinään. Itse asiassa pienimmäkään eivät ole oikeasti yrittäneet selvittää tehtävästä itse, vaan niiden käytössä on ollut runsas valikoima erilaisia yhteistyö- ja ostopalvelusopimuksia, joiden avulla monissa palveluissa toiminnallinen väestöpohja on ollut kunnan asukaslukua suurempi. Toisaalta olen ollut usein tekemisissä havaintojeni ja myös erilaisten toiminnan suoriutumisindeksoitujen valossa hyvin tehtävästään selviytyvien terveyskeskusten kanssa. Näiden väestöpohja on usein liikkunut noin 8000 - 15000 asukkaan kokoluokassa. Kun näiden kuntien johto on pyytänyt esittämään perustelut sille, mitä lisäarvoa palveluiden kokonaisuuteen toisi väestöpohjan suurentaminen jollakin tavoin liittoutumalla omasta kunnasta tai terveyskeskuksesta kenties kaukanakin sijaitsevan kunnan /kuntien kanssa, on ollut vaikea löytää argumentteja.

Väestöpohjiin ja pienten yksiköiden suurentamiseen yksipuolisesti keskittynyt keskustelu on jättänyt vaille tarvittavaa huomiota sen, että suurten kaupunkien palvelut ovat hälyttävän yleisesti voimassa huonosti. Niissäkin kaupungeissa, joissa saatettiin vielä muutama vuosi sitten raportoida hyviä kokemuksia, on jouduttu monilla rintamilla peruspalveluissa vaikeuksiin. Eteläisen Suomen muuttovoittokaupungeissa on väestöennusteiden mukaan edessä hyvin voimakas ikäihmisten määrän absoluuttinen lisääntyminen seuraavien 15 - 25 vuoden aikana. Palvelujärjestelmät eivät ole varautuneet tähän työn määrän ja sisällön muutokseen. Monien suurten kaupunkien sisällä eri alueiden väliset erot polarisoituvat; hyväosaisten lähiöihin on helppo rekrytoida palveluihin avaintyöntekijöitä ja kehittää uusia työtapoja. Pääkaupunkiseudun kaupunkien terveysvirastoista raportoidaan ongelma-alueiden laajenevan.

Keskustelua ovat myös sekoittanut lääkäri- ja hammaslääkäri työvoiman saatavuuden ja työpaikassa pysyttämisen ongelmat. Olen kuullut toistuvasti argumentteja, joiden mukaan pienten kuntien pitää lyöttäytyä yhteen, koska pieniin kuntiin ei saada lääkäreitä eikä hammaslääkäreitä - eikä lähitulevaisuudessa muitakaan tarvittavia ammattihenkilöitä. Väitteisiin sisältyy oletuksia, että maaseutukuntien vetovoima muuttuisi sillä, että palveluiden hallinnollista organisoimista muutetaan. Tällaisesta kehityksestä ei ole kuitenkaan mitään vakuuttavaa näyttöä. Tämän päivän nuoret koulutetut ihmiset pyrkivät hakeutumaan asutuskeskuksiin ja maan eteläisiin osiin, aivan samalla tavalla kuin papit, opettajat ja monet muut, joilla on valinnanvaraa. Itse asiassa en usko, että yleislääkärin työn vetoimaisuutta lisää yhtään mielikuva siitä, että työnantaja on laaja maakunnallinen kuntien yhteisorganisaatio, jonka tehtävänä on huolehtia siitä, että pienissä toimipisteissä on palveluiden tuottajia. Jos nuori lääkäri haluaa hakeutua vakavissaan yleislääkärin uralle, hän haluaa varsin todennäköisesti työskennellä oman vastuuväestönsä kanssa yhdessä toimipaikassa.

Lähipalveluiden menneisyys ja tulevaisuus

Maan julkisten palveluiden palvelurakenteen uudistamisesta puhuttaessa on usein vakuuteltu lähipalveluista pidettävän kaikissa vaihtoehdoissa kiinni. Tällainen puhe antaa haja-asutusalueille lupauksia, ettei kaikkea olla aikeissa keskittää maakuntakeskuksiin tai kenties vielä kauemmaksi.

Mielestäni "lähipalvelut" ovat kuitenkin vaarassa muuttua kovin venyväksi ja monimerkityksiseksi käsitteeksi. 1990-luvun alussa lähipalveluilla tarkoitettiin haja-asutusalueilla kaikissa kirkonkylissä ja myös yksittäisistä merkittävistä taajamista tarjolla olevia palveluita. Maaseutuoloista saatiin esimerkkiä tuolloin myös kaupunkeihin. Hallittavan kokoiset palveluyksiköt, jotka huolehtivat rajatun

väestön palveluista kokonaisvaltaisesti, toivat esille perusterveydenhuollon parhaita puolia. Hoitoa voitiin kehittää henkilökohtaisen tuntemisen vastuun pohjalta. Moniammatillinen työryhmätyö ja hyvä työpaikan henki kehittyivät näissä oloissa suotuisasti. Niinpä suuret kaupungit toisensa jälkeen hajauttivat palveluitaan erillisille terveysasemille. Syntyneistä alueista vireimmät ja innovatiivisimmat loivat todellakin uusia toimintakäytäntöjä.

Kuitenkin pienaluepohjainen lähipalvelu toimintojen järjestämiskäytännönä menetti suosionsa varsin nopeasti 2000-luvulle tultaessa. Syyt tähän kehitykseen ovat jääneet paljolti analysoimatta. Kun palveluita ollaan nyt uudistamassa laajojen seutukunnallisten tai maakunnallisten kokonaisuuksien varaan, mutta samalla vakuutellaan lähipalveluiden säilyvän, olisi hyvä koota kokemuksia ja opetuksia tapahtuneesta noin 10 vuoden kehityksestä. Tarkastelen seuraavaksi näitä perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden kehityksen näkökulmasta.

Koko terveydenhuollon ensimmäisen linjan – ts. suoraan väestöltä tulevan palveluiden kysynnän – olisi tarkoituksenmukaista ohjautua perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen kautta. Tästä pääsäännöstä voivat olla poikkeuksia erikseen lueteltavat kiireelliset ensiaputilanteet. Myös keskitettyjen päivystyspalveluiden sisällä on paikallaan ohjata palveluiden hakijat perusterveydenhuollon piirissä toimivan portaan kautta mahdollisimman kattavasti.

Suomalaiset vastaanottopalvelut ovat kehittyneet moniin muihin maihin verrattuna mutkallisia ja myös jonkin verran turhauttavia teitä. Terveyskeskusjärjestelmään siirryttiin 1970-luvun alussa tilanteessa, jossa koettiin ajan ajaneen entisen kunnanlääkärijärjestelmän ohi. Terveyskeskusten toimintoista oli erilaisia tulevaisuuden visioita. Vastaanottopalveluissa hallitsevana ongelmana oli, kuinka muuttaa ammatinharjoittajina toimineiden kunnanlääkäreiden työ kuukausipalkkaisen terveyskeskuksen virkamiehen työksi. Vastaanottoimintojen perusprosesseja ei jaksettu miettiä kunnolla läpi, vaan vastaanottopalveluihin pääsi syntymään kansainvälisesti aivan kummallisia kehityksiä, joita voi nyt hyvällä syyllä jälkikäteen nimittää kehityksen vääristymiksi. Tavallisten vastaanottoaikojen saatavuus muotoutui varsin yleisesti hyvin vaikeaksi. Kansa totutettiin viikkojen tai peräti kuukausienkin mittaisiin kiireettömien vastaanottopalveluiden odotusaikoihin. Vastapainoksi - vastaamaan elävän elämän vaatimuksiin – kehittyi sitten koko maassa tunnettu terveyskeskuspäivystys. Terveyskeskuspäivystys on taas loitontunut kovin kauas siitä, mitä maailmalla yleensä tarkoitetaan päivystysluonteisilla palveluilla. Noidankehä pääsi kehittymään ja vahvistumaan. Kansanterveys-työn alkuvuosina huomio oli voimavarojen kasvattamisessa ja tilojen rakentamisessa. Tätä kansanterveys-työn kehitysvaihetta voisi hyvin väittää aikakaudeksi, jolloin palveluiden saatavuuteen, puhumattakaan niiden lähipalveluluonteeseen ei kiinnitetty kovin yleisesti huomiota. Väestö, etenkin kaupunkipaikkakuntien väestö, oli terveyskeskuspalveluihin hyvin tyytymätöntä.

Ongelmalliseen kehitykseen ei ajautettu ajattelemattomuuden seurauksena, vaan ohjaavana periaatteena oli usko siihen, että ongelmiin on olemassa erityisosaamiseen ja erityissektorin toimintaan pohjautuvat ratkaisut. Suomalainen perusterveydenhuolto sekä terveydenhuoltoa lähellä toimivat sosiaalipalvelut, kuten esimerkiksi vanhustenhuolto, perheneuvonta ja päihdehuolto, rakentuivat 1960-70-luvuilta lähtien toiminto kerrallaan. Syntyi erillisiä ja omavaraisia palveluiden sektoreita. Jokaisella sektorilla oli omat asiakkuutensa, omat kertomusjärjestelmänsä ja usein omat palvelupisteensä. Toimialan tieto ja ammattiosaaminen koskivat oman sektorin erityiskysymyksiä.

Epätyydyttävälle palvelulle vastineeksi kehitettiin jonkin verran mutkikkaiden vaiheiden jälkeen 1980-luvun jälkipuoliskolla toimintaperiaatteita, jotka tunnetaan väestövästuisen toiminnan nimellä. Kehitystyössä ensimmäisenä vaiheena oli lääkärin työn organisointi listaperiaatteen mukaan. Tätä ryhdyttiinkin kutsumaan omalääkäritoiminnaksi. Siitä saadut kokemukset olivat alusta alkaen varsin hyviä. Samaan aikaan koko yleislääkäri-instituutio ja yleislääketiede erikoisalana ja akateemisena

alana vahvistuivat. Kun lähdettiin tuomaan mukaan terveydenhoitajien ja eri tehtävissä työskentelevien sairaanhoitajien työtä, koko uusi järjestely haluttiin tiimityön turvaamiseksi sitoa väestön asuinpaikkaan. Kehitettiin pienaluepohjaista työtä, josta ruvettiin käyttämään noihin aikoihin myös nimitystä ”lähipalvelut”. Odotukset ja toiveet pienaluepohjaisen työskentelyn hyödyistä olivat korkeimmillaan 1990-luvun alussa, jolloin puhuttiin *alueellisesta väestövastuusta*. Tällä tarkoitettiin perustason sosiaali- ja terveystalouden yhtäaikaista organisointia pienalueen mukaan. Kumpikin toimialue oli siirtymäisillään pois sektoripohjaisesta toimintatavasta väestöpohjaiseen. Tässä vaiheessa käytiin alalla hyvin vilkasta ja kärkevääkin keskustelua erityisosaamisen ja yleisosaamisen eduista.

Tuossa vaiheessa maan virallisessa sosiaali- ja terveystaloudessa asetettiin tukemaan väestöpohjaista lähipalvelua. Uskottiin, että väestövastuussa oli löydetty varsin mullistava innovaatio, josta hyötyisivät kaikki osapuolet. Päätäväisintä oli kehitys juuri terveystaloudessa. Lääkäreiden ja muiden ammattihenkilöiden työ muuttui aikaisempaa paljon mielekkäämmäksi, potilaat pääsivät joustavasti vastaanotoille ja saivat hyvää hoitoa omalta lääkäriltä tai hoitajalta. Uskottiin hoidon koordinaation ja jatkuvuuden säästävän myös kustannuksia karsimalla turhaa päällekkäisyyttä sekä turhia tutkimuksia ja läheteitä.

Vähitellen tämä lähipalveluinnovaatio alkoi joutua ristiaallokkoon. Lääkäreiden työn organisoimisessa listautumiseen perustuva omalääkäritoiminta näytti vakiinnuttavan asemansa, kunhan huolehdittiin siitä, ettei lääkäreiden tehtävänjakoja ns. sektorityössä jaettu liian jäykästi lääkäreiden kesken. Muiden ammattihenkilöiden työssä ryhdyttiin palaamaan pian entiseen sektoriasiantuntemukseen pohjanneeseen suuntaan.

Myöhemmin lääkäri työvoiman saatavuuden ongelmien myötä myös omalääkärijärjestelmä osoittautui hyvin helposti häiriytyväksi tilanteissa, joissa kaikissa vakansseissa ei ollut keskeytyksettä hoitajia. Omalääkärijärjestelmä palkkauksineen on purettu tai laitettu ”jäihin” joillakin kaupunkipaikkakunnilla lääkärin puoleksi. Kuitenkin yleislääkäreiden ammattikunnan ja yleislääkärijärjestöjen piirissä omalääkärijärjestelmää pidetään periaatteena hyvänä ja oikeana lähtökohtana yleislääkärin työlle. Siihen voidaan myös yhdistää niin haluttaessa vastaanottotyötä tekevän hoitajan työ varsin joustavasti.

Palveluiden yleisessä organisoinnissa kuljettiin siis 1990-luvun alussa vuosikautia pienten yksiköiden muodostamisen suuntaan. Kaupunkeihin perustettiin erillisiä terveysasemia. Maaseutukuntien peruspalvelut organisoituivat väestö- tai kuntapohjaisesti myös terveyskeskuskuntayhtymissä, sen sijaan, että olisi pidetty yllä tai rakennettu kuntarajat ylittäviä toiminnallisia kokonaisuuksia perusterveydenhuollon eri toimintakentillä. Terveyskeskuskuntayhtymien hallintoa ja jopa taloudenpitoa pyrittiin organisoimaan aluepohjaisesti.

Tilanne on kuitenkin 2000-luvulle tultaessa muuttunut. Nyt on nähty jo vuosien ajan kehitystä, jossa myös yleisiä rakenteita muutetaan sekä keskitettyyn että perinteiseen suuntaan. Sosiaali- ja terveystoimi erottuvat taas toisistaan lukuun ottamatta vanhusten palveluita ja ns. psykososiaalisia palveluita. Pieniä terveysasemia suljetaan. Eräissä suurissa kaupungeissa jopa 15000-20000 asukkaan palveluista vastanneet asemat julistetaan yksikkökooltaan liian pieniksi ja siten tehottomiksi. Suureen yksikkökokoon pyritään, vaikka juuri suurten kaupunkien suurten terveysasemien palvelussa on esiintynyt hyvin yleisesti perustavanlaatuisia puutteita, ellei näitä ole onnistuttu työtä omalääkäritoiminnan avulla muovaamaan riittävän pieniin osiin. Näiden ongelmien vuoksi jouduttiin lähes lailla määräämään terveyskeskuksille, että puhelimeen pitää vastata.

Viime vuosina on ollut näkyvissä merkkejä uudesta aluepohjaisen organisoinnin vaihtoehdosta muutamissa kaupungeissa, joissa palvelut on sijoitettu yksiköihin elämänkaaren vaiheiden mukaan: esimerkiksi lasten ja nuorten palvelut, työikäisten palvelut, ikäihmisten palvelut. Tälle kehitykselle sanotaan usein syyksi se, että pienaluepohjainen yhteistyö ei toimi kunnolla. Työryhmät jäävät vähävikisiksi. Erityisesti on esitetty arvostelua siitä, että terveyskeskuslääkäreiden mielenkiinto ei riitä kiireisen vastaanottotyön rinnalla lasten tai vanhusten niihin palveluihin, jotka eivät organisoidu tavanomaisena vastaanottotyönä.

Lähipalveluiden ajattelupohjaa ovat myös omalla tavallaan koetelleet maahan nousseet maakunnallisissa mittasuhteissa toimivat puhelinpalvelut. Näissä on kyse sekä yleisestä terveyttä ja terveyspalveluiden käyttöä koskevasta neuvonnasta, jonka tarjoaminen puhelimitse tai internetin avulla on yleistynyt monissa maissa. Puhelinpalveluista on kuitenkin tehty myös annettu monilla paikkakunnilla väylä, jota pitkin vastaanottopalveluita voi lähestyä - käytännössä jopa ainut väylä suoraan päivystyspalveluiden luukulle ilmoittautumisen ohella. Käydään keskustelua siitä, miten tärkeää on, että puhelimeen vastaajat pääsevät lukemaan soittajan perusterveydenhuollon kertomustietoja. Puhelinpalvelulla on raportoitu voitavan välttää tuntuva osa, esim. 15-20 % vastaanotolle tulemisista.

Lääkärityövoiman puuttumisen siivittämänä on myös ryhdytty kehittämään vastaanottotyötä tekevien sairaanhoitajien palvelua. Aikaisemmin oli saatu hyviä kokemuksia toiminnan alueeseen erityisesti koulutettujen sairaanhoitajien pitämistä diabetes-, reuma-, astma- yms. vastaanotoista. Akuutisairaanhoidossa sairaanhoitajien neuvontatyötä oli jouduttu lisäämään. Monilla paikkakunnilla sairauslomatodistusten kirjoittamisesta oli tullut pääosin sairaanhoitajien työtä. Nyt sairaanhoitajien työpanosta ollaan erilaisten kehityshankkeiden vauhdittamana tuomassa aikaisempaa kiinteämmäksi osaksi väestön tarjoamien uusien (sekä akuuttien että ei-akuuttien) ongelmien hoidon tarpeen arviointia. Hoidon tarpeen arvioinnista muodostettiin peräti lain avulla uusi toiminto perusterveydenhuoltoon. Edelläkävijäterveyskeskuksissa on rakennettu järjestelmällistä lääkäri-hoitaja - työparityöskentelyä, tai jos työntekijöitä ei ole tasapareiksi, muita pienimuotoisen tiimityön työtapoja. 1990-luvun väestövastuisten palveluiden kehittämisestä tämä poikkeaa siinä, että ennalta ehkäisevää työtä tekevien terveydenhoitajien ja myös usein kotisairaanhoitotyötä tekevien sairaanhoitajien työ ei välttämättä ole mukana tässä kehityksessä, vaikka rohkaisevia vastaanottopalveluiden ja kotiin tuotettavien palveluiden yhteiseksi työksi kehittämisen hankkeita on käynnissä.

Kun 1990-luvun pienaluepohjaisen työn kehitystä arvioi jälkikäteen, kyseessä oli ilmeisesti varsin tyypillinen innovaation leviäminen. Pienaluepohjaista työtä lähtivät tekemään kaikkein innostuneimmat ja idearikkaimmat voimat. Käytännössä kaikissa pienaluepohjaiseen työhön lähteneissä kaupungeissa saatiin ensimmäisistä lähiöistä hyviä kokemuksia. Työ sujui pioneerihengessä. Syntyä tiimityötä, syntyi uudenlainen henkilökohtaiseen tuntemiseen parhaimmillaan pohjautuva suhde palveluiden tuottajien ja käyttäjien välillä. Kasvoton byrokratia korvautui henkilökohtaisella palvelulla. Kaikki oli hyvin niin kauan kunnes yritettiin organisoida kaupunkien ruutukaavakeskustoja, joissa asuu yleensä runsaasti ikäihmisiä, tai sosiaalisesti moniongelmaisimpia lähiöitä.

Kun innovatiivinen pienaluepohjainen työskentely menetti suosiotaan, toimimaan jäi etenkin kaupunkipaikkakunnilla omalääkärijärjestelmä. Sitä sovellettaessa lääkäreiden ns. sektorityötä jaetaan kuitenkin alkuvuosia väljemmillä perusteilla eri lääkäreiden kesken. Neuvolatyötä tekevät siitä kiinnostuneet ja alueeseen perehtyneet lääkärit. Samoin monissa terveyskeskuksissa on huomattu, ettei ole kovin yksinkertaista järjestää terveyskeskussairaaloiden toimintaa niin, että omalääkärit hoitaisivat sairaalahoidon aikanakin omia potilaitaan.

Omalääkäripohjainen työtapana on säilynyt kuitenkin edelleen takuuna sille, että yleislääkärin vastaanottopalvelut organisoituvat samalla tavalla kuin muissakin yleislääkäripalveluun nojaavissa

maissa – kuitenkin edellyttäen, että väestöpohjat ovat hallittavan kokoiset ja että vakanssit pysyvät hoidettuina.

Samaan aikaan hajautettujen lähipalveluita, esimerkiksi lähiöiden tai kylien terveysasemia on poistettu kovallakin kädellä palveluiden kartalta. Samalla on valitettavasti kovin usein karsittu myös laadultaan ja toimintakulttuuriltaan parhaiten toimivia yksiköitä ja siirretty näiden työntekijät suurille terveysasemille.

Lähipalveluorientaatio on menettänyt siis voimiaan, mutta pienimuotoinen vastaanoton tiimityö näyttää nyt menestyvän omalääkärijärjestelmän ja hoitajien työn monimuotoistumisen tuloksena. Samaan aikaan puhe väestöpohjien kasvattamisesta herättää kysymyksiä ja myös huolta ihmisläheisen lähipalvelun tulevaisuudesta. Väestöpohjien kasvattaminenhan suuntautuu lääkkeeksi maaseutu-Suomen palveluiden järjestämisen ongelmiin. Kaupunkien terveysasemilla toiminta on kuitenkin joutumassa kaiken tämän keskustelun keskellä kasvaviin vaikeuksiin. Monet menestystarinoita vielä 1990-luvulla raportoineet kaupungit kertovat rekrytoinnin ja motivoinnin vaikeuksista.

Perusterveydenhuollon palveluiden ongelmia on tarkasteltu erityisesti lääkäreiden työn ja lääkärikunnan perusterveydenhuoltoon suhtautumisen suunnasta. Nuorten lääkäreiden keskuudessa pitkäjänteinen kouluttautuminen yleislääkärin uralle ei ole nyt suosiossa, vaikka yleislääketiede kokikin vahvan profiilin nousun 1980-luvulla ja ala on vakiinnuttanut itsensä lääketieteen erikoisalana ja myös akateemisena oppialana. Samaan aikaan monien muiden maiden yleislääkäreiden palvelut voivat hyvin ja esimerkiksi Norjassa yleislääkärijärjestelmä on noussut 2000-luvulla hyvin näyttävään kukoistukseen. Lääkkeeksi suomalaista kehitystä vastaan on tarjottu kirjavaa valikoimaa keinoja. Yksi ehdotettu kehityssuunta on toiminnan keskittäminen aikaisempaa harvempiin yksiköihin, esimerkiksi 8-10 lääkärin työpaikkoihin, jolloin puhutaan käytännössä 12000 - 20000 asukkaan väestöpohjista. Tällaisten yksiköiden odotetaan muodostuvan lääketieteellisen osaamisen sekä tutkimus- ja hoitomahdollisuuksien puolesta niin vahvoiksi, että työkin kiinnostaa. Näitä visioita kuunnellessa tulee vaikutelma, että yleislääkäri olisi siirtymässä täyttämään työllään sitä tyhjäksi jäänyttä tilaa, jonka esimerkiksi aikaisemmin laaja-alaiset sisätautilääkärit ja kirurgit ovat synnyttämässä näiden erikoisalojen jakauduttua useiksi suppeiksi erikoisaloiksi. Tässä voisi olla Suomeen yksi vaihtoehtoinen visio, jollaista ainakaan sellaisenaan ei ole muissa maissa tavoittelemassa. Tulotaisiinko tällöin työskentelemään henkilökohtaisessa jatkuvassa ja laaja-alaisessa hoitosuhteessa oman väestön kanssa, vai palattaisiinko 1970-luvulla vielä näkyvästi esitettyihin ajatuksiin, joiden mukaan terveyskeskuslääkäreiden työn pitäisi jakautua terveyskeskuksen sisällä erikoissairaanhoidon erikoisalojen mukaisesti osaamisalueittain?

Yleislääkäreille on ollut tarjolla vaihtoehtoisiaakin orientaatioita. Maassa on annettu perhelääkärikoulutusta, ja tällä on haettu syvyyttä ja motivaatiota yleislääkärin työhön.

Pitkäaikaissairaiden ja vanhusten palveluiden organisointi

Toinen erikoinen piirre parin viime vuoden palveluiden kehittämistä koskevassa keskustelussa on ollut eräänlainen kärsimätön kiire ratkoa pitkäaikaishoidon toimivuuden ja palvelukyvyn ongelmia esittämällä, että on välttämätöntä saattaa vanhustenhuolto kokonaisuudessaan terveydenhuollon alaisuuteen, jotta voidaan hallita ja ohjata kokonaisuuksia oikein. Samalla annetaan kuva, että tämä olisi jonkinlainen taattu taikakeino vanhuspalveluiden moniin kehittämishaasteisiin ja hoitoketjujen saattamiseen sujuviksi.

Olen ollut itse usean kaupungin asiantuntijakonsulttina ehdottamassa, että vanhusten ja pitkäaikaissairaiden palvelut kannattaa yhdistää yli sosiaali- ja terveystoimen rajan yhteiselle vastualueelle.

Tällöin olen tarkoittanut, että kumpikin osapuoli astuu tavallaan uudelle maaperälle "kolmannelle", tavallaan neutraalille, maaperälle, ja tuo omaa parasta osaamistaan tullessaan. Tätä asiaa ei pitäisi ratkaista kaappaamalla sosiaalitoimesta vanhuspalveluiden alue terveydenhuollon alaisuuteen. Tämä ei olisi oikeudenmukaista vanhuspalveluiden aktiivisia ja innovatiivisia kehittäjiä kohtaan. Eikä terveydenhuollon organisaatioilla ole kovinkaan hyvää näyttöä siitä, että vanhuspalveluiden kehittäminen siirtyisi aikaisempaa osaavampiin käsiin.

Koska mielestäni ratkaisu kasvavien ikäihmisten ikäluokkien muodostamaan palveluntarpeen haasteisiin ei ole hallinnollinen yksiköiden yhdistely, erittelen kokemuksiani ja näkemyksiäni seuraavassa tarkemmin vanhuspalveluiden tärkeimpiä palveluita arvioiden.

Terveyskeskussairaalahoito

Suomalainen terveydenhuollon omaleimainen erikoisuus on terveyskeskussairaala. Käytän tätä sanaa korvaamaan mielestäni epäonnistuneen ja ikävältä kuulostavan termin ”terveyskeskuksen vuodeosasto”, jota olen suositellut jo vuosikymmenen ajan poistettavaksi käytöstä nykyisessä merkityksessään. ikään kuin hoidettaisiin vuoteita. On luonnollisesti paikallaan puhua vuodeosastohoidosta käsitteenä vaihtoehtona esimerkiksi vastaanottomuotoiselle tai polikliiniseen hoidolle, mutta hoitopaikan nimenä vuodeosastoa ei pitäisi käyttää.

Terveyskeskussairaala on vaikea sijoittaa kansainväliselle terveyspalveluiden ja hoivapalveluiden kartalle. Selvintä on ollut kokemukseni mukaan todeta, että terveyskeskussairaaloissa hoidetaan ainakin kahta perustehtävää. Toinen on pitkäaikainen hoiva, jota vastaa kansainvälisesti käsite ”nursing home care”. Toinen tehtävä on lyhytaikaisen hoidon antaminen erilaisissa sellaisissa tilanteissa, joissa erikoislääkärijohtoista sairaalahoitoa ei tarvita tai hoitoa annetaan erikoissairaalahoiton jatkohoidoksi. Tämän tehtävän alle sijoittuvat jatkohoidon lisäksi akuuttitilanteissa annettavat hoidot, kuntouttavat hoidot, sekä suunnitellut intervallihoidot. Terveyskeskussairaaloissa hoidetaan maassamme myös päihdepotilaita katkaisuhoidoissa, niissä annetaan terminaalivaiheen palliativista hoitoa jne.

Onko terveyskeskussairaalahoito sitten tarkoituksenmukaista ja tehokasta hoitoa, jos muut maat eivät sellaista yleensä tarjoa?

Pitkäaikaishoivan perustehtävä on välttämätön sinänsä, mutta sitä voidaan hyvin antaa myös erilaisissa hoito- ja hoivakodeissa. Maassamme ei ole olemassa mitään selvää rajaa siinä, milloin pitkäaikaishoitoa kuuluisi antaa terveyskeskussairaalassa, milloin vanhainkodissa ja milloin taas esimerkiksi hyvin varustetussa palvelutalossa. Sijoittumista terveydenhuollon alaisuuteen on perusteltu sillä, että pitkäaikaishoivan perustyössä tarvitaan terveydenhuollon ammattiosaamista ja terveydenhuollon alalle perinteisesti kuuluvia tietoja ja taitoja myös niiltä, joiden oma koulutustausta ei ole terveydenhuolto.

Terveyskeskussairaalat olivat hyvää vauhtia täyttymässä pitkäaikaishoidossa olevista vielä 1980-luvulla. 1990-luvulla vanhuspalveluissa nähtiin monia innovaatioita, jotka ovat olleet omiaan joko taittamaan käynnissä olleen kehityksen tai ainakin hillitsemään sitä. Tärkein kehityksen muutoksen syy oli kuitenkin lyhytaikaisen hoidon tarpeen uusi huomaaminen vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen ja erikoissairaanhoidon kuntalaskutusikäntöjen muutosten jälkeen. Terveyskeskussairaaloista tuli instrumentti, jonka avulla kunnat – ja etenkin maalaiskunnat – ovat halunneet hallita erikoissairaanhoidon käyttöä ja kustannuksia. Maahamme on syntynyt kansainvälisestäkin huomiota herättävä sairaalahoidon profiili. Hoitoajat ovat lyhentyneet, mutta hoitajaksojen määrä on Euroopan korkein, koska saman sairauden vuoksi syntyy usein kaksi hoitajaksoa: ensin erikoissairaanhoi-

don ja sen jatkoksi terveyskeskuksen sairaalassa. Hoitoajat erikoissairaanhoidossa ovat lyhentyneet ja terveyskeskussairaalahoidon tarjolla olo on varmaankin nopeuttanut tätä kehitystä. Toisaalta, sairaalahoidon kapasiteetti on koko maassa edelleenkin korkea, ja se olisi sitä, vaikka terveyskeskussairaaloista laskettaisiin mukaan vain lyhytaikainen hoito.

Terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoivan tehtävät voitaisiin hyvin siirtää erilleen lyhytaikaisesta hoidosta, jos sopivia tiloja olisi tarjolla. Monissa terveyskeskuksissa tehtävät jaetaan terveyskeskussairaalan sisällä kuitenkin varsin selvästi. Eri osastot tai osastojen osat toteuttavat eri toimintatavoilla näitä kahta tehtävää. Monien mielestä olisi pitkäaikaishoidolle eduksi, jos siitä voitaisiin purkaa sairaalamainen kulttuuri ja keskittyä tuottamaan hyvää hoitoa ja hoivaa sairaalaa kodinomaisesti.

Lyhytaikaisen hoidon tulevaisuus riippuu muista siihen vaikuttavista tekijöistä. Lyhytaikaisesta hoidosta vastaavat pääasiassa yleislääkärit, joskin terveyskeskussairaaloissa työskentelee myös esimerkiksi sisätautilääkäreitä ja geriatreja. Omalääkäripohjalta työskentelevät yleislääkärit eivät nykyisin kovinkaan usein hoida omia potilaitaan terveyskeskussairaalassa, vaan sairaalatyön vastuuta on keskitetty joillakin lääkäreille.

1970-80-luvuilla suurin osa terveyskeskuksista vastasi omasta ympärivuorokautisesta päivystyksestä. Ympärivuorokautisia päivystyspisteitä oli enimmillään maassa arviolta noin 170-190. Kun päivystystoimintaa on ryhdytty yhdistelemään ja keskittämään maakunnallisiin yhteispäivystyksiin, ympärivuorokautisten päivystyspisteiden määrä oli alkuvuoteen 2005 mennessä laskenut 76:een tekemäni laskennan mukaan. Päivystävän lääkärin keskeytyksetöntä paikalla oloa pidettiin vielä 1990-luvulla edellytyksenä äkillisesti sairaiden hoitamiseksi terveyskeskussairaalassa. Kun päivystyksiä on yhdistelty ainakin yöajaksi, on huomattu, ettei terveyskeskussairaaloiden akuuttipalveluita ole jouduttu kovinkaan paljon muuttamaan.

Peruskysymys terveyskeskussairaaloiden olemassa olon perusteista jää kuitenkin ilmaan. Yksittäiset kunnat ovat varmaankin hyötynet aktiivisesta terveyskeskussairaalan käyttämisestä keinona vaikuttaa erikoissairaanhoidon käyttöön ja kustannuksiin. Onko terveyskeskussairaala instituutiona makrotasolla edullinen, vai onko se perussy sille, että Suomessa näyttää olevan kokonaisuudessaan laitoshoidoa (sairaalat, vanhainkodit ja vastaavat yhteen laskien) väestöpohjaan nähden runsaasti. Onko terveyskeskussairaala voinut vaikuttaa olemassa olollaan kotona asumista tukevien palveluiden kehittämistä jarruttavasti? Yksinkertaisia vastauksia ei ole helppo saada. Turunen tutki väitöskirjassaan (Turunen 1998) terveyspalveluiden kokonaiskäyttöä ja -kustannuksia hakien vastausta kysymykseen, mitä kokonaiskäyttöön ja kustannuksiin vaikuttaa terveyskeskuksen oman toiminnan laajuus ja aktiivisuus. Tulos oli yksinkertaista seuraava: Terveyskeskus, joka tekee paljon avohoidossa toimenpiteitä, jotka voivat kuulua myös erikoissairaanhoidon palveluiden valikoimaan ja jonka oman terveyskeskussairaalan potilasvaihto on vilkas, näyttää säästävän erikoissairaanhoidon kustannuksissa, mutta yhteen laskettu kokonaisuus muodostuu kuitenkin jonkin verran keskimääräistä kalliimmaksi. Tutkimuksessa ei käytetty hyväksi tarvekiointeja, joten maaseutukuntien muuta maata runsaampi palveluiden tarve saattoi sekoittaa suoran vertailun.

Jos terveyskeskussairaaloiden lyhytaikaisen hoidon ja sen mukana jatkohoidon kapasiteetti poistettaisiin käytöstä, erikoissairaanhoidon sairaalahoidon kapasiteettia olisi varmaankin nostettava. Ollisiko lopputuloksena aikaisempaa vastaava volyymin nousu tai vastaavan tasoiset kustannukset, jää arvailujen varaan. Maamme tilastot ja rekisterit eivät tarjoa tähän selkeitä vastauksia.

Koko maassa syntyi vuonna 2003 terveyskeskusten yleislääkärijohtoisissa sairaaloissa (jolloin ulkopuolelle jää joukko suurten kaupunkien erikoislääkärijohtoisia, mutta terveyskeskusten alaisuus-

teen kuuluvia sairaaloita) lyhytaikaisen hoidon piirissä 748 hoitopäivää, ja pitkäaikaisessa hoidossa 658 hoitopäivää 1000 asukasta kohti. Jos oletetaan, että terveyskeskussairaala toimii läpi vuoden täydellä kapasiteetilla, 1000 asukasta kohti käytössä oli 2,16 lyhytaikaista ja 1,90 pitkäaikaista sairaansijaa. Väestöpohjista käytävää keskustelua ajatellen voisi tehdä seuraavat yksinkertaistavat laskelmat lyhytaikaiseen hoitoon tarvittavasta kapasiteetista, jos oletetaan, että hoitoon otettaisiin keskimäärin samojen periaatteiden mukaan kuin koko maassa:

Taulukko: Erisuuruisten lyhytaikaisen terveyskeskushoidon yksiköiden ”tarvitsemat” väestöpohjat

Osaston tai lyhytaikaisen hoidon yksikön koko (ss)	Vähintään tarvittava väestöpohja
15	6959
20	9278
30	13917
40	18556

Suhdeluvut voisi kääntää käytännön päätelmiksi vaikka seuraavanlaiseksi päättelyksi: Jos terveyskeskussairaalahoittoon halutaan varustaa riittävän kokoinen lyhytaikaisen hoidon yksikkö, jossa on esimerkiksi riittävä määrä osaamista, tarvittava teknologia ja esimerkiksi riittävästi kuntoutuksen henkilökuntaa, tarvitaan tähän riittävän suuri yksikkö. Jos oletetaan, että yksikön olisi ollakseen riittävän suuri oltava vähintään 40 sairaansijan kokoinen, tälle toiminnalle tarvittaisiin lähes 20000 asukkaan väestöpohja.

Hoidon "oikean porrastuksen hakemisesta" todellisiin toimintakulttuurin muutoksiin vanhuspalveluissa

Pitkäaikaishoidon maailma on omalla tavallaan hyvin monimuotoinen. Sitä tarkasteltaessa olisi tuotava terveyskeskussairaaloiden rinnalle samaan kuvaan kaikki se hoito, jota annetaan vanhainkohteissa ja vaativaa hoitoa tarjoamaan pystyvissä palvelutaloissa.

1990-luvun palvelurakennemuutoksen yksi perustavoite oli laitoshoidon vähentäminen ja korvaavien ns. välimuotoisten ja kotiin tuotettavien palveluiden lisääminen. Koko maan tasolla vanhainkoteiden hoitopaikat ovat vähentyneet runsaan kymmenen vuoden aikana noin 5000 hoitopaikalla. Tämä on tapahtunut osittain muuttamalla olemassa olevia vanhainkoteja tai niiden osia palveluasumisen yksiköiksi. Käytöstä on myös poistunut rakennuksina vanhoja ja usein syrjässä sijainneita vanhainkoteja, jolloin tilalle on tullut kuntakeskuksiin yleensä palveluasuntoja.

Palvelurakennetyössä on herättänyt ihmetystä, miksi naapurikuntien pitkäaikaishoidossa olevien määrät voivat vaihdella varsin suurella vaihteluvälillä. Osaksi kyse voi olla laitoshoidon naamiotumismisessa palveluasumiseksi, mutta tämä ei selitä suinkaan kaikkia eroja. Vanhuspalveluiden kentässä liikkuminen 1990- ja 2000-luvuilla on osoittanut, miten suuria ajattelun ja toimintakulttuurin kehityseroja voi olla rajanaapurikuntienkin kesken. Yhdessä turvaudutaan laitoshoittoon "varmuuden vuoksi" niin kuin on totuttu 1970-luvulta asti turvautumaan. Toisessa laitoshoidon tarve on vähentynyt ja näyttää vähenevän entisestään. Kotiin tuotettavan intensiivisen palvelun tarve sen sijaan kasvaa.

Jo pitkään on puhuttu pitkäaikaishoittoon liittyen palvelu- tai hoitoketjujen toimivuudesta ja toimimattomuudesta. Näihin tarjotaan näkyvästi jälleen lääkkeeksi kaikkien palveluiden saattamista yhteisen organisaation alaisiksi. Yksittäisissä kaupungeissa on jo pitkään ollut käytössä yhteisiä tulosalueita esimerkiksi kaupungin omalle sairaalahoidolle ja vanhuspalveluille. Mukana näissä on usein

myös kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta yhdistämällä muodostettu kotihoito, joskaan ei kaikissa tapauksissa.

Keskustelusta, organisaatiomuutoksista ja kehittämistyöstä huolimatta maastamme ei raportoida kovin yleisesti menestystarinoita pitkäaikaishoidon palveluketjujen hyvästä integroidusta toimivuudesta. Yleiskuva näyttää olevan sellainen, että maaseutukunnissa pitkäaikaishoito ja esimerkiksi erikoissairaanhoidon jatkohoito toimivat mahdollisia lyhytaikaisia häiriöitä lukuun ottamatta. Kaupunkipaikkakunnilla, joissa ikäihmisten määrä on yleensä maaseutupaikkakuntiin verrattuna suhteellisesti alhaisempi, on taas 2000-luvulle tultaessa alkanut esiintyä erikoissairaanhoidon asti ulottuvia pitkäaikaishoidon jonoja ns. sakkomaksuista huolimatta.

Käytävässä keskustelussa näytetään rakennettavan seuraavanlaisen suoraviivaisen ajattelun varaan.

Vanhusten ja pitkäaikaissairaiden hoidossa on olemassa hoidon vaativuuden ja raskauden mukainen porrastus, jonka noudattaminen on tehokkuuden saavuttamisen ehto. Tätä kuvaa esimerkiksi puhe hoitopaikoista, joissa voidaan hoitaa "yhden autettavia" tai "kahden autettavia". Erikoissairaanhoidosta käsin katsellen ongelma näyttäisi olevan, että liian "korkealla" portaalla on potilaita, joiden oikea hoitopaikka olisi "alemmalla" portaalla. Ongelmia syntyy siitä, että palveluiden kenttä on esimerkiksi juuri erikoissairaanhoidosta käsin katsellen kirjava, sen eri yksiköt noudattavat vaihtelevia ja välillä huonosti perusteltuja kriteerejä hoitoon sijoittamisessa. Niinpä hoidon porrastamista ja hoidon tarvitsijoiden sijoittamista Oikean hoitopaikan hakeminen on jopa teollisen toiminnan ohjausta muistuttavaa toimintaa, jossa vertaillaan toiminnan kulloisiakin resurssien vaatimuksia ja kustannuksia. Tähän ajatteluun on rakennettu sisään oletus, että hoitopaikan tai hoidon portaan pitää hoidettavan kunnan muuttuessa myös muuttua.

Tämän ajattelun mukaisesti ratkaisu pitkäaikaishoidon palvelukyvyn ongelmiin on manageriaalinen, käskemällä, yhtenäisillä kriteereillä ja "kurilla" oletetaan saatavan tuloksia.

Itselleni on syntynyt 1990-luvun kuntakentän palvelurakenneprojekteista alkaen toisenlainen edellistä mutkikkaampi kuva. Sen mukaan pitkäaikaishoitoa ja -hoivaa tarvitsevilla on hyvin erilaisia tarpeita sekä myös omia preferenssejä siitä, miten ja missä he haluaisivat tulla hoidetuiksi. Yleensä lähes kaikki ilmaisevat asian, että he haluavat asua ja selviytyä "kotonaan" mahdollisimman pitkään. Tämä ei kuitenkaan ole kovinkaan usein realistinen valinta intensiivisen hoidon paikaksi, koska koti saattaa sijaita pitkien matkojen päässä, tai koska tärkeimpien hoidon tarvetta muodostavien ongelmien joukossa on muistihäiriö.

Tästä aukeaa eräänlainen perusvalinta:

* Niiden hoito, joilla ei ole vakavaa ja harhailulle altistavaa muistihäiriötä, ja jotka eivät koe esimerkiksi yksin asuessaan itseään erityisen turvattomiksi, voidaan järjestää kotiin tuotettuna tai sellaisen palveluasumisen piirissä, jossa asutaan itsenäisesti. Niissä maaseutukunnissa, joissa itsenäistä asumista ja palveluasumista on voitu tarjota kirkonkyläkeskuksissa, on voitu tuottaa yllättävänkin tehokkaasti palveluita kotiin. Tämä ei ole kovin yksinkertaista, vaan vaatii toimintakulttuurin muutoksen, joka on jo eräillä paikkakunnilla hyvin pitkällä. Samoilla seutukunnilla voi puolestaan olla kuntia, joissa eletään vielä 1970 - 80-luvun asetelmissa ja koetaan laitoshoidon turvautuminen ai-noaksi hyväksi hoidoksi ikäihmiselle. Tässä ilmapiirissä kysellään palveluiden käytön saumakohdissa usein myös peruskysymystä: Kuka vastaa, jos kotona sattuu jotakin...?

* Niille, jotka tarvitsevat dementian vuoksi turvaa ja valvontaa, eikä omaishoidon avulla voida tätä järjestää, on varauduttava hoitoon dementian hoitoon erikoistuneissa kodeissa, yksiköissä tai sellai-

silla vanhainkotiosastoilla, joiden toimintakulttuuri on muovautunut dementiaa sairastavien tarpeiden mukaan. Valitettavasti yksin asuvien dementiaa sairastavien hoitamisessa ei ole turvateknologian avulla saavutettu ainakaan mullistavia läpimurtoja lupaavista edistysaskeleista huolimatta. Dementiaa sairastavien hoitomuotojen ja hoitokulttuurin sekä myös dementiakehitystä hidastavien lääkitysten vaikutusta pitkäaikaishoidon määrälliseen tarpeeseen tai profiiliin ei voitane vielä kunnolla arvioida. Selvää on kuitenkin, että jos vanhushuolituksissa olisi jatkettu 20-30 vuotta sitten vallinneilla käytännöillä, maahan olisi jouduttu rakentamaan hyvin runsaasti perinteistä laitoshuolitoa lisää.

Terveyskeskussairaalamaisista pitkäaikaishuolitoa ja -hoivaa tarvitsisivat pitkäaikaissairauden ja toimintakyvyn menetyksen prosessien alkuvaiheessa itse asiassa vain varsin harvat – sellaiset, joiden pitkäaikaisten sairauksien hoidossa tarvitaan erityistä osaamista tai teknologiaa (esimerkiksi potilaat, jotka saavat kohtauksia, tai jotka tarvitsevat erityisten laitteiden apua jne.). Muistihäiriöistä kärsivälle sairaalamainen laitos ei ole hyvä hoitopaikka. Vaikka terveyskeskussairaaloiden yksi tärkeänä pidetty perustehtävä on kuntoutus, kuntoutuksen voimavarat pyrkivät sitoutumaan yksittäisten intensiivistä kuntoutusta tarvitsevien hoitoon varsin tarkkaan. Terveyskeskussairaalan lyhytaikaishuolto olisi varmaankin parhaimmillaan tukemassa kotona elämistä ja selviytymistä tilapäisten ongelmien, esimerkiksi infektioiden yhteydessä.

Kuitenkin terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidossa olevista suuri osa elää dementoivan sairauden myöhäisiä vaiheita, jolloin toimintakykyä on laaja-alaisesti jo menetetty, ja tarvitaan ns. raskasta perushoivaa. Kenttätyössä on kertynyt viitteitä siitä, että koko vanhushuolituksen yleinen toimintakulttuuri ja viritys vaikuttavat siihen, kuinka paljon kunnassa on tällaisessa elämänkaaren loppuvaiheessa hoidettavia täysin ulkopuolisen avun varassa olevia.

Tältä pohjalta alkavat hahmottua minun mielessäni uudenlaiset modernin vanhushuolituksen piirteet. Jäykän hoidon porrastukseen perustuvan asemesta, jolloin palveluiden tarvisijaa jouduttaisiin siirtämään portaalta toiselle, tarvittaisiin pikemminkin tavallisille asuinalueille valmiudet monipuoliseen hoidon mobilisoimiseen tarpeen mukaan. Samoissa ikäihmisten asuttamisissa kerrostaloissa tai palvelutaloissa, joissa asuu eri tavoin itsenäisesti asumaan pystyviä, voitaisiin joustavasti viritetyillä palveluilla vastata kulloisiinkin palveluiden tarpeisiin. Sopivasti tukea antavat sosiaaliset ympäristöt voisivat ainakin vähentää turvattomuutta. Niissä voitaisiin vähentää tarvetta hoitaa ainakin osa muistihäiriöistä kärsiviä erillisissä dementia kodeissa tai laitoksissa. Tällaisia piirteitä toteutuu meillä paljon mielenkiintoa herättäneessä tanskalaisessa vanhushuolituksessa.

Vanhushuolitus tulevat kehittymään asumisen vaihtoehtojen lisääntymisen ja kotiin tuotettavien palveluiden innovaatioiden varassa. Tässä kehitystyössä ratkaistaan oletukseni mukaan hyvin pitkälle se, miten raskas tulee suurten ikäluokkien mukanaan tuoman hoivan lisääntymisen ylimääräisestä kuormasta.

Tässä maailmassa on minun kokemukseni mukaan ollut Suomessa edelläkävijänä sosiaalitoimen puolelle kuuluva vanhustenhuolto. Terveystieteiden omat meriitit ovat vaatimattomampia. Kotisairaanhoidon on jäänyt junaamaan 1980-luvulla muodostuneisiin toimintamalleihin. Tulevaisuudessa tarvittaisiin aikaisempaa aktiivisempaa ja vaativampaa hoitotyötä, jossa joutaisivat yhdistyä nyt erillisiksi kehittyneet kotisairaaloitten ja kotisairaanhoidon työyhteisöt. Terveystieteiden ja sosiaalitoimen välinen suhde on muotoutunut mielenkiintoisilla tavoilla. Vaikka sosiaalitoimi on kokemusteni mukaan ollut innovaatioiden kehittämisessä usein terveydenhuoltoa pitemmällä, sosiaalitoimen aktiivitoimijoissa on puolestaan paljon sellaisia, joilla on joko ainoana koulutuksenaan tai osana monipuolista koulutusta juuri terveydenhuollon ammattikoulutus.

Tätä taustaa vasten sellainen puhe, jossa vaaditaan vanhushpalveluiden järjestykseen saamiseksi kaiken saattamista terveydenhuollon alaisuuteen, ei ole kovin perusteltua, eikä myöskään reilua alaa paljon kehittäneitä kohtaan. Ikäihmisten palveluissa sekä terveydentila, sairaudet, vammat että koko ihmisen sosiaalinen tilanne, perhe, ystävät ja muut sosiaaliset siteet ovat tärkeitä. Terveydenhuollon ja sosiaalitoimen parhaat kokemukset saataisiin käyttöön arvioitteni mukaan silloin, kun vanhushpalvelut, hoivapalvelut (tai mikä nimi näille kulloinkin annettaisiin), sijaitsisivat uudella yhteisellä ja samalla neutraalilla maaperällä.

Tästä seuraa mielestäni Päijät-Hämeen oloja ajatellen seuraavia päätelmiä

* Sairaalamainen aktiivihoido - joko akuutin terveysongelman vuoksi tai jatkohoidoa varten annettava hoito - pitäisi sopivilla tavoilla eriyttää pitkäaikaisesta hoidosta ja hoivasta; tämä olisi kummallakin hoidon osapuolelle hyväksi.

* Sairaalamaisen aktiivihoidon pitäisi sijoittua päivystyspisteiden lähituntumaan. Jatkohoidon ja kuntoutuksen yksiköiden pitäisi taas olla henkilökunnaltaan, tiloiltaan, laitteiltaan ja toimintakulttuureiltaan viritettyjä tähän perustehtävään.

* Yleislääkärijohtoisen akuuttien ongelmien vuoksi annettavan sairaalahoidon ei tarvitse sijaita välttämättä perinteisessä "terveyskeskusmaailmassa". Maassamme on esimerkkejä lyhytaikaista hoitoa terveyskeskuksen toimintana tarjoavista osastoista, jotka on sijoitettu keskussairaalan yhteyteen. On myös esimerkkejä yhdistetyistä paikallisen erikoissairaanhoidon sisätautiosastoista ja terveyskeskuksen lyhytaikaishoitoa antavista osastoista. Ero toteutuu varsinaisesti hoidon sisällössä, ei potilaan sijoittelussa.

* Pitkäaikaishoidon ja hoivan sekä kotiin tuotettavien palveluiden kannattaisi olla mahdollisimman tiiviissä yhteistyössä keskenään. Pitkäaikaishoidon tai palveluasumisen laitoksista voidaan sopivissa tilanteissa tuottaa kotihoidon tueksi ilta- ja yöaikaisia palveluja edullisemmin kuin erillisten yöpartioiden tms. avulla. Näiden palveluiden kehittämisen päävastuun pitäisi olla paikallisissa käsissä, mutta tarvittavaa tietoa, tukea ja muutokseen kannustamista paikalliset toimijat tarvitsevat esimerkiksi maakunnalliselta tasolta. Jos kunnat ovat riittävän kokoisia, ne voisivat määrittää tämän vastuun ottajiksi sosiaali- ja terveystoimen yhteisistä voimista muodostetun yksikön. Jos rakennetaan kuntien yhteen liittymiä esimerkiksi viime aikoina julkisuudessa esiteltyjen perusturvapiirien avulla, olisi tärkeää muodostaa vastaavanlaisia yhteisen toiminnan vastuualueita näihin. En suosittele minäänlaisten käskytylinjojen rakentamista terveydenhuollon organisaatioita pitkin.

* Paikallisen pitkäaikaishoidon ja -hoivan sekä kotiin tuotettavien palveluiden perustiimit voivat vastata tästä palvelusta juurevana lähipalveluna, jota pitäisi olla tarjolla ainakin kaikissa maan nykyisissä kirkonkylissä, sekä valikoidusti eräissä suurimmissa taajamissa. Nykyiset kuntarajat ylittävä hoito voisi toteutua pääosin niin terveydenhuollon erityisinä yhteisinä palveluina, joita on ollut osittain olemassa terveyskeskuskuntayhtymien kautta, ja joita nyt rakennetaan aikaisempaa suurempia väestöpohjia haettaessa. Pienillä paikkakunnilla paikallisten tiimien voimin ei kannata rakentaa kovin kattavaa vuorokauden ympäri tarjottavaa kotisairaanhoidoa. Paikalliset tiimit hyötyisivät oikeanlaisesta muutosjohtajuudesta sekä omaa mahdollisesti pientä kuntaa laajemmista vanhushpalveluiden tavoitteiden käyttöön ottamisesta ja kouluttautumisesta.

* Tarvittavan rakennemuutoksen yksi vauhdittaja on ollut monessa tapauksessa - paradoksaalisesti kyllä - laitospaikkatarjonnan tahaton tai tarkoituksellinen supistaminen. Laitospaikkoja on saatettu esimerkiksi vanhoista rakennuksista luovuttaessa rakentaa päättäväisesti aikaisempaa paljon vähemmän. Tästä on ollut yleensä seurauksena asumispalveluiden ja kotiin tuotettavien palveluiden

piirissä selvä työpaineen ja kysynnän kasvu. Myös erilaisissa sairaaloissa on valitettu jonottajien määrän kasvaneen. Asiaan ovat voineet kuulua valtuustoaloitteet uusien vanhainkotien rakentamisesta tai ainakin tuntuvasta ostopalvelukapasiteetin lisäämisestä. Käytännössä nämä tiukalle viedyt olosuhteet ovat kuitenkin yleensä olleet omiaan tekemään palvelurakenteen ja toimintakulttuurin muutoksista totta. Tilalle on jouduttu kehittämään vaihtoehtoisia palveluja. Yhtä kuntaa laajempi alue voisi olla ensinnäkin hyvä kaikupohja ja selkänöjä toteutettaessa toimintalinjoja, jotka eivät välttämättä ole ainakaan alkuvaiheessa kovin suosittuja. Kuntien keskinäisen yhteistyön avulla voidaan myös purkaa niitä välillä ylivoimaisiksi käyviä paineita, joita kapasiteettia supistettaessa voi syntyä. Tulevaisuudessa hoivaosastotyyppisen palvelun tarve kehittynee erityyppisissä kunnissa hyvin erilaiseen tahtiin. Tärkeintä olisi tällöinkin välttää nopeita kapasiteetin lisäyksiä, jotta kotihoitopainotteista orientaatiota ei vesitettäisi.

Mielenterveystyö ja psykososiaaliset palvelut ja perusterveydenhuolto

Kolmas tärkeä yhteistyöalue, johon on kohdistettu paljon odotuksia, ovat mielenterveyspalvelut tai laajennetulla nimellä psykososiaaliset palvelut. Tällöin mukaan tulisivat sosiaalitoimen puolelta ainakin perheneuvola- ja päihdehuollon palvelut terveydenhuollon mielenterveyspalvelujen rinnalle. Oma työni on tuottanut tämän alueen arvioinnista ja kehittämisestä päätelmiä, joita esittelen myös tarkemmin.

1990-luvulla yksi erikoisimmista kehityksistä Suomen terveystalouksissa oli erikoissairaanhoidon kuuluneiden mielenterveyspalveluiden joukkomittainen siirto sairaanhoitopiireiltä kuntien tai terveyskeskusten alaisuuteen. Yli puolessa maan sairaanhoitopiireistä, etenkin Itä-, Keski- ja Pohjois-suomessa, tapahtui tämä siirto. Syyksi esitettiin usein terveyskeskusten halu kehittää mielenterveyspalveluja ja saada paikkakunnalla tarjottavat palvelut yhteiseen toiminnalliseen kokonaisuuteen muiden perusterveydenhuollon palveluiden kanssa. Kuitenkin tärkeimmät laukaisevat syyt liittyivät erikoissairaanhoidon kuntalaskutukseen. Sairaanhoitopiirien palveluiden hinnoittelu, jossa oli luonnollisesti yleiskuluja mukana, tarjosi mahdollisuudet kunta- tai terveyskeskuskohtaiseen "osaoptimointiin".

Seuraukset olivat kirjavia. Olen itse ollut mukana arvioimassa koko Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella toteutuneita terveyskeskuksiin siirtoratkaisuja 1990-luvun lopulla. Tuolla alueella siirrot toteutuivat monessa tapauksessa siten, että mielenterveystyön avopalveluja jäi sekä sairaanhoitopiirin että terveyskeskusten vastuulle. Tällä haluttiin tavoitella hoidon porrastusta samalla tavalla kuin somaattisen terveydenhuollon palveluissa tapahtuu. Yleisarvio suurimmasta osasta alueen palveluja oli tuolloin varovaisen myönteinen; porrastettu ja jaettu palvelu näytti tarjoavan pohjan oikeanlaiselle kehittämistyölle.

Myöhempien vuosien kehitys on kuitenkin antanut kentän palvelukokonaisuuksien selvitysten valossa aihetta edellistä kriittisempään arvioon. "Kunnallistaminen" on tuottanut liian usein niukoilla voimavaroilla toimivia yksiköitä, joissa työntekijät eivät ole viihtyneet, vaan palveluita vaivaa vaihtuvuus ja pientenkin organisaatioiden tasolla epämääräinen asioiden tämän tästä uudelleen suunnittelu. Terveyskeskuksiin sijoitetut palvelut ovat usein selvinneet pitkäaikaisesti sairaiden palveluista ja tukemisesta paremmin kuin 1990-luvulla tai sen jälkeen sairastuneiden tarpeisiin vastaamisesta. Mielenterveystyön avopalveluiden - ja myös perheneuvolapalveluiden - työtapojen kirjavuus, vastaanottopalveluiden niukka tuotanto lisätyistä voimavaroista huolimatta sekä alalle ominaiset koulukuntaristiriidat ovat olleet omiaan mutkistamaan asioita. 1990-luvulta alkaen, ja erityisesti kansallisen terveydenhuolto-ohjelman käynnistymisen jälkeen vuodesta 2002 alkaen, on pyritty rakentamaan peruspalvelujärjestelmän piiriin uudenlaisia palveluiden yhdistelmiä, joita on kutsuttu psykososiaalisiksi palveluiksi.

Tärkeä kenttä - mielenterveysongelmathan ovat profiloitumassa koko ajan entistä merkittävämmäksi kansanterveyden ongelma-alueeksi - on kehittymässä rakennemuutoksista ja kehittämissysäyksistä huolimatta ongelmalliseen ja hajanaiseen suuntaan. Osaltaan tähän on myös vaikuttanut psykiatrian erikoislääkäreiden monilla alueilla esille tuleva haluttomuus sitoutua vierailevaa konsulttoijaa tiiviimmin pieniin mielenterveystyön avopalveluiden työryhmiin. Merkkejä on siitä, että mielenterveystyön psykologitkin olisivat seuraamassa esimerkkejä.

Kun palvelukokonaisuuksia suunnitellaan nyt Päijät-Hämeessä muotoiltavan uudelleen kokonaisuuksina, olisi tärkeää rakentaa mielenterveystyö kestävien rakenteiden pohjalle. Mitään kovin uutta yleismallia ei ole helppoa ehdottaa. Uskoisin, että juuri näissä palveluissa toimii aidosti riittävän väestöpohjan periaate - erikseen aikuisten palveluissa ja jonkin verran erilaisissa mittakaavoissa lasten ja nuorten palveluissa. Työryhmän pitäisi työskennellä tiiminä, mutta vastaanottopalvelua pitää myös pystyä tuottamaan. Maassa esitetään esimerkkejä hämmästyttävän matalista vastaanotokäyntien luvuista alan ammattikoulutettua työntekijää kohti päivässä tai viikossa. Palveluiden pitäisi olla esimerkiksi osan viikkoa haja-asutusalueilla oikeilla tavoilla hajautettuja. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon mielenterveystyön tekijöiden välillä ei ole tarpeen tehdä uudellisissa integroiduissa oloissa selvää eroa, eikä heitä pidä ehdoin tahdoin sijoittaa eri organisaatioihin, koska eroja ja siirtymiä synnyttäneitä taloudellisia kannustimiakaan ei pidä pitää tässä kohdin voimassa.

Sen sijaan tulevaisuuden haasteiden kannalta on hyvin tärkeää varmistautua siitä, että mielenterveystyön avopalveluiden kehittäminen ja palveluiden tuominen lähipalveluiden yhteydessä saataviksi ei tyhjennä yleislääkäreiden ja vastaanottotyötä tekevien hoitajien mielenkiintoa tai valmiuksia olla aktiivisia mielenterveystyössä. Olen saanut tästä yllättävästä, paradoksaalisesta ja todella ei-toivottavasta kehityksestä esimerkkejä ja raportteja. Suhtauduin niihin aluksi yksittäistapauksina, mutta samojen viestien toistuminen eri puolilta maata kertoo siitä, että mielenterveyspalveluiden läheltä saataville tulemiseen kätkeytyy potentiaalisesti suuri ongelma: perusterveydenhuolto köyhtyy tältä kohdin, tai oikeastaan se antaa itsensä köyhtyä, kun on helppoa ohjata käytävän toiseen päähän tai kadun yli erityispalveluita saamaan. Depression, ahdistuneisuuden ja päihdeongelmien haasteet ovat määrällisesti niin suuria, että pelkästään erikoispalveluihin nojaamalla ei tulla selviämään. Suomessa on onneksi kehitetty tälle kielteiselle kehitykselle vastakkaisia toimintamalleja, joiden avulla perusterveydenhuollon omaa toimintaa vahvistetaan koulutuksen, työnohjauksen ja konsultaatiotuen avulla, mutta ei päästetä perusterveydenhuoltoa lipsauttamaan itseään pois tästä vastuusta.