

Eila Uotila

Terveyskeskuksessa työskentelevien
**työn järjestäminen, toiminnan
ohjaaminen ja kehittäminen**



ISSN 1236-2115
ISBN 952-00-1473-X

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy
Paino: Edita Prima Oy, Helsinki 2004

Tiivistelmä

Eila Uotila. Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen. Helsinki 2004. 100 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2004:3.) ISBN 952-00-1473-X

Sosiaali- ja terveysministeriö toimeksiantajana ja Suomen Kuntaliitto ry toimeksisaajana sopivat 15.8.2003 selvitettäväksi ja arvioitavaksi voimassa olevien julkisen alan virka- ja työehtosopimusten, työlainsäädännön, terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevien säännösten sekä muiden palvelussuhdetta säätelevien lakien ja asetusten vaikutukset terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämiseen, toiminnan ohjaamiseen ja edelleen kehittämiseen. Toimeksiannossa edellytettiin selvitettäväksi riittävässä laajuudessa keskeiset pohjoismaiden työlainsäädännössä ja perusterveydenhuoltoa koskevissa julkisen alan kollektiivisopimuksessa olevat erot sekä tehtäväksi ehdotus, miten terveyskeskustoimintaan liittyviä säännöksiä ja määräyksiä voitaisiin kehittää niin, että edistäisivät toiminnan tarkoituksenmukaista järjestämistä. Toimeksiannon toteuttamisesta Suomen Kuntaliitossa on vastannut varatuomari Eila Uotila. Selvitystehtävän yhteydessä vastuuhenkilö on kuullut laajasti terveyskeskusten edustajia ja eräitä keskushallinnon asiantuntijoita. Sosiaali- ja terveysministeriössä on lisäksi järjestetty kuulemistilaisuus työnantajia ja työntekijöitä edustavien ammatti- ja keskusjärjestöjen edustajille. Raporttiin sisältyy pohjoismainen selvitys Norjan ja Tanskan yleislääkärijärjestelmistä sekä Ruotsin perusterveydenhuollon järjestämismallista, henkilöstön asemasta ja palvelussuhteen ehdoista.

Selvitys osoitti, että kunta-alan virka- ja työehtosopimukset, työlainsäädäntö, terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskeva lainsäädäntö tai muutkaan palvelussuhdetta säätelevät lait ja asetukset eivät yleisesti ottaen estä tai vaikeuta terveyskeskuksissa työskentelevien työn järjestämistä, toiminnan ohjaamista ja edelleen kehittämistä. Joiltakin osin lainsäädännön selventäminen ja tarkistaminen kuitenkin olisi tarpeen. Myöskään virka- ja työehtosopimukset eivät estä tai rajoita järkevää ja tarkoituksenmukaista toimintaa. Sopimukset voivat kuitenkin aiheuttaa soveltamisvaikeuksia ja ohjata toimintaa epätarkoituksenmukaiseen suuntaan, joten niiden kehittämistarpeeseen kiinnitetään raportissa huomiota ja esitetään kehittämiskohteita.

Lisäksi raportissa esitetään koulutuksen, henkilöstörakenteen ja johtamisen kehittämistä ja parantamista.

Terveyskeskusten kehittämistyötä on haitannut sen hajanaisuus. Suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä tulisi lisätä sekä keskus- että paikallistasolla. Sairaanhoidopiireittäin pitäisi muodostaa maakuntakohtaisesti yhdestä tai useammasta terveyskeskuksesta erityinen kehittämis- ja osaamisterveyskeskus.

Asiasanat: Ammatinharjoittajat, henkilöstö, johtaminen, kehittäminen, koulutus, terveyskeskukset, toiminta, työehtosopimukset, työlainsäädäntö, virat, virkaehtosopimukset

Sammandrag

Organiserande av arbetet samt styrning och vidareutveckling av verksamheten på hälsocentralerna. Helsingfors 2004. 100 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2004:3.) ISBN 952-00-1473-X

Den 15 augusti 2003 kom social- och hälsovårdsministeriet som uppdragsgivare och Finlands Kommunförbund rf som uppdragshavare överens om att det skulle utredas och bedömas hur ikraftvarande bestämmelser om den offentliga sektorns tjänste- och arbetskollektivavtal, arbetslagstiftningen och yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården samt andra lagar och förordningar som reglerar anställningar påverkar hur arbetet på hälsocentraler skall organiseras och hur verksamheten skall styras och vidareutvecklas. I uppdraget förutsattes att man tillräckligt ingående skulle utreda skillnaderna mellan de nordiska länderna vad gäller arbetslagstiftningen och kollektivavtalen om primärvården samt att man skulle utarbeta ett förslag till hur stadgandena och föreskrifterna om hälsocentraler kunde utvecklas så att de skulle bidra till att verksamheten organiseras på ett ändamålsenligt sätt. På Finlands Kommunförbund har vicehäradshövding Eila Uotila ansvarat för genomförandet av uppdraget. I anknytning till utredningsuppdraget har den ansvariga personen ingående hört hälsocentralernas representanter och några sakkunniga från centralförvaltningen. På social- och hälsovårdsministeriet har dessutom ordnats ett hörande av representanterna för arbetsgivarnas och arbetstagarnas fack- och centralorganisationer. I rapporten ingår en nordisk utredning om allmänläkarsystemen i Norge och Danmark samt om organisationsmodellen för den svenska primärvården och personalens ställning och anställningsvillkor i Sverige.

Utredningen visade att kommunsektorns tjänste- och arbetskollektivavtal, arbetslagstiftningen, lagstiftningen om yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården och andra lagar och förordningar som reglerar anställningsförhållandet inte i allmänhet hindrar eller försvårar arbetets organisation på hälsocentralerna eller styrning och vidareutveckling av verksamheten. I vissa avseenden borde lagstiftningen emellertid göras klarare och revideras. Inte heller utgör tjänste- och arbetskollektivavtalen ett hinder för en förnuftig och ändamålsenlig verksamhet. Avtalen kan dock leda till tillämpningssvårigheter och styra verksamheten i en oändamålsenlig riktning, varför det i rapporten fästs uppmärksamhet vid behovet av att utveckla avtalen och föreslås utvecklingsobjekt.

I rapporten föreslås även att utbildningen, personalstrukturen och ledningen skall utvecklas och förbättras.

Bristen på koordination har försvårat utvecklandet av hälsocentralerna. Planenligheten och långsiktigheten borde ökas både på central- och lokalnivå. I varje sjukvårdsdistrikt och landskap borde bildas en särskild utvecklings- och kompetenshålsocentral som består av en eller flera hälsocentraler.

Nyckelord: arbetskollektivavtal, arbetslagstiftning, hälsocentraler, ledarskap, personal, tjänstekollektivavtal, tjänster, utbildning, utveckling, verksamhet, yrkesutövning

Summary

Organisation, supervision and development of the work of health centre employees. Helsinki 2004. 100 pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115; 2004:3) ISBN 952-00-1473-X.

On 15 August 2003, the Ministry of Social Affairs and Health as client and the Association of Finnish Local and Regional Authorities as contractor concluded a contract on a survey and assessment of the effect of current collective agreements in the public sector, labour legislation, regulations on practice of profession in health care, and other laws and decrees regulating employment relationships, on the organisation and supervision and further development of the work of health centre employees. The assignment called for a sufficient investigation of the main differences in the Nordic countries' labour legislations and public sector collective agreements relating to primary health care. The second task was to draft a proposal on how to improve the provisions concerning the work of health centres in order to promote proper work organisation. In the Association of Finnish Local and Regional Authorities, the responsibility for the assignment rested with Ms. Eila Uotila, Master of Laws. In connection with the assignment, Ms. Uotila heard several representatives of health centres and some experts from the central administration. In addition, a consultation with representatives of trade and central organisations representing both employer and employees was arranged at the Ministry of Social Affairs and Health. The report includes a survey of the general practitioner systems in Norway and Denmark and the Swedish primary health care model, and the position of the personnel, and the terms of employment relationships in the Nordic countries.

The survey showed that the collective agreements in the municipal sector, labour legislation, legislation on the practice of profession of health care and other laws and decrees regulating employment relationships do not on the whole prevent or complicate the organisation supervision and further development of the work of health centre employees. In some respect, the legislation should, however, be clarified and revised. Neither do collective agreements prevent or restrict sensible and expedient operations. The agreements can, however, cause application problems and direct work in inappropriate directions, and therefore the report draws attention to the need to develop them and proposes subjects for development.

The report also proposes development and improvement of education, personnel structure and management.

The work carried out to improve health centres has suffered from incoherence. Systematization of perseverance should be increased both at central and local level. Within the hospital districts one or several health centres should be formed into special regional development and competence centres.

Key words: collective agreements, development, education, health centres, management, personnel, practice of profession, service and labour legislation.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

Sosiaali- ja terveysministeriö toimeksiantajana ja Suomen Kuntaliitto ry toimeksisaajana sopivat 15.8.2003 terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan hankkeen toimeenpanoon liittyen selvitettäväksi palvelussuhdetta säätelevien säännösten ja määräysten vaikutukset terveyskeskuksissa työskentelevien työn järjestämiseen, toiminnan ohjaamiseen ja edelleen kehittämiseen. Sopimuksen mukaan toimeksisaajan tuli

- 1 selvittää ja arvioida voimassa olevien julkisen alan virka- ja työehtosopimusten, työlainsäädännön, terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevien säännösten sekä muiden palvelussuhdetta säätelevien lakien ja asetusten vaikutukset terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämiseen, toiminnan ohjaamiseen ja edelleen kehittämiseen
- 2 selvittää riittävässä laajuudessa keskeiset Pohjoismaiden työlainsäädännössä ja perusterveydenhuoltoa koskevissa julkisen alan kollektiivisopimuksissa olevat erot, sekä
- 3 tehdä selvityksen pohjalta ehdotus, miten terveyskeskustoimintaan liittyviä edellä tarkoitettuja säännöksiä ja määräyksiä voitaisiin kehittää niin, että ne edistäisivät toiminnan tarkoituksenmukaista järjestämistä.

Toimeksiannon suorittamisesta on sopimuksen mukaan vastannut varatuomari, neuvottelupäällikkö Eila Uotila ja toimeksiannon valvojana on toiminut lääkintöneuvos Sakari Lankinen sosiaali- ja terveysministeriöstä. Vastuuhenkilö on haastatellut asiantuntijoita 13 eri terveyskeskuksessa sekä lisäksi eräitä keskushallinnon asiantuntijoita. Sosiaali- ja terveysministeriössä on järjestetty työnantajia ja työntekijöitä edustavien ammatti- ja keskusjärjestöjen kuulemistilaisuus.

Suomen Kuntaliitto jättää sosiaali- ja terveysministeriölle kunnioittavasti toimeksiannon mukaisen raportin ehdotuksineen.

Helsingissä 15. tammikuuta 2004

SUOMEN KUNTALIITTO

Toimitusjohtaja Risto Parjanne

Sisällys

Johdanto	12
Yhteenveto johtopäätöksistä ja ehdotuksista	14
Taustahistoria	16
Kansanterveyslain voimaantulo	16
Valtionosuusjärjestelmä	16
Virka- ja työehtosopimusjärjestelmät	17
Nykytila	18
Kuntalaki	18
Henkilöstön asema	18
Viranhaltijalaki ja työsopimuslaki	19
Määräaikaiset virka- ja työsuhteet	20
Ostopalveluita koskeva lainsäädäntö	21
Virka- ja työehtolainsäädäntö	22
Sopimuksenvaraiset palvelussuhteen ehdot	23
Ei-sopimuksenvaraiset asiat	23
Pääsopimus neuvottelumenettelystä	23
Sopimusten luonne	23
Paikallinen sopiminen	24
Paikallinen sopiminen työaikajärjestelyistä	24
Ammatinharjoittamislainsäädäntö	25
Ammattihenkilölaki	25
Lain soveltamiskäytäntöä	26
8 Virka- ja työehtosopimukset	27
Palkkausjärjestelmät	27
KVTES:n palkkausjärjestelmä	27
Palkkausjärjestelmän kehittämisohjelma	28
Kunnallinen lääkärien virkaehtosopimus (lääkärisopimus)	29
Omalääkärijärjestelmä	29
Terveyskeskuksen hammaslääkäreiden palkkaus	30

Terveyskeskuksen työaikamääräykset	31
Työaikalaki	31
Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES)	31
KVTES:n työaikajärjestelmät ja säännölliset työajat	32
Työaikajärjestelmän valinta ja työaikajärjestelyistä päättäminen	32
Kunnallinen lääkärien virkaehtosopimus	33
Strateginen henkilöstöjohtaminen ja työhyvinvointi	34
Pohjoismainen vertailu	35
Norja	35
Lainsäädäntö	35
Yleiskuvaus Norjan yleislääkärijärjestelmästä	35
Fastlegeordning väestön ja lääkärin kannalta	37
Väestön oikeudet	37
Lääkärin asema, tehtävät ja tavoitettavuus	37
Pätevyysvaatimukset	38
Hallinto ja talous	38
Kansanterveys – ehkäisevä terveydenhuolto	39
Ruotsi	39
Lainsäädäntö	39
Perusterveydenhuollon järjestämismalli	40
Henkilöstön asema ja palvelussuhteen ehdot	40
Työlainsäädäntö	40
Työehtosopimukset	41
Yksilöllinen ja differentioitu palkkaus	41
Työaika	42
Yleiset velvollisuudet	43
Sivutoimet	43
Vuokralääkärit	43
Tanska	45
Terveydenhuollon järjestelmä	45
Rahoitus	45
Perusterveydenhuolto	45
Sairausvakuutuksen ryhmät	45

Yleislääkärit (almen læger) ja eräät muut sairausvakuutuksen ammatinharjoittajaryhmät	46
Yleislääkärin oikeudellinen asema sekä sopimukseen perustuvat oikeudet ja velvollisuudet	47
Oikeudellinen asema	47
Tavoitettavuus	48
Päivystys	48
Vastuu lääkekuluista ja erikoissairaanhoidon kustannuksista	48
Ansiot ja työaika	48

Asiantuntijahaastattelut	50
Lainsäädäntö	50
Kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltolaki	50
Työsopimuslaki ja viranhaltijalaki	50
Työaikalaki	50
Tietosuojalainsäädäntö	51
Kilpailulainsäädäntö ja ostopalvelut	51
Asiakasmaksulainsäädäntö	51
Virka- ja työehtosopimukset	51
Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES)	52
Kunnallinen lääkärien virkaehtosopimus	53
Lääkärit	53
Hammaslääkärit	54
Ammatinharjoittamislainsäädäntö	55
Koulutus ja osaaminen	56
Lääkärikoulutus	56
Hoitohenkilökunnan koulutus	56
10 Johtaminen	57
Henkilöstörakenne	58
Ostopalvelut ja ammatinharjoittajamalli	58

Johtopäätökset ja ehdotukset	60
Lainsäädäntö	60
Työlainsäädäntö	60
Ammatinharjoittamislainsäädäntö	60
Tietosuojalainsäädäntö	61
Virka- ja työehtosopimusmääräykset	61
Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus (KVTES)	62
Kunnallinen lääkärin virkaehtosopimus	62
Muita henkilöstön käyttöön vaikuttavia tekijöitä	63
Koulutus	63
Henkilöstörakenne	64
Johtaminen	65
Lopuksi	66
Kiitokset	66
Asiantuntijoina kuullut	67
Muistio sosiaali- ja terveysministeriössä 30.10.2003 järjestetystä asiantuntijakuulemisesta	69
Lähdeluettelo	79
Liitteet 1–12	81

Johdanto

TOIMEKSIANTO

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskeva valtioneuvoston periaatepäätös (11.4.2002) pitää riittävästi resurssoitua ja hyvin toimivaa perusterveydenhuoltoa koko terveydenhuoltojärjestelmän perustana. Periaatepäätöksen mukaisesti käynnistettyyn kansalliseen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevaan hankkeeseen sisältyy mm. perusterveydenhuollon toimivuuden arviointi sekä terveyskeskuksen toiminnan turvaaminen.

Hankkeen toteuttamisen yhteydessä on toistuvasti esitetty, että julkisen alan virka- ja työehtosopimukset, työlainsäädäntö sekä terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevat säädökset osaltaan vaikeuttavat muutosten toteuttamista terveyskeskuksissa. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysministeriö toimeksiantajana ja Suomen Kuntaliitto ry toimeksisaajana sopivat 15.8.2003 terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan hankkeen toimeenpanoon liittyen selvittäväksi palvelussuhdetta säätelevien säännösten ja määräysten vaikutukset terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämiseen, toiminnan ohjaamiseen ja edelleen kehittämiseen. Sopimuksen mukaan toimeksisaajan tuli

- 1 selvittää ja arvioida voimassa olevien julkisen alan virka- ja työehtosopimusten, työlainsäädännön, terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevien säännösten sekä muiden palvelussuhdetta säätelevien lakien ja asetusten vaikutukset terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämiseen, toiminnan ohjaamiseen ja edelleen kehittämiseen
- 2 selvittää riittävässä laajuudessa keskeiset Pohjoismaiden työlainsäädännössä ja perusterveydenhuoltoa koskevissa julkisen alan kollektiivisopimuksissa olevat erot, sekä
- 3 tehdä selvityksen pohjalta ehdotus, miten terveyskeskustoimintaan liittyviä edellä tarkoitettuja säännöksiä ja määräyksiä voitaisiin kehittää niin, että ne edistäisivät toiminnan tarkoituksenmukaista järjestämistä.

Selvitystyön aikana edellytettiin kuultavan toimintayksiköiden, käytännön työntekijöiden sekä työnantajia ja työntekijöitä edustavien ammatti- ja keskusjärjestöjen edustajia siten kuin siitä erikseen osapuolten välillä sovitaan. Toimeksiannon mukaisesti selvitys tehtiin lääkärien, hammaslääkäreiden, terveyden- ja sairaanhoitajien sekä hammashuoltajien osalta.

Toimeksianto toteutettiin tiiviissä yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Ministeriö osallistui mm. hankkeen yhteydessä järjestettyyn työnantajia ja työntekijöitä edustavien ammatti- ja keskusjärjestöjen edustajien kuulemiseen.

Toimeksiannon valvojana sosiaali- ja terveysministeriössä toimi lääkintöneuvos

Sakari Lankinen ja sen toteuttamisesta Suomen Kuntaliitossa vastasi neuvottelupäällikkö, varatuomari Eila Uotila. Selvitystyö tuli toimeksiannon mukaisesti suorittaa 31.12.2003 mennessä. Määräaika jatkettiin 15.1.2004 saakka.

HANKITTU SELVITYS

Selvitystä varten vastuuhenkilö on haastatellut asiantuntijoita 13 eri terveyskeskuksessa sekä lisäksi eräitä keskushallinnon asiantuntijoita. Luettelo asiantuntijoina kuulluista on tämän raportin liitteenä. Asiantuntijoiden haastatteluissa esittämät keskeiset näkemykset on esitetty raportin kohdassa ”Asiantuntijahaastattelut”.

Työnantajia ja työntekijöitä edustavien ammatti- ja keskusjärjestöjen kuulemistilaisuudesta 30.10.2003 laadittu muistio on myös raportin liitteenä.

Selvitystyön aikana vastuuhenkilö on osallistunut kansallisen terveysthankkeen alueellisille neuvottelupäiville Oulussa 17.9.2003 ja aluekoordinaattorien neuvottelupäiville sosiaali- ja terveysministeriössä 17.10.2003 sekä tehnyt tutustumismatkan Ruotsiin, Norjaan ja Tanskaan.

Raportin pohjoismaisessa selvityksessä on kuvattu pääpiirteittäin Ruotsin, Norjan ja Tanskan perusterveydenhuollon järjestelmät. Tanskan ja Norjan järjestelmät poikkeavat varsin paljon Ruotsin palvelujärjestelmästä. Tanskassa ja Norjassa yleislääkärin toiminta perustuu itsenäiseen ammatinharjoittamiseen, toisin kuin Ruotsissa, jossa on laaja moniammatillinen perusterveydenhuolto terveyskeskuksineen (vårdcentral). Henkilöstö on palvelussuhteessa maakäräjiin (landstinget) tai kuntaan. Raportissa selvitetään Tanskan ja Norjan ammatinharjoittamismallin ja Ruotsin julkisen alan työläinsäädännön ja kollektiivisopimusten keskeiset periaatteet.

JOHTOPÄÄTÖKSET JA EHDOTUKSET

Raportin johtopäätöksenä todetaan, että selvityksen ja arvioinnin kohteena olleet julkisen alan virka- ja työehtosopimukset, työläinsäädäntö, terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevat säännökset sekä muut palvelussuhdetta säätelevät lait ja asetukset eivät yleisesti ottaen estä terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämistä, toiminnan ohjaamista ja edelleen kehittämistä. Joiltakin osin työläinsäädännön ja erityisesti tietosuojalainsäädännön kehittäminen ja tarkistaminen olisi kuitenkin tarpeen. Myöskään virka- ja työehtosopimukset eivät sinänsä ole esteenä tai rajoita järkevää ja tarkoituksenmukaista toimintaa. Ne saattavat kuitenkin ohjata toimintaa, olla vaikeaselkoisia tai aiheuttaa paljon työtä niitä täytäntöön pantaessa. Niitä ehdotetaan eräiltä osin tarkistettavaksi.

Suurimmat vaikeudet henkilöstön työn järjestämisessä, toiminnan ohjaamisessa ja edelleen kehittämisessä liittyvät koulutukseen ja osaamiseen, henkilöstörakenteeseen ja piintyneisiin käytäntöihin sekä johtamiseen. Myös näihin kysymyksiin on ehdotuksissa kiinnitetty huomiota. Terveysthankusten toiminnan kehittäminen on ollut kokonaisuudessaan hajanaista. Suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä tulisi lisätä sekä keskustasolla että paikallistasolla. Sairaanhoidopiireittäin tulisi maakuntakohtaisesti muodostaa kehittämis- ja osaamisterveyskeskuksia, jotka voisivat erikoistua ja keskittyä toiminnan kehittämiseen sekä johtamiseen ja hallintoon.

Yhteenvedo johtopäätöksistä ja ehdotuksista

Julkisen alan virka- ja työehtosopimusten, työlainsäädännön, terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön sekä muiden palvelussuhdetta säätelevien lakien ja asetusten vaikutuksesta voidaan yleisesti ottaen todeta, että ne eivät estä tai vaikeuta terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämistä, toiminnan ohjaamista ja edelleen kehittämistä. Eräältä osin lainsäädännön selventäminen ja tarkistaminen on kuitenkin tarpeen.

Työsuhdeturva on nykyisin niin vahva, että se voi yksittäistapauksissa vaarantaa potilasturvallisuuden ja toisten työntekijöiden oikeusturvan.

Terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskeva lainsäädäntö on joustava. Siinä ei ole lääkäreiden ja hammaslääkäreiden erityisiä oikeuksia ja velvollisuuksia lukuun ottamatta määritelty terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtäviä. Se ei estä tarkoituksenmukaista työnjakoa ammattihenkilöiden kesken eikä toimenkuvien kehittämistä. Sen sijaan usein esteenä ovat piintyneet käsitykset ja edunvalvonnalliset näkökohdat. Esimerkiksi lääkehuoltoa järjestettäessä lääkintöhallituksen vanhat ohjeet ja määräykset, jotka eivät enää sellaisinaan ole voimassa, ovat johtaneet siihen, että toimintayksiköiden käytännöt lääkehuollon toteuttamisessa ovat epäselviä ja kirjavia. Koska viranomaisten näkemyksetkin voivat poiketa toisistaan, toimivaltaisen viranomaisen tulisi ajantasaistaa ohjeet tai muutoin selkiinnyttää asia.

Tietosuojaa ja salassapitoa koskevat säännökset vaikeuttavat nykyisellään potilaiden hoitoa ja yhteistyötä terveydenhuollon eri yksiköiden välillä. Saumattomat palveluketjut ja yhteistyö terveydenhuollon eri yksiköiden sekä sosiaalitoimen kanssa edellyttää, että tietosuojaa ja salassapitoa koskevia säännöksiä selvennetään ja yhdenmukaistetaan.

Virka- ja työehtosopimusmääräykset eivät myöskään nykyisin estä tai rajoita järkevää ja tarkoituksenmukaista toimintaa. Kuntasektorilla on lisäksi varsin laaja paikallinen toisinsopimisoikeus.

Virka- ja työehtosopimusten tekeminen, muuttaminen ja kehittäminen kuuluu työmarkkinaosapuolten toimivaltaan. Sopimuksia kehitettäessä ja tarkistettaessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota terveyskeskusten toiminnallisiin tarpeisiin. Lukuisat eri sopimukset, joita kuntasektorilla terveydenhuollon yksiköissä joudutaan soveltamaan, aiheuttavat soveltamisvaikeuksia ja hankaloittavat toimintaa. Sopimusmääräykset ovat myös vaikeaselkoisia. Sopimusten selkeyttämistä tulisi jatkaa ja pyrkiä sopimusmääräyksiin, jotka olisivat helpommin hallittavissa ja sovellettavissa käytäntöön kohtuullisin työpanoksin.

Kunnallisessa yleisessä virka- ja työehtosopimuksessa on 5 erilaista työaikajärjestelmää. Kunnallisessa lääkärien virkaehtosopimuksessa on omat työaikamääräyksensä lääkäreitä ja hammaslääkäreitä varten. Näiden lisäksi terveyskeskuksissa saatetaan joutua soveltamaan myös vuorotyöjärjestelmiä. Työaikajärjestelyjen helpottamiseksi, yhteensovittamismahdollisuuksien parantamiseksi sekä tulkintavaikeuksien vähentämiseksi järjestelmiä pitäisi vähentää.

Lääkärien ja hammaslääkärien käynti- ja toimenpidepalkkiojärjestelmät ovat osa kannustavaa palkkausta, eikä niistä pitäisi terveystieteiden ja hammaslääkärien palkkauksessa kokonaan luopua. Näiden suoritepalkkausjärjestelmien toimivuus kuitenkin edellyttää niiden jatkuvaa kehittämistä. Tarkoituksenmukaisen työnjaon edistämiseksi tulisi lääkärien ja hammaslääkärien palkkiot poistaa toimenpiteistä, jotka sairaanhoitaja, hammashuoltaja tai muu hoitohenkilökuntaan kuuluva voi tehdä, ja maksaa palkkiot vain vaativista, lääkärin tai hammaslääkärimäisen koulutusta edellyttävistä toimenpiteistä. Palkkioita ei myöskään tulisi maksaa toimenpiteistä, jotka ohjaavat toimintaa epätarkoituksenmukaiseen suuntaan, vaikeuttavat terveydenhuollossa asetettavien tavoitteiden saavuttamista, tai joiden vaikutuksesta ei ole lääketieteellistä näyttöä.

Terveystieteiden ja -hammaslääkärien työajan pituus tulisi sopia saman pituiseksi kuin sairaalalääkärien ja -hammaslääkärien työaika, sekä päivystysjärjestelyjen helpottamiseksi yhtenäistää sairaaloiden ja terveystieteiden päivystyspalkkausjärjestelmiä.

Suurimmat vaikeudet henkilöstön työn järjestämisessä, toiminnan ohjaamisessa ja edelleen kehittämisessä liittyvät koulutukseen ja osaamiseen, piintyneisiin käytäntöihin, henkilöstörakenteeseen ja johtamiseen. Sen vuoksi raportissa esitetään toimenpiteitä myös koulutuksessa, henkilöstörakenteessa ja johtamisessa olevien puutteiden poistamiseksi.

Terveystieteiden toiminnan kehittäminen on ollut hajanaista. Tällä hetkellä terveystieteissä on meneillään tai suunnitteilla kymmenittäin projekteja, joita on käynnistetty tai tuetaan eri viranomaisten ja laitosten toimesta. Kehittämistyön suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä tulisi lisätä sekä keskus- että paikallistasolla. Resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä edistäisi ja sekavaa tilannetta parantaisi, jos sairaanhoitopiireittäin muodostettaisiin maakuntakohtaisesti yhdestä tai useammasta terveystieteestä erityinen kehittämis- ja osaamisterveystietokeskus. Nämä terveystieteet voisivat tarvittaessa erikoistua ja keskittyä toiminnan kehittämiseen, johtamiseen ja hallintoon sekä tuottaa ja levittää tietoa hyvistä ja tarkoituksenmukaisista toimintatavoista muille terveystieteille.

Taustahistoria

KANSANTERVEYSLAIN VOIMAANTULO

Kansanterveyslain (66/72) voimaantulo 1.4.1972 merkitsi terveystalouden suunnanmuutosta aikaisemmasta varsin laitosvaltaisesta sairauksia hoitavasta järjestelmästä kokonaisvaltaisempaan terveydenhuoltojärjestelmään, jossa myös ennalta ehkäisevän terveydenhuollon ja avosairaanhoidon tarpeet ja mahdollisuudet kansanterveystyössä oli tarkoitus ottaa huomioon kattavasti. Perusterveydenhuolto organisoitiin kokonaan uudelleen. Kaikki paikallissairaalat eräitä erikoislääkärijohtoisia sairaaloita lukuun ottamatta siirrettiin terveyskeskustoiminnassa käytettäviksi. Kansanterveysuudistuksen tavoitteena oli saada aikaan järjestelmä, jossa toimintakykyiset terveyskeskukset pääasiassa omavaraisesti huolehtivat palvelujen antamisesta toimialueensa väestölle koko maassa. Kansanterveystyön järjestämisen katsottiin edellyttävän yleensä vähintään 10 000–13 000 asukkaan väestöpohjaa. Vain poikkeustapauksissa harvaan asutuilla seuduilla voi tulla kysymykseen toiminnan järjestäminen alle 8 000 asukkaan väestöä varten. Useimmat kunnat joutuivatkin järjestämään paikallisen kansanterveystyön yhteistoiminnan avulla. Yhteistoiminta oli lain mukaan järjestettävä perustamalla tehtävää varten kuntainliitto.

Myös henkilöstövoimavaroja lisättiin merkittävästi. Kun esimerkiksi vuoden 1972 alussa ennen kansanterveyslakia kunnissa oli noin 780 kunnallislääkärin virkaa, joista noin 500 virkaa oli täytettynä, oli terveyskeskuslääkäreiden määrää kunnissa vuonna 1975 lisätty kolmanneksella. Kunnallisen henkilökäsitteen mukaan lokakuussa 2002 terveyskeskuslääkäreitä oli noin 3 500.

Myös vanhasta kunnanlääkärijärjestelmästä luovuttiin ja siirryttiin terveyskeskuslääkärijärjestelmään. Samalla sovittiin uudesta palkkaus- ja työaikajärjestelmästä. Kun kunnanlääkäreiden keskimääräinen työaika oli ollut 52 tuntia viikossa, terveyskeskuksen lääkärin perustyöajan pituudeksi tuli 37 tuntia. Muu aika oli lisätyötä ja päivystystä, josta maksettiin erikseen lisätyöajan ja päivystysajan palkkiot. Vastaavasti kouluhammaslääkärijärjestelmistä siirryttiin terveyskeskushammaslääkärijärjestelmään. Kätilöistä ja terveys-sisarista tuli työaikalain alaisia terveydenhoitajia. Samalla myös heidän varsin itsenäinen asemansa muuttui terveyskeskuksen viranhaltijaksi, jonka työpaikka aikaisemman alueen tai piirin sijasta oli useimmiten terveyskeskuksen pääterveysasemalla.

VALTIONOSUUSJÄRJESTELMÄ

Valtionosuusjärjestelmä (valtionapujärjestelmä) oli tehtäväkohtainen. Kansanterveyslaissa oli tarkoin säädetty, mitä luetaan terveyskeskuksen tarpeellisiin perustamis- ja käyttökustannuksiin, joihin annettiin valtionapua kunta- tai kuntainliittokohtaisesti. Henkilökunnasta aiheutuvat menot luettiin tarpeellisiksi kustannuksiksi, mikäli asianmukaisesti järjestetyn toiminnan katsottiin niin edellyttävän. Henkilökun-

taan kuuluvien palkkaus- ja muut edut, ottaen huomioon luontoissuoritukset ja niistä perityt vastikkeet, eivät saaneet ylittää etuja, jotka vastaavanlaisia tehtäviä hoitaville henkilöille valtion sekä kuntien ja kuntainliittojen palveluksessa yleisesti annettiin.

Jos henkilökunnan määrää ei ollut vahvistettu toimintasuunnitelmassa, asia voitiin alistaa lääkintöhallituksen ennakolta ratkaistavaksi. Lääkintöhallitus voi sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön antamien yleisten ohjeitten mukaisesti päättää, mitkä henkilökunnasta aiheutuvat kustannukset voitiin hyväksyä valtionapuun oikeuttaviksi. Jokainen uusi virka tai virkajärjestely piti olla joko toimintasuunnitelmassa tai siihen oli saatava erikseen ennakkopäätös valtionavun varmistamiseksi.

Mikäli henkilökunnan palkkauksen tai muiden taloudellisten etujen kohdalla poikettiin edellä mainituista tai virkaehtosopimuksen mukaisista perusteista, valtioneuvosto voi päättää, että valtionapu evättiin kokonaan tai osaksi sen palkkauksen tai niiden muiden taloudellisten etujen kohdalla, joihin poikkeaminen kohdistui. Tätä sanktiomahdollisuutta valtioneuvosto myös käytti, ja monet kunnat menettivät valtionosuuksia maksaessaan ylipalkkoja henkilöstölleen.

Valtionosuusjärjestelmä uudistettiin vuoden 1993 alusta. Tehtäväkohtaiset kustannuksiin perustuvat valtionavut korvattiin laskennallisilla valtionosuuksilla. Uudistus yhdessä kuntien hallintoa ja toimintaa ohjaavien normien puron ja keventämisen kanssa lisäsi kuntien itsenäisyyttä ja vastuuta palvelujen tuottamisessa ja järjestämisessä.

VIRKA- JA TYÖEHTOSOPIMUSJÄRJESTELMÄT

Sopimusvapautteen perustuva, kaikki kunnalliset viranhaltijat käsittävä neuvottelu-, sopimus- ja sovittelujärjestelmä tuli voimaan 1.12.1970. Kunnallisen virkaehtosopimusjärjestelmän päätavoitteita oli palvelussuhteen ehtojen yhtenäistäminen. Tämän periaatteen mukaisesti pyrittiin poistamaan perusteettomat erot palvelussuhteen ehdoissa eri kunnissa ja kuntainliitoissa.

Virkaehtosopimus on lain mukaan minimi- ja maksimisopimus, jota on sellaisenaan noudatettava, ellei muusta ole sovittu. Alkuvaiheessa sopimukset pyrittiinkin tekemään mahdollisimman kattaviksi, eikä niistä poikkeamista yleensä sallittu. Kaikki yksittäisten virkojen kuoppakorotuksetkin sovittiin keskitetysti.

Sopimukset piti alistaa valtionavun saamiseksi eduskunnan palkkavaltuuskunnan hyväksyttäväksi valtionapupalkkaisen henkilöstön osalta. Yhdessä valtionapusuunnitelmien kanssa virkaehtosopimusjärjestelmä oli varsin jäykkä, eikä tarvittavassa määrin mahdollistanut toiminnan joustavaa ja tarkoituksenmukaista järjestämistä. Kunnallisella työehtosopimusjärjestelmällä ei sairaaloissa ja terveyskeskuksissa ollut suurta merkitystä, koska niiden henkilöstö oli pitkään lähes poikkeuksetta virkasuhteessa.

Nykytila

Kansanterveyslain mukaan kansanterveystyön järjestäminen on kuntien vastuulla. Järjestämistavan voi jokainen kunta itse päättää. Kunta voi tuottaa palvelut itse, yhteistoiminnassa toisten kuntien kanssa tai hankkia ne muilta palvelujen tuottajilta.

Kansanterveystyötä järjestäessään kunnan on noudatettava kansanterveyslakia, kuntalakia ja lisäksi muita lakeja sekä niitä alemman asteisia määräyksiä mukaan lukien virka- ja työehtosopimusmääräykset. Näistä säännöksistä ja määräyksistä varsin monet vaikuttavat myös siihen, millä tavoin henkilöstöä käytetään tai voidaan käyttää terveyspalveluja annettaessa. Henkilöstön on toiminnassaan otettava huomioon voimassa oleva lainsäädäntö. Terveystyön ammattihenkilöitä varten on erikseen säädetty laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Siinä on erityissäännökset ammattihenkilöiden yleisistä velvollisuuksista, joita sovelletaan riippumatta siitä, missä tai kenen palveluksessa ammattihenkilöt toimivat.

Seuraavien voimassa olevien lain säännösten sekä virka- ja työehtosopimusten määräysten voidaan katsoa vaikuttavan keskeisesti terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämiseen, toiminnan ohjaamiseen ja edelleen kehittämiseen. Toimeksiantannon mukaisesti kiinnitetään erityisesti huomiota lääkäreiden, hammaslääkäreiden, terveyden- ja sairaanhoitajien sekä hammashuoltajien toimintaan.

KUNTALAKI

Kuntalaki (365/1995) on kuntia koskeva peruslaki, jossa ovat kaikki keskeiset kuntaa ja sen hallinnon järjestämistä koskevat säännökset. Se luo puitteet kuntien eri hallinnonalojen toiminnan organisoimiseksi. Toiminnan kannalta kuntalaki on varsin joustava. Palvelut voidaan hoitaa itse, yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa tai hankkia muilta palvelujen tuottajilta (kuntalain 2 §).

Perustuslain 124 §:n mukaan julkisia hallintotehtäviä voidaan kuitenkin antaa muulle kuin viranomaiselle vain lailla tai lain nojalla ja silloinkin edellytyksin, että se on tarpeen tehtävien tarkoituksenmukaiseksi hoitamiseksi, eikä vaaranna perusoikeuksia, oikeusturvaa tai muita hyvän hallinnon vaatimuksia. Merkittävää julkisen vallan käyttöä sisältäviä tehtäviä voidaan kuitenkin antaa ainoastaan viranomaiselle. Myös kansanterveystyötä järjestettäessä on näihin julkisten peruspalvelujen yksityistämislle perustuslaissa asetettuihin rajoihin kiinnitettävä huomiota.

HENKILÖSTÖN ASEMA

Kuntalakiin sisältyy kunnan henkilöstöä koskeva perussäännös (44 §), jonka mukaan henkilöstö on joko virka- tai työsuhteessa kuntaan. Sellaista tehtävää, jossa käytetään julkista valtaa, tulee hoitaa virkasuhteessa. Säännöksellä ei kuitenkaan puututa eri-

tyislainsäädännössä oleviin virkasuhteen käyttöä määrittäviin säännöksiin, joita on mm. kansanterveyslaissa (12 §).

Julkista valtaa käytetään kuntalain perustelujen mukaan muun muassa

- tehtävissä, joissa tehtävän suorittaja voi lakiin perustuvan toimivaltansa perusteella yksipuolisesti päättää toisen edusta, oikeudesta tai velvollisuudesta
- tehtävissä, joissa tehtävän suorittaja voi lakiin perustuvan toimivaltansa nojalla yksipuolisesti antaa toista velvoittavan määräyksen tai muulla tavalla tosiasiallisesti puuttua toisen etuun tai oikeuteen
- julkisen vallan käyttöä voi sisältyä myös tehtävään, johon kuuluu esittelyä kunnallisessa päätöksentekoprosessissa. Käyttäessään kunnan delegoitua päätösvaltaa henkilö käyttää julkista valtaa ja samoin henkilö käyttää julkista valtaa valmistelutoimenpiteissä, joilla on merkittävä vaikutus julkisen vallan käyttöä koskevaan päätöksentekoon.

Julkisen vallan käyttöä voi kuulua esimerkiksi lääkärin tehtäviin silloin, kun lääkäri joutuu päättämään pakkohoidosta tai käyttää julkista valtaa hallinnollisessa päätöksenteossa. Toisaalta lain perustelujen mukaan julkisen vallan käyttämistä ei ole tehtävissä, joissa toteutetaan yksilön lakiin perustuvaa oikeutta ilman, että tehdään valituskelpoisia päätöksiä tai annetaan lakiin perustuvia yksilön oikeusasemaan tai vapautteen puuttuvia määräyksiä, kuten esim. terveydenhuollon tavanomaiset potilaan hoitoon kuuluvat sairaanhoitajan tai lähihoitajan tehtävät.

VIRANHALTIJALAKI JA TYÖSOPIMUSLAKI

Kunnallisia viranhaltijoita koskeva lainsäädäntö uudistettiin 1.11.2003, jolloin tuli voimaan laki (304/03) kunnallisesta viranhaltijasta (viranhaltijalaki). Samalla kumottiin aikaisempi kunnallisen viranhaltijan palvelussuhdeturvasta annettu laki (484/96) ja muutettiin kuntalain 6 luvun henkilöstöä koskevia säännöksiä. Uudella viranhaltijalaille ja kuntalain muutoksilla kunnallisen viranhaltijan oikeusasema on säännelty kattavasti lain tasoisesti perustuslain edellyttämällä tavalla. Viranhaltijalain valmistelussa on lisäksi otettu huomioon vuonna 2001 voimaan tullut uusi työsopimuslaki ja eräät valtion virkamieslain säännökset.

Viranhaltijalakiin on otettu säännökset asioista, jotka aiemmin olivat palvelussuhdeturvalla. Siinä säädetään myös niistä viranhaltijan oikeusasemaa koskevista asioista, jotka sisältyivät virkasääntöön, mutta joista pitää säätää lain tasolla. Lainmuutoksen tultua voimaan uusia virkasääntöjä ei myöskään enää voida hyväksyä kunnissa ja kuntayhtymissä. Voimassa olevaa virkasääntöä voidaan kuitenkin noudattaa enintään 31.10.2004 saakka siltä osin kuin se ei ole ristiriidassa lain kanssa.

Varsinaisia materiaalisia uudistuksia, joilla olisi vaikutusta toimintojen järjestämiseen ja henkilöstön käyttöön, on kuitenkin vähän. Merkittävimpänä muutoksena voidaan pitää uusia säännöksiä liikkeenluovutuksesta.

Jossain määrin virantoimitusvelvollisuutta koskevat määräykset ovat muuttuneet, kun virkasääntöön määräykset lakkaavat olemasta voimassa. Virkasääntöissä oli määräykset mm. viranhaltijan varallaolovelvollisuudesta silloin, kun viranhaltijalta edelly-

tettiin viranhoidossa varallaoloa tai päivystystä. Tällaisissa tapauksissa on nyt syytä ottaa jo virkasuhteeseen otettaessa sitoumus siitä, että viranhaltija suorittaa tarvittaessa vapaamuotoista varallaoloa tai päivystystä.

Uusilla kuntalain henkilöstöä koskevilla määräyksillä on pyritty selkiinnyttämään se, milloin henkilö on otettava virkasuhteeseen. Palvelussuhteeseen otettavan kannalta asialla ei ole olennaista merkitystä, koska virka- ja työsuhteen ehtoja on lainmuutoksin ja virka- ja työehtosopimuksin yhdenmukaistettu siten, että työsuhteisten ja virkasuhteisten välillä ei käytännössä ole juuri eroja. Työsuhdeturvassa huomattavin ero on se, että viranhaltijan palvelussuhde palautuu ts. jatkuu, jos palvelussuhde on irtisanottu tai purettu laittomasti. Näin ei työsuhteisen kohdalla tapahdu.

Viranhaltijan ja työntekijän velvollisuudet määräytyvät palvelussuhteen luonteesta johtuen osittain eri tavoin. Keskeisin ero on se, että viranhaltijan on yleisesti ottaen suoritettava kaikki ne tehtävät, jotka virkasuhteeseen kuuluvat. Viranhaltijan on laissa säädettyin edellytyksin alistuttava myös virantoimitusvelvollisuutensa muuttamiseen, jos toiminnan uudelleenjärjestelyt tai muu perusteltu syy sitä edellyttää. Sen sijaan työntekijän tehtävistä sovitaan työsopimuksella. Työsopimuksen sisällöstä riippuu myös työntekovelvollisuuden laajuus ja mahdollisuus muuttaa työtehtäviä. Tässä suhteessa työsuhde on työnantajan kannalta jäykempi esimerkiksi silloin, kun toimintaa ja tehtäviä järjestellään uudelleen. Kokemus on osoittanut, että aina ei yhteisymmärrystä saavuteta, vaikka se toiminnan kannalta olisi tarkoituksenmukaista.

Kunnissa ja kuntayhtymissä selvitetään parhaillaan mitkä ovat ne tehtävät, joissa käytetään julkista valtaa ja joita on hoidettava virkasuhteessa. Lain mukaan virka, jossa ei käytetä julkista valtaa, on lakkautettava, kun se tulee avoimeksi. Voimassa oleva virkasuhde voidaan muuttaa työsuhteeksi, mikäli viran tehtäviin ei kuulu julkisen vallan käyttöä ja työnantaja on tarjonnut viranhaltijalle työsuhteista tehtävää vähintään entisillä palvelussuhteen ehdoilla sekä antanut työsopimuslaisia tarkoitettua kirjallisen selvityksen työnteon keskeisistä ehdoista.

MÄÄRÄAIKAISET VIRKA- JA TYÖSUHTEET

Kunta-alan henkilöstöstä on keväällä 2003 työmarkkinaosapuolten selvityksen mukaan toistaiseksi voimassa olevassa palvelussuhteessa 78 % ja määräaikaisessa palvelussuhteessa 22 %. Yli puolet (51 %) määräaikaisista palvelussuhteista oli palvelutoiminnan kannalta välttämättömiä sijaisuuksia, jotka aiheutuivat pääosin sairauslomista, perhevapaista (äitiys-, erityisäitiys-, isyys-, vanhempain- ja hoitovapaa tai osittainen hoito ja vanhempainvapaa), vuosilomista, vuorotteluvapaista, osa-aikaeläkkeistä, osa-aikalisista ja opintovapaista. Sekä lukumääräisesti että suhteellisesti useammin määräaikaisuuden perusteena oli sijaisuus (67 %) sosiaali- ja terveystoimessa, jossa yli 90 % on naisia. Toinen merkittävä peruste oli avoimen viran/toimen hoito (17,6%). Nämä perusteet selittävät yli 2/3 kaikista määräaikaisuuksista sosiaali- ja terveystoimessa.

Perusteet, joilla määräaikaiseen palvelussuhteeseen voidaan ottaa, on määritelty viranhaltijalaissa ja työsopimuslaisissa varsin tiukasti. Viranhaltija voidaan ottaa määräajaksi vain hänen omasta pyynnöstään, tai jos määräajaksi ottamisesta on erikseen säädetty taikka tehtävän luonne, sijaisuus, avoinna olevaan virkasuhteeseen kuuluvien tehtävien hoidon järjestäminen tai muu näihin rinnastettava kunnan toimintaan liittyvä määräaikaista virkasuhdetta edellyttävä seikka sitä vaatii (ViranhaltijaL 3 §). Sen sijaan työsopimus on voimassa toistaiseksi, ellei sitä ole perustellusta syystä tehty

määräaikaiseksi (TSL 3:1). Lakiin sisältyy myös kielto tehdä toistuvia määräaikaisia työsopimuksia ilman perusteltua syytä. Tulopoliittisen sopimuksen 2003–2004 yhteydessä työmarkkinaosapuolet selvittivät määräaikaisten työ- ja virkasuhteiden käyttöä sekä laativat voimassa olevaan lainsäädäntöön perustuvan yhteisen ohjeistuksen määräaikaisten palvelussuhteiden oikeudellisista perusteista (Kunnallisen työmarkkinalaitoksen yleiskirje 19/2003).

Erilaisin järjestelyin, muun muassa varahenkilöjärjestelmin, ainakin jo 1970-luvulta lähtien on pyritty terveydenhuollossa vähentämään määräaikaisen työvoiman tarvetta. Laajentuneiden perhevapaiden, osa-aikalaisien, osa-aikaeläkkeiden, vuorotteluvapaiden ja opintovapaiden säätäminen kuitenkin lisää väistämättä sijaisten käyttöä.

OSTOPALVELUITA KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Kunnat ja kuntayhtymät käyttävät lisääntyvässä määrin ostopalveluita palvelujen tuottamiseen. Myös terveyskeskukset, jotka aiemmin hankkivat ostopalveluina yleensä vain erityisosaamista kuten röntgenlääkäri- tai oikomishoidon palveluita, ostavat nykyisin varsin laajasti lääkäripäivystyspalveluita, hammaslääkäripalveluita ja avoterveydenhuollon vastaanotto toimintaakin.

Hankittaessa ostopalveluita yksityiseltä sektorilta myyjänä voi olla itsenäinen ammatinharjoittaja, toiminimi, osakeyhtiö tai muun yhteisö. Sopimusten muodot ja nimitykset ovat vaihtelevia. Puhutaan konsultaatiopalveluista ja konsulttilääkäreistä, ostopalvelusopimuksista, reppufirminoista, keikkalääkäreistä, työvoiman vuokrauksesta ja alihankinnasta yms.

Kuntien ja kuntayhtymien on palveluja ostaessaan noudatettava lakia julkisista hankinnoista (1505/92), omia hankintaohjeitaan ja kilpailun rajoituslakia (480/92). Nämä lait edellyttävät palveluhankintojen kilpailuttamista myös sosiaali- ja terveydenhuollossa samoin kuin avoimuutta ja tasapuolisuutta tarjouksen tekijöitä kohtaan. EU-direktiivi ei edellyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden pakkokilpailuttamista, mutta Suomessa ja Ruotsissa hankintalaki on säädetty koskemaan myös näitä palveluita. Terveyskeskuspalvelujen kilpailuttaminen vaatii paitsi hallinnollista usein myös lääketieteellistä osaamista sekä huomattavasti aikaa, vaivaa ja lisää hallintokuluja.

Ostopalveluihin liittyy myös vero- ja työoikeudellisia ongelmia, jotka on otettava huomioon. Vaikka palvelujen ostaminen onkin laaja-alaisesti mahdollista, ei viranomaistoimintaa, kuten päätösvaltaa ja esittelyä, voida lainkaan ostaa yksityiseltä. On myös otettava huomioon, että henkilö ei voi samanaikaisesti olla samaan työnantajaan sekä työntekijän että yrittäjän asemassa. Ostopalvelusopimuksella ei voida ostaa palveluita henkilöltä, joka jo on työsuhteessa kuntaan. Vastoin työsopimuslain säännöksiä ei myöskään voida sopia siitä, onko kyseessä työsuhde vai itsenäinen ammatinharjoittaminen yrittäjätoimintana. Niin ikään sovellettavasta eläkelaista ei ole mahdollista sopia.

Veroviranomaiset, eläkeviranomaiset tai tuomioistuimet voivat jälkikäteen tulkita ostosopimuksen työsopimukseksi. Itsenäisen ammatinharjoittajan ja yrittäjän käsitettä on verotuskäytännössä tulkittu monien eri kriteerien perusteella, ja lopputulokset ovat olleet vaikeasti ennustettavia. Myös työoikeudellisesti ja eläkeoikeudellisesti lopputulosta saattaa olla vaikea ennustaa, jos esim. työn suorittaja jälkikäteen itse riitauttaa toimeksiantosopimuksensa saadakseen virka- ja työehtosopimuksen mukaisia etuuksia tai eläke-etuuksia.

Se, onko kyseessä työsuhde vai toimeksiantosopimus (ostopalvelusopimus), ratkaistaan kokonaisarviona. Sopimuksen otsikko ja ehdot eivät vielä ratkaise sopimus-suhteen luonnetta. Jos olosuhteet eivät todellisuudessa vastaa sopimuksen sanamuotoa, ostopalvelusopimus voidaan tulkita työsuhteeksi. Kriteereitä, joihin veroviranomaiset kiinnittävät huomiota, ovat muun muassa toiminnan itsenäisyys, yrittäjäriski ja yrittäjätoiminnan laajuus. Huomiota kiinnitetään siihen, suoritetaanko työ teettäjän tiloissa ja välineitä käyttäen, työnantajan määräämänä aikana ja laskuttaako työn suorittaja erikseen korvaukset matkakustannuksista sekä päivärahat.

Myös yhtiöiden kanssa tehtyihin ostopalvelusopimuksiin liittyy verotuksellisia riskitekijöitä. Osakeyhtiö voidaan verotuksellisesti sivuuttaa ja käsitellä maksettuja palkkioita osakkaan palkkatulona. Asiasta on useita korkeimman hallinto-oikeuden päätöksiä.

Työeläkelakeja sovellettaessa noudatetaan työsopimuslain mukaista työsuhdekäsittelyä. Tulkinnanvaraisissa tapauksissa konsulttilääkärin työtä, jota tehdään olosuhteissa, jotka eivät poikkea normaalista terveystieteiden tai vastaavan työstä, on Kuntien eläkevakuutuksen ja vakuutuslaitosten vakiintuneessa ratkaisukäytännössä pidetty yleensä työsuhteessa tehtynä työnä. Myös yritysmuotoisesti tarjottuja lääkäripalveluita käsitellään eläkelaitoksissa tosiasialliset olosuhteet huomioon ottaen.

Eräät kunnat ja kuntayhtymät olisivat valmiita hankkimaan palveluja omalta henkilöstöltään ostopalveluina normaalin virka- tai työsuhteisen työn lisäksi. Vero- ja työoikeudelliset näkökohdat huomioon ottaen se ei kuitenkaan käytännössä ole mahdollista. Sen sijaan yksittäinen viranhaltija voi mennä kilpailevan työnantajan palvelukseen tai yksityisyrittäjänä tekemään samaa työtä, mitä hän tekee kunnan palveluksessa. Nähtäväksi jää, tuoko uusi viranhaltijalaki tähän muutoksen, kun se työsopimuslain tavoin kieltää sivutoimena harjoittamasta toimintaa, joka kilpailevana toimintana ilmeisesti vahingoittaa työnantajaa. Ennakkotapauksia ei toistaiseksi ole käytettävissä.

Ostopalveluihin liittyvistä kysymyksistä on annettu ohjeita muun muassa Suomen Kuntaliiton yleiskirjeissä 47/93 ja 34/97 sekä Kuntien eläkevakuutuksen yleiskirjeessä 4/2003. Ostopalvelutoimintaa on käsitelty myös Kuntatyönantaja-lehden 1/2003 teemasivuilla.

VIRKA- JA TYÖEHTOLAINSÄÄDÄNTÖ

Kunnallisten viranhaltijain palvelussuhteen ehtojen vahvistamiseksi on säädetty kunnalliseen virkaehtosopimuslakiin (669/70, KVESL) perustuva neuvottelu-, sopimus- ja sovittelujärjestelmä. Kunnallisia työntekijöitä koskee työehtosopimuslais- sa (436/1946) säädetty vastaava järjestelmä.

Virkaehtosopimuksen tarkoituksena on toisaalta vahvistaa viranhaltijoiden palvelussuhteen ehdot ja toisaalta turvata työrauha sopimuskaudeksi. Sopimusvapaus on viranhaltijoiden osalta pääsääntö. Palvelussuhteen ehtoina on noudatettava, mitä niistä virkaehtosopimuksilla määrätään. Virkaehtosopimus syrjäyttää sen kanssa ristiriidassa olevat lainsäädännökset ja kaikki alemmanasteiset määräykset, esimerkiksi asetusten säännökset ja johtosäännön määräykset. Ehdottomiin lainsäädännöksiin perustuvia vähimmäisetuja, joita on mm. vuosilomalaisissa ja työaikalaisissa, ei kuitenkaan voida viranhaltijan osalta virkaehtosopimuksin vähentää (KVESL 2,1 §).

SOPIMUKSENVARAISET PALVELUSSUHTEEN EHDOT

Sellaisista palvelussuhdeasioista, jotka eivät ole palvelussuhteen ehtoja, ei saa sopia. Lain mukaan niitä ovat mm. virastojen ja laitosten järjestysmuodon perusteet tai muu virkakoneiston järjestely, viran perustaminen tai lakkauttaminen, viranomaisen tehtävät ja sisäinen työnjako, työn johtaminen, työmenetelmät ja virkasuhteen tai siihen verrattavan palvelussuhteen syntyminen. Esimerkiksi työvuorojen järjestely työajan alkamis- ja päättymisajankohtineen ei ole sopimuksenvarainen asia, vaikka säännöllisen työajan pituudesta ja työaikakorvauksesta on mahdollista sopia virkaehtosopimuksella. Näistäkin asioista päätettäessä saattaa tulla kuitenkin noudatettavaksi yleissopimuksessa henkilöstöasioiden hoitamisesta sovittu yhteistoimintamenettely.

EI-SOPIMUKSENVARAISET ASIAT

Sopimusvapautta ja työtaisteluoikeutta on julkishallinnossa eräitä osin rajoitettu. Sopimuksenvaraisten asioiden piiri on KVESL:ssa rajattu siten, että sopia ei saa

- 1) virkaan vaadittavista kelpoisuusehdoista, viranhaltijan velvollisuuksista eikä kurinpidosta
- 2) eläkkeestä, perhe-eläkkeestä tai niihin verrattavista muista eduista, virkasuhdeasuntojen vuokrien määristä taikka kunnan tai kuntayhtymän muun omaisuuden käyttämisestä lukuun ottamatta työnantajan ja viranhaltijoiden välisessä yhteistoimintatehtävässä toimivan henkilön työtiloja ja työvälineitä
- 3) niistä asioista, joista työehtosopimuksella ei voida työntekijöiden osalta sopia
- 4) laissa säädettyjen virkasuhteen irtisanomisperusteiden laajentamisesta.

PÄÄSOPIMUS NEUVOTTELUMENETTELYSTÄ

Neuvottelumenettelystä keskustason ja paikallistason osalta on sovittu kunnallisessa pääsopimuksessa, joka on luonteeltaan sekä kunnallisen virkaehtosopimuslain 3 §:n 4 momentissa tarkoitettu pääsopimus että neuvottelu- ja muuta vastaavaa menettelyä koskeva työehtosopimus.

SOPIMUSTEN LUONNE

Virkaehtosopimus on luonteeltaan minimi- ja maksimisopimus toisin kuin työehtosopimus, joka on luonteeltaan minimisopimus. Kunnat ja kuntayhtymät eivät voi poiketa virkaehtosopimuksen määräyksistä toimivaltaansa ylittämättä.

PAIKALLINEN SOPIMINEN

Kunnilla ja kuntayhtymillä on mahdollisuus tehdä myös paikallisia virka- ja työehtosopimuksia. Kunnallisen pääsopimuksen 13 §:n nojalla tehdyllä paikallisella sopimuksella voidaan sopia poikettavaksi kulloinkin voimassa olevan valtakunnallisen virka- tai työehtosopimuksen määräyksistä, jos siihen on olemassa paikallisista erityisolosuhteista aiheutuva perusteltu syy ja jos valtakunnallisessa virka- tai työehtosopimuksessa ei ole erikseen rajoitettu paikallista sopimismahdollisuutta. Jos valtakunnallisessa virka- ja työehtosopimuksessa kuitenkin on sovittu paikallisesta sopimisesta, nämä sopimusmääräykset syrjäyttävät pääsopimuksen määräykset.

Kunnalliseen yleiseen virkaehtosopimukseen ja alakohtaisiin virka- ja työehtosopimuksiin, kuten kunnalliseen lääkärien virkaehtosopimukseen, on myös otettu määräykset, jotka rajoittavat paikallista sopimisoikeutta siten, että paikallisella sopimuksella ei saa poiketa valtakunnallisen sopimuksen säännöllisen työajan keskimääräistä pituutta, vuosiloman pituutta eikä sairaus- ja äitiyslomaetuuksia koskevista määräyksistä. Paikallisella sopimuksella ei myöskään saa sopia palkkaa palkkahinnoittelun alinta peruspalkkaa pienemmäksi.

Yleisesti voidaan siis sopia poikettavaksi vain valtakunnallisen virka- ja työehtosopimuksen määräyksestä. Asiasta, josta ei ole virka- ja työehtosopimusmääräyksiä, ei myöskään voida sopia paikallisesti. Mikäli Kunnallinen työmarkkinalaitos antaa yksittäiselle kunnalle tai kuntayhtymälle valtuutuksen virkaehtosopimuksen tekemiseen, silloin kun asiasta ei voida sopia pääsopimuksen 13 §:n nojalla, työmarkkinalaitos myös määrää paikallisen virkaehtosopimuksen rajat. Muutoin paikallisella virkaehtosopimuksella voidaan periaatteessa sopia samoista asioista kuin valtakunnallisella sopimuksella.

PAIKALLINEN SOPIMINEN TYÖAIKAJÄRJESTELYISTÄ

Kunnalliseen yleiseen virka- ja työehtosopimukseen (KVTES) sisältyy nimenomainen määräys (KVTES III luku 3 §), jonka mukaan paikallisesti voidaan tarvittaessa sopia työaikajärjestelyistä valtakunnallisesta virka- ja työehtosopimuksesta poiketen tilapäisesti tai pysyväisluonteisesti. Työaikajärjestelyistä sovittaessa säännöllisen työajan pitää tasoittua keskimäärin KVTES:n säännöllisen työajan mukaiseksi enintään vuoden pituisen tasoittumisjakson aikana. Tarvittaessa voidaan sopia esimerkiksi pyhien väliin jäävän työpäivän sisään tekemisestä tai sopia arkipyhäjärjestelyistä valtakunnallisesta sopimuksesta poikkeavasti edellyttäen, että keskimääräinen työaika on valtakunnallisen sopimuksen mukainen enintään vuoden pituisena tasoittumisaikana. Silloin, kun paikallisesti poiketaan yleisistä työaikamääräyksistä, edellytetään selvitettäväksi järjestelyn vaikutukset mm. työvuorojen suunnitteluun sekä lisä- ja ylitörojoihin.

AMMATINHARJOITAMISLAINSÄÄDÄNTÖ

AMMATTIHENKILÖLAKI

Terveydenhuollon ammatinharjoittamisesta on säädetty laissa (559/94) ja asetuksessa (564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä (ammattihenkilölaki ja -asetus).

Laissa määritellään ne terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka lain mukaan ovat oikeutettuja toimimaan asianomaisessa terveydenhuollon ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat

- 1) laillistetut ammattihenkilöt tai ammatinharjoittamisluvan saaneet ammattihenkilöt (luvan saanut ammattihenkilö)
- 2) nimikesuojatut ammattihenkilöt, joilla on oikeus käyttää asetuksella säädettyä ammattinimikettä.

Laillistettuja ammattihenkilönimikkeitä on 17 ja nimityssuojattuja ammattihenkilönimikkeitä 22 eli yhteensä 39. Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat muun muassa lääkärit, hammaslääkärit, sairaanhoitajat, kättilöt, terveydenhoitajat ja hammashuoltajat. Asetuksella säädettyjä terveydenhuollon ammattinimikkeitä ovat muun muassa hammashoitaja, lastenhoitaja, lähihoitaja, mielenterveyshoitaja, mielisairaanhoitaja ja perushoitaja.

Muut kuin laillistetut ammattihenkilöt eivät saa suorittaa kyseiseen ammattiin kuuluvia tehtäviä eivätkä käyttää kyseistä ammattinimikettä. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Edellä sanottu ei kuitenkaan lain mukaan estä, jollei laissa tai lain nojalla annetussa asetuksessa toisin säädetä, laillistettuja, luvan saaneita tai nimikesuojattuja ammattihenkilöitä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimimasta toistensa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta.

Lain tarkoituksena (1 §) on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua mm. helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöitten yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Perusteluissa on nimenomaan todettu lakiuudistuksen parantavan osaltaan laatua ja tehokkuutta terveydenhuollossa mahdollistamalla henkilöstön nykyistä joustavamman käytön sekä toimenkuvien kehittämisen. Uudistuksella oli tarkoitus tukea toimivan palvelurakenteen kehittämistä edistämällä henkilöstön liikkuvuutta koulutuksensa antamien valmiuksien ja tosiasiallisen pätevyytensä mukaisesti toistensa tehtävissä. Ammattihenkilöiden liikkuvuudesta koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa antamien valmiuksien mukaisesti ja työvoiman joustavasta käytöstä toistensa tehtävissä on esimerkkinä mainittu sairaanhoitajan, kättilön ja terveydenhoitajan toiminta terveydenhoidon ja sairaanhoidon tehtävissä (HE 33/1994 vp). Laissa on lisäksi säädetty, että laillistetun ammattihenkilön tehtäviä voi suorittaa myös asianomaiseen ammattiin opiskeleva henkilö siten kuin asetuksella säädetään (2 §).

Lääkäreitä ja hammaslääkäreitä lukuun ottamatta laissa ei ole tarkemmin määritelty eri ammattihenkilöiden tehtäviä. Lääkäriin ja hammaslääkäriin erityiset oikeudet ja velvollisuudet käyvät ilmi lain 22 ja 23 §:stä. Laillistettu lääkäri voi päättää potilaan

lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Vastaavasti laillistettu hammaslääkäri voi päättää potilaan hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudin määrittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta. Vain laillistetulla lääkäriellä ja hammaslääkäriellä on oikeus määrätä apteekista lääkkeitä noudattaen, mitä siitä on erikseen säädetty taikka sosiaali- ja terveysministeriö antanut ohjeita. Lääkintölaillisia todistuksia ja lausuntoja voi niin ikään antaa vain lääkäri tai hammaslääkäri. Kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevat lain 3 lukuun kirjatut yleiset terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudet.

Kansanterveyslain 17 §:n mukaan terveyskeskuksen vastaava lääkäri päättää siitä, järjestetäänkö potilaan sairaanhoito avosairaanhoidona, kotisairaanhoido mukaan luettuna, vai ottamalla potilas terveyskeskuksen sairaansijalle hoidettavaksi. Hän päättää myös potilaan siirrosta toiseen sairaanhoitolaitokseen.

LAIN SOVELTAMISKÄYTÄNTÖÄ

Esimerkkinä ammattihenkilöiden tarkoituksenmukaisesta käytöstä, tehtävien jaosta ja delegoinnista voidaan mainita Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO) lausunto 21.10.1999 Dno 483/00/001/99. Käsitellessään ammattihenkilöiden käyttöä ja vastuukysymyksiä suun terveydenhuollossa oikeusturvakeskus katsoi, että kyseessä ei ollut ammattihenkilölain 22 §:n vastainen toiminta, vaan ammattihenkilöiden tarkoituksenmukainen käyttö tapauksessa, jossa hammashuoltaja kaupungin hammashuollon toimintaohjeen mukaan teki oman ammattitaitonsa puitteissa asiakkaille suun ja hampaiston terveystarkastuksen ja, jos hammashuoltajan tekemä tilannearvio sitä edellytti, ohjasi asianomaisen henkilön hammaslääkärin vastaanotolle. TEO katsoi, että tehtävien jaolla tai delegoinnilla oli pyritty toisaalta erityisosaamisen käyttämiseen hammashuollon kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla sekä toisaalta jakamaan tehtävien aiheuttama kuormitus eri ammattien kesken. Lisäksi laillistettu hammaslääkäri oli varmistunut siitä, että asianomaisilla hammashuoltajilla oli annettujen tehtävien suorittamiseen riittävät valmiudet ja konsultointimahdollisuudet.

Suomen Kuntaliitto ja Kunnallinen työmarkkinalaitos ovat ohjeissaan (yhteinen yleiskirje 37/98) lähteneet ammattihenkilölaissa ja sen perusteluissa korostetusta ammattihenkilöiden joustavasta ja tarkoituksenmukaisesta käytöstä pätevyysvaatimuksia asetettaessa ja virkoja täytettäessä. Korkein hallinto-oikeus on kuitenkin päätöksessään 25.9.1998 taltio 2026 katsonut, että terveyskeskuksen kotisairaanhoidon sairaanhoitajan virkaan ei voitu valita terveydenhoitajaa. Korkeimman hallinto-oikeuden mukaan kyseessä ei ollut ammattihenkilölain 2 §:n tarkoittama terveydenhuollon ammattihenkilöiden toistensa tehtävissä toimiminen, vaan sairaanhoitajan vakinaisen viran hoitaminen, johon olisi tullut valita sairaanhoitajan tutkinnon suorittanut tai vastaavan pätevyyden saavuttanut henkilö. Todettakoon, että ao. terveydenhoitajan koulutus vastasi aikaisempaa 2,5-vuotista sairaanhoitajakoulutusta, mutta häntä ei ollut laillistettu sairaanhoitajaksi.

Korkein hallinto-oikeus on myös 8.11.2001 antamallaan päätöksellä taltio 2779 pysyttänyt Vaasan hallinto-oikeuden päätöksen, jossa katsottiin, että vanhustenhuollonkeskuksen dementiapalvelukodin vastaavan sairaanhoitajan sijaisuuteen ei ammattihenkilölain edellä mainitun 2 §:n mukaan voitu valita terveydenhoitajaa, kun viransijaisuus, jota varten ei ollut säädettyssä järjestyksessä erikseen vahvistettu kelpoisuusvaatimuksia, oli julistettu haettavaksi vastaavan sairaanhoitajan viransijaisuutena.

TEO on tulkinnut ammattihenkilölain 2 §:n 3 momenttia siten, että otettaessa opiskelija suorittamaan laillistetun ammattihenkilön tehtäviä, kyseeseen voi tulla vain nimenomaiseen ammattiin opiskeleva henkilö. Siten ei esimerkiksi lääketieteen kandidaattia voitaisi ottaa tekemään sairaanhoitajan tehtäviä.

VIRKA- JA TYÖEHTOSOPIMUKSET

PALKKAUSJÄRJESTELMÄT

Kuntasektorin palkkausjärjestelmiä on viime vuosina voimakkaasti kehitetty. Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen (KVTES) palkkausjärjestelmä on uudistettu. Myös lääkärisopimuksen soveltamisalalla palkkausjärjestelmiä on kehitetty. Sopimusosapuolten yhteisenä tavoitteena on ollut aikaansaada palkkausjärjestelmä, joka kannustaa hyvin työsuorituksiin, edistää toiminnan tuloksellisuutta ja pitää palkat kilpailukykyisinä. Lähtökohtana on ollut palkkausjärjestelmän rakentuminen työn vaativuuteen, henkilökohtaisen pätevyyden ja ammatinhallinnan huomioon ottamiseen sekä hyvistä työtuloksista palkitsemiseen.

KVTES:n palkkausjärjestelmä koostuu tehtäväkohtaisesta peruspalkasta ja henkilökohtaisesta palkanosasta, joka 1.9.2004 muuttuu henkilökohtaiseksi lisäksi. Tämän lisäksi voidaan maksaa kannustuslisää ja tulospalkkioita.

KVTES:N PALKKAUSJÄRJESTELMÄ

KVTES:n palkkarakenne on lyhyesti seuraavanlainen:

1 Tehtäväkohtainen palkka (peruspalkka)

- perustuu tehtävien vaativuuteen
- palkkahinnoittelussa ovat palkkaryhmät, joihin sisältyvät lyhyet tehtäväkuvaukset ja vähimmäisperuspalkat
- työnantaja päättää peruspalkasta käyttäen apuna yleisiä työn vaativuustekijöitä, jotka ovat:
 - 1) työn edellyttämä osaaminen (tiedot, taidot, harkinta)
 - 2) työn vaikutukset ja työhön liittyvä vastuu
 - 3) työn edellyttämät yhteistyötaidot (vuorovaikutustaidot ja ihmissuhdetaidot)
 - 4) työolosuhteet.
- Työn vaativuuden arviointi tapahtuu palkkaryhmittäin. Tarkoituksena ei ole verrata tehtävien vaativuutta eri palkkaryhmiin kuuluvien välillä. Arviointi suositetaan suoritettavaksi ensisijaisesti kokonaisarviointina käyttäen hyväksi edellä mainittuja vaativuustekijöitä. Kysymyksessä on karkeahko arviointi ilman pisteytystä.

2A Henkilökohtainen palkanosa (31.8.2004 saakka)

- kokemuslisät 4, 7 ja 10 palvelusvuoden jälkeen, 5 % peruspalkasta, yhteensä enintään 15 %
- henkilökohtainen lisä
- peruste: henkilökohtaiset työtulokset ja osaaminen (ammattihallinta)
- esimiehet arvioivat työsuoritukset (mieluimmin kaksi arvioijaa)
- työnantaja päättää lisän maksamisesta ja määrästä 1.9.2004 siirretään 1. kokemuslisä (5 %) peruspalkkaan ja kokemuslisät jäävät pois.

2B Henkilökohtainen lisä (1.9.2004 lukien)

- peruste: henkilökohtaiset työtulokset ja osaaminen (ammattihallinta)
- esimiehet arvioivat työsuoritukset (mieluimmin kaksi arvioijaa)
- työnantaja päättää lisän maksamisesta ja määrästä (kustannusvaikutuksen oltava vähintään 0,2 % KVTES:n peruspalkkojen palkkasummasta)
- 5 palvelusvuoden jälkeen lisä on vähintään 5 % ja 10 palvelusvuoden jälkeen vähintään 10 % peruspalkasta (vuosisidonnainen osa)
- siirtymävaiheessa 1.9.2004 lukien kenenkään aikaisempi henkilökohtainen palkanosa ei pienene. Keskimääräinen korotusvaikutus on noin 0,9 % (enimmillään noin 5 %)

3 Tulospalkkio (ryhmäpalkkio)

- perustuu tuloksellisuuden paranemiseen tulosityksikössä
- työnantaja päättää käyttöönotosta ja perusteista
- enintään 5 % tulosityksikön vuotuisesta palkkasummasta

4 Työaikakorvaukset

5 Eräät lisät ja palkkiot kuten kielilisiä, kokouspalkkio ja luentopalkkio.

Tehtävien arviointia ja henkilökohtaisten työsuoritusten arviointia koskevista periaatteista neuvotellaan paikallisesti pääsopijajärjestöjen kanssa, jollei niitä muutoin käsitellä yhdessä henkilöstön kanssa.

PALKKAUSJÄRJESTELMÄN KEHITTÄMISOHJELMA

Kunnallisen palkkausjärjestelmän kehittämistoimenpiteitä vuosina 2003–2007 koskevalla sopimuksella pyritään turvaamaan kunnallisten työpaikkojen kilpailukyky lähivuosina ja tuetaan kunnan strategista johtamista kannustavilla palkkausratkaisuilla. Tämä 5-vuotinen palkkaohjelma toteutetaan voimassa olevan tulopoliittisen ja myöhempien palkkaratkaisujen lisäksi, ja se merkitsee 5 vuodessa yhteensä 3–4 %:n ylimääräistä kustannusta sopimusosalasta riippuen, jollei sopimusta sanota irti ennen vuotta 2007. Sopimus voidaan irtisanoa päättyneeseen aikaisintaan 31.1.2005.

Lääkärisopimus ei kuulu em. kehittämissopimuksen piiriin, mutta lääkärit tulevat vuosina 2003–2004 saamaan suunnilleen muita sopimusaloja vastaavan 1,3 %:n suuruisen erän joko työryhmien työn tuloksena tai paikallisena eränä 16.2.2005 lukien. Todettakoon tässä yhteydessä lisäksi, että lääkäreiden palkkakehitys lakonlopettamissopimuksen ja tapahtuneiden liukumien johdosta on ollut vuosina 2000–2002 16,4 %,

mikä on keskimäärin 9,5 % enemmän kuin muiden kuntasektorin palkansaajien.

Kehittämissopimuksella pyritään parantamaan kuntatyöntekijien valmiuksia palkkaus uudistuksen toteuttamiseen. Tällä hetkellä virka- ja työehtosopimusten palkkausjärjestelmien täysipainoinen käyttöönotto on vielä useissa kunnissa ja kuntayhtymissä kesken.

KVTES:n palkkausjärjestelmä sinänsä täyttää oikeudenmukaisen ja kannustavan palkkausjärjestelmän tunnusmerkit. Käytännössä ongelmana on se, että motivoivia palkkaelementtejä, kuten henkilökohtaista lisää ja tulospalkkiota, käytetään toistaiseksi hyvin vähän, 0,1–0,2 % palkkasummasta.

KUNNALLINEN LÄÄKÄRIEN VIRKAEHTOSOPIMUS (LÄÄKÄRISOPIMUS)

Lääkärisopimukseen sisältyvät ne kunnan ja kuntayhtymän palveluksessa olevia lääkäreitä ja hammaslääkäreitä koskevat erityismääräykset, jotka poikkeavat kunnallisesta yleisestä virka- ja työehtosopimuksesta. Nämä määräykset koskevat mm. palkkahinnoittelua (peruspalkkaa), toimenpide- ja käyntipalkkioita, henkilökohtaista lisää, työaika, päivystystä ja päivystyskorvauksia.

Terveyskeskuksen lääkäreitä varten on sovittu kaksi eri järjestelmää, perinteinen terveydenhuollon lääkäripalkkausjärjestelmä ja omalääkäri- eli väestövastuujärjestelmä. Järjestelmät poikkeavat merkittävästi toisistaan.

Perinteisessä järjestelmässä työskentelevät lääkärit ovat työaikalain alaisia, ja heidän säännöllinen työaikansa on 37 tuntia viikossa tai keskimäärin 37 tuntia tasoittumisjaksossa, jonka enimmäispituus voi olla vuosi. Palkkaus muodostuu nimikkeiden mukaisesta vähimmäisperuspalkasta, mahdollisesta erikoislääkärikorotuksesta, henkilökohtaisesta lisästä, mahdollisesta määrävuosilisästä ja syrjäisyyskorotuksesta, säännöllisen työajan toimenpidepalkkioista sekä säännöllisen työajan lisäksi tehdyistä kliinisen lisätyön ja päivystyksen käynti- ja toimenpidepalkkioista. Muusta lisätyöstä ja ylityöstä maksetaan palkkioita. Lisäksi voidaan maksaa tulospalkkiota, kannustuslisää, kielilisää, kokouspalkkioita ja luentopalkkioita. Kokonaisansiot ja niiden muodostuminen eri palkkauselementeistä käyvät ilmi nimikkeittäin liitteistä 1–2 ja työajan jakaantuminen sekä kokonaispituus liitteestä 3.

Omalääkärijärjestelmä

Vuoden 2003 lopussa omalääkärijärjestelmää sovellettiin 104 terveyskeskuksessa. Sen piirissä oli 1 825 lääkäriä ja noin 3,6 miljoonaa asukasta eli 68 % väestöstä.

Omalääkärien palkkaus muodostuu perusosasta, sitä täydentävästä väestöosasta sekä suoriteperusteisista korvauksista, joita ovat käynti- ja toimenpidepalkkiot. Lisäksi omalääkäreidenkin kohdalla ovat käytettävissä yleiset yksilön tai ryhmän palkitsemista koskevat lisät kuten tulospalkkio. Päivystyskorvaukset määräytyvät pääsääntöisesti samalla tavalla kuin muillakin terveyskeskuksen lääkäreillä.

Omalääkäriin perusosa (vähimmäisperuspalkka) on korvausta muun muassa ennalta ehkäisevästä työstä tai muista vastaavista vastuuväestön tarvitsemista palveluista, hallinnollisista tehtävistä yms. Perusosaa määriteltäessä ja tarkistettaessa otetaan huomioon työn vaativuus ja määrä, josta perusosa on korvausta. Väestöosaa taas maksetaan omalääkäriin perusvastuuväestön avosairaanhoidosta. Omalääkärielle maksetaan

myös päiväajan vastaanottoimminnasta käyntipalkkioita muun kuin perusvastuuväestön avosairaanhoidon käynneistä.

Omalääkärit eivät ole työaikalain alaisia, mutta heidänkin edellytetään olevan vastuuväestönsä tavattavissa päivittäin lukuun ottamatta lauantai- ja sunnuntaipäiviä sekä erikseen sovittuja arkipyhiä ja attopäiviä.

Omalääkäreitä koskevia erityismääräyksiä voidaan soveltaa väestövastuuseen perusterveydenhuoltoon osallistuvien lääkäreihin seuraavin edellytyksin:

- 1 Lääkärille on määrätty henkilökohtainen vastuuväestö, jonka perusterveydenhuollon palveluista hän vastaa kunnallisen viranomaisen määräämällä tavalla. Ennen lääkärikohtaisista vastuuväestöistä tai niitä koskevista merkittävistä muutoksista päättämistä asiasta neuvotellaan lääkäreiden kanssa.
- 2 Lääkärin henkilökohtaisesta vastuuväestöstä on selvitettävissä perusvastuuväestö, jolla tarkoitetaan niitä lääkärin vastuuväestöön kuuluvia potilaita, jotka käyvät terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolla vähintään 3 kertaa kalenterivuodessa.
- 3 Lääkärille määrätyn veloitteen mukaan vastuuväestöön kuuluva henkilö pääsee hänelle osoitetun väestövastuulääkärin hoitoon, so. saa yhteyden lääkäriin ja tämän ohjeet hoidon asianmukaisesta järjestämisestä, pääsääntöisesti lääkärin seuraavana työpäivänä, kuitenkin viimeistään 3 päivän kuluessa siitä, kun hän lääkärin tavoittamiseksi otti yhteyttä terveyskeskukseen.

Omalääkärijärjestelmän käyttöönotosta ja järjestelmän soveltamisesta, mm. tavoitettavuudesta, on sopijaosapuolten kesken laadittu yhteiset soveltamisohjeet, jotka ovat lääkärisopimuksessa.

Omalääkäreiden kokonaisansiot ja niiden muodostuminen käyvät ilmi nimikkeittäin liitteistä 4–5 ja työajan jakaantuminen liitteestä 6.

Terveyskeskuksen hammaslääkäreiden palkkaus

Terveyskeskuksen hammaslääkäreiden palkkaus muodostuu nimikkeen mukaisesta vähimmäisperuspalkasta, erikoishammaslääkärikorotuksesta, oikomistehtävistä maksettavasta korotuksesta, henkilökohtaisesta lisästä, mahdollisesta määrävuosilisästä ja syrjäisyyskorotuksesta, säännöllisen työajan toimenpidepalkkioista, lisätyöajan toimenpide- ja käyntipalkkioista sekä päivystyksen peruskorvauksista ja takuupalkasta. Terveyskeskuksen hammaslääkäreille on sovittu maksettavaksi myös potilaskohtaista osaa jokaisesta hammaslääkärillä järjestelmällisessä hoidossa olevasta potilaasta kalenterivuositain. Potilaan ikä tutkimusajankohtana määrittää potilaskohtaisen osan suuruuden. Soveltamisohjeen mukaan lähtökohtana on, että järjestelmällisessä hoidossa oleva potilas pääsee hammaslääkärin hoitoon yksilöllisen tutkimusvälinsä aikana viimeistään 3 työpäivän kuluessa siitä, kun hän otti yhteyttä terveyskeskukseen, ja että hoito saatetaan päätökseen pääsääntöisesti kuukauden kuluessa varsinaisen hoidon aloittamisesta.

Hammaslääkäreitä koskevat samat tulospalkkio-, kannustuslisä-, kokouspalkkiot yms. palkkausmääräykset kuin muitakin lääkärisopimuksen lääkäriryhmiä. Taulukot terveyskeskuksen hammaslääkäreiden kokonaisansioista ja niiden muodostumisesta nimikkeittäin ovat liitteinä 7–8 sekä taulukko työajan käytöstä on liitteenä 9.

TERVEYSKESKUKSEN TYÖAIKAMÄÄRÄYKSET

TYÖAIKALAKI

Työaikalakia sovelletaan yleislakina kaikkiin työntekijöihin ja kunnallisiin viranhaltijoihin, jollei laissa ole toisin säädetty. Myös terveyskeskuksen työntekijät ja viranhaltijat ovat pääsääntöisesti työaikalain alaisia. Lain soveltamisalan ulkopuolelle jäävät vain johtavat lääkärit sekä näihin rinnastettavassa itsenäisessä asemassa olevat lääkärit ja hammaslääkärit. Työaikalakia ei sovelleta myöskään omalääkäreihin, joiden on katsottu väestövastuisten perusterveydenhuollon toimintaperiaatteet, omalääkärin työn luonne ja asema huomioon ottaen jäävän kokonaan työaikalain ulkopuolelle.

Työaikalain määräykset ovat varsin yksityiskohtaisia. Laissa on erikseen säädetty, milloin siitä poikkeaminen on mahdollista valtakunnallisella työehtosopimuksella tai muulla tavoin sopien. Lain pakottavista säännöksistä ei kuitenkaan voida sopia toisin. Lain pakottavat säännökset koskevat mm. työajan enimmäispituutta, ylityön enimmäismäärää, päivittäistä ja vuorokautisia lepoaikoja sekä viikoittaista vapaa-aikaa. Mm. ylitöiden enimmäismääristä työaikalakiin on otettu eräiltä osin tiukemmat määräykset kuin ao. direktiivi edellyttäisi.

Parhailtaan selvitetään, mitä mahdollisia muutoksia lainsäädäntöön ja sopimusmääräyksiin saattaa aiheutua Euroopan yhteisöjen tuomioistuimen lääkäripäivystystä koskevista ratkaisuksista, joiden mukaan työpaikalla tapahtunut päivystys olisi kokonaan pidettävä työaikana.

Terveyskeskuksen työaikalain alaisia työntekijöitä ja viranhaltijoita koskevat määräykset ovat Kunnallisessa yleisessä virka- ja työehtosopimuksessa (KVTES) lukuun ottamatta lääkäreitä ja hammaslääkäreitä, joiden osalta työaikaa ja työaikakorvauksia koskevat määräykset sisältyvät kunnalliseen lääkärin virkaehtosopimukseen (lääkärisopimus).

KUNNALLINEN YLEINEN VIRKA- JA TYÖEHTOSOPIMUS (KVTES)

Sopimusjärjestelmän päätavoite oli palvelusuhteen ehtojen yhtenäistäminen eri kunnissa ja kuntayhtymissä. Kuntasektorilla onkin lähdetty siitä, että säännöllisten työaikojen tulee olla yhdenmukaisia kaikissa kunnissa ja kuntayhtymissä, jos palkkaus määräytyy samojen perusteiden mukaan. Kunnat ja kuntayhtymät eivät voi poiketa KVTES:n tai lääkärisopimuksen työaikamääräyksistä. KVTES sallii kuitenkin laajan harkinta- ja päätösvalan säännöllisen työajan sijoittelussa ja järjestelyissä sekä teettämisessä yleisestä sopimuksesta poikkeavasti. Kunnilla ja kuntayhtymillä on myös tarvittaessa mahdollisuus paikallisesti sopia säännöllisen työajan järjestelyistä, työvuorojen pituudesta ja työaikajaksojen käytöstä KVTES:n III luvun 3 §:n perusteella. Työaikajärjestelyistä sovittaessa säännöllisen työajan pitää tasoittua keskimäärin säännöllisen työajan mukaiseksi enintään vuoden pituisen tasoittumisjakson aikana.

KVTES:n työaikajärjestelmät ja säännölliset työajat

1 Yleistyöaika (7 §)

- enintään 9 tuntia vuorokaudessa ja 38 ¼ tuntia viikossa tai
- keskimäärin 38 ¼ tuntia viikossa enintään 6 viikon tasoittumisjakson aikana

2 Toimistotyöaika (8 §)

- enintään 9 tuntia vuorokaudessa ja 36 tuntia 15 minuuttia viikossa tai
- keskimäärin 36 tuntia 15 minuuttia viikossa enintään 6 viikon tasoittumisjakson aikana

3 Jaksotyöaika (9 §)

- 114 ¾ tuntia kolmessa viikossa (76 t 30 min kahdessa viikossa)
- kaksoisjaksot 2 x 3 vk tai 2 x 2 vk taikka 3 x 2 vk mahdollinen

4 Työaika 37 tuntia viikossa (10 §)

- 37 tuntia viikossa (vuorokautista työaikaa ei ole rajoitettu) tai
- keskimäärin 37 tuntia viikossa enintään 6 viikon tasoittumisjakson aikana.

Määräyksessä on lueteltu ne viranhaltijat/työntekijät, joihin voidaan tätä työaikamuotoa soveltaa (muun muassa psykologit, ylihoitajat, eräät sosiaalityöntekijät, terveystarkastajat).

TYÖAIKAJÄRJESTELMÄN VALINTA JA TYÖAIKAJÄRJESTELYISTÄ PÄÄTTÄMINEN

Asianomainen viranomaislainen päättää, mitä työaikajärjestelmää noudatetaan silloin, kun valittavana on kaksi tai useampia työaikajärjestelmiä. Valinta on tehtävä työaikalain ja KVTES:n määräysten mukaisesti. Työneuvoston lausunnon (nro 1364-2000, 2/99) mukaan pääsääntönä on pidettävä työaikalain 6 §:ssä säädettyä yleistyöaikajärjestelmää.

Järjestettäessä sairaaloissa ja terveystieteissä toimivan henkilökunnan työaikaa on yleensä käytettävissä kaksi vaihtoehtoista järjestelmää, työaikalain 6 §:n mukainen yleistyöaikajärjestelmä (KVTES:n yleistyöaika) tai työaikalain 7 §:n mukainen jaksotyöaikajärjestelmä (KVTES:n jaksotyöaika). Jaksotyön teettäminen edellyttää, että työaikajärjestelyt myös käytännössä eroavat yleistyöajasta. Silloin, kun ei ole toiminnallista tarvetta teettää yötyötä eikä yli yhdeksän tunnin pituisia työvuoroja, oikea työaikamuoto on lain ja sopimuksen mukaan KVTES:n työaikaluvun 7 §:n yleistyöaika.

Töiden ja työvuorojen järjestelyt sekä työaikajärjestelmän valinta samoin kuin työaikojen sijoittelu ovat työnjohdollisia asioita, joista työnantaja voi päättää. Työvuoro- ym. työaikajärjestelyistä päättää esimies ylemmän viranomaisen mahdollisesti antamien ohjeiden mukaisesti. Pyrittäessä mahdollisimman hyvään potilaitten hoitoon ja toiminnan tarkoituksenmukaiseen järjestämiseen keskustellaan asiasta etukäteen myös henkilöstön/ao. henkilön tai heitä edustavan luottamushenkilön kanssa, ja sen jälkeen tehdään työnjohdollinen ratkaisu. Näyttää kuitenkin siltä, että perusterveydenhuollossa työjärjestelyt toisinaan tehdään henkilöstön etujen mukaan, eikä niinkään toiminnan edellyttämällä tavalla.

Liitteestä 10 käy ilmi hoitoalan ammattiryhmissä noudatetut työaika- ja palkkarakenne ilmenevät liitteistä 11 ja 12.

KUNNALLINEN LÄÄKÄRIEN VIRKAEHTOSOPIMUS

Terveyskeskuksen lääkärit, jotka työskentelevät perinteisessä perusterveydenhuollon järjestelmässä, ovat työaikalain alaisia. Heidän säännöllinen työaikansa on sopimuksen mukaan 37 tuntia viikossa tai keskimäärin 37 tuntia työaikajaksossa, jonka aikana säännöllisen työajan tulee tasoittua mainittuun viikkotyöaikaan. Tasoittamisjakson enimmäispituus on vuosi. Työnantajan velvollisuus on laatia yksilöity työvuoroluettelo työajan käytöstä koko tasoittumisjaksoksi. Työvuoroluetteloa laadittaessa varataan viranhaltijoille tai heitä edustavalle luottamusmiehelle tilaisuus pyydyttää esittää mielipiteensä.

Omalääkärijärjestelmässä toimivat lääkärit eivät ole työaikalain alaisia, eikä heidän työaikansa pituutta ole määrätty sopimuksessa. Omalääkäriin tulee kuitenkin olla hänelle määrätyn vastuuväestönsä tavoitettavissa (tavoitettavuusaika) päivittäin lukuun ottamatta lauantai- ja sunnuntaipäiviä sekä erikseen sovittuja arkipäiviä ja aattopäiviä. Omalääkäriin vastaanottoajasta, -paikasta ja -tavoitettavuudesta samoin kuin muihin tehtäviin käytettävästä ajasta ja päivityksestä laaditaan etukäteen työsuunnitelma.

Terveyskeskuksen hammaslääkärit ovat työaikalain alaisia samoin kuin perinteisessä järjestelmässä toimivat lääkärit. Heidän työaikansa on 37 tuntia viikossa tai se voidaan tasoittaa keskimäärin 37 tuntiin viikossa. Työajan käytöstä on laadittava etukäteen työvuoroluettelo.

Perinteisessä järjestelmässä olevilla lääkäreillä ja hammaslääkäreillä, samalla tavoin kuin KVTES:n mukaan jaksotyössä olevalla hoitohenkilökunnalla on sopimuksen mukaan oikeus ruokailla työaikana. Tämä oikeus lyhentää tosiasiallista työhönsidonnaisuutta 2 ½ tunnilla viikossa.

Jokaisen lääkärin ja hammaslääkäriin virkavelvollisuuksiin kuuluu säännöllisen työajan lisäksi suoritettava päivitys. Päivityksellä (varallaololla) tarkoitetaan työnantajan määräykseen perustuvaa lääkärin/hammaslääkäriin olemista työpaikalla (aktiivipäivitys tai muu työpaikkapäivitys) tai muualla (vapaamuotoinen päivitys) valmiina tarvittaessa ryhtymään työhön säännöllisen työaikansa ulkopuolella. Päivitysmuodot ja päivityksen määrä vaihtelevat merkittävästi eri terveyskeskuksissa. Päivityksen järjestämisessä on siirrytty yhä enemmän yhteispäivitykseen terveyskeskusten tai sairaaloiden kesken. Päivityksen määrä on vähentynyt tai loppunut kokonaan hankittaessa päivityksiä ostopalveluina ulkopuolisilta lääkäreiltä tai ns. keikkafirmoilta.

Terveyskeskuksen lääkäreiden ja hammaslääkäreiden työajan käyttö eri tehtäviin käy ilmi sopijaosapuolten yhteisesti suorittamista tutkimuksista (liitteet 3, 6 ja 9).

STRATEGINEN HENKILÖSTÖJOHTAMINEN JA TYÖHYVINVOINTI

Strateginen ajattelu kunnissa ja kuntayhtymissä on 1990-luvulla edennyt nopeasti. Kunnat ovat laajasti siirtyneet soveltamaan ja kehittämään strategisen henkilöstöjohtamisen periaatteita toiminnassaan.

Kunnallinen työmarkkinalaitos on suosittanut vuonna 2001 henkilöstöstrategian käyttämistä kunnallisen johtamisen ja kehittämisen välineenä. Suosituksessa kuntia ja kuntayhtymiä kannustetaan kehittämään henkilöstövoimavarojensa strategista johtamista ja käyttämään henkilöstöstrategioita kehittämisen välineinä. Kunnallinen työmarkkinalaitos pyrkii edistämään kuntien strategista henkilöstöpolitiikkaa siten, että sen olennaisena osana ovat kilpailukykyiset palvelussuhteen ehdot, hyvät kehittymisen mahdollisuudet ja runsaasti haasteita sisältävä työ kuntalaisten palvelemisessa. Vuonna 2003 tehdyn kyselyn mukaan kunnista ja kuntayhtymistä 29 % oli tehnyt henkilöstöstrategian (kuntayhtymät 28 %, kaupungit 54 %, muut kunnat 19 %). Suuret kuntayksiköt ovat olleet aktiivisia henkilöstöstrategian laatimisessa. Näiden kuntien ja kuntayhtymien palveluksessa oli n. 68 % kuntasektorin henkilöstömäärästä.

Kunnallinen työmarkkinalaitos on vuonna 2000 antanut suosituksen tuloksellisuuden arvioinnista ns. tasapainotetun mittariston avulla. Suuret kuntayksiköt ovat olleet tässäkin asiassa aktiivisempia ja vuonna 2003 tehdyn kyselyn mukaan tuloksellisuusstrategian piirissä oli n. 45 % kuntien henkilöstöstä.

Myös henkilöstötilinpäätösten ja henkilöstöraportoinnin käyttö kunta-alalla on viime vuosina selvästi lisääntynyt. Henkilöstöraporttia laatineiden kuntayksiköiden palveluksessa oli noin 75 % koko kuntasektorin henkilöstöstä.

Kunnat työskentelevät työhyvinvoinnin lisäämiseksi mm. kehittämällä jokapäiväistä johtamista, työnantajan ja henkilöstön yhteistoimintaa sekä henkilöstön osallistumista palvelutoiminnan kehittämiseen. Kuntatyönantaja ja henkilöstö toimivat tässä asiassa yhteistyössä, päämäärä on sama ja keinot yhteiset. Kuntatyönantajat voivat hyvien käytäntöjen hyödyntämisessä käyttää rinnakkain useita toimintatapoja; lainsäädäntöä, tiedotusta, koulutusta, tutkimusta, kehittämistyötä, verkostoitumista jne.

Pohjoismainen vertailu

NORJA

LAINSÄÄDÄNTÖ

Norjan kunnallisia terveystalouksia koskevan lain mukaan (lov om helse-tjenesten i kommunene 19.11.1982 nr. 66) kunnilla on vastuu kaikista niistä terveystalouksista, joista valtio tai lääni (fylke) ei vastaa. Kuntien tehtäväksi on säädetty terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy (vastuu ympäristöstä, valistuksesta, terveysasematoiminnasta ja kouluterveydenhuollosta).

Kuntien tulee huolehtia myös seuraavista tehtävistä:

- sairauksien, vahinkojen tai vammojen diagnosointi ja hoitotoimenpiteet
- lääketieteelliset toimenpiteet ja kuntoutus
- hoito ja huolenpito
- apu onnettomuuksissa ja muissa akuuttitilanteissa.

Kunnat vastaavat yleislääkäripalveluista, avohoidon lääkäreiden päivystysjärjestelmästä, fysioterapeuttipalveluista, sairaanhoitaja- (helsesøster ja hjemmesylkepleie) sekä kättilöpalveluista terveysasemilla, sairaskodeista ja ympärivuorokautista huolenpitoa tai hoitoa vaativien asumispalveluista sekä lääketieteellisestä ensiavusta.

Kunnat voivat järjestää palvelunsa omana toimintana tai hankkimalla ne yksityiseltä terveystalouden tuottajalta. Sopimuksia voidaan tehdä myös muiden kuntien tai läänien kanssa.

YLEISKUVAUS NORJAN YLEISLÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄSTÄ

Norjassa on ollut ongelmia lääkäreiden rekrytoinnissa, hoidon jatkuvuudessa, ehkäisevässä terveydenhuollossa, sairaskotien valvonnassa ja lääkäriin pääsyssä. Tämän vuoksi 3-vuotisessa pilottiprojektissa kokeiltiin listautumista tietyn lääkärin potilaaksi neljässä kunnassa. Koska kokeilu osoitti, että valtaosa potilaista ja yleislääkäreistä oli tyytyväisiä järjestelyyn, säädettiin perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaa koskeva uudistus (fastlegeordning i kommunene, FLO) sosiaali- ja terveysdepartementin (sosiaali- ja terveysministeriö) antamalla määräyksellä. Uudistus tuli voimaan 1.6.2001. Sen jälkeen kaikki maan asukkaat ovat saaneet oman valintansa mukaan listautua jonkin yleislääkäripraktiikkaa harjoittavan lääkärin potilaaksi. Lääkäreistä käytetään nimitystä fastlege, joka voitaneen kääntää lähinnä omalääkäriksi. Omalääkärit työskentelevät itsenäisinä yrittäjinä, joilla on asianomaisen kunnan kanssa yksilölliset sopimukset ja joille korvaukset maksetaan kansallisesti vahvistetun yhtenäisen taksan mukaan.

Lääkärin tehtävät on rajattu listalla olevien potilaiden määrään (enintään 2 500). Kuntien taloudellinen vastuu uudessa järjestelmässä perustuu asukasmäärään eikä kuten aiemmin lääkäri vastaanottojen määrään. Kunnan ja lääkärin välisessä sopimukses-

sa säännellään aukioloaikoja, lääkärin saavutettavuutta puhelimitse, vastaanottotiloja yms., selvityskäytäntöjä ja taloudellisia korvauksia, velvollisuutta tehdä kunnalle kuuluvaa julkista lääkärityötä, osallistumista sijaisjärjestelyihin ja päivystykseen sekä koulutusvaiheessa (turnus) olevien lääkäreiden ohjaukseen.

FLO:ssa korostuvat hyvin selvästi voimakkaat taloudelliset kiihokkeet, jotka ohjaavat omalääkäreiden toimintaa. Kiinteän ja suoritusperusteisen korvauksen suhde 30/70 suoritusperusteisen korvauksen hyväksi merkitsee, että omalääkärit ohjaavat ansioitaan suuressa määrin omalla aktiivisella toiminnallaan. He ovat myös hyvin tietoisia siitä, minkälainen toiminta on taloudellisesti kannattavaa. Yhteiskuntalääketiede (sanhällsmedicin) on heikosti arvostettu.

Omalääkäri ei ole vastuussa määräämistään lääkkeistä eikä röntgen-, laboratorio- tai muista vastaavista palveluista aiheutuvista kustannuksista. Siihen, että näytteidenotto ja muut toimenpiteet tuottavat lisätuloja taksan mukaan, voi sisältyä medikalisoinnin riski sen sijaan, että käytettäisiin ehkäiseviä keinoja tai kannustettaisiin potilaita ottamaan myös itse vastuuta terveydestään. Lukuun ottamatta näytteidenottoa lääkäri tekee käytännöllisesti katsoen kaiken itse toisin kuin esimerkiksi Ruotsissa, jossa aluesairaanhoidajat (distriktsköterska), erikoissairaanhoidajat ja muu terveyskeskuksen (vårdcentral) henkilökunta hoitavat mm. diabetes-, verenpaine- ja astmapotilaiden säännöllistä seurantaa.

FLO on osoittautunut menestykseksi rekrytoitaessa lääkäreitä yleislääkäripraktiikkaan. Isoissa kaupungeissa vallinnut lääkäripula on muuttunut pulaksi potilaista. Omalääkärien listoilla on suuri määrä vapaita paikkoja. Syyskuussa 2003 oli 98 % väestöstä kirjautunut jonkun omalääkärin potilaaksi. Vastaavana ajankohtana oli kaiken kaikkiaan 3 853 lääkärilistaa, joista 119 oli vailla hoitajaa etupäässä harvaan asuilla seuduilla ja Pohjois-Norjassa.

Lääkäreiden rekrytoimista on helpottanut se, että oman praktiikan perustamiseen ei vaadita erikoislääkärin pätevyyttä. Lääkärien koulutusmäärät, 900 lääkärinä vuodessa, ovat myös selvästi suurempia kuin esimerkiksi Suomessa. Rekrytointi on painotunut vastavalmistuneisiin miespuolisiin lääkäreihin, jotka eivät vielä ole erikoislääkäreitä. Kaikista omalääkäreistä 50 % on spesialisteja yleislääketieteessä. Vajaa 30 % on naisia. Monin paikoin ei enää ole tilaa uusille yleislääkäripraktiikan harjoittajille. Kaupungeissa, erityisesti Osllossa, on täyttyä, ja nuorilla lääkäreillä on vaikeuksia päästä työskentelemään yleislääkäripraktiikassa.

Koska lääkäri on itsenäinen yrittäjä, hän voi tekemänsä sopimuksen mukaisesti itse ohjata työskentelyään ja muodostaa työympäristönsä haluamallaan tavalla. Järjestelmän mukaisesti työskentelevien lääkäreiden ansiot ovat lisääntyneet merkittävästi ja samoin heidän työpanoksensa. Omalääkäreiden keskimääräiset ansiot ovat 1,2–1,4 miljoonaa Norjan kruunua vuodessa. Mahdollisuus itse päättää listan koosta ja samalla työmäärästä koetaan hyvin positiivisena.

Rikstrygdeverket oli laskenut, että tilivuonna 2001–2002 kokonaiskustannukset omalääkärijärjestelmästä nousisivat 1 911 miljoonaan Norjan kruunuun, mikä olisi tarkoittanut 40,4 %:n nousua edelliseen vuoteen verrattuna. Tosiasiassa kustannukset osoittivat kuitenkin 56,9 %:n nousua. Tässä vaiheessa ei vielä ole käytettävissä analyysiä kokonaiskustannuksista.

Yleislääkärin hoitopäätöksessä samoin kuin hoidon jatkuvuudessa on tapahtunut huomattava parannus. Sopimuksista huolimatta on esiintynyt puutteita potilaiden hoitopäätöksessä sijaisuuksien aikana, osa-aikalääkärien potilaiden kohdalla samoin kuin toimistoaikana tapahtuvien äkillisten käyntien yhteydessä sekä oleskeltaessa

vieraalla paikkakunnalla (opiskelijat, turistit jne.). Kysymyksessä voi kuitenkin olla vain alkukankeus, joka poistuu ajan myötä.

Listautuminen on tuonut mukanaan myös sen, että nyt paljon paremmin kuin aikaisemmin selviää, kuka yleislääkäri vastaa potilaasta sairaalasta uloskirjoitettaessa tai potilaan ollessa kotisairaanhoidossa. Yksilölliset listat aiheuttavat kuitenkin sen, että kotisairaanhoidajat ja sairaskotien sairaanhoitajat joutuvat ottamaan yhteyksiä useihin eri lääkäreihin ja että lääkärit myös asettavat etusijalle omat suorat kontaktinsa potilaisiin eikä niinkään yhteistyötä muiden perusterveydenhuollossa toimivien ammattiryhmien kanssa.

Ottamalla käyttöön fastlegeordning ratkaistiin useimmat akuutit ongelmat, nimittäin lääkäreiden rekrytointi, lääkärille pääsy ja hoidon jatkuvuus. Samalla luotiin lähetepakko erikoissairaanhoidon. Uudistus voidaan nähdä tuloksena viranomaisten jo 80-luvulta alkaneesta yleislääkäritoiminnan yksityistämisyrittämisistä. Norjassa toisin kuin Ruotsissa laaja moniammatillinen perusterveydenhuolto (terveyskeskukset) on ollut vain kokeilutoimintaa tietyillä alueilla, eikä fastlegeordning tässä suhteessa tuonut mukanaan kovin suuria muutoksia. Mikäli Suomi ottaisi käyttöön vastaavanlaisen järjestelmän, edellytettäisiin myös useita rakenteellisia muutoksia koko terveydenhuollon järjestelmässä.

Norjassa toteutettiin vuodenvaihteessa 2001–2002 toinenkin merkittävä sairaanhoidon uudistus, kun sairaalat siirrettiin valtion omistukseen. On melko vaikeata seurata ja arvioida, millä tavoin fastlegeordning on vaikuttanut sairaanhoitopalvelujen kysyntään ja kustannuksiin.

FASTLEGEORDNING VÄESTÖN JA LÄÄKÄRIN KANNALTA

Väestön oikeudet

Fastlegeordning takaa jokaiselle asukkaalle oikeuden valita oma yleislääkäri (fastlege). Kunnan velvollisuus on järjestää toiminta niin, että jokainen saa halutessaan omalääkärin. Jokainen voi valita haluamansa lääkärin edellyttäen, että tämän listalla on vapaita paikkoja. Lapset seuraavat listautumisessa vanhempiaan. Lääkäriä voi myös vaihtaa, kuitenkin enintään 2 kertaa vuodessa. Omalääkärin valinta ei ole sidottu asuinkuntaan, eivätkä maantieteelliset rajat ole esteenä lääkärin valinnalle. Potilaalla on oikeus saada toisen omalääkärin lausunto (second opinion). Omalääkäri toimii ns. portinvartijana, mikä merkitsee sitä, että erikoissairaanhoidon vaaditaan omalääkärin lähete, ellei kyseessä ole äkillisesti sairastunut kiireellistä hoitoa tarvitseva potilas.

Vastaavaa yksityislääkäritoimintaa, työterveyshuoltoa, opiskelijaterveydenhuoltoa tai ehkäisevää terveydenhuoltoa kuin Suomessa ei Norjassa ole.

Lääkärin asema, tehtävät ja tavoitettavuus

Omalääkärit ovat pääsääntöisesti yksityispraktikkoja, mutta he voivat olla myös palvelussuhteessa kuntaan tai osittain yksityispraktikkoja ja osittain palvelussuhteessa kuntaan. Uudistuksen mukaan potilaslistan koko voi olla enintään 2 500 potilasta ja vähintään 500 potilasta. Normaaliksi kokopäiväisen lääkärin potilasmääräksi on vahvistettu 1 500 potilaan lista.

Rikstrygdeverketin tilastojen mukaan 30.9.2003 keskimääräinen listakoko oli 1 182 potilasta. Lääkäreillä voi olla myös yhteisiä listoja.

Omalääkärin tulee huolehtia potilaidensa yleislääkäritason lääkäripalveluista kuten konsultaatioista, kotikäynneistä ja potilaiden akuuttihoidosta. Kunnan kanssa tehtävissä yksilöllisissä sopimuksissa vaaditaan, että lääkäri on potilaidensa tavattavissa toimistoaikana kello 7.30–15.30. Muulloin vastuu potilaista on kunnalla ja sen järjestämällä lääkäripäivystyksellä. Lääkärin on ensisijaisesti hoidettava omat listapotilaansa, ellei laista tai asetuksesta muuta johdu. Lääkärillä ei ole oikeutta valita potilaitaan, vaan hänen on otettava potilas listalleen, jos listalla on tilaa.

Kunta voi vaatia, että lääkäri osallistuu kunnan vastuulla olevaan yleislääkäritason lääkäryöhön (offentligt legearbeid) kuten päivystykseen, työskentelyyn lasten terveysasemalla, koulussa, sairaskodissa, vankilassa yms. enintään 7,5 tuntia viikossa. Kahdeksan viikon aikana vuodessa, jolloin lääkärin sallitaan olla poissa listapotilaidensa hoidosta (4 viikkoa lomaa ja 4 viikkoa koulutusta), hänen täytyy järjestää itselleen sijainen tai sopia vastaanotolla toimivien muiden lääkärin kanssa siitä, että nämä huolehtivat hänen potilaistaan. Omalääkäri vastaa myös sairaalassa olleiden potilaidensa hoidosta sen jälkeen, kun heidät on uloskirjoitettu sairaalasta.

Uudistuksen täytäntöönpanoa voidaan lykätä lääkäripulan vuoksi, mutta niin on tapahtunut vain kolmessa tapauksessa. Kunta myös päättää, montako omalääkäritehtävää perustetaan, kilpailuttaa hakijat sekä valitsee lääkärit ja antaa luvan toimia omalääkärinä. Esimerkiksi Oslossa on 25 kaupunginosaa, jotka toimivat kuin pienkunnat. Kaupunginosan ylilääkäri ratkaisee, tarvitaanko lisää omalääkäreitä. Hän myös hyväksyy ne sijaiset, jotka omalääkärit haluavat ottaa itselleen.

Pätevyysvaatimukset

Lääkäri voi ryhtyä omalääkäriksi ja työskennellä yleislääkäripraktiikassa ilman ohjausta välittömästi sen jälkeen, kun hän on suorittanut ns. turnuspalveluksensa. Erikoistumiskoulutusta yleislääketieteen erikoislääkäriksi kannustetaan siten, että erikoislääkäri saa sairaskassalta (trygdeverket) 50 kruunua korkeamman palkkion jokaisesta potilaskäynnistä. Säilyttääkseen yleislääkäripätevyytensä lääkäriltä vaaditaan, että hän 5 vuoden aikana kerää yhteensä 300 x 45 min. (n. 30 päivää) vastaavan määrän erilaisia kursseja tai muita suorituksia.

HALLINTO JA TALOUS

Fastlegeordning toi mukanaan myöskin rahavirtojen hallinnon Rikstrygdeverketin/paikallisten sairaskassojen sekä kuntien ja omalääkäreiden välillä. Kunnat vastaavat lääkärille maksettavan listalla olevaan potilasmäärään perustuvan osan (kapitaatio) rahoituksesta. Kapitaatio muodostaa noin 30 % omalääkärin palkasta. Käytännössä tämä on 28,5 %, mikä johtuu muun muassa siitä, että lääkärit ovat neuvottelujen jälkeen voineet vaihtaa 7,5 kunnallista yleislääkäriyötuntia, joiden korvaus sisältyi kiinteään kapitaatio-osaan, yliopisto-opettajan työhön tai vastaavaan. Lääkärin kapitaatiokorvaus on 299 Norjan kruunua vuodessa jokaiselta listalla olevalta potilaalta.

Ennen uudistusta aluelääkärit saivat kunnalta käyttökorkvauksena 200 000–300 000 Norjan kruunua vuodessa. Uudistuksen jälkeen tämä toiminta-avustus si-

sältyy kiinteään kapitaatiokorvaukseen, eikä uusien lääkaritehtävien perustaminen maksa kunnalle mitään. Kunnat huolehtivat kuitenkin varsin pitkälle vastaanottotiloista ja avustavan henkilökunnan palkkaamisesta aiheutuvista kustannuksista, jotka periaatteessa kuuluvat lääkärin vastuulle.

Suoritusperusteinen 70 %:n palkkausosuus perustuu valtakunnallisesti sovittuun kiinteään taksaan (Fastlegetariffen-normaltariff for allmenleger i fastlegeordningen og i legevakt). Taksasta sekä kapitaatiopalkkiosta sovitaan valtakunnallisesti valtion, Kommunenes Sentralforbundin (Norjan kuntien keskusjärjestön) sekä Norjan Lääkäriliiton kesken. Taksa on varsin yksityiskohtainen luettelo erilaisista korvauksista, joita maksetaan mm. potilaskäynneistä ja erilaisista toimenpiteistä.

Kunnat ylläpitävät fastlegejärjestelmän ja maksavat lääkärille korvauksen listalla olevien asukkaiden perusteella. Valtio hallinnoi ja rahoittaa suoritusperusteisen korvauksen Rikstrygdeverketin (valtakunnallinen sairauskassa) ja/tai paikallisten sairauskassojen (trygdekontor) kautta.

KANSANTERVEYS – EHKÄISEVÄ TERVEYDENHUOLTO

Fastlegeordning säätelee puitteet ja sisällön puhtaasti kuratiiviselle lääkäritoiminnalle. Useissa arvioissa on melko samansuuntaisesti todettu, että ehkäisevä hoito, kansanterveystyö sekä tutkimus- ja kehitystyö eivät ole lääkärin keskuudessa kovin korkealle priorisoituja. Ehkäisevää työtä tehdään yksilötasolla osana potilastyötä. Sitä vastoin muu laajemmin yhteiskuntaan suuntautuva kansanterveystyö ja ehkäisevä terveydenhoito ei ole yhtä kiinnostavaa, mikä käy ilmi muun muassa Stortingetissä käydystä keskustelusta (Stortingsmelding 16 (220–2003), Resept för et sunnere Norge). Tarkoituksena onkin, että läänit (fylke) saisivat jatkossa kansanterveystyössä enemmän vastuuta ja rahaa valtiolta.

RUOTSI

LAINSÄÄDÄNTÖ

Ruotsin terveys- ja sairaanhoitolaissa (hälso- och sjukvårdslag, 1982:763) on säädetty, että kaikkien maakäräjien (landstinget) pitää antaa hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa sille, joka asuu landstingetin alueella. Maakäräjien on huolehdittava siitä, että sellaista terveyden- ja sairaanhoitoa varten, joka edellyttää potilaan ottamista hoitolaitokseen, on sairaaloita. Perusterveydenhuollossa taas pitää rajoituksetta huolehtia sellaisista lääketieteellisistä toimenpiteistä, hoidosta, ehkäisevästä työstä ja kuntoutuksesta, joka ei vaadi sairaaloiden lääketieteellisiä tai teknisiä resursseja tai muuta erityispätevyyttä. Perusterveydenhuolto kuuluu jäljempänä mainittuja poikkeuksia lukuun ottamatta maakäräjien vastuualueelle.

Maakäräjien on organisoitava perusterveydenhuoltonsa siten, että kaikilla maakäräjäkunnan (landstinget) alueella asuvilla on mahdollisuus kiinteään lääkärinkontaktiin. Lääkärillä, jonka potilas saa itse valita, pitää olla erikoislääkärin pätevyys yleislääketieteessä. Maakäräjät eivät saa rajoittaa väestön lääkärin valintaa alueellaan mihinkään tiettyyn

maantieteelliseen alueeseen. Potilaalla ei kuitenkaan ole oikeutta hoitoon asumansa landstingetin ulkopuolella, jos landstinget voi antaa hoitoa, joka vastaa tieteellisesti ja kokemusperäisesti tutkittuja käytäntöjä. Maakäräjien tulee myös antaa potilaalle, jolla on hengenvaarallinen tai erityisen vaarallinen sairaus, mahdollisuus omassa landstingetissä tai sen ulkopuolella saada lääkäriltä ns. second opinion siinä tapauksessa, että tieteellisesti tai kokemusperäisesti tutkitun tiedon mukaan ei yksiselitteisesti voida päätellä, miten potilaan hoidossa tulisi menetellä, jos lääketieteelliseen kannanottoon voi sisältyä erityinen riski tai sillä on suuri merkitys potilaan tulevalle elämänlaadulle.

Kuntien vastuulle on laissa jätetty muun muassa kotisairaanhoidon sekä niiden henkilöiden terveyden- ja sairaanhoidon, jotka asuvat määrättyissä sosiaalipalvelulain (socialtjänstelag 2001:453) tarkoittamissa asumismuodoissa tai asunnoissa. Näissäkin tapauksissa vastuu lääkärin antamasta terveyden- ja sairaanhoidosta kuuluu maakäräjille.

Maakäräjät sekä kunnat voivat sopia siitä, että niille lain mukaan kuuluvia terveyden- ja sairaanhoidontehtäviä voivat tehdä muutkin kuin ne itse. Tehtäviä, joihin sisältyy viranomais toimintaa, ei kuitenkaan voida antaa osakeyhtiölle, yhdistykselle, muulle yhteisölle, säätiölle tai yksityishenkilölle.

Maakäräjät ja kunnat vastaavat harjoittamansa terveyden- ja sairaanhoidon rahoituksesta. Niillä on verotusoikeus, eikä valtio osallistu kuntien ja maakäräjien harjoittaman perusterveydenhuollon rahoitukseen.

PERUSTERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISMALLI

Maakäräjät järjestivät perusterveydenhuoltonsa 1970-luvulla perustamalla terveyskeskukset (vårdcentral) aluelääkäreineen (distriktsläkare) ja vastaavineen sekä alue-sairaanhoidajineen (distriktsjuksköterska). Usein terveyskeskuksissa on myös lääkin-tävoimistelijoina ja työterapeutteja. Terveyskeskuksille on annettu aluevastuu, joka käsittää tavallisesti noin 10 000 asukasta. Myös äitiyshuolto ja lasten terveydenhuolto on integroitu terveyskeskuksiin. Vaikka aluesairaanhoidajat ja lääkärit aluksi toimivatkin erillään, varsin pian suurimmassa osassa terveyskeskuksia otettiin käyttöön hoitotiimi (vårdlag), jonka tuli vastata 2 000–2 500 asukkaan hoidosta. Hoitotiimiin kuului aluksi lääkäri, sairaanhoidaja ja perushoitaja (undersköterska). Ruotsin perusterveydenhuollon malli, jossa eri ammattiryhmät on moniammatillisesti koottu saman katon alle, poikkeaa Norjan mallista, jossa omalääkärit, terveysasemat ja kotisairaanhoidajat toimivat kukin eri organisaatioissa. Vastaavaa työterveyshuoltojärjestelmää ja opiskelijaterveydenhuoltojärjestelmää kuin Suomessa Ruotsissa ei ole.

Ruotsissa käynnistettiin 1990-luvun puolivälissä myös nk. perhelääkäri uudistus (husläkarreform), jota ei kuitenkaan lopulta toteutettu. Tietyt maakäräjät alkoivat kuitenkin käyttää perhelääkäri-nimitystä ja voivat edelleenkin tehdä niin.

HENKILÖSTÖN ASEMA JA PALVELUSSUHTEEN EHDOT

Työlainsäädäntö

Ruotsissa on käytännössä vain yksi palvelussuhde, työsuhde. Kuntasektorin työntekijöitä koskee pääsääntöisesti sama työlainsäädäntö kuin yksityissektorin työntekijöi-

täkin muun muassa palvelussuhdeturvalaki (lag om anställningsskydd) ja myötämääräislaki (lag om medbestämmande i arbetslivet). Työaikalainsäädännössä on noudatettava EU:n työaikadirektiiviä, mikä esimerkiksi lääkäripäivystyksessä ja vähintään 11 tunnin keskeytymättömän vuorokausilevon antamisessa aiheuttaa samoja ongelmia kuin Suomessa.

Työehtosopimukset

Ruotsin kuntasektorin valtakunnallisiin työehtosopimukseen sisältyvät kaikki kunta-sektorin työntekijöitä (osittain myös kunnallisten yritysten työntekijöitä) koskevat yleismääräykset ja järjestökohtaisesti sovitut erityismääräykset Ruotsin Lääkäriliiton, muita akateemisia aloja edustavan AkademikerAlliansin, hoitotyöntekijöitä edustavan Vårdförbundetin ja kunnallisia työntekijöitä edustavan Svenska Kommunalarbetarförbundetin jäseniä varten.

Yleismääräyksiä ja erityismääräyksiä sovelletaan, ellei laista, asetuksesta tai valtion viranomaismääräyksistä taikka työntekijän kanssa tehdystä sopimuksesta muuta johdu. Jos sopimuksissa erityismääräykset poikkeavat yleismääräyksistä, noudatetaan erityismääräyksiä.

Yksilöllinen ja differentioitu palkkaus

Yleismääräyksissä lähdetään siitä, että työntekijälle, joka palkataan vähintään 3 kuukaudeksi, maksetaan aikaan sidottu kuukausipalkka sopimuksen mukaan. Työnantaja (esim. langdstinget) ja työntekijäorganisaatio saavat myös sopia työehtosopimuksin suorituspalkasta –urakkapalkasta, tulospalkasta, tulospalkkiosta tai vastaavasta taikka muista vaihtoehtoisista palkkausmuodoista. Muutamat landstingetit ovat kehittäneet tulospalkkausta ja tiimipalkkausta. Toimenpidepalkkausjärjestelmiä ei ole käytössä.

Keskeiset palkanasetanta koskevat peruseriaatteet on kuitenkin sovittu edellä tarkoitetuissa järjestökohtaisissa erityismääräyksissä.

Lähtökohtana voimassa olevissa palkkasopimuksissa on yksilöllinen ja differentioitu palkanasetanta. Sopimukseen kirjatuissa periaatteissa korostetaan, että työnantajalla (maakäräjillä ja kunnilla) on suuri vastuu palkanmuodostuksesta.

Palkanmuodostuksen ja -asetannan tulee edistää toiminnallisten tavoitteiden saavuttamista. Palkan tulee kannustaa parannuksiin toiminnan tehokkuudessa, tuottavuudessa ja laadussa. Sen vuoksi palkan tulee olla yksilöllinen ja differentioitu sekä kuvastaa saavutettuja tavoitteita ja tuloksia. Myös edellytykset rekrytoida ja saada henkilöstö pysymään työnantajan palveluksessa vaikuttavat palkkaus- ja palvelussuhteen ehtoihin.

Palkkausjärjestelmän tarkoituksena on luoda prosessi, jossa työntekijän tulokset ja palkkakehitys nivotaan yhteen siten, että saavutetaan positiivinen yhteys palkan, motivaation ja tulosten välillä. Sen vuoksi esimiehen ja työntekijän keskinäisellä vuoropuhelulla tavoitteista, odotuksista, vaatimuksista, saavutetuista tuloksista ja palkasta on suuri merkitys.

Erityisen tärkeänä pidetään, että kaikilla tasoilla toimiville esimiehille palkka kuvaa ensinnäkin sitä, miten asetetut tavoitteet täytetään ja toiseksi niitä tuloksia, jotka

asianomainen työntekijä saavuttaa. Esimiehet ovat työnantajan edustajia, ja heillä on suuri vastuu asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta ja tulosten seurannasta.

Em. suuntaviivojen määrittely itse sopimuksessa on tärkeää sen vuoksi, että keskustasolla sovitaan sopimuskaudelle vain käytettävissä oleva palkankorotusvara, palkkaraami. Alarajoista ei ole sovittu, vaan palkka määräytyy yksilöllisesti paikallisen työnantajan ja työntekijäorganisaation sopiman työehtosopimuksen mukaan työntekijän ja palkanasetannasta vastaavan esimiehen välillä tapahtuvaan jatkuvaan vuoropuheluun perustuen.

Valtakunnallisiin sopimuksiin on kirjattu myös sopijaosapuolten yhteinen näkemys hyvin toimivan yksilöllisen palkanasetannan edellytyksistä, joista mainittakoon:

- Palkantarkistusten suunnitteluaiakataulu
Yksilöllinen palkkausjärjestelmä edellyttää seurantaa ja tarkistuksia (löneöversyn) ja sen vuoksi palkantarkistuksiin palataan vuosittain.
- Palkkojen analysointi
Sopimus edellyttää työnantajan kartoittavan ja analysoivan palkat tarkistusneuvotteluja varten. Lisäksi tasa-arvolaki vaatii kartoitusta ja analyysiä tasa-arvonäkökulmasta. Toisin kuin Suomessa Ruotsissa ei ole sovittu työn vaatavuuden arviointiin perustuvasta palkkausjärjestelmästä.
- Keskustelut
Yksilöllinen palkanasetanta edellyttää, että työntekijöiden kanssa käydään keskustelut asetetuista tavoitteista, tuloksista ja niiden kytkennästä palkkaan.
- Vanhempien työntekijöiden palkkakehityksestä huolehtiminen
Uusien työntekijöiden palkkaus ei saa johtaa siihen, että esimerkiksi henkilöstöhankinnallisista syistä palkkauserot jatkuvasti pienenevät.

Työaika

Keskustasolla työajoista on sovittu keskimääräiset enimmäistyöajat. Kokopäivätyötä tekevän säännöllinen työaika saa olla keskimäärin 40 tuntia viikossa lukuun ottamatta arkipyhäviikkoja, joilla työaika lyhenee sillä tuntimäärällä, joka muutoin olisi arkipyhänä tehty.

Jos säännöllinen työaika on sijoitettu sekä arkipäivälle että sunnuntai- ja pyhäpäivälle, kokopäivätyötä tekevän työaika on keskimäärin 38 tuntia 15 minuuttia viikossa käytössä olevana tasoittumisaikana. Kolmivuorotyössä säännöllinen työaika on 34 tuntia 20 minuuttia viikossa ja keskeytyvässä kolmivuorotyössä 36 tuntia 20 minuuttia viikossa. Muutoin noudatetaan työaikalakia. Siitä on kuitenkin sovittu joitakin poikkeuksia valtakunnallisessa sopimuksessa itsessään ja mahdollisuus tehdä eräitä poikkeuksia paikallisin työehtosopimuksin. Lääkäreitä koskevien erityismääräysten mukaan säännöllinen työaika sijoitetaan viikoilla, joille ei satu arkipyhää, maanantaista perjantaihin kello 7.00–21.00. Tästä voidaan kuitenkin paikallisin sopimuksin poiketa.

Yleiset velvollisuudet

Työntekijän yleisiin velvollisuuksiin kuuluu sen lisäksi, että hänen on suoritettava työsopimuksensa mukaiset tehtävät ja palvelussuhteeseensa muutoin liittyvät tehtävät, myös tarvittaessa sijaistaa toista kunnan työntekijää ja samalla kokonaan tai osittain tehdä myös omat työtehtävänsä. Edelleen on sovittu, että työntekijän on tarvittaessa muutettava työvuorosuunnitelmaansa tai siirrettävä työaikaansa myöhemmin tehtäväksi, työskenneltävä enemmän kuin vahvistettu työaika edellyttää sekä oltava päivystyksessä tai varalla. Epämukavan työajan sijoittelua koskevia erityismääräyksiä (tiettyjä suuntaviivoja) on muun muassa lääkäreiden kohdalla.

Sivutoimet

Työntekijöiden on pyynnöstä ilmoitettava sivutoimensa työnantajalle. Työnantaja puolestaan voi kieltää sivutoimen, jos se voi

- 1 vaikuttaa haitallisesti työtehtävien suorittamiseen
- 2 vaikuttaa työntekijän asioiden käsittelyyn oman työnantajan palveluksessa, tai
- 3 sisältää työnantajan toiminnan kanssa kilpailevaa toimintaa.

Työtuomioistuin on 1999 katsonut, että maakäräjäkunnalla oli oikeus kieltää palveluksessaan olevaa kätilöä vapaa-aikanaan tekemästä ultraäänitutkimuksia yksityiselle yhtiölle. Toisaalta oikeudessa ei ole koskaan tutkittu, olisiko mahdollista kilpailusyistä kieltää lääkäriä työskentelemästä vapaa-aikanaan työvoimaa vuokraavan firman palveluksessa.

VUOKRALÄÄKÄRIT

1990-luvulla Ruotsin terveydenhuoltoalan työmarkkinoille tulivat työvoimaa vuokraavat yritykset. Tuolloin yksityinen työnvälitystoiminta tuli lailliseksi ja toisaalta hoitosektorilla oli ongelmia saada riittävästi työvoimaa. Tuoreessa raportissa (Inhyrda läkare, Landstingsförbundet, 2003) todetaan työvoimavuokrausyritysten toiminnan kasvaneen voimakkaasti ja vastaavasti maakäräjäkuntien vuokratyövoimakustannusten jatkuvasti lisääntyneen erityisesti vuokralääkärien kohdalla. Vuokralääkäreitä käytetään pääasiassa perusterveydenhuollossa ja psykiatriassa. Em. raportissa on myös käsitelty vuokrauslääkäritoiminnan etuja ja haittoja.

Edut:

- vähentää varsinaisen henkilökunnan työmäärää
- vuokralääkäreiltä voi tulla uusia impulsseja työtapojen muuttamiseen
- vuokrausyritysten toiminta tuo luultavasti kokonaisuudessaan enemmän lääkäriytunteja koko maahan verrattuna tilanteeseen, jossa työvoiman vuokratoimintaa ei lainkaan olisi

- potilaille tulee paremmat mahdollisuudet päästä nopeammin lääkäriin
- vuokralääkärillä voi olla jokin muu erikoislääkäripätevyys kuin yleislääketiede, mikä tietyissä tapauksissa voi olla etu toiminnalle
- hoitoyksikkö voi toimia myös vaikeissa henkilökunnan vajaustilanteissa
- työnantaja maksaa vain siitä ajasta, kun lääkäri on työpaikalla lääkärintyössä.

Haitat:

- potilasturvallisuuteen negatiivinen vaikutus osittain siksi, että hoidon jatkuvuus heikkenee ja osittain siksi, että sekä kokeiden ja näyttöiden että lähetevastausten seurannassa samoin kuin potilasasiakirjojen signeerauksessa on puutteita jne.
- omalle henkilökunnalle aiheutuu lisätyötä perehdyttämisestä, rutiinien ja lomakkeiden läpikäymisestä yms.
- vuokralääkärit on kallis ratkaisu. Vuokrausyrityksille maksettava korvaus on korkeampi kuin oman henkilökunnan palkkauskustannukset, minkä lisäksi vuokralääkärit kirjoittavat keskimäärin enemmän lähetteitä hoitolaitoksiin, ottavat enemmän näytteitä ja tekevät enemmän röntgentutkimuksia ym. kuin vakinainen henkilökunta. Myös lääkemääräysten kirjoittaminen lisääntyy, mikä sekin lisää maakäräjäkuntien kustannuksia.
- usein sen jälkeen kun lääkäri on lähtenyt, jälkityöt jäävät vakinaiselle henkilökunnalle, jonka tulee seurata ajanvarausta, käydä läpi näyte- ja lähetevastaukset, signeerata potilasasiakirjat jne.
- oma henkilökunta ärsyyntyy vuokralääkäreiden palkkatasosta
- valtaosa vuokralääkäreistä työskentelee vapaa-aikanaan, joka varsinaisesti on tarkoitettu lepoon ja virkistykseen, mikä puolestaan voi johtaa huonompiin työtuloksiin vakituisessa palvelussuhteessa
- toiminnan kehittämisessä on ongelmia silloin, kun yksiköt ovat riippuvaisia vuokralääkäreistä, jotka työskentelevät ikään kuin tilapäisinä lääketieteellisinä konsultteina.

Monet suuret maakäräjäkunnat sekä useat kunnat ovat päättäneet lopettaa vuokrahenkilökunnan käytön sairaaloissa ja terveyskeskuksissa. Viimeksi tällaisen päätöksen on tehnyt Tukholman läänin maakäräjäkunta. Sielläkin syynä on lähinnä ollut vuokratyövoimakustannusten kasvu.

TANSKA

TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTELMÄ

Tanskan terveydenhuolto voidaan jakaa perusterveydenhuoltoon ja sairaalasektoriin. Toiminnallinen vastuu ja rahoitusvastuu terveystalvelujen järjestämisestä on suurimmaksi osaksi 14:llä maakunnalla (amt) sekä Kööpenhaminan ja Frederiksbergin kunnilla. Niiden tehtävänä on huolehtia sairaaloista, sairausvakuutuslaissa säädetyn julkisen sairausvakuutusjärjestelmän (den offentlige sygesikring) mukaan perusterveydenhuollosta, ehkäisevästä terveydenhuollosta sekä hammashuollosta siltä osin kuin se on maakuntien vastuulla.

Maakunnat toimivat läheisessä yhteistyössä kuntien kanssa, joiden tehtäviin kuuluu mm. kotisairaanhoido, kouluterveydenhoito (osittain), lasten hammashuolto 18 ikävuoteen saakka sekä niiden osittain kehitysvammaisten tai vaikeista fyysisistä taikka psyykkisistä sairauksista kärsivien hammashuolto, joiden on vaikeata päästä hammaslääkärin vastaanotolle. Kuntien tehtäviin kuuluvat myös sosiaalipalvelut.

Valtion tehtävänä on lainsäädäntö, kansallinen terveystalviikka, kehittämislinjat, ohjaus ja valvonta sekä yksittäiset koko maata koskevat toiminnot.

RAHOITUS

Vuonna 2000 julkiset ja yksityiset terveydenhuoltomenot Tanskassa olivat 8,3 % bruttokansantuotteesta OECD:n tilastojen mukaan. Suurin osa (85 %) Tanskan terveydenhuollosta rahoitetaan verovaroin. Terveystalvotopalvelut rahoitetaan pääosin maakuntien ja kuntien keräämillä veroilla. Valtion osuus on pieni. Terveystalvotmenot muodostavat noin 70 % maakuntien kaikista käyttömenoista.

PERUSTERVEYDENHUOLTO

Julkinen sairausvakuutusjärjestelmä koskee kaikkia Tanskan asukkaita. Maakunnat sekä Kööpenhaminan ja Frederiksbergin kunnat huolehtivat sairausvakuutusjärjestelmän mukaan asukkaidensa perusterveydenhuollosta. Ne myös rahoittavat sairausvakuutusjärjestelmän maakuntaverolla. Kansalaisten ei tarvitse maksaa sairausvakuutusmaksuja julkiseen järjestelmään. Julkinen sairausvakuutusjärjestelmä korvaa myös lääkäreiden ja hammaslääkäreiden määräämiä lääkkeitä.

Yksityinen sairaanhoidotakuutus on noin 27 %:lla väestöstä. Yksityinen sairaanhoidotakuutus korvaa mm. lääkekuluja ja hammashuoltoa siltä osin kuin julkinen sairausvakuutus ei kata hammashuollon kustannuksia.

Sairausvakuutuksen ryhmät

Yli 16-vuotiaat henkilöt, joilla on oikeus sairausvakuutuksen mukaisiin etuihin, voivat valita sairausvakuutusryhmän 1 tai 2. Valinnalla on merkitystä moniin sairausvakuutusetuihin. Ryhmään 2 kuuluvilla on laajempi lääkäriin valintaoikeus, mutta pie-

nemmät sairausvakuutusedut. Alle 16-vuotiaat lapset kuuluvat samaan ryhmään vanhempiensa kanssa. Lähes 98 % on valinnut ryhmän 1.

Yleislääkärit (almen læger) ja eräät muut sairausvakuutuksen ammatinharjoittajaryhmät

Yleislääkärillä on keskeinen asema Tanskan terveydenhuoltojärjestelmässä. Tämä johtuu siitä, että sairauden kohdatessa on ensiksi otettava yhteys perusterveydenhuoltoon, ja yleislääkäri on potilaan ensikontakti terveydenhuollon palveluihin. Yleislääkäri, jonka palveluihin jokaisella on oikeus, toimii ”portinvartijana” sairaalaan hoitoon tai erikoislääkärin antamaan hoitoon. Normaalitytapauksessa potilas tarvitsee oman yleislääkäriensä läheteen lääketieteellistä tutkimusta ja hoitoa varten sairaalassa, ellei ole kysymys äkillisestä sairaudesta tai onnettomuudesta. Vastaavasti tarvitaan yleislääkäriin lähete myös erikoislääkäriin hoitoa varten. Yleislääkäri pitää varmistaa, että potilas saa oikean hoidon ja että hänet lähetetään oikean terveydenhuollon ammattihenkilön hoitoon. Yleislääkäri on näin ollen samalla sekä koordinaattori että ammattihenkilö, joka on vastuussa potilaidensa lähettämistä sairaalaan, erikoislääkärille tai muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden hoitoon (gatekeeper -tehtävät). Yksityislääkäreitä ja työterveyshuoltoa ei ole.

Tanskan sairausvakuutusjärjestelmän piirissä toimii noin 3 500 yleislääkärinä. Jokaisella yleislääkärillä on noin 1 600 potilasta. Kaikkien sairausvakuutettujen, jotka ovat valinneet ryhmän 1, on rekisteröidyttävä yleislääkäriin potilaaksi. Myös ryhmään 2 kuuluvilla on oikeus, mutta ei velvollisuutta, rekisteröityä yleislääkäriin potilaaksi. Yleislääkäriin voi valita vapaasti 15 kilometrin säteellä asuinpaikastaan paitsi Kööpenhaminan ja Frederiksbergin alueella 5 kilometrin etäisyydeltä. Lääkäri ei voi valita potilaitaan. Hänen on otettava listalleen uusia potilaita, jos sillä on tilaa.

Ryhmään 1 kuuluvat saavat maksutta yleislääkäriin palvelut omalta yleislääkäriltään tai hänen sijaiseltaan. Oleskellessaan tilapäisesti oman lääkäriensä alueen ulkopuolella he voivat maksutta käydä toisen yleislääkäriin vastaanotolla, jos sattuvat äkillisesti sairastumaan, heidän sairautensa pahenee tai kyseessä on onnettomuustapaus jne.

Ryhmään 2 kuuluvat maksavat itse osan hoidostaan yleislääkärille, jonka he voivat vapaasti valita.

Sairausvakuutus korvaa myös joko kokonaan tai osittain erikoislääkärikäynnit. Ryhmään 1 kuuluvat vakuutetut saavat erikoislääkäriin avun maksutta edellyttäen, että heillä on lähete omalta yleislääkäriltään.

Hammaslääkärille ei tarvita yleislääkäriin lähetettä. Hammaslääkäriensä kaikki asukkaat saavat vapaasti valita. Sairausvakuutusjärjestelmän piirissä on noin 2 560 hammaslääkärinä, jotka toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina. Sairausvakuutus korvaa osan 18-vuotiaiden ja sitä vanhempien ehkäisevästä ja muusta hammashoidosta. Alle 18-vuotiaat sekä kehitysvammaiset tai vaikeista fyysisistä taikka psyykkisistä sairauksista kärsivät saavat hammashuollon maksutta.

46 Sairausvakuutusjärjestelmästä korvataan osittain myös fysioterapeuttien hoito-
toimenpiteet edellyttäen, että potilaalla on oman yleislääkäriensä lähete. Sen sijaan lähetettä ei tarvita kiropraktikolle, jonka palvelu on myös sairausvakuutuksesta osittain korvattavaa. Julkinen sairausvakuutus korvaa osittain myös psykologin ja ravitsemusterapeutin palvelut.

Myös kotisairaanhoidon tiettyine apuvälineineen ja kotisairaanhoidajan palveluineen on maksutonta kunnan asukkaille, mikäli sen on määrännyt yleislääkäri.

Yleislääkärin oikeudellinen asema sekä sopimukseen perustuvat oikeudet ja velvollisuudet

Oikeudellinen asema

Maakunnan velvollisuutena on huolehtia, että sairausvakuutusjärjestelmän ylläpitämiseksi vakuutettuja varten on riittävä määrä yleislääkäreitä.

Maakunta päättää neuvoteltuaan asiasta yhteistyövaliokunnan kanssa (Sygesikrings Samarbejdsudvalg) yleislääkäreiden määrästä alueellaan. Maakunnat myös antavat yleislääkäreille luvan harjoittaa sairausvakuutusjärjestelmän mukaista yleislääkäritoimintaa.

Yleislääkärit ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia, joiden oikeuksista ja velvollisuuksista sovitaan valtakunnallisesti sairausvakuutuksen neuvottelukunnan (Sygesikrings Forhandlingsudvalg) ja praktiikkaa harjoittavien lääkärien organisaation (Praktiserende Lægers Organisation) välillä. Sopimus tarvitsee tullakseen voimaan terveysministerin hyväksymisen. Vastaavasti sairausvakuutus, sen neuvotteluvaliokunta, tekee valtakunnalliset sopimukset myös itsenäisesti ammattiaan harjoittavia ammattihenkilöitä kuten erikoislääkäreitä, hammaslääkäreitä, fysioterapeutteja, kiropraktikkoja, ravitsemusterapeutteja ja psykologeja edustavien organisaatioiden kanssa.

Yleislääkärin toimintaa koskeva sopimus (Landsoverenskomst om almen lægegering) koskee niiden henkilöiden sairaanhoitoa, joilla on oikeus maksuttomaan lääkärin apuun sairausvakuutuslain mukaan (ryhmän I vakuutetut), ja ehkäisevää terveydenhuoltotyötä, joka tapahtuu potilaan käynnin yhteydessä osana hoitoa.

Sopimuksen sisältö on pääpiirteittäin seuraava:

- yhteistyöelimet
- praktiikan suunnittelua, järjestämistä ja sääntelyä muun muassa praktiikan kokoa ja osapraktiikkaa koskeva määräykset
- palkkiorakenne ja palkkioiden suuruus
- valvontamääräykset
- taloudellinen ohjaus
- yhteistyö kuntien kanssa
- tutkimus
- yleislääkärin praktiikka koulutuspaikkana
- jatkokoulutus
- laadun kehittäminen
- erillinen sopimus raskaana olevien naisten sekä lasten tutkimuksista ja roko-
tuksista.

Vain yleislääketieteen erikoislääkäri voi saada luvan harjoittaa sairausvakuutusjärjestelmän mukaista yleislääkärin tointa (praktiikkaa). Myös yleislääkärin sijaisekseen ottamalla lääkäriltä edellytetään pääsääntöisesti vastaava pätevyys.

Lääkäri voi harjoittaa praktiikkaa yksin (soolopraktiikka), yhteistyössä muiden yleislääkäreiden kanssa, yhtiömuodossa, osapraktiikkana, verkostopraktiikkana ja satelliittipraktiikkana.

Tavoitettavuus

Lääkärin tulee säännönmukaisesti joka päivä maanantaista perjantaihin järjestää potilailleen mahdollisuus päästä vastaanotolleen kiinteään aikaan tai ajanvarausta käyttäen. Myös niille vakuutetuille, joilla on päiväsaikaan työesteitä, tulee antaa mahdollisuus päästä omalle lääkärilleen sen jälkeen kun normaali työaika klo 16.00 päättyy.

Lääkärin, joka on järjestänyt vastaanottonsa pelkästään ajanvarausperiaatteella, pitää organisoida ajanvarauksensa siten, että potilaat pääsevät vastaanotolle viimeistään viidentenä arkipäivänä ajantilauksesta.

Äkillisesti lääkärin avun tarpeessa olevan potilaan tulee saada lääkärinapu puhelimitse tai muulla tavoin klo 16 saakka samana päivänä omalta lääkäriltä tai joltakin tämän nimeämältä sijaislääkäriltä, jonka kanssa yleislääkäri on tehnyt asiasta sopimuksen.

Lääkärin tai hänen henkilökuntaansa kuuluvan tulee olla myös puhelimitse päiväsaikaan tavoitettavissa. Yleislääkärin velvollisuuksiin kuuluvat myös kotikäynnit tarvittaessa. Yhteydenpitoa potilaisiin voi lääkärin valinnan mukaan tapahtua myös sähköpostin välityksellä.

Lääkärille on helppo päästä. Ensikontakti tapahtuu yleensä puhelimitse. Työajasta käytetään 16 % erilaisiin puhelinkonsultaatioihin, 58 % vastaanotolla tapahtuviin potilaskäynteihin, 6 % kotikäynteihin ja vain 5 % ehkäisevään terveydenhuoltoon.

Lääkärin on itse hankittava tilat, välineet ja mahdollinen avustava henkilökunta vastaanottoaan varten. Vastaanottojen lääketieteellinen ja muu varustus on varsin vaatimaton verrattuna Suomen terveyskeskuksiin. Avustava hoitohenkilökunta toimii lääkärin vastuulla, eikä siltä edellytetä mitään erityisiä pätevyysvaatimuksia.

Vain yksinkertaisimmat laboratoriotutkimukset voidaan tehdä yleislääkärin vastaanotolla. Röntgentutkimukset tehdään yleensä sairaalassa.

Päivystys

Maakunnan vastuulla on lääkäripalvelujen järjestäminen yleislääkärin päivätyöajan jälkeen. Maakunta päättää neuvoteltuaan yhteistyövaliokunnan kanssa, millä ehdoilla yleislääkärien päivystykset järjestetään. Järjestelyt on tehtävä siten, ettei alueen yleislääkäreiden päivystysrasitus nouse kohtuuttomaksi. Päivystyksessä lääkärit ovat yleensä potilaidensa tavoitettavissa puhelimitse tietyssä päivystyspisteessä (visitationsvagtordning) mm. mahdollista jatkohoitoon lähettämistä varten. Maakunta voi antaa välttämättömät tilat, puhelimen yms. päivystävien lääkäreiden käyttöön.

Vastuu lääkerekuluista ja erikoissairaanhoidon kustannuksista

Yleislääkärillä ei ole suoranaista kustannusvastuuta määräämistään lääkkeistä tai määräämistään erikoissairaanhoidosta. Maakunnat ovat kuitenkin luoneet varsin yksityiskohtaisen raportointijärjestelmän, johon sisältyy lääkäreiden välinen vertailu (benchmarking) erikoissairaanhoidon käytön määräämisen osalta.

Ansiot ja työaika

Sopimuksen mukaan jokainen yleislääkäri saa praktiikasta aiheutuviin kuluihin vuosittain 10 000 Tanskan kruunua ja lisäksi tietokonemaksuja varten samoin 10 000 Tanskan kruunua vuodessa. Muutoin lääkäri vastaa kaikista toimintakuluistaan.

Varsinaiset ansiot muodostuvat suoriteperusteisista palkkioista ja peruspalkkioista siten, että palkkioiden suhde on noin 70/30 suoritusperusteisten palkkioiden hy-

väksi. Suoriteperusteiset palkkiot muodostuvat käyntipalkkioista, taksan mukaisista toimenpidepalkkioista, kotikäyntipalkkioista, päivystyskorvauksista, laboratoriotutkimuksista, rokotuspalkkioista yms. Peruspalkkiot maksetaan per capita kaikista täysikäisistä ja alle 16-vuotiaista vakuutetuista vuosineljänneksittäin.

Yleislääkärin nettoansiot, kun praktiikan hoitokulut, jotka ovat noin 50 % tuloista, vähennetään, olivat vuonna 2002 ilmoittajasta ja laskutavasta riippuen 800 000–850 000 Tanskan kruunua. Lääkärikohtaiset potilasmäärät käyvät ilmi alla olevasta taulukosta.

**Potilaskontaktien määrä/lääkäri/päivä
(päiväaika – keskimäärin)**

- 30 000 000 potilaskontaktia vuodessa yleislääkäripraktiikassa
- 3 500 yleislääkärää
- 8 500 potilaskäyntiä/lääkäri/vuosi
- 210 työpäivää/vuosi
- 40 potilaskäyntiä/lääkäri/päivä

Lähde: Praktiserende Laegers Organisation

Yleislääkäreiden keskimääräinen työaika ml. päivystys oli alla olevan taulukon mukaan kaikkien lääkäreiden osalta 45,9 tuntia viikossa.

Yleislääkärin keskimääräinen työaika

	Päiväaika	Päivystys	Yhteensä
Kaikki lääkärit	41,7	4,2	45,9
– ilman päivystystä	42,0		42,0
– päivystävät	41,5	6,6	48,1

Lähde: Praksistaellning 1999/Praktiserende Laegers Organisation

Potilasmäärää, lääkärikontakteja ja työaika tarkasteltaessa on otettava huomioon myös se, että Tanskassa ei ole samalla tavoin järjestettyä työterveydenhuoltoa, opiskelijaterveydenhuoltoa eikä neuvolatoimintaa kuin Suomessa, vaan kaikki joutuvat kääntymään yleislääkäriinsä puoleen. Lisäksi yleislääkärit hoitavat muun muassa rokotukset.

Tanskan perusterveydenhuolto on hyvin lääkärikeskeistä. Erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä on yhteistyövaikeuksia, joiden on osittain katsottu aiheutuvan lääkärin itsenäisestä asemasta.

Asiantuntijahaastattelut

LAINSÄÄDÄNTÖ

Suurin osa asiantuntijana haastatelluista katsoi, ettei lainsäädäntö rajoita toiminnan järjestämistä tai kehittämistä. Säädösten todettiin rajoittavan vain, jos haluaa vastustaa jotain asiaa. Lait, kuten kansanterveyslaki, ovat puitelakeja, jotka sallivat toimintojen järjestämisen varsin vapaasti ja tarkoituksenmukaisesti, mikäli rahaa ja työvoimaa on käytettävissä. Työlainsäädännön todettiin luovan vähimmäispuitteet toiminnalle.

KANSANTERVEYSLAKI JA SOSIAALIHUOLTOLAKI

Eräitä lainsäädännöllisiä toimintaa vaikeuttavia esteitä tuotiin kuitenkin esiin. Helsingin kaupungin edustajat muun muassa totesivat, ettei lainsäädäntö mahdollista kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistämistä terveydenhuollon toiminnaksi. Sairaanhoidon potilaat ja kotipalvelun asiakkaat saavat palvelunsa eri lainsäädännön mukaan, eikä henkilökuntaa tai tietojärjestelmiä voida käyttää hyväksi tarkoituksenmukaisesti ja järkevästi. Helsinki on jo esittänyt lainsäädäntöä tältä osin tarkistettavaksi.

TYÖSOPIMUSLAKI JA VIRANHALTIJALAKI

Useiden haastateltavien mielestä työsuhdeturva on viety liian pitkälle, ja sitä pitäisi potilasturvallisuuden takia rajoittaa. Irtisanomiset menevät usein kumoon oikeusistuimissa. Ammattitaitonsa menettäneistä, eri tavoin psyykkisesti sairaista tai vaikeasti persoonallisuushäiriöisistä potilasturvallisuutta vaarantavista tai muutoin työrajoitteisista henkilöistä ei päästä eroon. Tällöin myös tuloksellisuus sekä työpaikan ilmapiiri kärsivät. Työsuojelutarkastukset koettiin ongelmallisiksi silloin, kun niitä tehdään häiriintyneiden henkilöiden pyynnöstä ja asiat tuodaan vääristellen esiin. Työsuojelutarkastajat taas eivät ota yhteyttä esimerkiksi työnjohtoon.

Haastateltavat kysyivät myös, miksi niin laajasti on haluttu käyttöön työsuhde, vaikka virkasuhde olisi selvästi joustavampi tehtävien hoitamisessa ja turvaisi kaikissa tilanteissa paremmin kuntien mahdollisuudet lakisääteisten palvelujen antamiseen.

TYÖAIKALAKI

Työaikalain ylityökattoja pidettiin toimintaa vaikeuttavina erityisesti lääkäripäivystystä järjestettäessä. Työaikalain voimaan tultua päivystystä on jouduttu eräissä terveyskeskuksissa vähentämään, vaikka lääkärit olisivat olleet valmiita päivystämään entisessä määrin.

TIETOSUOJALAINSÄÄDÄNTÖ

Haastateltavat katsoivat yleisesti, että tietosuojalainsäädäntö estää tai haittaa tarkoituksenmukaista ja järkevää toimintaa, ja erityisesti yhteistyötä perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja erikoissairaanhoidon välillä. Tiukka tietosuoja aiheuttaa myös byrokratiaa ja vaikeuttaa potilaiden hoitoa. Silloinkin, kun kunnassa on integroitu sosiaali- ja terveydenhuolto ja esimerkiksi yhteinen perhe- ja mielenterveysneuvola, potilastietojen vaihto on vaikeaa. Hammashuollossa pidettiin epätarkoituksenmukaisena mm. sitä, että tietosuoja ei salli potilaan yleisstatuksen antamista hammashuoltoon. Kun ei ole oikeutta eikä yhteyttä terveyskeskuksen tietokantaan, tulee myös turhia käyntejä. Aina ei yhteyttä tietojärjestelmään saada potilaan luvallakaan. Mitä enemmän hammashuollossa on vanhusväestöä, sitä tärkeämpää tietojen saanti olisi. Pitäisi esimerkiksi tietää Marevan-lääkityksen tasot ja psyykenlääkkeet silloin, kun käytetään puudutusaineita.

Koska kukaan ei tiedä, miten tietosuojalainsäädäntöä pitäisi tulkita, ristiriitaiset tulkinnat ja käsitykset vaikeuttavat toimintaa. Päämääränä tulisi olla oikea tieto oikeassa paikassa. ”Yksilön oikeussuoja on tärkeä, mutta ei tiedon salaus.”

Kainuun hallintokokeilu, jossa kokeilulain mukaan kokeilun alkaessa voimassa olevat useat eri rekisterit ovat voimassa koko kokeilun ajan, tulee tietosuojan ja salassapidon osalta olemaan varsin mielenkiintoinen monine erilaisine tulkintakysymyksineen erityisesti ottaen huomioon, että kokeilun aikana asiakas saa valita lääkärin ja monessa tapauksessa paikan, josta palveluita hakee.

Tietosuojalainsäädännössä ei läheskään aina oteta huomioon uusien viestimien mahdollistamaa toimintaa.

KILPAILULAINSÄÄDÄNTÖ JA OSTOPALVELUT

Terveyspalvelujen laajaa kilpailuttamista ja ostopalveluja koskevien säännösten katsottiin vaativan selkiennyttämistä. Epäselvää on mm., milloin on kyseessä työsuhde milloin ostopalvelutoimeksianto. Kilpailuttamisen ja ostopalvelujen todettiin vaativan paljon henkilöstöresursseja, juridista ja ammatillista osaamista sekä asianmukaisesti järjestettyä seurantaa.

ASIAKASMAKSULAINSÄÄDÄNTÖ

Terveyskeskusmaksun monimutkaisen säätelyn ja järjestelmän hallitsemisen vaatiman byrokratian katsottiin tuottavan kunnille ongelmia. Maksukatton pitäisi riittää.

Epäkohtana pidettiin myös sitä, että hammashuoltajan ja hammaslääkärin suorittamista toimenpiteistä asiakasmaksut ovat samansuuruisia. Potilaat haluavat hammaslääkärin hoitoon hammashuoltajan sijasta, mikä haittaa tarkoituksenmukaista työnjakoa.

VIRKA- JA TYÖEHTOSOPIMUKSET

Virka- ja työehtosopimusten ei sinänsä katsottu estävän henkilöstön tarkoituksenmukaista käyttöä. Sopimusten todettiin olevan minimisopimuksia. Yleensä niitä pi-

dettiin joustavina ja katsottiin, että ne mahdollistavat paikallisen toisin sopimisen sekä joustavat työaikajärjestelyt varsin laajasti muihin työmarkkinasektoreihin verrattuna. Eräs haastateltava totesi, että ”mikäli virka- ja työehtosopimusten väitetään estävän tai rajoittavan toimintaa, asian todellista laitaa ei tunneta”. Toiminnasta päättää viime kädessä työnantaja. Ongelmana pidettiin kuitenkin kustannustietoisuuden puutetta sekä sitä, että kustannuksia ei osata laskea. Myös alibudjetointia käytetään.

Sopimusten soveltamisesta päättää työnantaja. Sopimukset sinänsä eivät ohjaa toimintaa, mutta mikäli viranomaiset, joiden tulisi vastata työnjohdosta, eivät sitä tee, tosiasiaa käy niin, että sopimus ohjaa toimintaa. Sopimuksia täytäntöönpannaessa saattavat ”puurot ja vellit” mennä sekaisin, jos ja kun johtavat viranhaltijat ja keskijohto istuvat kahdella pallilla ammattijärjestöjen ja työnantajan edustajina. Ongelmana pidettiin sitä, että samaistutaan liikaa omaan ammattijärjestöön. Sopimattomana pidettiin myös sitä, että johtavat viranhaltijat kääntyvät vain oman järjestönsä puoleen.

Myös luottamushenkilöillä todettiin usein olevan vaikeuksia asettua työnantajan ja kunnan edustajan rooliin. Esimerkiksi eräässä terveyskeskuksessa oli saatu valmiiksi työn vaativuuteen perustuva palkkausjärjestelmä, jonka tekemiseen oli käytetty runsaasti aikaa. Luottamushenkilöt ja ammattiyhdistykset kuitenkin jyräsivät tulosyksiköt, ja kaikille päätettiin antaa tasaisesti vähän lisäpalkkaa.

Paikallistoimintaa rajoittavana tuotiin esiin myös se, että kun työnantajapuoli on oikeasti delegoinut mahdollisuuden paikalliseen sopimiseen, järjestöpuoli on samanaikaisesti keskittänyt valtaa ylöspäin. Järjestöpuolella ei uskalleta tehdä mitään paikallisesti kysymättä ensin lupa keskustasolta, joko Tehystä tai Lääkäriliitosta.

KUNNALLINEN YLEINEN VIRKA- JA TYÖEHTOSOPIMUS (KVTES)

Vaikka virka- ja työehtosopimusten ei yleensä katsottu rajoittavan toimintaa, tuotiin kuitenkin esiin lukuisia, osin vastakkaisia näkemyksiä, joihin haluttiin korjauksia, jotta toiminta sujuisi paremmin.

Useiden haastateltavien mielestä sopimuksia oli liikaa. Sopimusmääräyksiä pidettiin liian monimutkaisina ja vaikeaselkoisina viittauksineen ja poikkeuksen poikkeuksineen. Työaikamääräysten soveltaminen tuotti vaikeuksia. Katsottiin, että eniten työn johtamista rajoittaa KVTES ja että työaikaa kuluu liikaa työvuorolistojen tekemiseen. Kun on useita työaikajärjestelmiä, aiheutuu vaikeuksia selvittää, mihin työaikamuotoon työntekijä palkataan, jos työsuhte on lyhytaikainen tai jos välillä vaihdetaan työpaikkaa tai työpistettä. Aina ei myöskään tiedetä, mistä ylityökynnykset erilaisissa työaikajärjestelmissä lasketaan. Syntyy tarpeettomasti tulkintariitoja.

Toisaalta todettiin, että myös paikalliset sovellutukset ovat esteenä tehtävien järjestelyille. Valitettiin esimerkiksi sitä, että hammashoitajien työaika alkaa aina aamulla kello 7.30 ja päättyy säännöllisesti samaan aikaan illalla, eikä järjestelyä ole yrityksistä huolimatta pystytty muuttamaan edes 15 minuutilla, vaikka potilaiden hoidon vuoksi tulisi voida noudattaa joustavampia työaikoja. Kun johtava hoitaja tai johtava hammashuoltaja on hoitohenkilökunnan hallinnollinen esimies, ylilääkäri tai ylihammaslääkäri ei voi käytännössä vaikuttaa hoitohenkilökunnan työajan järjestämiseen. Myös vahtimestareiden työaikajärjestelyjen ilmoitettiin vaikeuttavan vastaanoton tarkoituksenmukaista aukioloa.

Toisaalta todettiin, että vaikka tarkoituksenmukaisiin työaikajärjestelyihin ei olisi

paikallisesti estettä, työnjohto sen enempää lääkäri- kun hoitajapuolellakaan ei käytä tarkoituksenmukaisia työjärjestelyjä, vaan teettää ylityötä tai luopuu henkilöstön vaatimuksesta asiakkaiden kannalta tarkoituksenmukaisista järjestelyistä.

Työaikajärjestelmän pitäisi mahdollistaa tilapäiset työajan ylitykset. Esimerkiksi yöpartio ja saattohoito pitäisi rakentaa joustavan tarpeen mukaan eikä jatkuvan varallaolon varaan. Oma henkilökunta, joka tuntee toimintajärjestelmän, olisi valmis tällaiseen järjestelyyn, mutta ylityökatot tulevat vastaan.

Työn vaativuuden arviointiin perustuvaa palkkausjärjestelmää pidettiin työläänä. Sen kehittäminen ja ylläpito vaatii liikaa henkilöstöresursseja. Se on myös aiheuttanut ”hivittävän sodan” ja monin paikoin työilmapiiri on huonontunut. Peruspalkka tulisi voida määrätä yksinkertaisemmin ja ainakin suurten ryhmien kohdalla sopia pääsääntöisesti keskitetysti.

KUNNALLINEN LÄÄKÄRIEN VIRKAEHTOSOPIMUS

Lääkärit

Lähes kaikissa terveyskeskuksissa, joissa haastatteluja tehtiin, oli käytössä omalääkärijärjestelmä. Samanaikaisesti osa terveyskeskuksen lääkäreistä saattoi kuitenkin olla perinteisessä järjestelmässä lähinnä tehtäviensä perusteella.

Eräässä terveyskeskuksessa väestövastuusta oli luovuttu ja siirrytty perinteiseen järjestelmään ja selkeään ajanvaraukseen, koska potilaita tuli ”ovista ja ikkunoista sisään” ja lääkärit väsyivät. Lääkäreiden palkkaus oli kuitenkin säilytetty väestövastuupalkkauksen tasolla. Vastaanotto- ja muu toiminta oli sujuvaa, kun päivystävä sairaanhoitaja arvioi ensin potilaan tilanteen. Akuutit tapaukset pääsivät hyvin vastaanotolle, vaikka aina ei voitu antaa välittömästi vastaanottoaikoja. Väestövastuussa oltaessa lääkärit eivät olleet olleet kiinnostuneita mistään muusta kuin vastaanottotoiminnasta, eikä esimerkiksi suunnitteluun ollut jäänyt aikaa. Väestövastuussa todettiin kuitenkin olleen hyvää hoidon jatkuvuus, alueellinen väestövastuumalli ja yhteistyö omissa tiimeissä muun henkilöstön kanssa.

Omalääkärisopimuksen katsottiin toisaalta toimivan hyvin. Toisaalta esitettiin sen kehittämistä mm. seuraavista syistä.

- Sopimus ohjaa hoitamaan vain omaa nimikkoväestöä. Se hoidetaan hyvin, mutta jos yksikin lääkäri sairastuu, joudutaan aina erityisjärjestelyihin. Omalääkärit eivät halua tutkia muiden potilaita.
- Ehkäisevä työ ei kiinnosta. Lääkärit eivät ole motivoituneita tarkastamaan terveitä lapsia, eivätkä muutenkaan ole kiinnostuneita neuvolatyöstä tai kouluterveydenhuollosta.
- Naislääkärit ja nuoremmat lääkärit eivät yleensä tee kotikäyntejä, joihin kuitenkin olisi tarvetta nykyistä enemmän. Potilaan hoitamiseen kotona tulisi saada kannusteita, jotta potilaat saataisiin pois erikoissairaanhoidosta.

- Toimenpidepalkkiot ohjaavat suoritepainotteiseen toimintaan. Huomiota pitäisi kiinnittää myös muun työn palkitsemiseen.
- Toimenpide- ja käyntipalkkiot aiheuttavat kateutta ja vaikeuttavat tarkoituksenmukaista työnjakoa ja tehtävien delegointia. Toimenpidepalkkiot ovat aiheuttaneet sen, että lääkärit ovat ottaneet tehdäkseen sellaisiakin tehtäviä, joita aikaisemmin hoitajat ovat tehneet, eivätkä lääkäriresurssit sitten riitä lääkäritehtäviin, joita hoitajat eivät voi tehdä.
- Vastuuväestöistä aiheutuu riitaa lääkäreitten kesken. Omalääkärisopimuksessa työnantajan ohjaamismahdollisuus on heikko.

Vastuuväestöjen koot vaihtelivat suurissa kaupungeissa 2 700:sta 2 050:een. Vastuuväestön kokoon katsottiin vaikuttavan mm. väestön rakenne ja eri tehtävien määrä lääkärikohtaisesti. Suurten kaupunkien johtavat viranhaltijat esittivät vastuuväestömääristä näkemyksensä seuraavaa: mikäli lääkäri tekee pelkkää vastaanottotyötä, väestövastuumäärä voi olla 2 500 potilasta. Jos taas viikossa tekee päivän jotain muuta kuin vastaanottoa, 2 000:n vastuuväestö olisi sopiva. Eräässä kaupungissa tavoitteena oli päästä alle 2 000:n vastuuväestöihin kun taas toisessa, jossa vastuuväestön määrä oli 2 100 potilasta lääkäriä kohden, katsottiin, että se määrä pitäisi lääkärin pystyä hyvinkin hoitamaan.

Terveyskeskuslääkärien työajaksi perinteisessä järjestelmässä esitettiin 38 tuntia viikossa, ts. samaa, kuin sairaalalääkäreilläkin. Terveyskeskuslääkäreiden ja sairaalalääkäreiden erilaisten päivystysmääräysten todettiin vaikeuttavan yhteisten päivystysjärjestelyjen kehittämistä.

Hammaslääkärit

Hammaslääkärien sopimusmääräyksiä pidettiin yleensä onnistuneina. Niidenkin kehittämiseksi tehtiin kuitenkin lukuisia ehdotuksia, joita tulisi toteuttaa joko keskitysti tai paikallisesti.

- Säännösten ja sopimusmääräysten vanha henki elää ja ohjaa toimintaa. Esimerkiksi käytännössä noudatetaan edelleenkin 30 tunnin klinistä työaikaa, vaikka se on sopimuksista poistettu.
- Toimenpidepalkkiot ohjaavat epätarkoituksenmukaiseen toimintaan ja vaikeuttavat tehtävien tarkoituksenmukaista järjestelyä. Hammaslääkärit eivät halua palkkioiden vuoksi luopua yksinkertaisista toimenpiteistä. Lapset ja nuoret tulisi hoitaa kapitaatiolla. Vain juurihoidossa voisi lastenkin kohdalla maksaa toimenpidepalkkioita.
- Toimenpidepalkkioita ei pitäisi maksaa lainkaan tehtävistä, jotka hammashuoltaja voi tehdä.
- Peruspalkkataso on niin korkea, että sen lisäksi maksettavat toimenpidepalkkiot eivät enää houkuttele tehokkaaseen työhön.

- Toimenpidekoodistot aiheuttavat paljon tulkintaa. Ansiotasot heittelevät eri paikoissa tulkinnasta riippuen. Valvonta on hankalaa, ellei mahdotonta.
- Sopimuksenmukaiset laitoshoitopalkkiot muodostuvat kohtuuttoman suuriksi silloin, kun laitoshoittoa varten on keskitetty yksikkö.
- Välivuosipalkkiot pitäisi epätarkoituksenmukaisina poistaa. Ne ohjaavat joko liian lyhyihin tai liian pitkiin tarkastusväleihin.
- Tehokkaille yksiköille ja tiimeille pitäisi maksaa tulospalkkioita. Joitakin kokeiluja on ollutkin, ja näistä saatuja kokemuksia pitäisi hyödyntää. Tehokkuudesta maksettavan lisän tulisi olla melko suuri, koska suoritteiden määrässä on hammaslääkärikohtaisesti suuria eroja. Puolet palkasta pitäisi tulla muuna kuin peruspalkkana.
- Sopimuksessa pitäisi olla kannusteita uusien potilaiden hoitoon pääsemistä varten ja sen pitäisi tukea hoitoon pääsyä kohtuuajassa.
- Toimenpidepalkkioiden epätarkoituksenmukaisuudet pitäisi korjata neuvotteluteitse. Pelkät raharatkaisut ovat johtaneet siihen, että kaikki sopimuksen vinoutumat säilyvät aina seuraavaan sopimuskauteen, ellei tekstejä tarkisteta.

AMMATINHARJOITAMISLAINSÄÄDÄNTÖ

Terveystieteiden ammattiharjoittamislainsäädännön ei sinänsä katsottu estävän tarkoituksenmukaista työnjakoa. Hoitohenkilökunnalle on siirretty tai katsottiin voitavan siirtää useiden kansansairauksien kuten diabeteksen, verenpainetaudin, astman ja reuman seurantaa sekä osittain potilaiden lääkityksen tarkistusta lääkäriä konsultoiden. Hoitajille oli myös järjestetty omia vastaanottoja, joissa tehtiin katettrinvaihtoja, pienten palovammojen ja haavojen hoitoa ja ompelua sekä tarvittaessa terveydentilan arviointia lääkäriä konsultoiden yms.. Samoin virtsatieinfektioiden hoidossa vastuuta oli siirretty hoitajille. Niin ikään sairauslomatoimistusten, hoitotukitoimistusten ja vastaavien antamista oli siirretty hoitajille.

Hammashuollossa ennaltaehkäisyä sekä tarkoituksenmukaista työnjakoa ja delegointia pidettiin tärkeänä. Kuitenkin todettiin, että hammashuoltajia ei aina osata tai haluta käyttää heidän koulutuksensa ja kokemuksensa edellyttämällä tavalla. Myös henkilöstörakenne oli useassa terveyskeskuksessa esteenä tarkoituksenmukaiselle työnjaolle. Katsottiin, että hammashuoltaja voisi hoitaa lähes kaikki alle 18-vuotiaat ja sen lisäksi pienet paikkaukset, aikuisten ienhoidot ja osan vanhusten hammashuollon tehtävistä. Käytännössä hammashuoltajien tehtäviin kuului mm. oikomishoitoon liittyviä tehtäviä, hiontaa, hammaskiven poistoja, väliaikaista paikkausta, seulontaa ja muuta ehkäisevää hoitoa sekä puudutusta. Hammashoitajia käytettiin hammaslääkärin työparina ja valistustyössä.

Lääkkeiden määräämistä koskevissa kysymyksissä näkemykset poikkesivat toisistaan selvästi. Osa katsoi, että lääkkeiden määräämistä voitaisiin rajoitetusti siirtää lääkäreiltä muulle henkilökunnalle. Toimintaa sujuvoitattaisi, jos hoitaja voisi määrätä vanhusten hoidossa joitakin lääkkeitä. Toisaalta hoitajien oikeutta lääkkeiden mää-

räämiseen pidettiin marginaalisena. Todettiin, että käsikauppaan on jo siirtynyt paljon reseptilääkkeitä, joita hoitaja voi ohjata potilaan käyttämään. Mahdollista olisi käyttää myös reseptipakosta vapauttamista. Esimerkiksi rokotuslääkkeiden ja e-pillereiden uusintareseptien määrääminen pidettiin mahdollisena siirtää hoitohenkilökunnalle ja laillistaa käytäntö, jonka mukaan lääkärit kirjoittavat nyt valmiiksi lääkemääräyksiä, joihin hoitaja vain myöhemmin lisää potilaan nimen ja henkilötunnuksen. Toisaalta katsottiin, ettei hoitohenkilökunnalla ole riittäviä valmiuksia lääkemääräysten antamiseen.

KOULUTUS JA OSAAMINEN

Suurimpana vaikeutena terveyskeskusten toiminnan ja tehtävien tarkoituksenmukaisessa järjestämisessä tuotiin esiin koulutukseen ja osaamiseen liittyvät puutteet, johtaminen, henkilöstörakenne ja piintyneet työkäytännöt.

LÄÄKÄRIKOULUTUS

Lääkärin peruskoulutuksen ei katsottu antavan valmiuksia selvittää terveyskeskustyöstä. Euroalääkärikoulutuksen jälkeenkään valmiuksia ei vielä pidetty riittävinä terveyskeskuslääkärin vaativaan työhön. Peruskoulutuksessa ei saada myöskään valmiuksia mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien potilaiden hoitoon. Aina eivät lääkärit osaa tehdä punktioitakaan. Koulutuksen katsottiin pedagogisoituneen. Yliopistojen opetukseen tulisi kiinnittää huomiota. Lääkärikoulutus on liiaksi sairaala- ja tutkimusorientoitunutta. Kohtuuttoman paljon valmistuneista lääkäreistä ohjautuu tutkimustyöhön. Myös käytännön työn arvostaminen tulisi nähdä meriittinä. Jotkut pitivät kaikkein suurimpana ongelmana terveyskeskuslääkäripulan taustalla yliopistopaikkakuntien terveyskeskuksia ja yleisesti tuotiin esiin yliopistojen opettajakunnan kielteiset asenteet terveyskeskuksia kohtaan. Katsottiin, että yliopistopaikkakunnilla ei ole intressiä kehittää terveyskeskuksia, koska siellä on runsaasti tarjolla KELAn tukemia yksityisiä lääkäripalveluita. Niitä on järkevä käyttää, ja yksityislääkäritoiminnan KELA-korvaukset hyödyttävät valtaosaltaan yliopistopaikkakuntien terveydenhuoltoa.

Haastateltavat esittivät, että lääkäri- ja hammaslääkärikoulutukseen otettavista puolet tulisi olla naisia ja puolet miehiä, mikä takaisi mm. työvoiman paremman saatavuuden yliopistopaikkakuntien ja isojen asutuskeskusten ulkopuolella.

HOITOHENKILÖKUNNAN KOULUTUS

56

Hoitohenkilökunnan koulutusta pidettiin kautta linjan liian teoreettisena ja katsottiin, ettei teoriaopetus integroidu käytännön työhön, eikä sitä voida soveltaa käytäntöön. Opetuksessa korostuvat hoitotieteen teoriat ja tutkimuksen tekeminen. Nykyisin sairaanhoitajat joudutaan valmistuttuaan työpaikkakouluttamaan. Näin ei ollut aikaisemmin. Sairaanhoitajien lääkehoitotaidot ja hygieniataidot ovat puutteellisia, ja ainakin eräissä ammattikorkeakouluissa sairaanhoitajien koulutuksessa jopa lääkelaskutaidon opetus oli vapaaehtoinen aine. Muutoinkin ammattikorkeakoulusta

valmistuneiden käytännön hoitotaitoja ja kädentaitoja pidettiin puutteellisina. Katsottiin, että injektioiden antamisen pitäisi sisältyä jo peruskoulutukseen. Mitään järkeä ei nähty pistosluvuissa eikä siinä, että esimerkiksi suonensisäisten injektioiden antamiseen tarvitaan työpaikka- ja työpistekohtaisesti aina uusi lupa ja uusi koulutus.

Ammattikorkeakoulut kilpailevat tiedekorkeakoulujen kanssa pitkällä koulutuksella. Koulutuksen suuntaa ja sisältöä pitäisi muuttaa siten, että se antaa käytännön valmiudet ja valmistaa työelämään. Opettajia pidettiin liian teoreettisina ja työelämästä etäännyneinä, minkä osittain katsottiin johtuvan siitä, että he ovat jatkaneet valmistumisensa jälkeen välittömästi maistereiksi ja opettajiksi. Työelämän asiantuntijat otetaan mukaan yhteistyöhön sattumanvaraisesti organisaatiosta sillä perusteella, että asianomainen on tuttu. Lisäksi yhteistyössä harrastetaan liikaa epävirallisia kontakteja.

Myös lähihoitajien ja hammashoitajien koulutusta arvosteltiin. 3-vuotista koulutusta pidettiin liian pitkänä ja samalla ammatillisten opintojen koulutusohjelmittain eriytyvää osuutta liian lyhyenä. Kellään ei vielä ollut kokemuksia (eikä tietoa) perustutkimuksen uudistuksesta 2001 ja sen vaikutuksesta osaamiseen. Näyttöön perustuvan koulutuksen ei katsottu tuovan esiin kattavasti, mitä asianomainen osaa. Perushoitajakoulutuksen lopettamista pidettiin vahinkona. Toisaalta todettiin, että lähihoitajien lääkehoitotaidot olivat parempia kuin sairaanhoitajien.

Erityisenä puutteena pidettiin sitä, että osastonhoitajakoulutusta ei ole järjestetty. Osastonhoitajien koulutus olisi välittömästi käynnistettävä. Maisterin tutkintoa ei pidetty oikeana osastonhoitajan tai ylihoitajan koulutuksena. Maisterin tutkinnon suorittaneet turhautuvat, ja heidän halukkuutensa käytännön työhön on vähäistä. Aikaisemmasta sairaanhoitajajohtajakoulutuksesta voitaisiin ottaa oppia koulutuksen suunnittelussa. Muita koulutuksia pidettiin liian teoreettisina. ”Suuria johtajia” voisi tulla yliopistotasolta, mutta muiden johtamiskoulutus tulisi järjestää ammattikorkeakouluissa erikoistumiskoulutuksena tai yleisenä johtamiskoulutuksena.

JOHTAMINEN

Terveyskeskusten johtamiseen kohdistui paljon kritiikkiä. Kunnan ylin johto ei yleensä ole kiinnostunut terveyskeskuksen toiminnasta, eikä anna riittävästi tukea terveyskeskuksen johtaville viranhaltijoille. Puuttuu johtamistyökaluja ja johdon tukijärjestelmiä. Ei myöskään saada rekrytoituksi hyviä johtajia, mihin palkkatason katsottiin olevan eräs este. Myös dualistisen johtamisjärjestelmän, jossa lääkärit johtavat lääkäreitä, ja hoitohenkilökuntaa varten on erikseen hoitotyön johtajat, nähtiin tuovan ongelmia. Todettiin, että terveydenhuollon johtamisessa pätevät samat lainalaisuudet kuin johtamisessa yleensäkin.

Omalääkärimallin katsottiin vaikeuttavan johtamista. Siinä lääkärit johtavat itse itseään, eikä työnantaja voi puuttua toimintaan. Vastaavien hammaslääkärien todettiin jäävän vaille tukea, minkä seurauksena Hammaslääkäriliitto ja hammaslääkärit sekä muu henkilöstö johtavat ja vaikuttavat tehtävien järjestämiseen.

Ammattijärjestöjen vaikutusta pidettiin suurena.

Poliittisten päättäjien halu osallistua arkijohtamiseen todettiin ongelmaksi.

Johtamisessa henkilöstöjohtaminen, esimiestyö ja taloudenpito todettiin tärkeäksi. Suurimmat oppimistarpeet todettiin olevan ihmisten johtamisessa. Lääkäreiden johtamiskoulutusta ja vastaavasti johtamistaitoja pidettiin vähäisinä.

Johtavien hoitajien virkojen lakkauttamisen seurauksena vastuuta oli delegoitu ”liian alas”, esim. vuodeosaston osastonhoitajalle. Johtavien hoitajien tehtävä koordinaattorina ja ehkäisevässä terveydenhuollossa nähtiin tärkeäksi. Johtavan hoitajan merkitys korostui myös lääkäriavustilanteissa erityisesti pienissä terveyskeskuksissa.

HENKILÖSTÖRAKENNE

Epätarkoituksenmukainen henkilöstörakenne vaikeutti monin paikoin tehtävien jakoa erityisesti hammashuollossa. Eräessä terveyskeskuksessa oli 56 hammaslääkärinä, mutta vain 5 hammashuoltajaa, joista 3 oli osittain hallinnollisissa tehtävissä. Myöskään sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia ei aina katsottu olevan riittävästi, jotta lääkärin ja hoitohenkilökunnan työnjakoa olisi voitu kehittää. Hoitohenkilökuntaa oli hyvin tai erittäin hyvin saatavissa vastaanotto toiminnan vakinaisiin tehtäviin. Vain hammashoitajien rekrytoinnissa oli vaikeuksia.

OSTOPALVELUT JA AMMATINHARJOITAJAMALLI

Haastateltavat katsoivat yleensä, että ostopalveluita tulisi käyttää täydentämään terveyskeskuspalveluita mm. silloin, kun tarvitaan erityisosaamista, jota ei ole omasta takaa, tai työvoimavajaustilanteissa. Lääkäripäivystyksessä ostopalveluita käytettiin laajasti silloinkin, kun kaikki virat olivat täynnä ja sijaisiakin oli vaikeuksista huolimatta saatavissa. Näin oli menetelty mm. pääkaupunkiseudun terveyskeskuksissa, jotka ostivat päivystyspalvelut yöpäivystyksen osalta kokonaan vuokratyrytyksiltä. Perusteeksi tähän todettiin, etteivät lääkärit enää halua päivystää ja ettei virkoihin saataisi hakijoita, jos edellytetään päivystysvelvollisuutta.

Ostopalveluita pidettiin kalliina. Yksityissektorin katsottiin mm. hammashuollossa myyvän ylikapasiteettia ja ”kuorivan kerman päältä”. Kokemusten mukaan ostopalveluja myyvät ammatinharjoittajat eivät olleet valmiita hoitamaan esim. sosiaalihuollon asiakkaita.

Erään näkemyksen mukaan kuntien pitäisi rajoittaa ostopalvelutoimintaa säädöksin. Tiettyjen ydintoimintojen tulisi olla kuntien omaa toimintaa sen varmistamiseksi, että terveyskeskustoiminta on laadukasta, tietyt palvelut ovat aina saatavissa ja toiminta on asianmukaisesti järjestetty. Terveyskeskustoiminnan turvaamista pidettiin potilasturvallisuus- ja perusoikeuskysymyksenä.

Julkiseen keskusteluun nostetusta ammatinharjoittajamallista, jolla ymmärrettiin lääkärin ammatinharjoittamista itsenäisenä yrittäjänä terveyskeskuksessa tai omalla vastaanotolla, näkemykset olivat yleensä kielteisiä tai hyvin varauksellisia. Asiasta esitettiin seuraavia näkökohtia:

- Mitä ammatinharjoittajamalli toisi lisää? Hoidon jatkuvuus ja kokonaisvastuu toiminnasta kärsii. Jälleen tulisi turhia tutkimuksia, joista on pyritty pois. Kuoritaan kerma päältä, kuten reppufirmat tekevät.
- Ei takaa lääkäreitä syrjäseuduille tai alueille, jossa työvoiman saatavuus muutoinkin on heikko.

- Odotettavissa, että kokeneet lääkärit ja hammaslääkärit lähtevät ja muut jäävät. Kaikkia ammattiryhmiä on kohdeltava samalla tavoin. Myös hammaslääkärit, fysioterapeutit ja terveydenhoitajat siirtyisivät itsenäisiksi yrittäjiksi.
- Johtamisongelma; itsenäiset ammatinharjoittajat eivät kuulu työnjohdon piiriin.
- Lukuisia yksilöllisiä sopimuksia, joita on vähän väliä uusittava. Kukaan ei hallitse kokonaisuutta.
- Virkasuhde kuntaan vain osa-aikainen (aamupäivät), iltapäivät vastaanottoa oman alueen potilaille yksityislääkäriperiaatteella.
- Aiheuttaa potilaissa sekaannusta, jos lääkäri tai hammaslääkäri on osan aikaa kunnan palveluksessa ja osan aikaa pitää yksityisvastaanottoa kunnan terveyskeskuksen tiloissa.
- Kunnalle jäävät kaikki raskaimmat ja ikävimmät tehtävät. Mistä niihin saadaan työntekijät?
- Jos ollaan jonkin työnantajan palveluksessa, sitoudutaan myös sen palvelukseen. Jos toimitaan yrittäjänä, pitää olla yrittäjärisä. Tähän lääkäreillä ja hammaslääkäreillä ei ole edellytyksiä eikä ehkä haluakaan. Nuoret eivät oikeasti ole itsenäisiä ammatinharjoittajia. Halutaan käydä työssä toimistoaikana kello 8–16, eikä olla valmiita investoimaan vastaanottoon.
- Yhteistyö sosiaalihuollon kanssa on tärkeätä, samoin yhteistyö moniammatillisessa työyhteisössä sekä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien konsultointi. Miten yhteistyökysymykset hoidetaan?
- Miten huolehditaan kuntasektorin eläkepohjasta?
- Terveystenhoito on yksi kokonaisuus. Terveystakeskuksessa myös muun henkilöstön työ on tärkeää. Nyt ainoana työnä on nostettu esiin lääkärin työ.

Johtopäätökset ja ehdotukset

LAINSÄÄDÄNTÖ

Arvioitaessa julkisen alan virka- ja työehtosopimusten, työläinsäädännön, terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön sekä muiden palvelusuhdetta säätelevien lakien ja asetusten vaikutusta voidaan yleisesti ottaen todeta, että ne eivät estä tai vaikeuta terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämistä, toiminnan ohjaamista ja edelleen kehittämistä. Tämä oli myös kuultujen asiantuntijoiden käsitys ja yleisesti ottaen myös ammattijärjestöjen näkemys asiasta. Joiltakin osin lainsäädännön selventäminen ja tarkistaminen olisi kuitenkin tarpeen.

TYÖLAINSÄÄDÄNTÖ

Työlainsäädännössä, kuten työsopimuslaissa ja viranhaltijalaissa, ei kaikissa tapauksissa ole otettu huomioon julkisen sektorin erityispiirteitä. Eräänä esimerkkinä tästä on työsuhdeturva, joka nykyisin on niin vahva, että se yksittäistapauksissa voi vaarantaa potilasturvallisuuden ja samalla toisten työntekijöiden oikeusturvan. Siitä huolimatta, että työsopimuslaki on varsin uusi ja viranhaltijalakikin tuli voimaan 1.11.2003, lainsäädäntöä tulisi tältä osin tarkistaa ja muutoinkin seurata lainsäädännön vaikutuksia julkisessa terveydenhuollossa, jossa kunnilla on velvollisuus järjestää lakisääteiset palvelut.

AMMATINHARJOITAMLAINSÄÄDÄNTÖ

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevassa laissa ei ole lääkärin ja hammaslääkärin erityisiä oikeuksia ja velvollisuuksia lukuun ottamatta määritelty ammattihenkilöiden tehtäviä. Se ei estä tarkoituksenmukaista työnjakoa ammattihenkilöiden kesken eikä toimenkuvien kehittämistä. Sen sijaan usein esteenä ovat piintyneet käsitykset ja edunvalvonnalliset näkökohdat.

Tehtäviä voidaan siirtää lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille sekä edelleen lähihoitajille tai muille ammattihenkilöille edellyttäen, että asianomaisella on tehtävien suorittamiseen riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Potilasturvallisuus edellyttää, että tehtäviä siirrettäessä osaaminen varmistetaan asianmukaisesti. Käytännössä vaaditaan usein erilaisia kirjallisia lupia ja todistuksia lääkintöhallituksen vanhojen ohjeiden mukaisesti. Laki ei tällaista menettelyä edellytä, mutta ei toisaalta estäkään. Esimiehen ja työnantajan vastuu näissäkin tapauksissa määräytyy yleisesti noudatettavien periaatteiden mukaan. Vastuunjaosta tehtävien siirron yhteydessä, toisin kuin eräissä yhteyksissä on esitetty, ei voida valtakunnallisesti tai muutoinkaan sopia kolmatta osapuolta sitovasti.

Lääkintöhallituksen sairaaloiden ja terveyskeskusten lääkehuoltoa koskeva yleiskirje nro 1929 vuodelta 1987 ei sellaisenaan enää ole voimassa. Yleiskirjeen mukaan kuitenkin esimerkiksi lääkkeen voi antaa erityisissä tapauksissa (infuusio- ja infektiotautit) vain tehtävään koulutettu ja riittävästi kokemusta omaava terveydenhuollon ammattihenkilö, jolle johtava lääkäri on antanut oikeuden edellä mainittujen lääkehoidon antamiseen. Terveyskeskuksen johdon asiana on varmistaa, että lääkehoidon ja verensiirtojen toteuttaminen tapahtuu asianmukaisesti ja että toimintaan osallistuvilla on siihen riittävä koulutus ja kokemus. Koska käytännöt eri toimiyksiköissä ovat varsin kirjavia ja viranomaisten näkemykset voivat poiketa toisistaan, toimivaltaisen viranomaisen tulisi ajantasaistaa ohjeet tai muutoin selkiinnuttaa asian tila.

Lääkkeiden määräämisoikeuden siirtäminen lääkäreiltä ja hammaslääkäreiltä muille ammattihenkilöille edellyttäisi lainmuutosta. Kun tehtäviä muutoin voidaan varsin laajasti siirtää, lääkkeiden määräämisoikeus ei ole tehtävien tarkoituksenmukaisen järjestelyn kannalta oleellinen kysymys. Tarvittaessa on mahdollista käyttää reseptipakosta vapauttamista. Käsikauppaan on myös siirretty paljon reseptilääkkeitä, joita hoitajat voivat ohjata potilaitaan käyttämään.

TIETOSUOJALAINSÄÄDÄNTÖ

Tietosuojaa ja salassapitoa koskevat säännökset vaikeuttavat potilaiden hoitoa ja yhteistyötä terveydenhuollon eri yksiköiden välillä. Yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa on vaikeuksia silloinkin, kun kunnassa on yhdistetty sosiaali- ja terveydenhuolto.

Saumattomat palveluketjut, terveyskeskusten yhteistyön kehittäminen perusterveydenhuollon eri yksiköiden välillä sekä yhteistyö erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen kanssa edellyttää, että tietosuojaa ja salassapitoa koskeviin säännöksiin kiinnitetään huomiota ja niitä selvennetään ja yhdenmukaistetaan.

VIRKA- JA TYÖEHTOSOPIMUSMÄÄRÄYKSET

Virka- ja työehtosopimukset ovat nykyisin luonteeltaan minimisopimuksia. Ne eivät estä tai rajoita järkevää ja tarkoituksenmukaista toimintaa. Niiden määräyksistä on paikallisesti mahdollista sopia laajasti toisin.

Toisinsopimisoikeus paikallisiin olosuhteisiin soveltuvien ratkaisujen tekemiseksi on kuitenkin osittain näennäistä. Paikallisen samoin kuin keskustason sopimuksen tekeminen edellyttää, että myös järjestöpuoli allekirjoittaa sen. Kokemus on osoittanut, ettei aina paikallistasolla sopimusten aikaansaaminen kohtuullisin ehdoin ole sen helpompaa kuin keskustasollakaan.

Silloin, kun paikallisesti edellytetään kehitettäväksi palkkausjärjestelmää ja motivoivia palkkauselementtejä, kuten henkilökohtaisia lisiä ja tulospalkkioita, tulisi myös työnantajapuolen huolehtia riittävästä ohjauksesta ja laatia konkreettisia malleja, joita paikallisesti olisi mahdollisuus käyttää hyväksi. Joka kuntayksikössä ei silloin tarvitsisi tehdä samaa työtä alusta alkaen. Muussa tapauksessa edistymisen hidasta ja ammattijärjestöjen ohjaus- ja vaikutusvalta korostuu liikaa.

Palkkaus- ja palkitsemisjärjestelmien kehittäminen on pitkäjänteistä työtä, joka onnistuakseen edellyttää, että toimintastrategiat ja toiminnan tavoitteet ovat selvillä palkkausta kehitettäessä. Paikallinen sopiminen edellyttää henkilöstövoimavaroja ja

osaamista, mitä ei läheskään aina pienissä eikä vielä kaikissa suurissakaan yksiköissä kuntasektorilla ole käytettävissä.

Virka- ja työehtosopimusten tekeminen, muuttaminen ja kehittäminen kuuluvat työmarkkinaosapuolten toimivaltaan. Jäljempänä olevat ehdotukset sopimusten kehittämiseksi ja tarkistamiseksi perustuvat niihin toiminnallisiin tarpeisiin, joita paikallisesti on tuotu esiin. Suurin osa ehdotuksista on työmarkkinaosapuolten tiedossa, ja niitä on myös käsitelty sopimusneuvotteluissa.

Lukuisat eri sopimukset, joita kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen lisäksi joudutaan noudattamaan terveydenhuollon yksiköissä, aiheuttavat soveltamisvaikeuksia ja hankaloittavat toimintaa. Ellei sopimuksia ole mahdollista yhdistää, tulisi tarpeettomat erot poistaa ja sopimusmääräykset yhdenmukaistaa.

Nykyisellään sopimusmääräykset ovat vaikeaselkoisia. Niiden hallitseminen tuottaa vaikeuksia silloinkin, kun kunnassa tai kuntayhtymässä on päätoimisia henkilöstöhallinnosta vastaavia viranhaltijoita. Sopimusten selkeyttämistä tulisi jatkaa ja pyrkiä sopimusmääräyksiin, jotka olisivat helpommin hallittavissa ja sovellettavissa käytäntöön kohtuullisin työpanoksin.

KUNNALLINEN YLEINEN VIRKA- JA TYÖEHTOSOPIMUS (KVTES)

Peruspalkkojen määrittämiseksi tulisi olla käytettävissä paljon henkilötyötä vaativan työn vaativuuden arviointijärjestelmän ohella yksinkertaisempi menetelmä.

KVTES:ssa on 4 erilaista työaikajärjestelmää ja lisäksi vielä ns. muodollinen jaksotyö. Suurimmissa terveyskeskuksissa saatetaan joutua soveltamaan myös vuorotyöjärjestelmiä, keskeytymätöntä tai keskeytyvää kolmivuorotyötä. Työaikajärjestelyjen tekeminen ja työvuorolistojen laatiminen tulkintavaikeuksineen vie kohtuuttomasti työnjohdon aikaa. Käytännössä riittäisi yleensä 2 työaikajärjestelmää. Ainakin ns. muodollisesta jaksotyöstä ja 37 tunnin viikkotyöajasta tulisi voida luopua.

KUNNALLINEN LÄÄKÄRIEN VIRKAEHTOSOPIMUS

Suoriteperusteisella palkkauksella voidaan kannustaa tarkoituksenmukaiseen ja tehokkaaseen toimintaan. Tähän pyritään myös lääkärien ja hammaslääkäreiden käynti- ja toimenpidepalkkiojärjestelmillä. Vaikka näitä palkkioita voidaan perustelluista syistä arvostella, ne ovat kuitenkin osa kannustavaa palkkausta, josta ei terveyskeskusten lääkäreiden ja hammaslääkäreiden palkkauksessa pitäisi kokonaan luopua. Suoritepalkkausjärjestelmän asianmukainen toimivuus kuitenkin edellyttää, että sitä kehitetään jatkuvasti.

Tarkoituksenmukaisen työnjaon edistämiseksi tulisi lääkäreiden ja hammaslääkäreiden palkkiot poistaa toimenpiteistä, jotka terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, hammashuoltaja, lähihoitaja tai muu hoitohenkilökuntaan kuuluva voi tehdä. Toimenpidepalkkioita pitäisi maksaa vain vaativista, lääkärin tai hammaslääkärin koulutusta edellyttävistä toimenpiteistä.

Palkkioita ei myöskään tulisi maksaa toimenpiteistä, jotka ohjaavat toimintaa epätarkoituksenmukaiseen suuntaan, vaikeuttavat terveydenhuollossa asetettujen tavoitteiden saavuttamista, tai joiden vaikutuksista ei ole lääketieteellistä näyttöä.

Toimenpidepalkkioiden tarkistusmenettelyn tulisi olla joustava. Mahdolliset vir-

heet ja vinoutumat pitäisi voida korjata jo sopimuskauden aikana.

Hammaslääkärien sopimusmääräyksiä kehitettäessä tulisi ottaa huomioon uudistus, joka laajensi hammashuollon koskemaan koko aikuisväestöä, eduskunnan oikeusasiamiehen hoitoon pääsyä ja priorisointia koskevat ratkaisut sekä hoidon saatavuutta ja jonojen hallintaa koskevat esitykset sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistiossa 2003:33. Potilaskohtaisen osan tarkoituksenmukaisuus tulisi harkita kokonaan uudelleen ja poistaa sopimusmääräyksistä mm. ns. välivuospalkkiot. Lisäksi palkkausrakennetta tulisi muuttaa siten, että hammaslääkärien suoritusperusteisen palkanosan osuutta (käynti- ja toimenpidepalkkiot) suurennettaisiin olennaisesti suhteessa kiinteään palkansaamiseen.

Myös lääkäreiden palkkausta kehitettäessä tulisi ottaa huomioon edellä mainitun työryhmän esitykset. Palkkausjärjestelmä ei saisi ohjata toimintaa siten, että terveyskeskuksen potilaiden hoitoon pääsyssä on eriarvoisuutta. Myös niiden, joilla ei ole omalääkärinä tai joiden omalääkäri on estynyt potilaitaan hoitamasta, tulisi tarpeen vaatiessa saada lääkäripalveluja muulloinkin kuin päivystysaikana. Koska nykyinen eikä tulevaan lainsäädäntö näytä edellyttävän potilaan pääsyä lääkärille pääsääntöisesti 3 päivässä, omalääkäreitä koskevien sopimusmääräysten tarkistamista olisi aihetta arvioida tätä taustaa vasten.

Terveyskeskuslääkärien ja -hammaslääkärien työajan pituus tulisi sopia saman pituiseksi kuin sairaalalääkärien ja -hammaslääkärien työaika. Päivystysjärjestelyjen helpottamiseksi tavoitteeksi tulisi asettaa sairaaloiden ja terveyskeskusten päivystyspalkkausjärjestelmien yhtenäistäminen.

MUITA HENKILÖSTÖN KÄYTTÖÖN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Suurimmat vaikeudet henkilöstön työjärjestämisessä, toiminnan ohjaamisessa ja edelleen kehittämisessä liittyvät kuitenkin koulutukseen ja osaamiseen, johtamiseen, piinnyneisiin käytäntöihin, henkilöstörakenteeseen sekä terveyskeskuksen kokoon.

KOULUTUS

Lääkärin peruskoulutus ei anna valmiuksia selvittää terveyskeskustyötä. Euroalääkärikoulutuksen jälkeen valmiudet eivät vielä ole riittäviä vaatimaan terveyskeskuslääkärin työhön. Koulutus on liiaksi sairaala- ja tutkimusorientoitunutta, eikä se myöskään anna valmiuksia mm. mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien potilaiden hoitoon. Yliopistojen opetuksessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota kliiniseen osaamiseen. Yliopistojen sekä ammattikorkeakoulujen myönteisemmät asenteet terveyskeskustyötä kohtaan edistäisivät myös hakeutumista terveyskeskuksiin.

Koulutuksen tulee osaltaan vastata siitä, että terveyskeskustyöhön saadaan osaavaa ja motivoitunutta henkilöstöä.

Ammattikorkeakouluista valmistuneiden käytännön hoitotaidot ja kädentaidot ovat puutteellisia. Koulutus on liian teoreettista, eikä teoriaopetus integroidu käytännön työhön. Siitä huolimatta, että esimerkiksi sairaanhoitajien koulutus on ½ vuotta pitempi kuin asianomainen direktiivi edellyttäisi, heidät joudutaan useimmiten valmistuttuaan työpaikkakouluttamaan tehtäviinsä. Koulutuksen tulisi antaa val-

miudet toimia käytännön työelämässä. Peruskoulutukseen tulisi sisältyä mm. injektioiden antaminen. Nyt koulutuksessa korostuu hoitotieteen filosofia ja tutkimuksen tekeminen.

Ammattikorkeakoulut olisi velvoitettava käyttämään opetuksessa opetusministeriön julkaisussa ”Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon” 7.9.2001 esitettyjä osaamisvaatimuskuvauksia opintojen keskeisistä sisällöistä ja vähimmäisopintoviikkomääristä. Ammattikorkeakoulujen ja työelämän yhteistyön tulisi olla suunnitelmallisesti järjestettyä, jotta työelämän tarpeet voitaisiin huomioida opetuksessa entistä paremmin. Myös opettajien työelämän tuntemusta tulisi lisätä. Toisaalta terveydenhuollon toimintayksiköiden tulisi osaltaan huolehtia opiskelijoiden työharjoittelujaksojen asianmukaisesta ohjauksesta sekä palautteen antamisesta opiskelijoille ja koulutusyksiköille.

Ammattikorkeakouluissa tulisi käynnistää mahdollisimman pian osastonhoitajakoulutus, jota ei ole käytännössä järjestetty vuoden 1987 jälkeen. Koulutuksessa tulisi välttää liikaa teoreettisuutta ja ottaa huomioon, että hoitotyötä johtaessaan osastonhoitaja ja ylihoitaja tarvitsevat hoitotyön käytännön työkokemuksen ja käytännön työnjohdollisten taitojen lisäksi myös hyvät hallinnolliset, erityisesti henkilöstöhallinnolliset ja palvelussuhteen ehtojen tuntemukseen liittyvät valmiudet.

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattillinen perustutkinto on uudistettu vuonna 2001. Perustutkinto on edelleen kaikille 3-vuotinen. Koulutusohjelmittain eriytyvien ammattillisten opintojen osuus on nostettu 40 opintoviikkoon. Se tulee parantamaan lähihoitajan ammattillisiä valmiuksia. Vaihtoehtona tulisi kuitenkin olla myös lyhyempi perustutkinto. Työelämä ei edellytä 3-vuotista perustutkintoa. Kaikki eivät tarvitse eivätkä ole motivoituneita perustutkinnon edellyttämiin vuoden kestäviin yleissivistäviin opintoihin, joiden tarkoituksena on taata jatkokoulutusmahdollisuus yliopistossa. Hammashoitajilta taas puuttuu mahdollisuus oppisopimuskoulutuksiin valmistua ammattiin, vaikka heidän osaltaan tällaiseen koulutukseen olisi tarvetta.

HENKILÖSTÖRAKENNE

Henkilöstörakenne vaikuttaa oleellisesti tehtävien järjestämiseen ja työnjakoon. Erityisesti rakenteelliset ongelmat näyttävät korostuvan hammashuollossa, jossa hammaslääkärit tekevät paljon sellaisia tehtäviä, jotka hammashuoltaja voisi koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella tehdä. Vastaavasti hammashuoltajat joutuvat tekemään hammashoitajan tehtäviä. Rakenteelliset seikat vaikeuttavat osaltaan myös lääkäreiden ja sairaanhoitajien sekä sairaanhoitajien ja lähihoitajien välisiä tehtävien järjestelyjä.

Henkilöstörakenteessa ja eri ammattiryhmien välisessä työnjaossa olevat selvät epäkohdat tulisi oikaista siten, että eri ammattiryhmien ammattilliset valmiudet saadaan käyttöön parhaalla mahdollisella tavalla. Motivaatio ja vastaavasti toiminnan tuloksellisuus lisääntyvät, jos henkilöt saavat tehdä koulutuksensa ja kokemuksensa edellyttämää työtä.

Mitään ehdottomia normeja tai suhdelukuja henkilöstörakenteelle ei kuitenkaan voida asettaa. Se on harkittava aina erikseen ottamalla huomioon paikalliset olosuhteet.

JOHTAMINEN

Terveyskeskusten johtamisessa pätevät samat lainalaisuudet kuin johtamisessa yleensäkin. Se edellyttää onnistuakseen osaamista. Lääkärin johtamiskoulutus on yleensä vähäinen. Hyviä johtajia on myös vaikea rekrytoida silloin, kun ansiotaso johtamistehtävän vuoksi jää alhaisemmaksi kuin tavallisena terveyskeskuslääkärinä tai hammaslääkärinä.

Kunnan ylin johto ei aina ole kiinnostunut terveyskeskuksen toiminnasta eikä anna riittävästi tukea johtaville viranhaltijoille. Johdon tukijärjestelmät eivät aina toimi ja kustannustietoisuus on puutteellista. Lääkärin johtamiseen ja toiminnan järjestämiseen ei uskalleta puuttua. Silloinkin, kun lääkäri työvoimasta ei ole puutteta ja päivystysrasitus muutoinkin on vähäinen, päivystyspalvelut ostetaan työvoimavälitysyrityksiltä. Ammattijärjestöjen vaikutus saattaa olla suuri, ja luottamushenkilöt voivat sekaantua arkijohtamiseen.

Johtamisvaikeudet korostuvat pienissä terveyskeskuksissa. Henkilökuntaa ei voida käyttää tarkoituksenmukaisesti, sillä usein jo yhdenkin henkilön poissaolo vaikeuttaa toimintaa. Suurempaan yksikköön on myös helpompi saada lääkäreitä ja hammaslääkäreitä sekä muita erityisosaajia, kun heidän ei tarvitse toimia yksin, tarvittaessa saa konsulttiapua ja koulutusmahdollisuudet ovat yleensä paremmat. Suuremmassa yksikössä voidaan myös työnjako järjestää tarkoituksenmukaisemmin ammattiryhmien kesken sekä mahdollisuus ammatillisen erikoisosaamisen käyttöön ja syventämiseen.

Johtavien hoitajien virkojen lakkauttaminen on johtanut siihen, että vastuuhenkilöitä ei löydy tai vastuu terveyskeskuksessa on delegoitu liian alas, esim. vuodeosaston osastonhoitajalle. Johtavan hoitajan tehtävä koordinoijana, ehkäisevässä terveydenhuollossa sekä tehtävien ja työn sisällön kehittämisessä ja suunnittelussa on tärkeä. Työvoimavajaustilanteissa johtavan hoitajan rooli vielä korostuu.

Terveyskeskusten johtamistoimintaa kaikilla tasoilla tulisi kehittää. Suurimmat puutteet ovat ihmisten johtamisessa. Eri ammattiryhmien tietotaitoa ei osata tai haluta käyttää hyväksi toimintaa suunniteltaessa ja järjestettäessä.

Lopuksi

Tarkoituksenmukainen työn ja tehtävien jako sekä tuloksellinen toiminta edellyttävät, että kehitetään kaikkien henkilöstöryhmien työn sisältöä ja tehtäviä, ottamalla huomioon eri aloilla tapahtuva tieteen ja teknologian kehitys. Lainsäädäntö tai sopimusmääräykset eivät tätä estä, mistä ovat esimerkkinä monet hyvin toimivat terveyskeskukset.

Säännökset ja sopimusmääräykset eivät myöskään estä potilaiden kannalta nykyistä joustavampia työjärjestelyjä ja aukioloaikoja.

Terveyskeskusten toiminnan kehittäminen on kuitenkin ollut hajanaista. Tällä hetkellä tilanne on sekava, eikä olemassa olevia resursseja käytetä tarkoituksenmukaisesti hyväksi. Terveyskeskuksissa on meneillään tai suunnitteilla kymmeniä projekteja ja hankkeita, joita on käynnistetty tai tuetaan eri viranomaisten ja laitosten mm. sosiaali- ja terveysministeriön, kauppa- ja teollisuusministeriön, STAKESin, Suomen Kuntaliiton, lääninhallitusten, ammattikorkeakoulujen, Raha-automaattiyhdistyksen ja sosiaalialan osaamiskeskusten toimesta. Ne ovat osittain päällekkäisiä. Samoja asioita tai jo hyvin toimivia käytäntöjä tutkitaan ja selvitetään useissa eri terveyskeskuksissa. Osassa hankkeita on myös edunvalvonnallisia piirteitä. Johtavat viranhaltijat eivät aina tiedä edes omissa terveyskeskuksissaan meneillään olevista hankkeista.

Kehittämistyön suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä tulisi lisätä sekä keskustettua paikallistasolla. Tilanteen parantamiseksi tulisi sairaanhoitopiireittäin muodostaa maakuntakohtaisesti yhdestä tai useammasta terveyskeskuksesta erityinen kehittämis- ja osaamisterveyskeskus. Nämä terveyskeskukset voisivat tarvittaessa erikoistua ja keskittyä toiminnan kehittämiseen, johtamiseen ja hallintoon sekä tuottaa ja levittää tietoa hyvistä ja tarkoituksenmukaisista toimintatavoista muille terveyskeskuksille.

Kiitokset

66

Kiitokset kaikille asiantuntijoina kuulluille, keskus- ja ammattijärjestöjen edustajille samoin kuin lukuisille eri viranomaisten ja laitosten edustajille, jotka ovat monin eri tavoin avustaneet vastuuhenkilöä tämän raportin laatimisessa.

ASiantuntijoina kuullut

ESPOO

Perusturvajohtaja Juha Metso
Hallintoylilääkäri Tuula Heinänen

HELSINKI

Toimitusjohtaja Matti Toivola
Kehittämisojohtaja Riitta Simoila
Henkilöstöpäällikkö Kaarina Valjus

INARI

Osastopäällikkö Sirpa Maukola-Juuso
Johtava lääkäri Kari Penttilä
Terveyskeskuslääkäri Leena Varesmaa-Korhonen
Vastaava hammaslääkäri Pekka Väre
Vt. johtava hoitaja Soila Korhonen
Johtava sosiaalityöntekijä Mari Palolahti
Päivähoidon ohjaaja Pirkko Saarela
Hallintosihtööri Eira Oikarinen

KAJAANI

Perusturvajohtaja Kalevi Yliniemi
Johtava lääkäri Tuula Sassi
Vastaava hammaslääkäri Heikki Pulli
Vastaava osastonhoitaja Annikki Aitoaho
Osastonhoitaja Margit Koukkunen
Vastaava hammashuoltaja Pirjo Heikkonen

LAHTI

Toimialajohtaja Matti Liukko

LOHJA

Johtava lääkäri Pentti Suppola

MIKKELI

Sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja Juha Saarinen
Johtava lääkäri Antti Hyvärinen
Lääkintöneuvos Ilmo Jolkkonen
Ylihammaslääkäri Mauri Hakala
Johtava hoitaja Sirkka Ilonen

NUMMI-PUSULA

Vastaava hammaslääkäri Antti Aaltonen
Vt. johtava lääkäri Veli-Matti Häggman
Hammashuoltaja Taina Mäenpää

OPETUSMINISTERIÖ

Opetusneuvos Terttu Jääskeläinen

OULU

Avoterveydenhuollon ylilääkäri Leena Uusitalo

Johtava ylihampaslääkäri Sakari Kärkkäinen

Avoterveydenhuollon ylihoitaja Ritva Svenström

SOTKAMO

Osastopäällikkö, johtava hoitaja Helena Ylävaara

Johtava lääkäri Markku Karppinen

Vastaava hammaslääkäri Niilo Hartikainen

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Kehittämispäällikkö Anne Nordblad

STAKES

Ylilääkäri Eeva Widström

TERVEYDENHUOLLON OIKEUSTURVAKESKUS

Apulaisjohtaja Tarja Holi

TAMPERE

Vastaava ylilääkäri Erkki Lehtomäki

Ylihampaslääkäri Eeva Torppa-Saarinen

Vastaava ylihoitaja Anja Parikka

Henkilöstösihteeri Seppo Saarenpää

TURKU

Hallintoylilääkäri Markku Suokas

Johtava ylihampaslääkäri Anna-Leena Eriksson

Hallintopäällikkö Olavi Rinne

Hallintoylihoitaja Anja Vannes

Terveyskeskushampaslääkäri Juha Valtakoski

Ylihoitaja Taina Soini

VANTAA

Terveystenhuollonjohtaja Risto Ihalainen

Hallintopalvelujohtaja Richard Börman

Johtava ylihampaslääkäri Jorma Suni

Kehittämispäällikkö Tiina Mäki

Johtava hammashuoltaja Tuula Sohkanen

MUISTIO SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖSSÄ 30.10.2003 JÄRJESTETYSTÄ ASiantuntijakuulemisesta

Järjestöjen näkemykset terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestämisestä, toiminnan ohjaamisesta ja edelleen kehittämistä

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO

Suomen Lääkäriliiton näkemyksen mukaan tällä hetkellä ei ole paljonkaan sellaisia mää-
räyksiä, jotka rajoittavat terveyskeskusten toimintojen järjestelyjä. Terveyskeskuksissa
esiintyy kuitenkin ongelmia, jotka huolestuttavat liittoa erityisesti lääkärin osalta.

Terveyskeskusten lääkäritilanne on kentältä saatujen tietojen mukaan huonone-
massa. Ongelma on kaksijakoinen: miten saada lääkärikunta pysymään ja viihtymään
työssään ja miten terveyskeskuksiin saataisiin lisää lääkäreitä.

Sekä työnantajan että työnjohdon toimenpitein tulee paikallisella tasolla voida
korjata mm. työn rasittavuutta ja mielekkääksi kokemista. Paikallisesti on päätettävistä
työjärjestelyt, koulutusasiat jne. Toimenpiteitä tulisi miettiä erityisesti niissä ter-
veyskeskuksissa, joissa on pulaa lääkäreistä. Vajaus lääkäreistä on jakautunut erittäin
epätasaisesti jopa aivan vierekkäisissä terveyskeskuksissa.

Lääkäripalvelujen ostaminen yksityiseltä taholta on viime aikoina lisääntynyt ja
näyttää lisääntyvän koko ajan. Palvelujen ostamiseen liittyy kuitenkin ongelmia, joita
voitaisiin säädöstasolla korjata, mm. verolainsäädäntö ja eläkeasiat muodostavat estei-
tä. Kuntaliitto pyrki saamaan aikaan mallisopimuksen lääkäripalvelujen ostamisesta.
Sitä ei kuitenkaan saatu aikaan ja osittain sen seurauksena muodostettiin ennakkope-
rintärekiesteriote -käytäntö. Viime aikoina siltäkään ei tunnu olleen mitään painoarvoa.
Ammatinharjoittajamalli kiinnostaa Lääkäriliittoa. Pitäisi vakaasti harkita sellaisia lain-
säädannöllisiä toimenpiteitä, että ammatinharjoittajaltakin ostettu palvelu voitaisiin
toteuttaa. Norjasta ja Tanskasta saadut kokemukset ovat selkeästi positiivisia.

Väestövastuujärjestelmä toimi alkuvuosina erittäin hyvin, mutta selvää rapautu-
mista on parin viimeisen vuoden aikana tapahtunut. Ongelmia varsinkin isoilla paik-
kakunnilla on aiheuttanut muuttoliike, minkä vuoksi väestömäärät ovat jatkuvasti
kasvaneet. Työn lisääntymiseen ja hallitsemattomuuteen on vaikuttamassa viime
vuosien vajaus lääkäreistä. Alkuperäinen ajatus omasta vastuuväestöstä on hämärty-
nyt. Muissa Pohjoismaissa on selkeät katot väestömäärälle, keskimäärin 1 500–1 600
asukasta. Sekä Norjassa että Tanskassa perusterveydenhuollon lääkärin toimenkuva
on huomattavasti suppeampi kuin meillä Suomessa. Mikäli rajauksia sopimukseen ei
saada, Lääkäriliitto esittää ja toivoo, että ministeriössä mietittäisiin sitä, miten toi-
menkuvia rajataan, jotta turvataan terveyskeskuksissa nyt työskentelevien lääkärin
pysyminen ja vaikutetaan rekrytointiin jatkossa.

Terveyskeskusjärjestelmä ja -verkko on tietyllä tavalla tosiasia, eikä järjestelmää
pitäisi kokonaisuudessaan hävittää. Sen ympärille voidaan rakentaa muunkinlaista
kuin nyt voimassa olevaa mallia. Ehkäisevä toiminta on järjestetty terveyskeskuksissa
ja sen turvaaminen onnistuu parhaiten nyt voimassa olevalla mallilla.

Omalääkärijärjestelmä on sidottu hyvin tiukasti yhden kunnan alueelle. Lääkäri-
liitto ei näe tätä kovin hyvänä järjestelmänä. Valinnanvapaus puuttuu tällä hetkellä

lähes kokonaan. Asiaa pitäisi pyrkiä parantamaan Norjan tavoin. Lääkäriliitto on monesti tuonut esille mallia, jossa potilaille olisi enemmän valinnanvapautta ja myös siten, että valinnanvapautta olisi myös julkisen sektorin ja yksityisen sektorin välillä. Malli edellyttää rahoitusjärjestelmän uusimista. Nykyisessäkin järjestelmässä pitäisi olla mahdollista, että palveluja voitaisiin hakea muualtakin, ja tämän vuoksi asiakasmaksulainsäädäntöä pitäisi muuttaa.

Yleislääkärin toimenkuva muihin Pohjoismaihin verrattuna on hyvin laava. Yleislääkärin koulutus osaltaan viittaa siihen suuntaan. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan siihen vaikuttavat myöskin ne erilaiset määräykset ja säännökset, joita mm. sosiaali- ja terveysministeriö antaa. Ennen kuin terveyskeskuksiin annetaan määräyksiä uusista toiminnoista, tulisi käydä avoimempaa keskustelua siitä, onko toimintojen järjestämiseksi riittävästi resursseja ja onko tietotaitoa tehtävien hoitamiseksi.

SUOMEN HAMMASLÄÄKÄRILIITTO

Joulukuussa 2002 astui voimaan hammashoitouudistuksen viimeinen vaihe ja samalla poistui mahdollisuus käyttää ikärajaa potilasvalinnan perusteena. Seurasi "potilaiden vaihtoviikot", kun hoidon ulkopuolella aiemmin olleita uusia potilaita hakeutui hoitoon ja aiemmin terveyskeskuksessa olleita potilaita siirtyi jonoista yksityissektorille, kun sairausvakuutuskorvauksista poistui niitä aiemmin rajoittaneet ikäraajat.

Terveyskeskushammaslääkärin viroista on tällä hetkellä noin 50 täyttämättä. Parin viime vuoden aikana on valmistunut vähemmän hammaslääkäreitä kuin koskaan aikaisemmin. Terveyskeskuksiin on perustettu reilut sata uutta virkaa. Tilanteen uskotaan kuitenkin tasaantuvan.

Suun terveydenhoidon piirissä on 14 000 ammattihenkilöä, joista vähän alle 4 000 on hammaslääkäreitä. Määrä on tällä hetkellä riittävä suomalaisten hoitamiseksi, mutta hoidon kysyntä ei kohdistu tasapuolisesti ja tasapainoisesti julkiseen ja yksityiseen puoleen.

Sairausvakuutustuki laajeni kaikkiin ikäryhmiin. Sairausvakuutuksen palautustaksa on kuitenkin 14 vuotta vanha. Tästä syystä hoidon hinta on yksityispuolella keskimäärin liki kaksinkertainen. Edelleen yli puolet aikuisista käyttää yksityisiä hammashoitopalveluita. Kokonaisuutta ajatellen haasteena on saada nämä potilaat ohjatuksi asianmukaiseen hoitoon ilman turhaa jonotusta. Kysymys ei ole yksittäisten toimenpiteiden tekemisestä, vaan pitkäjänteisestä prosessista, jossa potilaan oma rooli on erittäin merkittävä.

Terveyskeskustyön ja yksityisen puolen työmalleista Hammaslääkäriliitto on neuvotellut Tehyn ja Suun Terveydenhoidon Ammattiliiton kanssa ja laatinut yhteisen julkaisun "Suun terveydenhuollon henkilöstön yhteistoiminnan kehittäminen". On pohdittu, millä tavalla tehokkaammin pystytään vastaamaan lisääntyneeseen hoidon kysyntään. Terveyskeskuksissa se on henkilöstö- ja tilakysymys: montako hammaslääkäreitä, hammashuoltajaa ja hammashoitajaa pitäisi hyvässä työryhmässä olla. Pienessä yksikössä työn jakaminen on kovin hankalaa. Tehokas työryhmätyö vaatisi ehkä isompia yksiköitä ja organisoituneempia malleja. Nykylainsäädäntö antaa siihen hyvät mahdollisuudet, eikä Hammaslääkäriliitto näe tarvetta säädösmuutoksiin.

Tavanomaiset suun sairaudet, hampaiden reikiintyminen ja ientulehduksesta johtuva kiinnityskudosten menetys, ovat hyvin pitkälle oireettomia sairauksia. Tehokkaassa ennaltaehkäisyyn panostavassa mallissa pyritään estämään vaivat kokonaan tai

hoitamaan ne varhaisvaiheessa. Molemmat em. sairaudet ovat infektiotautia ja luonteeltaan eteneviä. Tällöin potilaan yksilöllisiin hoitoväleihin perustuvan mallin tiedetään olevan tehokkain. Hoitovälin ei tarvitse olla vuosittainen, vaan hammaslääkärin arvion mukaan esim. pari vuotta.

Samanlainen malli kuin muussa terveydenhoidossa, jossa potilaat hakeutuvat kun tarvetta on, on peräisin 50–60-luvulta, jolloin kouluhammashoidossa ja yksityisvastaanotolla hoidettiin särkeviä hampaita. Potilaiden haluamat pitkäaikaiset hoitosuhteet ovat myöskin edullisimpia. Ei-välttämättömien toimenpiteiden riski kasvaa muussa kuin jatkuvassa hoitosuhteessa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamislain 22 §:n mukaan lääkäri ja hammaslääkäri ovat ne ammattihenkilöt, jotka tekevät tutkimuksen, diagnoosiin ja hoitosuunnitelman. Potilaan kannalta on parasta, että sama hammaslääkäri vastaa potilaan hoidosta.

Hammaslääkäriliitto ei näe tarvetta säädösmuutoksiin, jotta terveyskeskusten työ voitaisiin organisoida vielä tehokkaammin. Eräs asia on noussut esille. Sairausvakuutuslain 11 § estää sen, että silloin kun yksityishammaslääkäri tulisi tekemään terveyskeskuksen tiloissa yksityispraktiikkaa, ei tule sairausvakuutuskorvausta. Tilojen tehokkaamman käytön kannalta olisi järkevää, että yksityisvastaanotto toiminta siellä voisi myös olla mahdollista. Jos tällainen mahdollisuus tulisi, suuri pelko on, että monet kunnat säästöpainetta ”ulosliputtaisivat” hammaslääkäreitä ja samalla muuta henkilökuntaa. Potilaiden kannalta tulisi sekavuutta, kun ei tiedettäisi, onko yksityisen vai julkisen terveydenhuollon asiakas. Eettisesti ja potilaiden hoidon kannalta tähän liittyy arveluttavia piirteitä. Yksityishammaslääkärien kannalta tilanne ei välttämättä myöskään ole ihan ongelmaton, jos kunta vuokraa tiloja, henkilökuntaa ja materiaaleja alle käyvän arvon. Kilpailu selkeästi vääristyy.

Terveyskeskushammaslääkärien työ on ammattikunnan piirissä arvostettua ja virat haluttuja tähän asti ja niin ilman muuta halutaan olevan jatkossakin.

TEHY

Tehy teki vuonna 2002 selvityksen eri ammattiryhmien välisistä tehtäväsiirroista. Selvityksen mukaan erilaisia tehtäväsiirtoja on tehty suhteellisen runsaasti, ja ne ovat olleet sattumanvaraisia. Taustalla on rakennemuutosta ja toisaalta pula tiettyjen henkilöstöryhmien ammattihenkilöistä. Kun lääkäri työvoimaa ei ole ollut tai saatu tarpeeksi, tehtäviä on siirretty, ja niitä on alkanut hoitaa joku muu, jonka varsinaisiin ammattitehtäviin nämä tehtävät eivät ole periaatteessa kuuluneet. Tehtäväsiirtoihin ei ole yleensä liittynyt mitään kirjattua osaamisen varmistamista, eikä myöskään riittävää perehdytystä tai koulutusta.

Tehtäväsiirtojen yhteydessä on ehdottomasti huolehdittava osaamisen varmistamisesta, riittävästä perehdytyksestä ja täydennyskoulutuksesta. Monissa terveyskeskuksissa perinteisiä lääkärintehtäviä on vähitellen siirtynyt hoitohenkilöstölle, ja vastuukysymykset ja valtuudet ovat jääneet täysin epäselviksi. Käytännön tilanteet ovat kärjistyneet siten, että työyhteisöissä on sattunut potilasvahinkotilanteita tai muita hoitovirhekanteita, jotka ovat pahimmillaan johtaneet myöskin oikeudenkäynteihin ja korvausvaatimukseen. Tehtäväsiirtoihin ei Tehyn selvityksen mukaan ole liittynyt mitään arviointia eikä palkkausvaikutuksia työn vaativuuden lisääntymisestä.

KVTES tai muut työehtosopimukset eivät sinänsä ole esteenä toimintojen uudelleenjärjestämiseksi tai arvioimiseksi uudelleen. KVTES:een on jo otettu määräyksiä

työn vaativuuden lisääntymisestä ja sen vaikutuksista henkilöstön palkkaan ja lähdetty siitä, että jos ja kun tehtäviä siirretään ja työnjakoa tarkistetaan, vastuun lisääntyminen täytyy huomioida palkkauksessa. Vielä ei ole konkreettisia esimerkkejä palkkauksen kohentumisesta.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä mahdollistaa ammattihenkilöiden toimimisen väliaikaisesti toisissa tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveystalvelujen tuottamisen kannalta. Laki periaatteessa mahdollistaa väliaikaiset tehtäväsiirrot, mutta minkäänlaista osaamisen varmistamista ei organisaatioissa ole tapahtunut.

TEOlla on hyvin keskeinen rooli ammattihenkilöiden toiminnan valvomisessa. Toiminnan ja terveystalvelujen järjestäminen jää kokonaan valvonnan ulkopuolelle, tai se toteutuu vain välillisesti potilaiden tekemien kanteluiden kautta.

TEOn valvonta kohdistuu vain yksittäiseen ammattihenkilöön, mutta ei ulotu siihen, miten toiminnat on järjestetty ja millaiset ovat olleet ammattihenkilön tosiasialliset mahdollisuudet toimia. Tehy vaatii, että jatkossa luodaan sellainen järjestelmä, jossa TEO tai muut viranomaiset yhdessä ulottavat valvonnan myös toiminnan järjestelyihin.

Ammattihenkilölaissa lääkäreille on asetettu lainsäädännössä erityisoikeudet. Jos niistä päätettäisiin luopua, miten voidaan varmistaa potilaan ja hoitohenkilöstön oikeusturvan toteutuminen? Lainsäädännössä ei selkeästi ole turvattu vastuukysymystä silloin kun tehtäviä siirretään virallisestikin, esimerkiksi diagnostiikassa, joka on perinteinen lääkärille keskeisesti kuuluva alue. Siihen liittyy myös tulevaisuuden uudet hoitomuodot, etälääketiede ym., jotka ehkä jossain määrin lisääntyvät tulevaisuudessa, samoin erilaiset käytännöt lääkärintodistusten suhteen. Ainakin osittain lääkärin tähän asti tekemistä todistuksista voisi tapahtua jonkinlaista siirtoa hoitohenkilöstölle. Tehtäväkuvien laajennusten tulee perustua yhtenäisiin käytäntöihin ja lupamenettelyihin koko maassa ja nimenomaan paikalliset olosuhteet huomioiden. On huolehdittava sekä potilaiden että henkilöstön oikeusturvan toteutumisesta.

Jos laajentamiseen mennään, se edellyttää, että työyhteisössä otetaan käyttöön lisäresursseja ammattihenkilöiden oman perustehtävän hoitamiseksi, eli jos lääkärin erityisoikeuksia siirretään hoitohenkilöstölle, on turvattava se, että hoitohenkilöstön perustehtävät tulevat myös hoidetuiksi. Ammattikuntien pääasiallisten tehtävien täytyy säilyä sellaisina kuin ne tänäkin päivänä ovat. Mallia voisi ottaa potilasvahinkolaista: jotta hoitaja, esimerkiksi kätilö, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai joku muu hoitaja, saisi työskennellä itsenäisesti terveyskeskuksessa, häneltä pitäisi edellyttää kokeneen ammattihenkilön ammattistandardia eli kuten potilasvahinkolaissa edellytetään. Tämä korostuu erityisesti pienemmissä terveyskeskuksissa, joissa hoitohenkilöstöä ja lääkärityövoimaa on kovin vähän.

72 SUOMEN TERVEYDENHOITAJALIITTO

Terveydenhoitajaliitto suhtautuu periaatteessa myönteisesti työnjaon uudistamiseen. Terveydenhoitajakoulutus on tällä hetkellä 160 opintoviikkoa ammattikorkeakoulussa. Terveydenhoitaja laillistetaan tämän tutkinnon suorittuaan terveydenhoitajaksi ja terveydenhoitajakoulutus oikeuttaa molempien (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja) ammattien harjoittamiseen. Ammatinharjoittamista koskevassa lainsäädännössä ei ole määritelty tehtäviä, joita terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat

suorittaa, poikkeuksena lääkärit ja hammaslääkärit (mm. taudin määrittäminen). Kokeiluissa ja kuntien pilottihankkeissa terveydenhoitajan tehtävien laajentamisesta on kuitenkin sellaisia tehtäviä, joissa on kyse taudin ja myös hoidon määrittämisestä, samoin sairauksien ehkäisystä hoidon pitkäaikaiseurannassa, lievien infektioiden tutkimisesta ja hoidosta sekä terveydenhoitajan todistusten antamisesta. Nämä asiat olisi selkeästi määriteltävä, koska Terveydenhoitajaliitto ei pidä nykyistä käytäntöä riittävänä. Pilottihankkeissa vastuukysymyksiä on sovittu joko suusanallisesti tai joissakin paikoin kirjallisesti. Mielestämme tulisi olla kattava, valtakunnallinen, yhteisesti sovittu käytäntö.

Toinen kysymys, joka koskee terveydenhoitajan työtä, on palvelukokonaisuuksien kokonaisvastuut mm. neuvolatyössä ja terveydenhuollossa niillä tehtäväalueilla, joilla terveydenhoitajat perinteisesti toimivat. Terveydenhoitaja vastaa ao. toiminnan organisoinnista, kehittämisestä ja koko toiminnan pyörittämisestä. Lääkäripulasta johtuen lääkärin asema on jo pitkään ollut konsultin roolissa toimimista. Tähän on vaikuttanut lääkärivajeen lisäksi kiinnostuksen puute sekä puutteet osaamisessa. Terveyskeskusten johtosäännöissä pitäisi todeta, että terveydenhoitajalla on itsenäisen asiantuntijatyön status ja kokonaisvastuu tietyistä tehtäväalueista.

Terveydenhoitajaliitto ei näe esteitä tehtäväkuvien laajentamiselle. Voimassa olevat sopimukset mahdollistavat tehtävien siirrosta maksettavan korvauksen työntekijöille. Siitä olisi aina paikallisesti sovittava. Kun tehtäväkuvia ja työn vaativuutta lisätään, täytyy työmarkkinaosapuolten keskustella peruspalkkauksen tasosta. Terveydenhoitajaliiton mielestä nykyinen peruspalkkataso ei ole riittävä.

Terveydenhoitajaliitto suhtautuu myönteisesti terveystieteiden kehittämiseen edellyttäen, että tietyt vastuukysymykset, tarvittava täydennyskoulutus ja palkkauskysymykset selvitetään. Paikallisia sovellutuksia täytyy olla, mutta yleisesti yhteiset pelisäännöt täytyy luoda. Lähtökohtana kaikessa uudistamisessa tulisi huomioida asiakkaiden tarpeet ja palvelujen toimivuus.

SUOMEN KÄTILÖLIITTO

Kansanterveyslaki kumosi lain kunnan kätilöistä, minkä jälkeen kätilön ammatti hävisi perusterveydenhuollosta. Kätilön ammattiosaaminen pitäisi saada takaisin perusterveydenhuoltoon. Kätilökoulutus on terveydenhuollon henkilöiden ammattikoulutuksesta kaikkein pisin, 180 opintoviikkoa. Voidakseen toimia perusterveydenhuollossa, esimerkiksi äitiysneuvolassa, kätilöllä pitää olla myös terveydenhoitajan koulutus, koska ammatinharjoittamislaki ei anna kätilöille oikeutta toimia terveydenhoitajan virassa. Tällöin kätilön koulutukseksi tulee lähes 6 vuotta, joka on kohtuuttoman pitkä. Se on yhteiskunnan varojen tuhlausta. Kätilön ammattitaito äitiyshuoltoon on hankittu jo kätilökoulutuksen aikana. Lääkäreiden kanssa työnjako on selvä. Kätilöllä on hyvin itsenäinen rooli raskauden seurannassa. Suomessa äitiyshuoltoa hoitavat perusterveydenhuollossa terveydenhoitajat, joiden koulutukseen tällä hetkellä kuuluu äitiyshuolto hyvin suppeana verrattuna EU-direktiivien vaatimuksiin.

Tällä hetkellä raskauden seurantaan terveystieteissä kuuluu 3 lääkärintarkastusta. Monissa terveystieteissä ei lääkärintarkastuksia voida suorittaa, koska lääkäriä ei ole. Kuka nämä tutkimukset tekee ja kuormitetaanko niillä sitten erikoissairaanhoidoa?

Vaikka ammatinharjoittamislain mukaan kätilöt ja terveydenhoitajat voivat toimia toistensa tehtäväalueilla, vakainaista tointa tai virkaa ei saa. Kansanterveyslaki ei

tunne sanaa äitiyshuolto, lastenneuvola. Ne kuuluvat terveysneuvontaan eli asia on täysin määrittelemätön lainsäädännössä. Synnytyksen hoito on pääasiassa kätilöiden hoidettavana yhdessä obstetrikkojen kanssa, mutta ei ole lainsäädäntöä, kuka tätä työtä saa tehdä.

Perusterveydenhuollossa neuvolakäynnit ja äitiyspoliklinikkakäynnit ovat lisääntyneet, erikoissairaanhoidossa keisarileikkaukset ja synnytyspelot. Potilailla ei ole oikeutta valita hoitopaikkaa. Kätilöliitto haluaa nostaa laatukriteerit keskusteluun ja pohtia, onko hoito hyvää ja oikein organisoitua. Erikoisesti painotetaan osaamista vastasyntyneen tarkkailussa ja synnyttäneen naisen tarkkailua synnytyksen jälkeen kotona kaksi vuorokautta synnytyksestä. Kotihoito ja kotikäynnit ovat erittäin tärkeitä. Sellaisia laatukriteereitä, joiden avulla pystyisimme systemaattisesti seuraamaan hoidon laatua, ei ole tällä hetkellä olemassa.

Hoitohenkilökunnan ammattitaidon hyödyntäminen laajemmin sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidoissa on järkevä lähtökohta jakaa työtä lääkärikunnan kanssa. Kätilöillä on paljon osaamista, ja jos itsenäisesti saa tehdä työtä, konsensus löytyy kahden ammattikunnan välillä. Kokemuksellinen tietotaito erikoissairaanhoidosta olisi hyvä olla myös perusterveydenhuollossa. Tällä hetkellä äitiyshuollon osaaminen on pilkottu kahteen eri osioon ja henkilökunnan vaihto eri organisaatioiden välillä on olematonta. Sairaanhoidajilla, kätilöillä ja terveydenhoitajilla on jokaisella perusosaamisen lisäksi omaa erikoisosaamista. Tiimityöllä saataisiin kaikkein paras tulos myöskin äitiyshuollossa. Kätilöt ovat erittäin halukkaita kehittämään äitiyshuollon kokonaisuutta, jotta asiakkaat saisivat parasta mahdollista hoitoa.

SUUN TERVEYDENHOIDON AMMATTILIITTO

Kunnissa on osaamista yritetty maksimoida siten, että palvelutoimintaa olisi voitu ylläpitää. Hammaslääkäriliiton ja Tehyn kanssa yhteistyössä on aikaisempina vuosina pohdittu ja yritetty hakea yhteisiä kannanottoja niin, että paikallisesti ja suun terveydenhuollon toimijoitten keskuudessa ei vallitsisi sellaista käsitystä, että ammattiliitot olisivat estämässä järkevän toiminnan järjestämistä ja ylläpitämistä.

Ammatinharjoittamislaki siltä osin kuin se määrittelee lääkäreiden ja hammaslääkäreiden tehtävät, diagnoosin ja hoitosuunnitelman, on ihan ok. Paikallisen toiminnan järjestäminen on puolestaan kirjavaa ja aiheuttaa monenlaista hämminkiä. Toimintatapoja, valtuutuksia ja vastuurajoja ei ole paikallisesti sovittu, vaan ne ovat tietyllä tavalla muotoutuneet. Sen vuoksi hammashoitajat ja hammashuoltajat joutuvat pohtimaan sitä, onko jokin menettely oikein vai väärin. Otetaan yhteyttä liittoihin ja Tehyyn sopimuksia valvoville henkilöille.

Näin ollen on tärkeää, mitä pitäisi sopia paikallisesti ja mitä keskitetysti. Yksi kysymys on tullut esille ja keskusteluun, pitääkö esimerkiksi laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskien määritellä jotakin, pitääkö nimikesuojatut ottaa omalla ryhmänään ja tarkastella heidän toimivaltaansa ja vastuutasojansa. Yksi vaihtoehto on, että paikalliset olosuhteet, toimipaikkojen koko jne. määräävät henkilöstörakenteen. Juuri ammattiin valmistuneelta henkilöltä ei voida kovin pitkälle meneviä, itsenäiseen toimintaan suuntaavia vastuualueita edellyttää hoidettavaksi. Kokeneen ammattihenkilön määrittely on erittäin tärkeää, jolloin vastuu- ja valtakysymykset on mahdollista hallita.

Koulutus antaa valmiudet, mutta sen lisäksi edellytetään kokemusta, johon vaikut-

tavat myös henkilökohtaiset ominaisuudet ja osaaminen omassa ammattitehtävässä. Mikä on työnantajan vastuu? Mikä on terveydenhuollon ammattihenkilön vastuu tunnistaa omat toiminnan rajat ja valtuudet, eli oikeudet ja velvollisuudet? Ongelmaksi nimenomaan hoitohenkilökunnan kohdalla suun terveydenhuollossa on koettu lääkärisopimus. Joissakin kohdin se voi estää sellaisiakin työnjaollisia toimenpiteitä, joita muuten ehkä on todettu hyväksi ja pidetty toteuttamiskelpoisina. Nämä kysymykset pitäisi ratkaista työmarkkinaosapuolten kesken ja miettiä, miten palvelusuhteen ehtoja ja palkkausjärjestelmiä voidaan kehittää siihen suuntaan, että ne palvelevat toimintayksikön tavoitteita.

Nimikekysymys hammashuoltajien kohdalla on tärkeä. Hammashoito on nykyisin paljon julkisuudessa. Hammashuoltaja-nimike on laillistettu terveydenhuoltoammattihenkilö-nimike ja koulutus tuottaa suuhygienistin tutkinnon. Nimikkeitten kirjavuus on ongelmallista. Toivomme, että hammashuoltaja -nimike korvattaisiin nimikkeellä suuhygienisti.

SUOMEN LÄHI- JA PERUSHOITAJALIITTO SUPER

Terveydenhuollon henkilöstörakenne on kehittynyt ja kehittymässä epätarkoituksenmukaiseen suuntaan. Osaamisen käytössä ja tehtäväjaossa on epäselvyyksiä. Epäselvät tehtäväjaot kaipaavat määrittelyä ja ehkä tarkempaa säännöstämistä. Myöskin perus- ja lähihoitajien ja erityisesti sairaanhoitajien välistä työnjakoa on käsiteltävä, kehitettävä ja selkeytettävä.

Työehtosopimuksissamme olen havainnut yhden sellaisen yleisen sopimusmääräyksen, joka vaikuttaa tehtävien jakoon, eli lääkärintodistuskysymyksen. Se ei ole kysymys, johon voisimme julkissektorin tai kuntasektorin sopijapuolena yleisesti vaikuttaa.

Kuntasektorin virka- ja työehtosopimukset eivät rajoita tehtävien jakamista ja työn teettämistä. Olemme mahdollistaneet tietyin edellytyksin tehtävien tilapäisiä siirtämissäkin henkilöstön välillä. Palkkausjärjestelmä nykyisin kuntapuolella paremminkin mielestäni tukee tällaista kehitystä.

Kunta-alalla on varsin laaja paikallisen sopimisen mahdollisuus, mikä on omiaan tukemaan toiminnan kehittämistä. Työlainsäädännön puolella vastikään uudistettua työsopimuslakia on modernisoitu ja 1.11.2003 voimaan tuleva kunnallinen viranhaltijalaki tulee sovellettavaksi virkasuhteisiin. Viranhaltijapuolella on samoin pyritty moderniin lainsäädäntöön, eikä sieltäkään löydy esteitä tehtävien uudelleen jakamiselle ja uusille järjestelyille. Työlainsäädännön lähtökohtana on, että säännöstetään kohtuudella ja palkansaajan oikeusturva huomioon ottaen työnantajan mahdollisuuksia yksipuolisesti vaikuttaa tehtäviin. Näin ollen voi olla sellaisia tilanteita, ettei työnantajalla ole vapaita valtuuksia puuttua henkilöiden tehtäviin. Ammatinharjoittamislainsäädäntöä tulisi käsityksemme mukaan kehittää.

Kansallisen terveysthankkeen yksi keskeinen ajatus oli terveydenhuollon työntekijöiden työnjaon tarkistaminen. Pidämme tärkeänä, että työnjaossa ketju lääkäreiltä sairaanhoitajille, terveydenhoitajille, kättilöille ja edelleen lähi- ja perushoitajille ja muille toisen asteen tutkinnon suorittaneille viedään loppuun saakka. SuPerin tekemän tutkimuksen mukaan tehtäväjakoa tarkistamalla lähihoitajien toimenkuva saataisiin vastaamaan nykyistä koulutusta.

Kotipalvelussa on vielä aika paljon työntekijöitä, joilla ei ole ammatillista koulu-

tusta. Lähihoitajat voisivat toimia ryhmän vastaavina kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa ja tarvittaessa konsultoida terveydenhoitajia tai lääkäreitä. Nämä tehtävänsiirrot eivät vaikuta vastuukysymyksiin, jos lähihoitaja tekee koulutustaan vastaavia tehtäviä. Osaaminen voidaan varmistaa täydennyskoulutuksella. Organisaatioiden välillä on suuria eroja siinä, mitä tehtäviä on siirretty.

Tällä hetkellä on menossa STM:n hankerahoituksen avulla 13 tehtäväsiirtoa käsittelevää hanketta. SuPer pitää tärkeänä, että koko ketju viedään läpi ja näissä hankkeissa myös lähi- ja perushoitajat ovat mukana. Terveydenhuollon ammatinharjoittamislainsäädäntö ei määrittele terveydenhuollon ammattihenkilöitten työtehtäviä. Sairaanhoidajien ja lähi- ja perushoitajien osalta on enemmänkin kysymys työnjaosta kuin tehtävien siirtämisestä.

Perusterveydenhuollossa työskentelee arvion mukaan noin 30 000 lähihoitajaa terveyskeskuksissa, kotisairaanhoidossa, hammashuollossa jne. Koulutus kestää 3 vuotta. Perusopintojen lisäksi 9 erilaista vuoden mittaista koulutusohjelmaa antaa syvemmän osaamisen. Sijoittuminen työelämään on ollut hyvä.

Ammatinharjoittamislainsäädännössä ei määritellä hoitohenkilökunnan tehtäviä. Kokemus työelämässä näyttää osoittavan sen, että kun sekä laillistetut että nimikesuojatut voivat toimia toistensa tehtävissä, melkein aina vapautuviin perushoitajan virkoihin on otettu sairaanhoitaja tai muu ja usein käytetty myöskin sijaisuuksia. Harvoin on niin päin, että perushoitaja toimii sairaanhoitajan sijaisuuksissa. Esitämme, että kun terveydenhuollon ammatinharjoittamislainsäädäntöä uusitaan, ammattien rekisteröinti suoritettaisiin saman tasoisena. Mielestämme on keinotekoista tehdä jako nimikesuojattuihin ja laillistettuihin, koska lähihoitajakoulutus on kehittynyt ja muuttunut lainsäädännön voimaantulon jälkeen. Sekä kansallisen terveysalan että sosiaalihankeksen idea on, että työnjakoa tarkistetaan koulutusta vastaavaksi.

Ammattiosaamisen perinteisten sisältöjen ohella jokainen työntekijä tarvitsee uusia taitoja, jotka auttavat toimimaan tämän päivän ja tulevaisuuden organisaatiossa. Lääkehoidon toteutus on esimerkki alueesta, jolla terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnjakoa on jatkuvasti kehitetty. Tämän alueen laajentaminen vaatii johtavan lääkärin päätöstä, koska lääkäri määrää lääkehoidosta ja työyksikössä tulee olla dokumentaatio siitä. Ongelmatilanteita on syntynyt esimerkiksi kotisairaanhoidossa. Viime vuosi on ollut aika hurja lähi- ja perushoitajien osalta sillä tavoin, että jopa 25 vuotta kokonaisvaltaisessa potilaan hoitamisessa toimineiden työntekijöiden työtehtävät lääkehoidon osalta on rajattu. Esitämme, ja olemme jo useampaan kertaan esittäneet, että lääkintöhallituksen yleiskirje 1929 saatetaan ajan tasalle.

SUOMEN KUNTALIITTO

Suomen Kuntaliitto kiinnitti huomiota eräisiin sellaisiin rajoituksiin, jotka estävät joko toiminnan järjestämistä kuntatasolla taikka estävät järjestämistä kunnan kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla.

Ongelma on lainsäädännössä, joka perustuu 70-luvun periaatteisiin. Linjaukset lyötiin silloin lukkoon ja nykyisen sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet ovat siltä ajalta. Vuonna 1993 tehtiin laaja uudistus eli siirrettiin päätöksentekoa voimakkaasti kuntapuolelle, jolloin saattoi syntyä eräitä ristiriitoja, jotka ovat edelleen olemassa. Vaikka suuri muutos tapahtui 1993 valtioneosuusuudistuksen myötä, on aika hyvin selvitty vanhalla lainsäädännöllä.

Kuntaliiton näkemys paikallisesta päätöksentekojärjestelmästä on se, että paikallisesti tulisi olla hyvin väljät toimintamahdollisuudet. Tämä koskee myöskin ammatillista näkökulmaa, eli kuka tekee mitäkin. Kuntaliitto korostaa sitä, että pitää olla väljyyttä ja mahdollisuuksia järjestää toiminta joustavasti kuntatasolla. Olisi hyvä, jos paikalliselle tasolle jäisi mahdollisimman paljon liikkumavaraa.

Tulevaisuudessa on voitava kehittää työnjakoa eri ammattiryhmien välillä. Varsinaisia suuria esteitä lainsäädännöllisesti ei ole. Kelpoisuuslainsäädäntö sosiaalipuolella voi olla vaikea asia. Siinä ei saisi tehdä ratkaisuja, jotka vaikeuttavat työnjakoa ja joustavaa toimintaa kunnan kannalta.

Työnjakokysymys on myös hallinnon ongelma. Sosiaalihuolto, kansanterveystyö ja erikoissairaanhoidot ovat jokainen oma kokonaisuutensa. Tietyntylaisia hallinnollisia ongelmia on esimerkiksi kotisairaanhoidon hoitamisessa. Voidaanko se järjestää sosiaalitoimeen integroituna?

Voidaanko hoitaa sosiaalihuollon lainsäädännön ja kansanterveyslainsäädännön asioita ristiin, ja vastaavasti kunnan ja kuntayhtymän välillä. Jos toiminta hoidetaan kuntayhtymässä, voidaanko osa tehtävistä siirtää kunnan, lähinnä sosiaalihuollon, hoidettavaksi. Käytännön ongelmia löytyy useita. On otettava huomioon, että kunnissa ollaan siirtymässä tai on jo siirrytty siihen, että sosiaali- ja terveydenhuolto tiivistyvät yhteen kuntatasolla.

Salassapitoa koskevat säännökset ovat aiheuttaneet vaikeuksia. Monessa kunnassa asiat nähdään kansalaisen elämänkaaren näkökulmasta ja silloin siirrytään entistä enemmän tulevaisuudessa myös järjestämään palvelut tätä ajattelutapaa seuraten. Esimerkkeinä mainittakoon, että eräitä osia sosiaalityöstä haluttaisiin hoitaa yhteistyössä koulujen kanssa, samoin lasten päivähoido.

KUNNALLINEN TYÖMARKKINALAITOS

Sellaisia lainsäännöksiä taikka sopimusmääräyksiä, jotka todella estäisivät toimintatavat tai työnjaon, ei ole. Kunnallinen palkkausjärjestelmä on uudistunut varsin rivaakasti ja uudistuu myös käytännössä. Aikajänne on ollut lyhyt, eikä vaikuttavuutta ole vielä arvioitavissa. Tavoitteena on kuitenkin saattaa palkkauksen yksilövastaavuus kohdalleen. Kunkin viranhaltijan ja työntekijän palkka määräytyy hänen työnsä vaativuuden ja henkilökohtaisten ominaisuuksien sekä ammatinhallinnan tulosten perusteella. Tulospalkkiojärjestelmiä on myös kehitetty.

Tehtäväjakoa yritetään uudistaa kirjaamalla esimerkiksi sopimuksiin mainintoja, joilla muistutetaan, että jos työnjako on toteutunut ja jos työ muuttunut vaativammaksi, se täytyy ottaa huomioon palkkauksessa. Samoin tulospalkkiojärjestelmällä pystytään tukemaan toimintojen uudelleenjärjestelyä. Eniten kritiikkiä palkkausjärjestelmästä on aiheuttanut lääkärisopimukseen liittyvät toimenpidepalkkiot. Eri sopimusalueilla voi keskeisten palkkatekijöiden lisäksi (tehtäväkohtainen palkka, henkilökohtainen lisä, tulospalkkio) olla myös muita, lähinnä suoriteperusteisia palkkatekijöitä. Suoriteperusteisten palkkaustekijöiden etuna on se, että niillä pystytään ohjaamaan toimintaa, saadaan nopeasti tuloksia aikaan haluttuun suuntaan. Ongelmana on se, ettei näitä järjestelmiä saada pidettyä keskustason sopimuksissa ajan tasalla. Teknologia menee eteenpäin, työtavat muuttuvat ja ne eivät välttämättä ole sopusoinnussa paikallisten tavoitteiden kanssa. Työmarkkinaosapuolet joutuvat katsomaan ja tutkiskelemaan näitä asioita ja suhtautumaan erittäin kriittisesti työhönsä.

On tullut esille, että suoriteperusteinen palkkaus voi vaikuttaa järkevään työnjakoon negatiivisesti. Työmarkkinaosapuolet tarkastelevat yhdessä näitä toimenpidejärjestelmiä.

Omalääkärijärjestelmän tuloksiin voidaan olla tyytyväisiä. Tätäkin sopimusaluetta täytyy katsoa kriittisesti ja yrittää tehdä siitä toimivampi. Omalääkäreiden työajoista vuonna 2002 tehty selvitys osoittaa työajan pysyneen suurin piirtein samana kuin muillakin lääkäreillä. Eri vastuuväestöt työllistävät lääkäreitä eri tavalla. Lääkärisopimuksessa on todettu, mitä pitää ottaa huomioon, kun vastuuväestöä jaetaan, ja että uudelleentarkastelu pitää suorittaa määräajoin mm. väestössä tapahtuvien muutosten, rakennemuutosten ja väestön muuttoliikkeen vuoksi. Meillä työskentelee parhaillaan omalääkäriyhmä, ja sen tavoitteina on mm. tuoda esiin käytännön ongelmia.

Työlainsäädäntö mahdollistaa valtakunnan tasoisessa sopimuksessa toisin sopimisen. Ongelma on ehkä enemmän juuri siinä, että lainsäännösten toteuttaminen aiheuttaa turhiakin oikeudenkäyntejä.

Ammatinharjoittamislaki varmasti kaipaasi selkeyttämistä. Tekninen uudistamistyö olisi paikallaan. Työnantaja vastaa lainsäädännön mukaan aina työntekijöidensä, viranhaltijoidensa työstä ja osaamisesta ensisijaisesti ja työnantajan tehtävä on siitä myös huolehtia niin, että henkilöstö kykenee tehtävät tekemään ja varmistaa osaamisen. Ammatinharjoittamislain mukaan myös ammattihenkilö on velvollinen ylläpitämään ja kehittämään ammattitaitoaan ja hänen tulee tuoda esille mahdolliset oman osaamisensa puutteet.

Palvelutuotannon monipuolistuessa syntyy uusia ongelmia, mm. verotus- ja eläkelainsäädäntö aiheuttavat epäselvyyksiä. Toinen asia on työvoiman vuokraus; aina ei näytä olevan aivan selvää, onko ostettu kokonainen palvelu vai onko kysymyksessä työvoimavuokraus. Sairausvakuutuslakiin liittyen, oli toimintamalli mikä tahansa, asiakkaan pitäisi aina olla varma siitä, kenen palveluksia hän hakee, julkisen vai yksityisen.

JÄRJESTÖJEN KIRJALLISET LAUSUNNOT

Järjestöjen kuulemistilaisuudessa 30.10.2003 luovuttamat tai sen jälkeen toimittamat kirjalliset lausunnot on toimitettu erikseen sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle.

LÄHDELUETTELO

Amtsrådsforeningen. Almen lægegerning. Landsoverenskomst om almen lægegerning mellem Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU), og Praktiserende Lægers Organisation (P.L.O). København, April 2003

Amtsrådsforeningen. Regional Government in Denmark. København, September 2001

Avtale mellom staten ved arbeids- og administrasjonsdepartementet, Kommunenes Sentralforbund og de regionale helseforetakene på den ene side og Den norske lægeforening på den andre siden om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og legespesialister med avtalepraksis. Oslo, 25 juni 2003

Eväitä työyhteisön hyvinvointiin. Työssä jaksamisen ohjelmassa opittua 2000–2003. Työministeriö

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 14. april 2000, Oslo

Harjula Heikki, Prättälä Kari. Kuntalaki. Helsinki 1995

Health care in Denmark. Ministry of the Interior and Health. Copenhagen, August 2002

Hvå henkilöstöjohtaminen kuntasi menestystekijä. Työssä jaksamisen ohjelma 2000–2003. Työministeriö

Joensuu Jyrki. Voiko terveystakeskuskammo johtua ammattitaidon suppeudesta? Suomen Lääkärilehti 36/2003

Kaupunkiliiton toimisto. Suositus eräistä kansanterveystyön hallinnon järjestämiseen liittyvistä kysymyksistä. Yleiskirje A 12/1972

Kunnallinen työmarkkinalaitos. Henkilöstön asema palvelutuotannon muutoksissa. Opas kunnallisille esimiehille. Helsinki 2004

Kunnallinen työmarkkinalaitos. Kunnallinen lääkärin virkaehtosopimus 2003–2004. Helsinki 2003

Kunnallinen työmarkkinalaitos. Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus 2003–2004. Helsinki 2003

Kunnallinen työmarkkinalaitos. Paikallinen sopiminen kunta-alalla. Opas kunnallisille esimiehille. Helsinki 2002

Kunnallinen työmarkkinalaitos. Suunterveydenhuollon tulospalkkioryhmä. Muistio suun terveydenhuollon tulospalkkiojärjestelmistä 25.11.2003

Kunnallinen työmarkkinalaitos. Yhteistoiminta ja työelämän kehittäminen kunta-alalla. Yhteistoimintamenettelyä, tuloksellisuutta, työhyvinvointia ja työelämän laatua koskevat sopimukset, suositukset ja ohjeet. Helsinki 2003

Landstinget i Östergötland. Norsk Fastlegeordning sedd med svenska ögon. Författare: Ing-Marie Hallgren. Sven Engström. Lars Borgquist. Maj 2003

Landstingsförbundet. Allmänna bestämmelser. AB 01. Gäller fr o m 2001-04-01 Överenskommelse om lön och allmänna anställningsvillkor samt rekommendation om lokalt kollektivavta mm. ÖLA 01.

– AkademikerAllianssen 2001-04-01- -

– Sveriges läkarförbund 2001-04-01–2005-03-31

– Vårdförbundet I lydelse fr o m 2001-04-01

Spesialbestämmelser BOL 01.

– Läkare. Nr 03. Med Stud.

– Tandvårdspersonal. Nr 04 a. LTJ 01. Nr 04 b

Landstingsförbundet. Rapport om Inhyrda läkare. Stockholm 2003

- Landstingsförbundet. Lönenivåer, lönespridning och löneutveckling i landsting och regioner 1994–2002. Stockholm, Juli 2003
- Mattila Markku, Isola Anja. Sairaanhoidaja lääkehoidon ja verensiirron toteuttajana – lupakäytäntö. Suomen Lääkärilehti 39/2002 VSK 57.
- Opetushallitus. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto 2001. Määräys 7/011/2001
- Opetusministeriö. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Opetusministeriö 7.9.2001
- Rytkölä Olavi. Virkaehtolainsäädäntö. Helsinki 1972
- Räsänen Anu. Hoitotyöntekijöiksi valmistuvien osaaminen. Vertailututkimus opistoasteelta ja ammattikorkeakouluista valmistuvien hoitotyöntekijöiden hoitotyön toimintojen hallinnasta sekä opetuksen ja opiskelun painotuksesta. Turun yliopiston julkaisuja. Turku 2002
- Saipio Heikki–Niittyä Lauri–Vartiainen–Hynönen Elina. Kunnallisen viranhaltijan oikeusasema. Helsinki 1996
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle, valtakunnallinen suositus. Jyväskylä 1999
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Hoidon saatavuus ja jonon hallinta. Työryhmämuisto 2003:33
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Työryhmämuistio 2003:12
- Suomen Kunnallisliitto. Kansanterveystyön järjestämiseen liittyvä kuntien yhteistoiminta. Yleiskirje n:o 10/1972
- Suomen Kuntaliitto, Kunnallinen työmarkkinalaitos, Kuntien eläkevakuutus. Kuntatyö 2010 -projekti. Kunta kilpailukykyiseksi työnantajaksi. Kuntajohdon tietopaketti. Helsinki 2003
- Svenska Kommunförbundet. Individuell lönesättning, en process. Stockholm, April 2000
- Työhyvinvoinnin edistäminen kunta-alalla. Kuntien eläkevakuutus, 2002
- Wallenberg Jan. Lön – Mål eller medel? Landstingsförbundet. Stockholm 2000
- Veräjänkorva Oili. Sairaanhoidajien lääkehoitotaidot. Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopiston julkaisuja. Turku 2003

LIITE I MUIDEN KUIN OMALÄÄKÄRIEN PALKKARAKENNE ELOKUUSSA 2002

	Hoidettu virka						Yhteensä n=362
	Yliääkäri/ johtava lääkäri n=74	Apuais- ylilääkäri n=27	Johtava tai vastaava tk-lääkäri n=20	Osatoim. vastaava tk-lääkäri n=16	TK-lääkäri n=215	Muu virka n=10	
Varsinainen palkka	4,726.54	4,223.65	4,658.89	4,010.26	3,535.57	3,557.43	3,913.99
Peruspalkka	4,165.72	3,697.29	3,946.28	3,343.00	3,102.55	3,223.46	3,424.82
Vuosisidonnainen osa	384.67	344.77	336.35	325.11	223.36	214.26	275.88
Harkinnanvarainen henkilökohtainen lisä	94.99	94.73	154.56	206.14	130.00	93.47	123.93
Syrjäseutulisa	12.83	30.90	76.77	56.69	20.21	0.00	23.67
Syrjäisykorotus	34.20	21.60	117.94	52.09	45.84	0.00	44.64
Määrävuosilisa	34.12	34.36	26.99	27.23	13.61	26.24	21.04
Kiellilisa	1.18	3.03	0.00	0.00	0.14	0.00	0.55
Kannustuslisa	3.58	8.13	0.00	0.00	6.51	0.00	5.21
Tulospalkkio	3.75	0.00	0.00	0.00	6.57	0.00	4.67
Muut säänn. työajan lisät ja korvaukset	32.75	0.00	10.62	55.38	63.65	80.75	49.76
Säänn. työajan epämukavan työajan korvaukset	43.09	0.00	0.00	0.00	4.79	0.00	11.65
Muu lisätty	1.84	0.00	4.46	0.00	1.06	0.00	1.25
Muu ylityö	22.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.55
Korvaus vapaa-aikana työhön kutsutulle	0.00	0.00	0.00	0.00	0.84	0.00	0.50
Päivystyskorvaukset yhteensä	22.67	44.41	134.18	52.05	91.89	0.00	72.24
Aktiivipäivystyksen korvaukset	21.79	8.75	13.61	52.05	64.63	0.00	46.54
Muun työpaikkapäivystyksen korvaukset	0.00	35.65	88.61	0.00	14.40	0.00	16.11
Vapaa-aikana päivystyksen korvaukset	0.88	0.00	31.96	0.00	12.86	0.00	9.58
Potilaskäyntipalkkiot yhteensä	386.19	290.88	158.37	491.05	366.24	263.42	355.89
Potilaskäyntien käyntipalkkiot säännöllisenä työaikana	14.00	22.60	0.00	10.82	24.46	0.00	19.56
Potilaskäyntien käyntipalkkiot kliinisenä lisätönaikana	193.82	93.54	34.41	204.63	92.35	39.68	113.49
Potilaskäyntien käyntipalkkiot	67.87	66.36	19.57	116.47	96.08	26.80	82.86
päivystysaikana 22 - 08 tai pe 18 - ma 08	110.49	108.37	104.38	159.13	153.35	196.93	139.99
Potilaskäyntien käyntipalkkiot muuna päivystysaikana							

LIITE 1 MUIDEN KUJIN OMALÄÄKÄRIEN...

	Hoidettu virka						Yhteensä n=362
	Ylilääkäri/ johtava lääkäri n=7 4	Apulais- yllilääkäri n=27	Johtava tai vastaava tk-lääkäri n=20	Osatoim. vastaava tk-lääkäri n=16	TK-lääkäri n=215	Muu virka n=10	
Kotikäyntipalkkiot yhteensä	12.09	2.44	0.00	2.06	10.77	59.86	10.79
Kotikäyntien käyntipalkkiot säännöllisenä työaikana	1.65	0.00	0.00	0.00	0.07	57.20	1.96
Kotikäyntien käyntipalkkiot kliinisenä lisätyöaikana	3.79	0.00	0.00	0.00	0.34	0.00	0.98
Kotikäyntien käyntipalkkiot							
päivystysaikana 22 - 08 tai pe 18 - ma 08	2.65	0.00	0.00	2.06	6.64	2.66	4.65
Kotikäyntien käyntipalkkiot muuna päivystysaikana	4.00	2.44	0.00	0.00	3.72	0.00	3.21
Päivystyksen aikaiset erilliset vuodeosastokäynnit	2.59	4.18	0.00	0.00	4.51	0.00	3.52
Toimenpidepalkkiot yhteensä	255.53	420.23	361.13	357.33	423.30	377.87	381.17
Toimenpiteet säännöllisenä työaikana, ryhmä 0	42.08	61.18	31.04	42.37	72.64	56.80	61.47
Toimenpiteet säännöllisenä työaikana, ryhmä I	97.53	198.83	142.43	177.16	232.00	238.38	194.84
Toimenpiteet säännöllisenä työaikana, ryhmä II	56.68	98.27	52.12	61.30	58.47	28.81	60.02
Toimenpiteet säännöllisenä työaikana, ryhmä III	2.73	2.81	102.30	1.58	1.53	0.00	7.40
Toimenpiteet kliinisenä lisätyöaikana, ryhmä 0	2.58	0.74	0.57	2.32	1.59	0.29	1.67
Toimenpiteet kliinisenä lisätyöaikana, ryhmä I	19.58	16.65	11.40	21.80	10.07	12.40	13.16
Toimenpiteet kliinisenä lisätyöaikana, ryhmä II	8.43	1.42	1.92	0.00	1.14	3.84	2.72
Toimenpiteet kliinisenä lisätyöaikana, ryhmä III	0.00	0.00	0.00	0.00	0.11	0.00	0.06
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä 0	1.84	3.48	0.43	2.98	4.57	6.40	3.68
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä I	21.85	31.05	18.40	43.64	36.86	26.77	32.36
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä II	2.23	5.79	0.52	4.18	4.20	1.28	3.63
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä III	0.00	0.00	0.00	0.00	0.12	2.90	0.15
Röntgenlääkäriin tutkimuksen yhteensä	0.00	63.83	0.00	0.00	0.68	0.00	5.17
Muu kuin toimenpideluettelolitteessä tarkoitettu	0.00	63.83	0.00	0.00	0.23	0.00	4.90
Murtumakontrollitutkimus	0.00	0.00	0.00	0.00	0.45	0.00	0.26
Säännöllisen työajan ansiot	5,025.56	4,682.34	4,997.40	4,358.88	4,007.93	4,019.37	4,336.75
Kokonaisansiot	5,514.04	5,060.77	5,327.66	4,968.14	4,516.53	4,339.32	4,820.91

LIITE 2 MUIDEN KUIN OMALÄÄKÄRIEN PALKKARAKENNE ELOKUUSSA 2002, PROSENTTIA KOKONAISANSIOISTA

	Hoidettu virka					Yhteensä n=362	
	Ylilääkäri/ johtava lääkäri n=74	Apulais- yllilääkäri n=27	Johtava tai vastaava tk-lääkäri n=20	Osatoim. vastaava tk-lääkäri n=16	TK-lääkäri n=215		Muu virka n=10
Varsinainen palkka	85.7	83.5	87.4	80.7	78.3	82.0	81.2
Peruspalkka	75.5	73.1	74.1	67.3	68.7	74.3	71.0
Vuosisidonnainen osa	7.0	6.8	6.3	6.5	4.9	4.9	5.7
Harkinnanvarainen henkilökohtainen lisä	1.7	1.9	2.9	4.1	2.9	2.2	2.6
Syrjäseutulisa	0.2	0.6	1.4	1.1	0.4	0.0	0.5
Syrjäisyyskorotus	0.6	0.4	2.2	1.0	1.0	0.0	0.9
Määrävuosilisa	0.6	0.7	0.5	0.5	0.3	0.6	0.4
Kiellisa	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Kannustuslisa	0.1	0.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1
Tulospalkkio	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.1
Muut säänn. työajan lisät ja korvaukset	0.6	0.0	0.2	1.1	1.4	1.9	1.0
Säänn. työajan epämukavan työajan korvaukset	0.8	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2
Muu lisätö	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
Muu ylityö	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Korvaus vapaa-aikana työhön kutsutulle	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Päivystyskorvaukset yhteensä	0.4	0.9	2.5	1.0	2.0	0.0	1.5
Aktiivipäivystyksen korvaukset	0.4	0.2	0.3	1.0	1.4	0.0	1.0
Muun työpaikkapäivystyksen korvaukset	0.0	0.7	1.7	0.0	0.3	0.0	0.3
Vapaaehtoisen päivystyksen korvaukset	0.0	0.0	0.6	0.0	0.3	0.0	0.2
Potilaskäyntipalkkiot yhteensä	7.0	5.7	3.0	9.9	8.1	6.1	7.4
Potilaskäyntien käyntipalkkiot säännöllisenä työaikana	0.3	0.4	0.0	0.2	0.5	0.0	0.4
Potilaskäyntien käyntipalkkiot kliinisenä lisätyöaikana	3.5	1.8	0.6	4.1	2.0	0.9	2.4
Potilaskäyntien käyntipalkkiot päivystysaikana 22 - 08 tai pe 18 - ma 08	1.2	1.3	0.4	2.3	2.1	0.6	1.7
Potilaskäyntien käyntipalkkiot muuna päivystysaikana	2.0	2.1	2.0	3.2	3.4	4.5	2.9

LIITE 2...

LIITE 3 MUIDEN KUIN OMALÄÄKÄRIEN TYÖAJAN JAKAANTUMINEN

KT:n ja SLL:n tiedustelu, elokuu 2002

	Hoidettu virka						Yhteensä (n=272)
	Ylilääkäri/ johtava lääkäri (n=62)	Apulais- ylilääkäri (n=18)	Johtava tai vastaava tk-lääkäri (n=12)	Osatoim. vastaava tk-lääkäri (n=27)	TK-lääkäri (n=142)	Muu virka (n=11)	
Vastaanottotyö	35.7	68.8	73.5	49.9	67.9	59.6	58.8
Äitys- ja lastenneuvolatoiminta	1.1	3.3	11.7	9.6	10.1	8.9	7.6
Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto	1.9	1.9	0.9	5.0	2.7	2.8	2.6
Työterveyshuolto	2.7	9.9	2.3	14.9	11.3	31.8	10.0
Muut terveystarkastukset	1.0	0.0	0.7	0.0	0.5	1.0	0.6
Vuodeosasto- ja huoltolaittoiminta	24.8	11.8	10.5	30.7	22.5	0.8	21.7
Kotikäynnit ja kotisairaanhoito	2.3	1.6	3.5	4.0	1.7	1.8	2.1
Potilaspuhelut	5.2	5.8	5.7	5.5	7.4	9.7	6.6
Todistukset ja lausunnot	5.8	12.0	6.8	9.8	8.2	11.0	8.1
Hallinnolliset tehtävät	70.1	12.6	34.4	7.0	1.6	0.2	19.9
Työpaikan sisäinen koulutus ja meetingit	9.1	9.1	7.8	8.9	8.4	8.4	8.6
Työpaikan ulkopuolinen koulutus	2.1	2.1	3.2	2.5	1.6	0.9	1.9
Poissaolot (esim. sairausloma)	7.0	9.3	0.0	6.5	10.1	17.0	8.8
Muuta	2.7	12.9	1.9	10.7	7.6	3.9	6.7
Säännöllisen työajan tunnit yhteensä	171.3	161.0	162.9	164.9	161.5	157.9	164.0
Päivystystunnit	10.8	11.3	10.7	23.6	19.7	26.5	17.1
Kliinisen lisätyön tunnit	3.7	0.5	4.3	1.7	2.2	1.4	2.4
Muun lisä- ja ylityön tunnit	1.8	0.3	2.3	4.9	0.5	0.0	1.0
Tunnit kuukaudessa yhteensä	187.6	173.2	180.2	195.1	183.9	185.8	184.5
- viikossa	43.6	40.3	41.9	45.4	42.8	43.2	42.9

LIITE 4 OMALÄÄKÄRIEN PALKKAPALKKARAKENNE ELOKUUSSA 2002

	Hoidettu virka					Yhteensä n=478
	Yliääkäri/ johtava lääkäri n=26	Apulais- yliääkäri n=24	Johtava tai vastaava tk-lääkäri n=11	Terveyskeskus- lääkäri n=417		
Varsinainen palkka	4,618.97	3,853.25	4,217.66	2,992.97	3,152.79	
Peruspalkka/ Tehtäväkohtainen palkka	3,981.19	3,284.78	3,248.81	2,674.17	2,789.14	
Vuosisidonnainen osa	381.87	303.90	281.23	189.60	207.91	
Harkinnanvarainen henkilökohtainen lisä	164.47	216.44	366.44	102.13	117.34	
Syrjäseutulisa	32.53	0.00	178.55	4.18	9.52	
Syrjäisykorotus	16.66	0.00	99.87	6.25	8.65	
Määrävuosilisa	42.25	48.14	42.76	16.66	20.23	
Väestöosa	523.86	632.94	586.33	690.90	676.49	
Kiellilisa	0.45	0.00	1.38	0.58	0.56	
Kannustuslisa	15.91	0.00	0.00	2.60	3.13	
Tulospalkkio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Muut päiväajan palkan lisät ja korvaukset	20.65	0.00	49.03	15.28	15.58	
Päivystyskorvaukset yhteensä	117.2	104.2	81.8	56.6	62.9	
Aktiivipäivystyksen korvaukset	80.16	63.37	0.00	43.54	45.52	
Muun työpaikkapäivystyksen korvaukset	15.29	35.19	81.82	9.41	12.69	
Vapaaehtoisen päivystyksen korvaukset	21.72	5.66	0.00	3.67	4.67	
Potilaskäyntipalkkiot yhteensä	470.08	707.93	707.78	802.67	777.64	
Potilaskäynnit muuna kuin päivystysaikana	297.32	561.52	502.29	535.32	522.93	
Potilaskäynnit päivystysaikana	172.77	146.41	205.49	267.35	254.71	

LIITE 4...

LITE 4 OMALÄÄKÄRIEN PALKKAPALKKARAKENNE ...

	Hoidettu virka				
	Yliääkäri/ johtava lääkäri n=26	Apulais- yliääkäri n=24	Johtava tai vastaava tk-lääkäri n=11	Terveyskeskus- lääkäri n=417	Yhteensä n=478
Kotikäyntipalkkiot yhteensä	8.92	4.59	17.38	13.45	12.85
Kotikäynnit vastaanotto toiminnan aikana: matka enintään 5 km	6.00	4.59	14.18	11.68	11.07
Kotikäynnit vastaanotto toiminnan aikana: matka yli 5 km	2.92	0.00	1.70	1.29	1.32
Kotikäynnit päivystysaikana	0.00	0.00	1.50	0.48	0.45
Päivystyksen aikaiset erilliset vuodeosastokäynnit	0.00	2.99	0.68	0.98	1.02
Toimepidepalkkiot yhteensä	241.30	331.47	463.25	401.20	390.43
Toimenpiteet muuna kuin päivystysaikana, ryhmä 0	74.59	84.09	63.00	113.32	108.59
Toimenpiteet muuna kuin päivystysaikana, ryhmä I	103.24	174.87	250.48	204.80	198.82
Toimenpiteet muuna kuin päivystysaikana, ryhmä II	34.57	51.57	90.15	47.41	47.91
Toimenpiteet muuna kuin päivystysaikana, ryhmä III	0.00	1.05	2.30	0.57	0.60
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä 0	4.68	3.73	7.28	2.20	2.53
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä I	23.23	15.52	25.99	28.69	27.67
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä II	0.98	0.64	24.05	4.13	4.24
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä III	0.00	0.00	0.00	0.07	0.06
Säännöllisen työajan ansiot	5,698.47	5,363.89	5,778.50	4,616.72	4,739.81
Kokonaisansiot	6,017.29	5,637.39	6,125.32	4,977.25	5,093.39

LIITE 5 OMALÄÄKÄRIEN PALKKAPALKKARAKENNE ELOKUUSSA 2002, PROSENTTIA KOKONAISANSIOISTA

	Hoidettu virka				Yhteensä n=478
	Yliääkäri/ johtava lääkäri n=26	Apulais- yliääkäri n=24	Johtava tai vastaava tk-lääkäri n=11	Terveyskeskus- lääkäri n=417	
Varsinainen palkka	76.8	68.4	68.9	60.1	61.9
Peruspalkka/ Tehtäväkohtainen palkka	66.2	58.3	53.0	53.7	54.8
Vuosisidonnainen osa	6.3	5.4	4.6	3.8	4.1
Harkinnanvarainen henkilökohtainen lisä	2.7	3.8	6.0	2.1	2.3
Syrjäseutulisa	0.5	0.0	2.9	0.1	0.2
Syrjäisyyskorotus	0.3	0.0	1.6	0.1	0.2
Määrävuosilisa	0.7	0.9	0.7	0.3	0.4
Väestöosa	8.7	11.2	9.6	13.9	13.3
Kiellilisa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Kannustuslisa	0.3	0.0	0.0	0.1	0.1
Tulospalkkio	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Muut päiväajan palkan lisät ja korvaukset	0.3	0.0	0.8	0.3	0.3
Päivystyskorvaukset yhteensä	1.9	1.8	1.3	1.1	1.2
Aktiivipäivystyksen korvaukset	1.3	1.1	0.0	0.9	0.9
Muun työpaikkapäivystyksen korvaukset	0.3	0.6	1.3	0.2	0.2
Vapamuotoisen päivystyksen korvaukset	0.4	0.1	0.0	0.1	0.1
Potilaskäyntipalkkiot yhteensä	7.8	12.6	11.6	16.1	15.3
Potilaskäynnit muuna kuin päivystysaikana	4.9	10.0	8.2	10.8	10.3
Potilaskäynnit päivystysaikana	2.9	2.6	3.4	5.4	5.0

LITE 5 OMALÄÄKÄRIEN PALKKAPALKKARAKENNE (%)...

	Hoidettu virka					Yhteensä n=478
	Yliääkäri/ johtava lääkäri n=26	Apulais- yliääkäri n=24	Johtava tai vastaava tk-lääkäri n=11	Terveyskeskus- lääkäri n=417		
Kotikäyntipalkkiot yhteensä	0.1	0.1	0.3	0.3	0.3	
Kotikäynnit vastaanottoiminnan aikana: matka enintään 5 km	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	
Kotikäynnit vastaanottoiminnan aikana: matka yli 5 km	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Kotikäynnit päivystysaikana	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Päivystyksen aikaiset erilliset vuodeosastokäynnit	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	
Toimeipidepalkkiot yhteensä	4.0	5.9	7.6	8.1	7.7	
Toimenpiteet muuna kuin päivystysaikana, ryhmä 0	1.2	1.5	1.0	2.3	2.1	
Toimenpiteet muuna kuin päivystysaikana, ryhmä I	1.7	3.1	4.1	4.1	3.9	
Toimenpiteet muuna kuin päivystysaikana, ryhmä II	0.6	0.9	1.5	1.0	0.9	
Toimenpiteet muuna kuin päivystysaikana, ryhmä III	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä 0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä I	0.4	0.3	0.4	0.6	0.5	
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä II	0.0	0.0	0.4	0.1	0.1	
Toimenpiteet päivystysaikana, ryhmä III	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Säännöllisen työajan ansiot	94.7	95.1	94.3	92.8	93.1	
Kokonaisansiot	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

LIITE 6 OMALÄÄKÄRIEN TYÖAJAN JAKAANTUMINEN

KT:n ja SLL:n tiedustelu, elokuu 2002

	Hoidettu virka					Yhteensä (N=330)
	Yliääkäri/ johtava lääkäri (N=18)	Apulais- yliääkäri (N=20)	Johtava tai vastaava tk-lääkäri (N=10)	Terveyskeskus- lääkäri (N=266)	Muu virka/ tunteamaton (N=16)	
Vastaanottotyö	59.2	91.5	86.0	95.5	91.2	92.8
Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta	3.9	3.2	6.5	9.1	7.4	8.3
Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto	1.6	3.0	0.2	2.1	2.0	2.1
Työterveyshuolto	0.4	6.7	1.4	3.5	6.3	3.6
Muut terveystarkastukset	0.1	1.1	0.6	0.4	1.9	0.5
Vuodeosasto- ja huoltolaitostoitiminta	12.0	5.9	12.0	6.0	15.8	7.0
Kotikäynnit ja kotisairaanhoido	2.3	3.1	3.9	4.4	1.7	4.1
Potilaspuhelut	7.9	6.9	8.2	11.1	11.1	10.5
Todistukset ja lausunnot	3.5	9.6	6.2	11.1	10.8	10.4
Hallinnolliset tehtävät	66.9	15.6	17.6	1.4	6.8	6.6
Työpaikan sisäinen koulutus ja meetingit	13.6	9.3	10.7	9.0	7.9	9.2
Työpaikan ulkopuolinen koulutus	1.6	4.5	5.5	1.5	4.0	1.9
Poissaolot (esim. sairausloma)	4.3	4.1	6.2	5.1	3.3	4.9
Muuta, tunnint	6.0	6.3	6.0	6.6	1.7	6.3
Säännöllisen työajan tunnit yhteensä	183.2	170.7	171.0	166.8	171.8	168.3
Päivystystunnit	7.7	8.6	21.4	13.2	12.9*	12.9
Tunnit kuukaudessa yhteensä	190.9	179.3	192.4	180.1	184.7	181.2
- viikossa	44.4	41.7	44.7	41.9	42.9	42.1

*) Tietoa ei saatavissa, käytetty kaikkien keskarvoa

LIITE 7 TERVEYSKESKUKSEN HAMMASLÄÄKÄRIEN PALKKARAKENNE ELOKUUSSA 2002

	Ylihammaslääkäri/ johtava hammaslääkäri N=58	Hoidettu virka				Yhteensä n=1 205
		Apulaisyli- hammaslääkäri n=6	Johtava tai tk-hammaslääkäri n=120	Osatoiminnasta tk-hammaslääkäri n=56	Terveyskeskus- lääkäri n=965	
Peruspalkka	3,821.18	2,901.91	3,281.44	3,052.62	2,756.02	2,874.13
Henkilökohtainen lisä yhteensä	457.75	262.91	396.36	395.12	305.78	326.05
Määrävuosilisa	33.51	41.34	19.10	18.67	21.73	21.99
Syrjäseutulisa	10.10	0.00	55.86	7.27	13.93	17.54
Syrjäisyyskorotus	4.55	0.00	45.59	7.15	15.32	17.36
Kiellilisa	1.39	0.00	0.10	0.42	0.25	0.30
Muut säänn. työajan lisät ja korvaukset	76.63	14.00	36.38	271.00	38.13	50.51
Kannustuslisa	0.00	0.00	0.53	0.00	1.44	1.21
Tulospalkkio	9.52	13.13	0.17	15.01	8.17	7.78
Säänn. työajalta suoritettujen epämukavan työajan korvaukset	0.52	0.00	13.31	0.03	2.35	3.23
Muu lisättyö	0.00	0.00	8.57	0.00	1.24	1.84
Muu ylityö	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Päivästyksen peruskorvaukset	1.75	0.00	2.15	26.35	5.09	5.60
* Terveyskeskuspäivystys	1.75	0.00	2.15	26.35	5.05	5.57
* Vapaaehtoinen päivystys	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0.03
Potilaskäyntipalkkiot	121.51	0.00	181.33	180.10	118.17	126.91
- säännöllisenä työaikana	73.34	0.00	134.58	132.01	94.90	99.07
* klo 18 jälkeen	31.14	0.00	8.77	0.00	1.70	3.74
* muuna aikana	42.20	0.00	125.81	132.01	93.20	95.33
- lisätyöaikana	46.10	0.00	45.03	46.91	17.50	22.89
* viikonloppuna	0.00	0.00	4.63	0.00	0.27	0.68
* muuna aikana	46.10	0.00	40.40	46.91	17.23	22.22
- päivystysaikana	2.08	0.00	1.73	1.18	5.77	4.95
* viikonloppuna	2.08	0.00	1.69	1.18	4.68	4.07
* muuna aikana	0.00	0.00	0.04	0.00	1.09	0.88

LIITE 7...

LITE 7 TERVEYSKESKUKSEN HAMMASLÄÄKÄRIEN PALKKARAKENNE...

	Hoidettu virka						Yhteensä n=1205
	Ylihammaslääkäri/ johtava hammaslääkäri N=58	Apulaisyli- hammaslääkäri n=6	Johtava tai tk-hammaslääkäri n=120	Osoitinnasta tk-hammaslääkäri n=56	vastaava Terveyskeskus- lääkäri n=965		
Kotikäyntipalkkiot	0.96	0.00	0.86	0.21	0.86	0.83	
- lisätyöaikana	0.61	0.00	0.27	0.21	0.72	0.64	
* viikonloppuna	0.00	0.00	0.18	0.00	0.00	0.02	
* muuna aikana	0.61	0.00	0.10	0.21	0.72	0.62	
- päivystysaikana	0.35	0.00	0.59	0.00	0.14	0.19	
* viikonloppuna	0.35	0.00	0.34	0.00	0.08	0.12	
* muuna aikana	0.00	0.00	0.25	0.00	0.06	0.07	
Ensiapukäyntipalkkiot	0.55	0.00	0.57	0.28	0.28	0.32	
* viikonloppuna	0.55	0.00	0.57	0.00	0.26	0.29	
* muuna aikana	0.00	0.00	0.00	0.28	0.02	0.03	
Yli 45 min. kestäneen kotikäynnin palkkio	0.35	0.00	0.43	0.00	0.12	0.15	
* kliinisenä lisätyönä	0.00	0.00	0.07	0.00	0.02	0.02	
* päivystysaikana	0.35	0.00	0.19	0.00	0.00	0.04	
* ensiapukäyntinä	0.00	0.00	0.16	0.00	0.10	0.10	
Toimenpidepalkkiot	442.16	660.88	949.95	943.99	852.46	845.72	
Perustyöaikana	400.64	632.68	881.82	887.40	818.64	807.08	
Säänn. työaikana yli 30 t/vko ja klo 18 jälkeän suor. vast.ottoyö	1.97	0.00	12.22	8.17	7.62	7.79	
Lisätyöaikana	28.86	0.00	50.93	38.80	17.42	22.21	
Päivystysaikana	7.49	0.00	1.17	0.48	3.25	3.10	
Ensiapukäyntinä	3.21	28.20	3.81	9.14	5.53	5.53	
Kokonaisansio kuukaudessa	4,982.43	3,894.17	4,992.68	4,918.22	4,141.34	4,301.47	

LIITE 8 TERVEYSKESKUKSEN HAMMASLÄÄKÄRIEN PALKKARAKENNE ELOKUUSSA 2002, PROSENTTIA KOKONAISANSIOISTA

	Hoidettu virka						Yhteensä n=1205
	Ylihammaslääkäri/ johtava hammaslääkäri N=58	Apulaisyli- hammaslääkäri n=6	Johtava tai tk-hammaslääkäri n=120	Osoitoinnasta tk-hammaslääkäri n=56	vastaava Terveyskeskus- lääkäri n=965		
Peruspalkka	76.7	74.5	65.7	62.1	66.5	66.8	
Henkilökohtainen lisä yhteensä	9.2	6.8	7.9	8.0	7.4	7.6	
Määrävuosilisa	0.7	1.1	0.4	0.4	0.5	0.5	
Syrjäseutulisa	0.2	0.0	1.1	0.1	0.3	0.4	
Syrjäisyyskorotus	0.1	0.0	0.9	0.1	0.4	0.4	
Kiellilisa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Muut säänn. työajan lisät ja korvaukset	1.5	0.4	0.7	5.5	0.9	1.2	
Kannustuslisa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Tulospalkkio	0.2	0.3	0.0	0.3	0.2	0.2	
Säänn. työajalta suoritettujen epämukavan työajan korvaukset	0.0	0.0	0.3	0.0	0.1	0.1	
Muu lisättyö	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	
Muu ylityö	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Päivästyksen peruskorvaukset	0.0	0.0	0.0	0.5	0.1	0.1	
* Terveyskeskuspäivystys	0.0	0.0	0.0	0.5	0.1	0.1	
* Vapaaehtoinen päivystys	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
Potilaskäyntipalkkiot	2.4	0.0	3.6	3.7	2.9	3.0	
- säännöllisenä työaikana	1.5	0.0	2.7	2.7	2.3	2.3	
* klo 18 jälkeen	0.6	0.0	0.2	0.0	0.0	0.1	
* muuna aikana	0.8	0.0	2.5	2.7	2.3	2.2	
- lisätyöaikana	0.9	0.0	0.9	1.0	0.4	0.5	
* viikonloppuna	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	
* muuna aikana	0.9	0.0	0.8	1.0	0.4	0.5	
- päivystysaikana	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	
* viikonloppuna	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	
* muuna aikana	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	

LIITE 8...

LIITE 9 TERVEYSKESKUKSEN HAMMASLÄÄKÄRIEN TYÖAJAN JAKAUTUMINEN

KT:n ja SHL:n tiedustelu, elokuu 2002

	Hoidettu virka							Yhteensä (N=894)
	Ylihammaslääkäri/ johtava hammaslääkäri (N=31)	Apulaisyli- hammas- lääkäri (N=8)	tk-hammaslääkäri (N=107)	Johtava tai vastaava (N=48)	Osatoiminnasta vastaava tk-hammaslääkäri (N=675)	Muu virka/ Tuntematon (N=25)		
Kliininen vastaanottotyö	56.3	105.7	112.0	114.9	122.2	122.7	118.2	
Neuvolatarvikset	0.0	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.1	
Valistustyö ja muu ryhmässä tapahtuva ennaltaehkäisevä työ	0.7	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	
Potilaspuhelut	0.8	0.7	1.4	1.6	1.4	2.5	1.4	
Todistukset ja lausunnot	1.4	1.3	1.5	1.9	1.6	0.8	1.6	
Vastaanottotyön suunnittelu	6.5	13.5	10.6	12.0	15.6	17.4	14.5	
Hammashoitajan työn ohjaus	2.7	0.5	1.2	1.3	1.3	0.9	1.3	
Hallinnolliset tehtävät	55.6	20.6	21.0	9.7	2.5	2.3	7.2	
Työpaikan sisäinen koulutus ja meetingit	11.0	3.8	4.7	4.7	3.0	7.0	3.6	
Työpaikan ulkopuolinen koulutus	10.1	0.0	2.2	1.7	1.2	1.2	1.7	
Poissaolot (esim. sairausloma)	13.3	7.9	7.6	8.6	7.5	4.6	7.7	
Muuta	2.5	1.1	3.3	5.3	4.2	5.0	4.1	
Säännöllisen työajan tunnit yhteensä	160.8	155.0	165.8	161.7	160.7	164.3	161.3	
Päivystystunnit	0.4	0.0	0.1	0.0	0.7	0.6*	0.6	
Kliinisen lisätönnit	1.2	0.0	1.6	2.6	1.0	1.1*	1.1	
Muun lisä- ja ylityön tunnit	0.2	0.0	0.5	0.2	0.4	0.4*	0.4	
Tunnit kuukaudessa yhteensä	162.5	155.0	168.0	164.6	162.7	166.4	163.4	
- viikossa	37.8	36.0	39.1	38.3	37.8	38.7	38.0	

*) Tietoa ei saatavissa, käytetty kaikkien leskiervoja

LIITE 10 HOITOALAN AMMATTIRYHMÄT TYÖAIKAMUODOITTAIN (TOIMIALA KUNNALLINEN TERVEYSKESKUS)

Lähde: Kunnallinen henkilörekisteri 2002, Tilastokeskus

	Työaikajärjestelmä							Jaksotyö, vuorotyö/luonteinen
	Tunteimaton (36,35 h/Mko)	Toimisto- Yleistyoaika 38,25 h keskim.	Päivätyö	Kaksivuorotyö enint. 8 h/pv.	Kolmi- vuorotyö,	Jaksotyö, vuorotyö/luonteinen	Jaksotyö, vuorotyö/luonteinen	
Ylihoitajat ym.		5	1	1	1		9	
Osaston- ja muut johtavat hoitajat	1	3	42	5			798	388
Muu erikoistunut hoitohenkilöstö	7	18	294	43			4,655	515
Muu pid, koul, hoitohenkilökunta	11	14	184	15	1		3,088	5,123
Laboratorionhoitajat		5	46	5			633	30
Lastenhoitajat								2
Mielisairaanhoidajat			9					124
Perushoitajat	13		42	5	2	1	1,193	7,030
Kuntohoitajat		6	41	2			361	5
Kuulontutkijat yms, hoitohenkilöstö			1	1			5	
Lääkintä- ja sairaankuljetushenkilöstö			5	1			47	127
Tutkimustekninen ja avustava henkilöstö		1	47	3	1		569	961
Muut terveys- ja hoitotyön ammatit			4				31	69
Liikuntaterapia			27	2			146	6
Työ- ja toimintaterapeutit		2	14	2			157	8
Puheterapeutit		16	138	8			91	
Muut liikunta- ja työterapian ammatit		3	4				7	1
Hammashoitajat	2	2	182	30			2,825	55
Muut hammashoitoalan ammatit			1				2	
Proviisorit ja apteekkarit		2						
Farmaseutit			34	2			70	
Muut apteekkialan ammatit			6				23	1
Yhteensä	34	77	1,122	125	5	2	14,736	14,445

Liite 10...

LITE 10 HOITOALANAMMATTIRYHMÄT...

Työaikajärjestelmä									
	Jaksotyö, yötyö (22.00-06.00)	Jaksotyö, 3-vuorotyö	Kotiaivustaja tms.	Sivuvirka alle 20 h/vko	Muu työaika- säädos (satamat ym.)	(37 h/vko (KVTES työaika 10 §)	Ei säädöstä	Poikkeavat työaika- järjestelyt	Yhteensä
Ylihoitajat ym.	1					131			149
Osaston- ja muut johtavat hoitajat	7	12				66			1,322
Muu erikoistunut hoitohenkilöstö	2	46		1	1	18			5,601
Muu pidi, koul., hoitohenkilökunta	22	505		2		80			9,046
Laboratorionhoitajat				2		1			722
Lastenhoitajat		5							7
Mielisairaanhoidajat		15				7			181
Perushoitajat	80	884	6				2		9,258
Kuntohoitajat		1		1		2			419
Kuulontutkijat yms, hoitohenkilöstö									7
Lääkintä- ja sairaankuljetushenkilöstö	2	23						17	222
Tutkimustekninen ja avustava henkilöstö		15		1					1,599
Muut terveys- ja hoitotyön ammatit	1	7							112
Liikuntaterapia									181
Työ- ja toimintaterapeutit				1		2			186
Puheterapeutit						14	7		274
Muut liikunta- ja työterapian ammatit									16
Hammashoitajat									3,096
Muut hammashoitoalan ammatit									3
Proviisorit ja apteekkarit									2
Farmaseutit				1					107
Muut apteekkialan ammatit									30
Yhteensä	115	1,514	6	9	1	322	10	17	32,540

LIITE 11 KVTES 2002: KOKOAIKAISTEN TÄYTTÄ PALKKAA SAAVIEN PALKKARAKENNE AMMATTIRYHMITTÄIN TERVEYSKESKUKSISSA

Lähde: Kunnallinen henkilörekisteri 2002, Tilastokeskus

Ammattiryhmä	Luku- määrä	Perus- palkka	Kokemus- lisät	Määrävuosi- lisä	Keskimäärin €/kk		Luontaisedut ja säänn. työajan muut lisät	Säännöllisen työajan ansio	Ylityö- korvaukset	Kokonais- ansio
					Työaika- lisät	Työaika- lisä				
Ylihoitajat ym.	134	2,230	331	56	12	13	2,642	4	2,645	
Osaston- ja muut johtavat hoitajat	1,177	1,831	270	67	57	24	2,249	35	2,285	
Muu erikoistunut hoitohenkilöstö	4,594	1,609	206	46	29	17	1,908	14	1,921	
Muu pid, koul, hoitohenkilökunta	7,185	1,553	173	28	215	29	1,998	11	2,009	
Laboratorionhoitajat	550	1,544	207	47	9	17	1,823	10	1,833	
Lastenhoitajat	4	1,387	208	48	408	165	2,216	0	2,216	
Mielisairaanhoidajat	152	1,404	178	31	327	37	1,976	13	1,988	
Perushoitajat	7,205	1,401	173	29	295	35	1,932	6	1,939	
Kuntohoitajat	344	1,404	195	36	6	12	1,653	2	1,655	
Kuulontutkijat yms, hoitohenkilöstö	7	1,473	221	37	0	0	1,731	4	1,735	
Lääkintä- ja sairaankuljetushenkilöstö	186	1,418	169	28	273	47	1,935	223	2,158	
Tutkimustekninen ja avustava henkilöstö	1,171	1,259	153	25	135	16	1,588	3	1,592	
Muut terveys- ja hoitotyön ammatit	71	1,289	168	32	169	18	1,676	3	1,679	
Liikuntaterapia	118	1,544	196	34	1	25	1,801	1	1,802	
Työ- ja toimintaterapeutit	147	1,538	149	21	2	9	1,718	0	1,718	
Puheterapeutit	168	1,942	225	46	0	15	2,227	1	2,227	
Muut liikunta- ja työterapian ammatit	10	1,563	201	33	9	0	1,805	0	1,805	
Hammashoitajat	2,383	1,425	187	38	3	11	1,664	5	1,669	
Muut hammashoitotalan ammatit	3	1,847	277	27	0	0	2,152	0	2,152	
Farmaseutit	69	1,827	241	48	0	4	2,121	2	2,122	
Muut apteekkialan ammatit	22	1,318	189	37	0	4	1,547	0	1,547	

LIITE 12 KVTES 2002: KOKOAIKAISTEN TÄYTTÄ PALKKAA SAAVIEN PALKKARAKENNE AMMATTIRYHMITTÄIN TERVEYSKESKUKSISSA

Lähde: Kunnallinen henkilörekisteri 2002, Tilastokeskus

Ammattiryhmä	Luku- määrä	Perus- palkka	Kokemus- lisät	Määrävuosi- lisä	Prosenttia kokonaisansioista		Luontaisedut ja säänn. työajan muut lisät	Säännöllisen työajan ansio	Ylityö- korvaukset	Kokonais- ansio
					Työaika- lisät	lisät				
Ylihoitajat ym.	134	84.3	12.5	2.1	0.4	0.5	99.9	0.1	100.0	
Osaston- ja muut johtavat hoitajat	1,177	80.1	11.8	2.9	2.5	1.0	98.5	1.5	100.0	
Muu erikoistunut hoitohenkilöstö	4,594	83.8	10.7	2.4	1.5	0.9	99.3	0.7	100.0	
Muu pid, koul, hoitohenkilökunta	7,185	77.3	8.6	1.4	10.7	1.4	99.5	0.5	100.0	
Laboratorionhoitajat	550	84.2	11.3	2.5	0.5	0.9	99.4	0.6	100.0	
Lastenhoitajat	4	62.6	9.4	2.1	18.4	7.5	100.0	0.0	100.0	
Mielisairaanhoidajat	152	70.6	9.0	1.5	16.4	1.8	99.4	0.6	100.0	
Perushoitajat	7,205	72.3	8.9	1.5	15.2	1.8	99.7	0.3	100.0	
Kuntohoitajat	344	84.8	11.8	2.1	0.4	0.7	99.9	0.1	100.0	
Kuulontutkijat yms, hoitohenkilöstö	7	84.9	12.7	2.2	0.0	0.0	99.8	0.2	100.0	
Lääkintä- ja sairaankuljetushenkilöstö	186	65.7	7.8	1.3	12.6	2.2	89.7	10.3	100.0	
Tutkimustekninen ja avustava henkilöstö	1,171	79.1	9.6	1.6	8.5	1.0	99.8	0.2	100.0	
Muut terveys- ja hoitotyön ammatit	71	76.7	10.0	1.9	10.1	1.1	99.8	0.2	100.0	
Liikuntaterapia	118	85.7	10.9	1.9	0.1	1.4	100.0	0.0	100.0	
Työ- ja toimintaterapeutit	147	89.5	8.7	1.2	0.1	0.5	100.0	0.0	100.0	
Puheterapeutit	168	87.2	10.1	2.0	0.0	0.7	100.0	0.0	100.0	
Muut liikunta- ja työterapian ammatit	10	86.6	11.1	1.8	0.5	0.0	100.0	0.0	100.0	
Hammashoitajat	2,383	85.4	11.2	2.2	0.2	0.7	99.7	0.3	100.0	
Muut hammashoitotalan ammatit	3	85.9	12.9	1.3	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0	
Farmaseutit	69	86.1	11.4	2.3	0.0	0.2	99.9	0.1	100.0	
Muut apteekkialan ammatit	22	85.2	12.2	2.4	0.0	0.3	100.0	0.0	100.0	

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ
ISSN 1236-2115

- 2004:
- 1 Lasten- ja nuortenspsykiatrian valtionavustuksen käyttö vuonna 2002.
ISBN 952-00-1470-5
 - 2 Användningen av statsunderstödet för barn- och ungdomspsykiatri år 2002.
ISBN 952-00-1471-3
 - 3 Eila Uotila. Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen.
ISBN 952-00-1473-X