



Hoitotakuun toteutuminen terveydenhuollossa

■ Kirsi Markkanen ■

**HOITOTAKUUN TOTEUTUMINEN
TERVEYDENHUOLLOSSA**

Tehy ry

Julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2006

Kirsi Markkanen

Kirsi Markkanen, työvoimapolitiittinen asiamies

Hoitotakuun toteutuminen
terveydenhuollossa

.....

Tehyn julkaisusarja B: Selvitys 1/2006

ISBN 951-9172-46-7

Painopaikka: Multiprint Oy, 2006

LUKIJALLE

Hoitotakuun on ollut voimassa kohta vuoden. Olemme saaneet lukea Sosi-aali- ja terveystieteiden, Kuntaliiton ja sairaaloiden sekä terveyskeskusten johdon arvioita hoitotakuun toteutumisesta. Yhteistä näille arvoille on se, että ne kuvaavat johdon näkemyksiä. Yhteistä on myös se, että niissä hoitotakuusta kuvatut kokemukset ovat lähes poikkeuksetta olleet hyviä.

Tässä Tehyn selvityksessä tarkasteluun on otettu hoitotakuun todelliset toteuttajat eli henkilöstö. Myös henkilöstön näkökulmasta paljon positiivista on tapahtunut, mutta miten kaikki on tapahtunut ja olisiko vielä jotain parannettavaa.

Kiitos kaikille Tehyn ammattiosastoille, jotka osaltanne vastasitte kyselyyn. On tärkeää, että meillä on valppaita ammattiosastoja, jotka tietävät ja osaavat tuoda järjestön näkökulmat esiin erilaisissa muutostilanteissa.

Erityiset kiitokset teille kaikille 356 osastonhoitajalle, jotka toitte arvokkaan näkemyksenne esiin vastaamalla teille lähetettyyn kyselyyn. Näiden näkemysten kautta meillä on mahdollisuus saada tietoa, mitä työyksikötasolla todella tapahtuu. Kiitos!

Helsingissä tammikuussa 2006

Kirsi Markkanen
työvoimapolitiikan asiamies, THM

Tiivistelmä

Hoitotakuun toteutuminen terveydenhuollossa

Tämän selvityksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa 1.3.2005 voimaan tulleen ns. hoitotakuun toteutumisesta, siihen valmistautumisesta sekä sen vaikutuksista henkilöstöön. Lisäksi pyrimme kartoittamaan vastaajien näkemyksiä työvoiman saatavuudesta. Selvityksen aineisto kerättiin Tehyn ammattiosastoilta ja tehläisiltä osastonhoitajilta vuoden 2005 aikana. Ammattiosastokyselyn vastusprosentti oli 84 (n = 186) ja osastonhoitajakyselyn 52 % (n = 356).

Tulosten mukaan hoitotakuusäädösten vaatimukset välittömän yhteyden saannin ja hoidon tarpeen arvioinnista määräajassa näyttäisivät toteutuvan melko hyvin. Vastaajat näkivät eniten uhkia mielenterveys-, vanhus- ja päihderiippuvaisten potilaiden palvelujen toteutumisessa.

Selvityksen mukaan pääasiallisin varautumisen muoto hoitotakuuseen näyttäisi olleen väestölle tiedottaminen. Erikoissairaanhoidon organisaatiot näyttivät tiedottaneen perusterveydenhuoltoa aktiivisemmin. Henkilöstön tiedonsaanti on ollut hyvin eritasoisista. Joissakin paikoissa tiedonsaanti on jäänyt kahvipöytäkeskustelujen varaan ja joissakin paikoissa koko henkilöstöä on koulutettu etukäteen. Epäviralliset keskustelut ja osaston omat kokoukset olivat olleet yleisimmin tiedonlähteinä. Osa vastaajista koki, että tieto henkilöstölle kanavoitui vain väestölle suunnatun tiedottamisen kautta.

Selvityksen mukaan potilasmäärät näyttäisivät lisääntyneet hoitotakuun vuoksi ja siten myös henkilöstötarve. Kuitenkin henkilöstölisäykset toteutuivat vain harvan osastonhoitajan (alle 10 %) yksikössä. Halutun työvoiman saatavuudessa oli ammattikohtaisia ja alueellisia eroja. Työvoiman saatavuuden ongelmat olivat sitä suurempia, mitä lyhyemmästä työsuhteesta on kyse. Osastonhoitajista noin 70 %:lla oli ollut rekrytointiongelmia 2 – 3 päivän työsuhteisiin. Vakituisten työsuhteiden osalta rekrytointiongelmia oli 10 %:lla.

Selvityksestä nousevia haasteita olivat mm. koko henkilöstön tiedonsaannin varmistaminen, henkilöstön tasapuolinen kohtelu, henkilöstön osallistuminen ja kuulluksi tuleminen, vakinaiset työsuhteet, työnjaon muutosten periaatteista sopimisen muodot sekä henkilöstömitoitussuositukset erilaisille organisaatioille ja palkkaan liittyvät kysymykset.

Sammanfattning

Förverkligandet av vårdgarantin

Syftet med denna utredning var att skaffa ny information om hur den s.k. vårdgarantin som trädde i kraft 1.3.2005 omsatts i verkligheten, hur man förberett sig för den och vilka effekterna är på personalen. Dessutom försökte vi kartlägga svararnas syn på tillgången på arbetskraft. Utredningens material insamlades från Tehys fackavdelningar och tehyanslutna avdelningsskötare under loppet av år 2005. Fackavdelningsenkätens svarsprocent var 84 (n = 186 och avdelningsskötarenkätens 52 % (n = 356).

Enligt resultaten verkar vårdgarantibestämmelsernas krav på att få omedelbar kontakt och bedömning av behovet av vård och behandling uppfyllas ganska bra. Svararna såg mest risker i hur servicen för mentalvårds-, åldrings- och rusmedelsberoende patienter skall realiserars.

Enligt utredningen verkar det huvudsakliga sättet att bereda sig för vårdgarantin vara att informera allmänheten. Specialsjukvårdens organisationer verkade att informera något aktivare än primärvården. Informationen av personalen har varit på mycket olika nivå. På några ställen har informationen förblivit på kaféordsdiskussionernas nivå och på några ställen har hela personalen utbildats i förväg. Informella diskussioner och avdelningens egna möten har varit de allmännaste informationskällorna. En del av svararna upplevde att informationen till personalen kanaliserades bara genom informationen till allmänheten.

Enligt utredningen verkar patientvolymerna ha ökat på grund av vårdgarantin och därigenom också personalbehovet. Ändå verkställdes personalökningar bara på få avdelningsskötares (under 10 %) enheter. I tillgången på önskad personal fanns skillnader i fråga om yrkesgrupp och regioner. Problemen med tillgången på arbetskraft var desto större ju kortare anställning det gällde. Av avdelningsskötarna hade cirka 70 % haft rekryteringsproblem för 2–3 dagar långa anställningar. Med ordinarie anställningar hade 10 % problem.

Ur utredningen framkommande utmaningar var bl.a. att säkra informationen till hela personalen, jämställt bemötande av personalen, personalens deltagande och hörande av den, ordinarie anställningsförhållanden, att komma överens om principerna för ändrad arbetsfördelning samt personaldimensioneringsrekommendationer för olika organisationer och frågor i anslutning till lönerna.

Summary

The Implementation of the Care Guarantee in the Health Care Sector

The aim of this survey was to gather information on the practical implementation of the Care Guarantee which came into force on 1st of March 2005 and on the preparatory measures which were undertaken, and also on the impact that this Guarantee has had on the personnel of the health care sector. An additional aim was to survey the views of the respondents on the availability of staff. The material for this survey was collected during the year 2005 from the Tehy branches and from those head nurses who were members of Tehy. The response rate of the branches was 84 % (n = 186) and of the head nurses 52 % (n = 356).

According to the survey results, the requirements of immediate access to consultation, and assessing treatment needs within a set period, as stipulated by the Care Guarantee regulations, seem to be reasonably well fulfilled. The implementation of services for mental health patients, for the elderly and the substance addicts were identified by the respondents as being the most precarious.

The survey shows that providing information to the general public seems to have been the main measure which was taken in advance of the implementation of the Care Guarantee. The organisations for special nursing appear to have taken a more active role in providing information than did those which are engaged in basic health care. Access to information by the personnel has varied considerably. In some locations access to information was limited to discussions during the coffee break, and in other locations the personnel received training in advance. Informal discussions and ward meetings were the most common sources of information. Some of the respondents were of the opinion that the personnel gained information on the Care Guarantee only through those channels which were established in order to provide information to the general public.

According to the survey, the numbers of patients seems to have increased because of the Care Guarantee, and therefore the need for staff has also become greater. However, very few head nurses (less than 10 %) reported that there had been increases in the staffing levels of their own unit. There were differences in the availability of the kind of labour in demand within the various health care occupations and in the geographical areas. The problems with the availability of labour were the greater, the shorter the employment contract was going to be. Some 70 % of the head nurses had experienced recruiting problems for short-term contracts of 2 to 3 days. There had been recruiting problems in 10 % of permanent positions.

The challenges which were identified by this survey were, for example, ensuring that the entire personnel will have access to information, the equal treatment of all personnel, participation by, and consultation of the personnel, permanent employment contracts, the means of agreeing the principles of changes in the division of labour, recommendations to various organisations on the requirements of the size of their workforce, and pay related issues.

Sisällysluettelo

1. JOHDANTO.....	11
2. SÄÄDÖSMUUTOKSET.....	12
3. SELVITYKSEN TARKOITUS.....	14
4. SELVITYKSEN TOTEUTUS JA AINEISTO.....	14
5. TULOKSET	15
5.1. AMMATTIOSASTOKYSELY	15
5.1.1 Ammattiosastokyselyn taustatiedot	15
5.1.2 Hoitotakuuseen varautuminen	16
5.1.3 Henkilöstön tiedonsaanti	18
5.1.4 Hoitotakuu ja työnjaon muutokset	18
5.1.5. Yhteyden saanti ja hoidon tarpeen arviointi	21
5.1.6 Hoitotakuun saavuttaminen.....	22
5.1.7. Muut kommentit.....	22
5.2 PERUSTERVEYDENHUOLLON OSASTONHOITAJAKYSELY ...	23
5.2.1 Taustatiedot	23
5.2.2 Varautuminen hoitotakuuseen.....	25
5.2.3 Hoitotakuun vaikutukset yksikön toimintaan	28
5.2.4 Työnjaon muutokset ja niistä sopiminen	28
5.2.5 Henkilöstövaikutukset	32
5.2.6 Työvoiman rekrytointi	35
5.2.7 Hoitotakuun saavuttaminen.....	39
5.2.8 Muut kommentit.....	39
5.3. ERIKOISSAIRAANHOIDON OSASTONHOITAJAKYSELY	43
5.3.1 Taustatiedot	43
5.3.2 Varautuminen hoitotakuuseen.....	45
5.3.3 Hoitotakuun vaikutukset yksikön toimintaan	47
5.3.4 Työnjaon muutokset ja niistä sopiminen	48
5.3.5 Henkilöstövaikutukset	50
5.3.6 Työvoiman rekrytointi	53
5.3.7 Hoitotakuun saavuttaminen.....	57
5.3.8 Muut kommentit.....	57
6. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	61
LÄHTEET	66
LIITTEET	67

1. Johdanto

Valtioneuvosto käynnisti 11.4.2002 periaatepäätöksellään Kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen tarkoituksena on uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää, turvata väestön terveystarpeista lähtevä hoidon saatavuus sekä laatu ja riittävyys maan eri osissa asukkaan maksukyvyistä riippumatta. Osana tätä terveydenhuollon hanketta täsmentyi hoitoon pääsyn turvaamista (hoitotakuu) koskeva lainsäädäntö 1. maaliskuuta 2005 lukien. Säädöstö sisältää määräaikoja yhteydensaannille ja hoitoon pääsulle.

Ennen hoitotakuun alkamista sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö keräsi yhteistyössä Stakesin kanssa arvioita lähtötilanteesta. Näiden näkemysten mukaan yli 60 % terveyskeskuksista pystyi jo silloin toteuttamaan lain vaatimuksen välittömästä yhteyden saannista. Lokakuussa 2005 julkaistujen tietojen mukaan jo 92 % väestöstä asui sellaisten terveyskeskusten alueella, joissa hoidontarpeen arviointi onnistui kolmessa arkipäivässä ja vain 25 % paikoissa, joissa oli ajoittaisia ongelmia yhteydensaannissa. Suuren terveydenhuollossa hoitoon pääsystä oli suuria alueellisia eroja hoitotakuun alkaessa. Elokuussa 2005 hoitoon pääsy kuudessa kuukaudessa toteutui jo 77 %:ssa terveyskeskuksista. (STM tiedotteet 60, 382 ja 444/2005)

Myös sairaaloista yli puolet ilmoitti Kuntaliiton alkukyselyssä, että niissä hoitotakuu oli jo melko hyvin hallussa. Ainoastaan joka neljäs sairaala pelkäsi, ettei selviä enimmäisajoista. Lokakuussa 2005 kaikissa sairaanhoitopiireissä hoidon tarve pystyttiin arvioimaan kolmessa viikossa ja yli kuusi kuukautta jonottaneiden määrä oli puolittunut. (STM tiedotteet 103 ja 340/2005)

Saavutukset ovat vaikuttavia. Miten tämä kaikki on toteutettu? Tehy on seurannut aktiivisesti kansallisen terveystieteiden hankkeen ja sen osahankkeiden toteutumista ja vaikutuksia jäsentensä työhön ja työoloihin. Tässä selvityksessä tarkastelemme, sitä miten hoitotakuun toteutuminen on koettu käytännössä ja millaisia muutoksia hoitotakuu on aiheuttanut työyksiköissä. Selvitystä varten teimme kyselyn ammattiosastojen edustajille maaliskuussa 2005 ja tehläisille osastonhoitajille loka-marraskuussa 2005.

2. Säädosmuutokset

Osana kansallista terveydenhuollon hanketta täsmentyi hoitoon pääsyn turvaamista koskeva lainsäädäntö 1. maaliskuuta 2005 lukien. Kansanterveyslakiin (66/1972) ja erikoissairaanhoidolakiin (1062/1989) tulleiden lainmuutosten tarkoituksena on turvata hoidon saatavuus ja hoitoon pääsy siten, että ihmiset ohjataan entistä paremmin oikeaan hoitoon oikeaan aikaan ja oikeaan paikkaan. Muutoksia tuli myös potilaan asemasta ja oikeuksista annettuun lakiin (785/1992) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettuun lakiin (734/1992). Myös valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä tuli voimaan 1.3.2005. Lisäksi samanaikaisesti otettiin käyttöön sosiaali- ja terveysministeriön johdolla laaditut yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet. Tässä on lyhyt katsaus keskeisiin kohtiin. Kokonaisuudessaan nämä dokumentit löytyvät Internetistä osoitteesta www.stm.fi (terveydenhuolto, hoitoon pääsy).

Kansanterveyslain muutokset koskevat yhteyden saantia terveyskeskukseen, hoidon tarpeen arviointia ja hoitoon pääsyä. Potilaan tulee arkipäivisin virkaaikana saada välittömästi yhteys terveyskeskukseen.

Kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin terveyskeskukseen terveydenhuollon ammattihenkilölle, ei välttämättä lääkärille, potilaan on päästävä kolmessa arkipäivässä yhteydenotosta. Lääketieteellisesti/hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon potilaan on päästävä kohtuullisessa ajassa. Perusterveydenhuollossa hoitoa on saatava viimeistään kolmessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteutamisesta. Suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa tämä määräaika voidaan ylittää kolmella kuukaudella, mikäli se voidaan tehdä potilaan terveydentilan vaarantumatta.

Jos hoitoa ei pystytä antamaan määrättyssä ajassa, on kunnan tai kuntayhtymän hankittava hoito muualta. Tällöin potilaan asiakasmaksu ei saa muuttua.

Erikoissairaanhoidolain mukaan potilaan hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä kun lähete saapui terveydenhuollon toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella lääketieteellisesti/hammaslääketieteellisesti tarpeelliseen hoitoon potilaan tulee päästä viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista. Mikäli hoitoa ei voida toteuttaa määrääjässä, on sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän hankittava hoito muulta palveluntuottajalta. Potilaan asiakasmaksut eivät saa muuttua.

Lain mukaan sairaanhoitopiiri vastaa sairaalaan lähetettyjen potilaiden hoidon järjestämisestä. Sairanhoitopiirit myös vastaavat siitä, että hoidon tarpeen arviointi ja hoito järjestetään yhtenäisin lääketieteellisin tai hammaslääketieteellisin perustein.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilaan asemaa vahvistettiin lain muutoksissa siten, että potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Lisäksi potilaalle on terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Tästä suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Huomattavaa on että, tämä suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä tuli myös voimaan 1.3.2005. Siinä annetaan tarkemmat määräykset tutkimukseen ja hoitoon pääsystä sekä terveydenhuollon alueellisesta yhteistyöstä. Asetuksessa todetaan muun muassa, että virka-ajalla tarkoitetaan terveyskeskuksen julkisesti ilmoittamaa aukioloaikaa arkipäivisin ja että virka-ajan ulkopuolella tulee järjestää päivystys.

Hoidon tarpeen arvioinnista todetaan, että sen yhteydessä selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys. Asetuksen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä sovitun työnjaon perusteella tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan kertomien esitietojen ja potilaasta tehtyjen riittävien selvitysten perusteella joko vastaanottokäynnin yhteydessä tai puhelinpalveluna.

Hoidon tarpeen arvioinnista ja arvion antaneen terveydenhuollon ammattihenkilön antamasta hoito-ohjeesta ja toimenpide-ehdotuksesta tulee tehdä merkinnät potilasasiakirjoihin. Myös henkilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnasta tai palveluun ohjauksesta tulee tehdä merkinnät potilasasiakirjoihin. Asetuksen mukaan potilas tai jos joku muu ottaa yhteyttä potilaan puolesta, tulee pyrkiä tunnistamaan ja myös tunnistustavasta tulee tehdä merkinnät potilasasiakirjoihin.

Asetuksessa määrätään, että sairaanhoitopiirin kuntayhtymän ja sen alueen kuntien on laadittava yhteistyössä terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Vastuu suunnitelmasta on sairaanhoitopiirillä. Suunnitelmassa tulee sopia alueellisesta yhteistyöstä ja palvelujen yhteensovittamisesta. Asetuksessa todetaan myös sairaanhoitopiirien kuntayhtymien velvollisuus seurata ja valvoa yhdessä alueen kuntien ja terveyskeskusten kanssa, että yhtenäiset hoidon perusteet toteutuvat alueella.

Kiireettömän hoidon perusteet

Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on ohjata valtakunnallisten yhtenäisten lääketieteellisten tai hammaslääketieteellisten hoidon perusteiden laatimista.

Nämä perusteet ovat luonteeltaan suosituksia, joita lääkärit käyttävät apunaan potilaan hoidosta päättäessään. Kiireettömän hoidon perusteet on laadittu 193 sairauden hoitoon ja tutkimiseen. Perusteita korjataan saatujen kokemusten pohjalta. Sairaanhoidopiirien ja terveyskeskusten tehtävänä on arvioida ja seurata suositusten toimivuutta.

3. Selvityksen tarkoitus

Tämän selvityksen avulla pyrimme kartoittamaan Tehyn ammattiosastojen ja tehyläisten osastonhoitajien näkemyksiä hoitotakuusta, siihen valmistautumisesta ja sen toteutumisesta sekä hoitotakuun vaikutuksista henkilöstöön ja henkilöstöryhmien väliseen työnjakoon. Lisäksi pyrimme kartoittamaan vastaajien näkemyksiä työvoiman saatavuudesta.

Tässä selvityksessä hoitotakuulla tarkoitetaan niitä säädöksiä ja ohjeita, jotka tulivat voimaan 1.3.2005 ja joiden tavoitteena on hoitoon pääsyn turvaaminen terveydenhuollossa.

4. Selvityksen toteutus ja aineisto

Selvityksen kohdejoukkona olivat Tehyn ammattiosastot ja Tehyn jäsenenä olevat osastonhoitajat. Aineisto koottiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla.

Ammattiosastokyselyn aineisto kerättiin maaliskuussa 2005 ammattiosastojen neuvottelupäivien yhteydessä strukturoidulla kysymyslomakkeella. Kysymyslomakkeet oli tehty erikseen perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja muilla alueilla toimiville ammattiosastoille. Tehyllä on 326 ammattiosastoa. Neuvottelupäiville osallistui 450 edustajaa 222 ammattiosastosta, joista 186 ammattiosastoa vastasi kyselyyn. Kyselyn vastausprosentiksi tuli 84.

Vastanneista ammattiosastoista 125 edusti perusterveydenhuoltoa, 45 erikoissairaanhoitoa ja 16 muita sektoreita (yksityinen, sosiaaliala ja valtio). Tulokset käsitellään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastausten osalta.

Osastonhoitajakyselyn aineisto kerättiin loka- ja marraskuussa 2005 strukturoidulla kysymyslomakkeella. Kysely lähetettiin sähköpostin kautta kaikille perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa työskenteleville Tehyn jäseninä oleville osastonhoitajille, jotka ovat ilmoittaneet sähköpostiosoitteensa

jäsentietoihinsa. Tällaisia henkilöitä Tehyn rekisterissä oli 594. Otosta täydennettiin Tehyn alueasiamiehiltä ja pääluottamusmiehiltä saatujen sähköpostiosoitteiden avulla alueellisen edustavuuden varmistamiseksi. Näin otokseksi tuli 758. Sähköposteista palautui 64 joko väärän sähköpostiosoitteen vuoksi tai siksi, että henkilö oli vaihtanut työpaikkaa. Kuusi henkilöä ilmoitti jääneensä eläkkeelle. Näin lopulliseksi joukoksi tuli 688. Heistä erikoissairaanhoidon osastonhoitajia oli 437 ja perusterveydenhuollon 251.

Vastauksia saatiin yhteensä 356, joten vastausprosentiksi tuli 52. Erikoissairaanhoidon osalta vastausprosentiksi tuli 49 % (n = 214) ja perusterveydenhuollon osalta 56 % (n = 142). Vastausprosentteja voidaan pitää hieman alhaisina, mutta postikyselyille tyypillisinä. Tuloksia ei voida yleistää, mutta niitä voitaneen pitää suuntaa antavina.

Kyselyiden tulokset esitellään erikseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osalta. Tuloksista esitetään suorat jakautumat.

5. Tulokset

5.1. Ammattiosastokysely

Ammattiosastokyselyn tavoitteena oli saada tietoa ammattiosastojen näkemyksistä hoitotakuun alkuvaiheen tilanteesta. Halusimme tietää miten muutoksiin oli ennakolta valmistauduttu, oliko muutoksilla vaikutuksia työvoimaan, henkilöstöryhmien väliseen työnjakoon, henkilöstön asemaan ja tiedonsaantiin.

Kaikkien ammattiosastopäiville osallistuneiden Tehyn ammattiosastojen toivottiin vastaavan kyselyyn, vaikka hoitotakuu ei suoranaisesti vaikuttaisikaan ammattiosaston toimialueen työskentelyyn esimerkiksi sosiaalialalla, yksityisellä sektorilla tai valtion sektorilla. Halusimme tietoa yleisesti siitä, millaista keskustelua jäsenkuntamme työpaikoilla aiheesta käydään. Tulosten mukaan näyttäisi siltä, että hoitotakuusta ei ole juurikaan keskusteltu muissa organisaatioissa kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon organisaatioissa. Kyselyn tulokset raportoidaan vain näiden osalta.

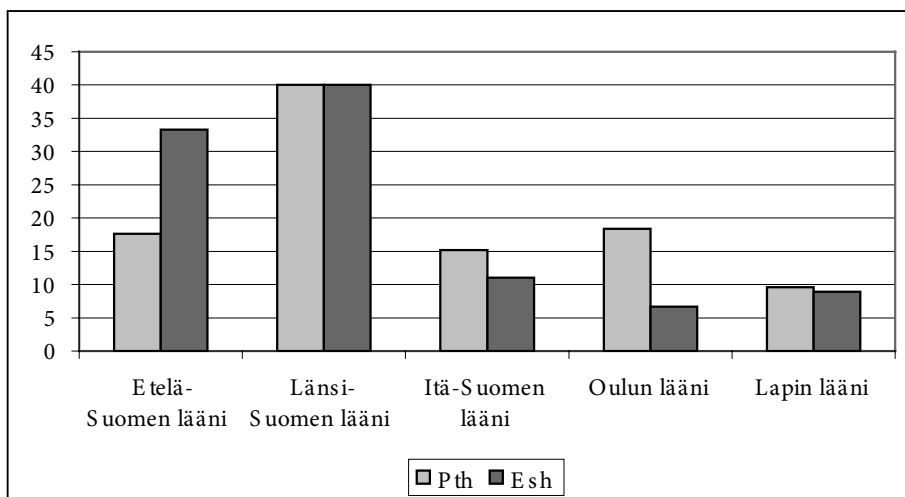
5.1.1 Ammattiosastokyselyn taustatiedot

Perusterveydenhuollon ammattiosastoja vastaajista oli 125. Terveyskeskuksia oli vuonna 2005 yhteensä 257, joten vastaajat edustavat puolta koko terveyskeskusjoukosta.

Erikoissairaanhoidon ammattiosastoja vastaajissa oli 45. Suomessa on 20 sairaanhoitopiiriä, joiden osana kunnalliset sairaalat toimivat. Lisäksi on noin 20 erikoislääkärijohtoista terveyskeskussairaala tai yksikköä. Erikoissairaanhoidon vastauksia saatiin kaikista muista sairaanhoitopiireistä paitsi Itä-Savosta.

Perusterveydenhuollon vastaajat jakautuivat alueellisesti melko hyvin palvelujen tarjonnan suhteen, sillä 40 % (n = 49) vastaajista ilmoitti terveyskeskuksensa sijaitsevan Länsi-Suomen läänissä, 18 % (n = 22) Etelä-Suomen läänissä, 18 % (n = 23) Oulun läänissä, 15 % (n = 19) Itä-Suomen läänissä ja 10 % (n = 12) Lapin läänissä. Myös erikoissairaanhoidon vastaajat jakautuivat läänitasolla palvelun tarjonnan suhteessa. Kuvio 1.

Kuvio 1. Vastanneet ammattiosastot toimialueensa terveyskeskuksen (pth) tai sairaalan (esh) sijaintiläänin mukaan. (%)



Vastanneiden ammattiosastojen terveyskeskusten väestöpohja oli useimmin (52 %, n = 64) 6 000 – 19 999. Yli 20 000 väestöpohjan terveyskeskuksia oli 38 (30 %) ja alle 6 000 väestöpohjan 22 (18 %).

5.1.2 Hoitotakuuseen varautuminen

Perusterveydenhuolto

Ammattiosastoista 67 % (n = 82) ilmoitti, että heidän terveyskeskuksensa tiedotti väestölle asiasta median välityksellä. Yli puolet (58 %, n = 71) vastaajien terveyskeskuksista oli varautunut hoitotakuuseen kehittämällä ja lisäämällä terveyskeskuksen omaa puhelinpalvelua. Joka kymmenes (n = 12) ilmoitti terveyskeskuksen ulkoistaneen puhelinpalvelun, useimmin yksityiselle yritykselle.

Kaikkiaan 46 (37 %) ammattiosastoa ilmoitti hoitotakuun vuoksi tehdyistä henkilöstölisäyksistä. Vastauksista arvioidut lisäykset olivat yhteensä vastaajien organisaatioissa noin 50 – 60 henkilöä. Useimmin nämä lisäykset olivat kohdistuneet vastaanotto toimintaan. Neljäsosa vastaajista (23 %, n = 28) ilmoitti joistain muista tavoista, joilla tilanteeseen oli varauduttu. Näissä vastauksissa useimmin nousivat esiin työn ja tehtävien uudelleen järjestelyt sekä puhelinvastaajien koulutus.

Perusterveydenhuollon ammattiosastoista 74 % (n = 40) arvioi, että tarvittavaa työvoimaa oli saatavilla. Joka yhdeksännen (n = 5) vastaajan organisaatioista oli ollut ongelmia henkilöstön saatavuudessa. 17 % (n = 9) vastaajista ei osannut arvioida tilannetta.

Lähes puolet (47 %, n = 57) vastaajista totesi, että kunnan talousarviossa ei ollut varattu rahaa hoitotakuuta varten ja vain 17 % (n = 20) ilmoitti, että rahaa oli varattu. Yli kolmannes (36 %, n = 44) vastaajista ei osannut vastata kysymykseen. Lähes viidenneksen (17 %, n = 21) mielestä terveyskeskus ei ollut varautunut mitenkään tulevaan muutokseen.

Erikoissairaanhoito

Erikoissairaanhoidon ammattiosastojen vastausten mukaan sairaanhoitopiirit näyttivät varautuneen hoitotakuuseen useimmin (71 %, n = 31) tiedottomalla asiasta väestölle median välityksellä ja purkamalla hoitojonoja jononpurkusopimuksilla (59 %, n = 26). Lisäksi 43 % (n = 19) vastaajista kertoi sairaanhoitopiiriin tehneen ostosopimuksia yksityisten palvelutuottajien kanssa. Vastaajista 10 mukaan ostopalvelusopimuksia oli tehty myös muiden sairaanhoitopiirien kanssa.

Henkilöstölisäyksistä ilmoitti 25 vastaajaa. Lisäykset ovat useimmin kohdistuneet toimenpideyksiköihin (25 %, n = 11) ja vuodeosastotoimintaan (18 %, n = 8). Karkean arvion mukaan henkilöstölisäykset vastaajien organisaatioissa olivat noin 100 – 130 henkilön luokkaa. Vastauksista oli vaikea arvioida henkilöstölisäysten määriä, koska lisäykset vastaajien mukaan vaihtelivat kokonaisista leikkaustiimeistä osa- tai määräaikaisiin henkilöihin. Yhdentoista vastaajan organisaatioissa oli käynnistetty virka-ajan ulkopuolella tapahtuva erityispoliikkatoiminta. Tämä virka-ajan ulkopuolella tapahtuva toiminta oli toteutettu pääasiassa olemassa olevan henkilökunnan työjärjestelyillä. Vain kaksi sairaalaa oli palkannut tarkoitusta varten lisähenkilökuntaa. Erikoissairaanhoidon vastaajista 9 (21 %) kertoi henkilöstöryhmien välisistä työnjaon muutoksista ja neljän (9 %) vastaajan organisaatioissa asia oli valmistelussa.

Erikoissairaanhoidon ammattiosastoista 43 % (n = 12) arvioi, että tarvittavaa työvoimaa oli saatavilla, viidenneksen (21 %, n = 6) organisaatioilla oli ollut ongelmia henkilöstön saatavuudessa ja 36 % (n = 10) ei osannut arvioida tilannetta.

41 % (n = 18) ammattiosastoista tiesi, että sairaanhoitopiirin talousarviossa oli varattu määrärahaa hoitotakuun käynnistämistä varten ja 18 % (n = 8), ettei rahaa ollut varattu. Kolmannes (34 %, n = 15) ei tiennyt oliko rahaa varattu vai ei. Neljännes (25 %, n = 11) vastaajista ilmoitti, ettei sairaanhoitopiiri ollut heidän näkemyksensä mukaansa varautunut ennakolta hoitotakuuseen mitenkään.

5.1.3 Henkilöstön tiedonsaanti

Perusterveydenhuollon ammattiosastojen mukaan lähes kaikissa paikoissa (82 %, n = 100) asiasta oli keskusteltu paljon epävirallisesti. Myös työyksiköiden kokouksissa (80 %, n = 98) asioita oli käsitelty ja joka kymmenes (12 %, n = 14) ammattiosasto oli saanut asiaan liittyviä kysymyksiä. Avovastauksista välittyi kuitenkin se, että henkilöstön kanssa käydyt keskustelut eivät olleet suunnitelmallisia eivätkä tavoittaneet kuin osan henkilöstöstä. Esimerkiksi vain vastaanoton henkilöstölle oli järjestetty koulutusta tai tiedotettu hoitotakuun aiheuttamista muutoksista. Organisaation eri tasojen varmistus tiedonkulun osalta näytti puuttuneen.

Erikoissairaanhoidon ammattiosastojen mukaan epävirallisia keskusteluja oli käyty perusterveydenhuoltoa yleisemmin (88 %, n = 38). Sen sijaan oman klinikan tai työyksikön kokouksissa asiaa oli käsitelty 63 % (n = 27) ammattiosaston mukaan. Joka kolmannen (37 %, n = 16) työnantaja oli järjestänyt henkilöstölle tiedotustilaisuuksia asiaan liittyen. Erikoissairaanhoidon ammattiosastot näyttivät saaneen useammin (21 %, n = 9) hoitotakuuseen liittyviä kysymyksiä kuin perusterveydenhuollon ammattiosastot. Myös erikoissairaanhoidon avovastauksissa tulivat esiin samat ongelmat kuin perusterveydenhuollon puolella. Tieto henkilöstölle kanavoituu osittain väestölle suunnatun tiedottamisen kautta ja toisaalta organisaation sisällä tiedosta eivät kaikki pääse osallisiksi.

5.1.4 Hoitotakuu ja työnjaon muutokset

Perusterveydenhuollon vastaajista lähes kolmannes (32 %, n = 37) ilmoitti, että heidän organisaatiossaan oli tehty työnjaon muutoksia hoitotakuun vuoksi. Yli puolet (56 %, n = 66) vastaajista ilmoitti, että työnjaon muutokset oli toteutettu jo aiemmin. Lomakkeessa lueteltiin 29 erilaista, muun muassa kansallisen terveysthankkeen työnjakoprojekteissa mainittua työnjakoon liittyvää toimintatapaa tai työnjakomallia, joista ammattiosastoja pyydettiin mainitsemaan ovatko ne heidän organisaatioissaan käytössä (Liitetaulukko 1).

Listan kärkeen nousivat diabeteshoitajan vastaanotto (87 %, n = 104), kiireetömän hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjaaminen puhelimitse (86 %, n = 103), sairauslomatoistukset (77 %, n = 92) sekä hoidon tarpeen arviointi ja

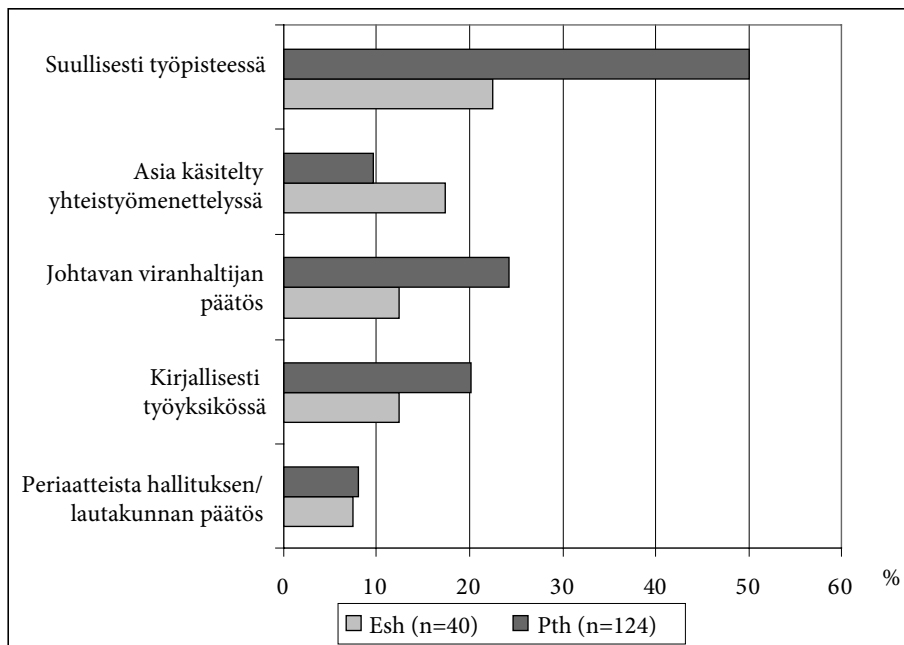
hoitoon ohjaaminen hoitajavastaanotolla (75 %, n = 90). Yli puolet vastaajista ilmoitti myös seuraavia tehtäviä siirretyn hoitohenkilöstölle: suun ja hampaiden terveystarkastukset, puhelinkonsultaatiot, laboratoriolähetteen tekeminen ja tulosten tulkinta, tutkimusten määrääminen lääkärin vastaanotolle tuleville potilaille, infektiopotilaiden tutkiminen. Kaikkia listassa mainittuja työnjaonmuutoksia valmisteltiin vähintään yhdessä organisaatiossa.

Erikoissairaanhoidon vastaajista 9 (21 %) kertoi henkilöstöryhmien välisistä työnjaon muutoksista ja neljän (9 %) vastaajan organisaatiossa asia oli valmistelussa. Lisäksi yli neljännes (28 %, n = 12) ilmoitti, että työnjakoa oli muutettu jo aiemmin. Erikoissairaanhoidon osalta reilu neljännes (28 %, n = 12) ilmoitti erilaisten hoitajavastaanottojen aloittamisesta ja viidennes (21 %, n = 9) hoitohenkilöstön itsenäisesti tekemistä tutkimuksista, joista he myös antavat lausunnon. Lisäksi neljä vastaajaa (9 %) ilmoitti pitkäaikaispotilaiden hoidon seurannan siirtämisestä sairaanhoitajille ja hoitajien itsenäisesti tekemistä toimenpiteistä, esimerkkinä luomen poisto.

Työnjaon muutoksiin liittyvä koulutus on pääasiassa annettu organisaatioiden sisäisenä perehdytyskoulutuksena. Näin vastasi 56 % (n = 64) perusterveydenhuollon ja 24 % (n = 9) erikoissairaanhoidon ammattiosastoista. Yli neljännes (26 %, n = 30) perusterveydenhuollon ja 16 % (n = 6) erikoissairaanhoidon vastaajista totesi, ettei lisä- tai perehdytyskoulutusta ole annettu. Pidempikeskoinen koulutus näyttäisi olevan suhteellisen harvinaista.

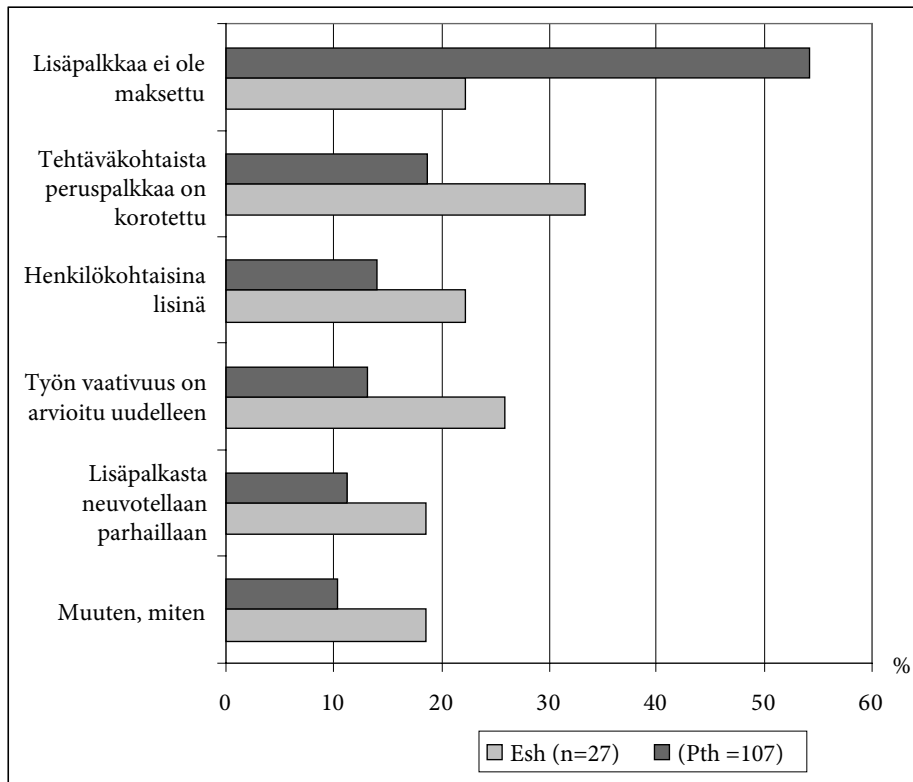
Työnjaon muutoksista näytään ammattiosastojen mukaan sovittavan useimmin suullisesti niin perusterveydenhuollossa (50 %, n = 61) kuin erikoissairaanhoidossakin (23 %, n = 9). Johtavan viranhaltijan päätöksellä työnjakoa muutetaan joka neljännes (25 %, n = 30) perusterveydenhuollon vastaajan ja joka kymmenennen (13 %, n = 5) erikoissairaanhoidon vastaajan organisaatiossa. Vastausten mukaan näyttäisi siltä, että yhteistoimintamenettelyä käytetään useammin erikoissairaanhoidon organisaatioissa (18 %, n = 7).

Kuvio 2. Työnjaon muutoksista sopiminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon organisaatioissa ammattiosastojen mukaan. (%)



Henkilöstön palkkaa työnjaon muutokset ovat korottaneet joka viidennen (22 %, n = 25) perusterveydenhuollon ja reilusti joka kolmannen (39 %, n = 14) erikoissairaanhoidon ammattiosaston mukaan. 74 % (n = 84) perusterveydenhuollon ja 31 % (n = 11) erikoissairaanhoidon vastaajista ilmoitti palkkojen pysyneen samana. Kunta-alan työ- ja virkaehtosopimus mahdollistaa lisäpalkan maksamisen eri tavoin. Ammattiosastojen mukaan lisäpalkka jätetään useimmin maksamatta, mutta jos sitä maksetaan, käytetään useimmin tehtäväkohtaisen peruspalkan korottamista.

Kuvio 3. Ammattiosastojen näkemys lisäpalkan maksamisesta, kun työnjakoa organisaatiossa on muutettu. (%)



5.1.5. Yhteyden saanti ja hoidon tarpeen arviointi

Perusterveydenhuollon ammattiosastoista 58 % (n =71) ilmoitti, että 1.3.2005 jälkeen potilaat ovat voineet ottaa yhteyttä terveyskeskukseen kuten ennenkin joko tulemalla itse paikalle tai soittamalla. 39 % (n = 48) ilmoitti, että puhelimeen vastaavaa henkilöstöä oli lisätty ja reilu neljännes (27 %, n = 33) ilmoitti, että terveyskeskusavustajan tilalle puhelinpalveluun oli vaihdettu sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. 11 (9 %) paikassa puhelinpalvelu oli siirretty ulkopuoliselle palveluntuottajalle ja yhdessä sairaanhoitopiirille. Neljässä paikassa potilas voi ottaa yhteyttä sähköpostilla.

Perusterveydenhuollossa vastaajien mukaan hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä puhelimitse 75 %:n (n = 93) vastaajan organisaatiossa. Hoidon tarpeen arvioijalla on 86 % (n = 106) vastaajan mukaan aina käytössä potilaan sairauskertomus. Lääkärin lisäksi hoidon tarpeen arvioijana toimivat pääasiassa sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, hammashoitajat, suuhygienistit, perus- ja lähihoitajat.

Erikoissairaanhoidon ammattiosastoista 18 % ilmoitti, että heillä hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä myös joku muu kuin lääkäri. Tällöin on yleensä kyse sairaanhoitajista sekä joissakin paikoissa fysioterapeuteista ja kättilöistä. Muista ammattiryhmistä oli joitakin mainintoja.

5.1.6 Hoitotakuun saavuttaminen

Perusterveydenhuollon ammattiosastoista 75 % (n = 89) arvioi, että välitön yhteyden saanti terveyskeskukseen toteutui jo 1.3.2005. Myös hoidon tarpeen arviointi kolmen päivän kuluessa onnistui vastaajien (73 %, n = 87) mukaan jo 1.3.2005. Lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltuun hoitoon pääsyn toteutumisen arviointi oli vastaajille vaikeampi. Heistä 43 % (n = 51) arvioi, että tavoite oli jo saavutettu, mutta 35 % (n = 41) vastanneista ammattiosastoista ei osannut arvioida tilannetta. Vastaajien mukaan hoitotakuun toteuttaminen tuottaa eniten vaikeuksia mielenterveyspotilaiden, vanhusten ja työikäisten sekä hammashoidon asiakkaiden osalta.

Erikoissairaanhoidon vastaajista 24 % (n = 10) arvioi, että hoidon tarpeen arvioinnin osalta hoitotakuulainsäädännön edellytykset oli saavutettu jo 1.3.2005 ja kolmanneksen (36 %, n = 15) mukaan se saavutetaan 1.9.2005. Ammattiosastojen oli vaikeampi arvioida hoitoon pääsyn toteutumista säädettyssä ajassa. Ainoastaan kuusi (14 %) vastaajaa arveli, että tavoite oli jo saavutettu ja yhdeksän (21 %) arveli, että siihen menee kauemmin kuin vuosi. Loput eivät osanneet arvioida tilannetta. Erikoissairaanhoidon ammattiosastojen mukaan useimmin vaikeuksia hoitotakuun toteuttamisessa näyttäisi olevan kirurgian, silmätautien, korva-, nenä ja kurkkutautien sekä psykiatrian toimialoilla.

5.1.7 Muut kommentit

Ammattiosastojen avovastauksissa nousi esiin hoitotakuun nopea valmistelu, henkilöstön ja ammattiosastojen vähäiset mahdollisuudet osallistua valmisteluihin, tiedotuksen ja ohjeistuksen puutteellisuus sekä ammattiosastojen oma toiminta muutostilanteissa. Alla joitakin esimerkkejä:

- *Asiasta puhuttu vähän. Puhelinlinjoja lisätty. Sairaanhoitajat vastaavat, mutta mitä kirjataan, niin ei ole tietoa.*
- *Nykyisellä resursoinnilla työkuormitus on jo kasvanut liian suureksi (lisääntyneet sairauslomat 10 % vuodessa).*
- *Työnjakoon ja tehtävien siirtoon odotetaan Tehyn kannanottoa ja seurannaa sekä asioiden näkyvää käsittelyä mediassa. Henkilökunnan riittävyys ja työssä jaksaminen myös puhuttavat.*

5.2 Perusterveydenhuollon osastonhoitajakysely

Osastonhoitajille suunnattu kysely oli jatkoa kevään 2005 ammattiosastokyselylle. Osastonhoitajien kautta halusimme saada tarkempaa kuvaa hoitotakuun vaikutuksista perusterveydenhuollon työyksiköiden toimintaan, kun hoitotakuu oli ollut voimassa puoli vuotta. Osastonhoitajakyselyn aineisto kerättiin loka- ja marraskuussa 2005 strukturoidulla kysymyslomakkeella. Otokseen tuli 251 perusterveydenhuollossa työskentelevää osastonhoitajaa. Perusterveydenhuollon vastausprosentiksi tuli 56 (n = 142).

5.2.1 Taustatiedot

Perusterveydenhuollossa työskenteleviltä osastonhoitajilta saatiin 142 vastausta. Muutama vastaaja työskenteli tällä hetkellä terveyskeskuksensa johtavana hoitajana tai ylihoitajana. Myös heidän vastauksensa otettiin mukaan. Eniten vastauksia saatiin Länsi-Suomen läänistä ja Etelä-Suomen läänistä. Vähiten vastauksia saatiin Lapin läänistä, jossa myös on vähiten terveyskeskuksia.

Taulukko 1. Perusterveydenhuollon vastaajat lääneittäin.

LÄÄNI	n	%
Etelä-Suomen lääni	35	25
Länsi-Suomen lääni	55	39,3
Itä-Suomen lääni	26	18,6
Oulun lääni	15	10,7
Lapin lääni	9	6,4
YHTEENSÄ	140	100

Vastauksia saatiin väestöpohjaltaan erilaisista terveyskeskuksista. Alle 6 000 väestöpohjan terveyskeskuksista saatiin vähiten vastauksia (9 %, n = 13) ja eniten (33 %, n = 46) 6 000 – 19999.

Taulukko 2. Perusterveydenhuollon vastaajat terveyskeskuksen väestöpohjan mukaan.

VÄESTÖPOHJA	n	%
alle 6000	13	9,4
6 000 - 19 999	46	33,1
20 000 - 49 999	39	28,1
yli 50 000	41	29,5
YHTEENSÄ	139	100

Monet vastaajista toimivat samanaikaisesti useamman toimialan esimiehenä. Yli puolet vastaajista (56 %, n = 79) toimi ajanvaraus- ja vastaanottotoiminnan esimiehinä ja lähes puolet (47 %, n = 66) vuodeosastojen esimiehinä. Joka kymmenennen alueeseen kuuluivat mm. fysioterapia, röntgentoiminta, kotisairaanhoido, erilainen neuvolatoiminta ja kouluterveydenhuolto. Muina alueina mainittiin päivystystoiminta, mielenterveystoiminta, sairaankuljetus, suun terveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto ja perusterveydenhuollon erikoissairaanhoido.

Taulukko 3. Perusterveydenhuollon vastaajat toimialoittain.

TOIMIALA	n	%
Ajanvaraustoiminta	37	26,4
Vastaanottotoiminta	42	30
Vuodeosasto	66	47,1
Fysioterapia	16	11,4
Laboratorio	10	7,1
Röntgenosasto	18	12,9
Kotisairaanhoido/kotihoito	14	10
Neuvolatoiminta	18	12,9
Kouluterveydenhuolto	16	11,4
Muu, mikä?	28	20

Alaisia näillä perusterveydenhuollon vastaajilla oli karkeasti arvioiden 2 700 – 4 800. Puolella oli 21 – 40 alaista ja kolmanneksella 11 – 20 alaista. Muutaman vastaajan alaisten määrä oli 50 tai enemmän.

Taulukko 4. Perusterveydenhuollon vastaajien alaisten määrä.

ALAISTEN MÄÄRÄ	n	%
alle 10	8	5,7
11 - 20	50	35,7
21 - 40	70	50,0
yli 40	9	6,4
muu	3	2,1
Yhteensä	140	100,0

5.2.2 Varautuminen hoitotakuuseen

Vastaajista 62 %:n (n = 82) mukaan heidän terveyskeskuksessaan varautuminen muutokseen oli ollut vähäistä. Pääasiallisin varautumisen muoto näyttäisivät vastausten mukaan (59 %, n = 81) olleen henkilöstöryhmien väliset työnjaon muutokset. Reilu kolmannes ilmoitti henkilöstölisäyksistä puhelinpalvelutoimintaan (35 %, n = 48) ja lähes kolmannes terveyskeskuksen muuhun toimintaan. Noin kolmannes vastaajista ilmoitti ostopalvelusopimuksista yksityisten palvelutuottajien kanssa (32 %, n = 43).

Taulukko 5. Hoitotakuuseen varautuminen perusterveydenhuollossa. (n = 139)

VARAUTUMINEN	% n	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Terveyskeskuksen puhelinpalvelua ja ajanvarausta tehostettiin lisäämällä henkilöstöä (yht: 137)	% n	35 % 48	53,3 % 73	11,7 % 16
Terveyskeskuksen puhelinneuvonta ja ajanvaraus ulkoistettiin (yht: 134)	% n	7,5 % 10	85,1 % 114	7,5 % 10
Henkilöstöä lisättiin vastaanottotoimintaan (yht: 138)	% n	29 % 40	54,3 % 75	16,7 % 23
Henkilöstöä lisättiin vuodeosastotoimintaan (yht: 132)	% n	3 % 4	83,3 % 110	13,6 % 18
Henkilöstöä lisättiin muualle (yht: 135)	% n	6,7 % 9	63 % 85	30,4 % 41
Terveyskeskus on tehnyt ostopimuksia yksityisten palvelutuottajien kanssa (esim. hammaslääkäripalvelut) (yht: 134)	% n	32,1 % 43	50,7 % 68	17,2 % 23
Henkilöstöryhmien välistä työnjakoa on muutettu (yht: 137)	% n	59,1 % 81	27 % 37	13,9 % 19
Etukäteen muutokseen varautuminen oli vähäistä (yht: 136)	% n	61,8 % 84	25,7 % 35	12,5 % 17

Hoitotakuuseen liittyviä kysymyksiä oli vastaajien mukaan käsitelty lähes kaikkien vastaajien (81 %) osaston/yksikön kokouksissa. Myös epäviralliset kokoukset ovat olleet yleisiä (77 %). Vajaat puolet vastaajien terveyskeskuksista oli järjestänyt virallista koulutusta tai tiedotustilaisuuksia. Kolmannes ilmoitti muunlaisesta varautumisesta.

Taulukko 6. Hoitotakuun käsittely perusterveydenhuollon vastaajien yksiköissä.
(n = 140)

HOITOTAKUUN KÄSITTELY YKSIKÖSSÄ	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Asiasta on keskusteltu paljon epävirallisesti (yht: 128)	76,6 % 98	16,4 % 21	7 % 9
Asiasta on keskusteltu osaston/työyksikön yhteisissä kokouksissa (yht: 137)	81 % 111	18,2 % 25	0,7 % 1
Terveyskeskus on järjestänyt virallisia koulutus tai tiedotustilaisuuksia koko henkilöstölle (yht: 131)	43,5 % 57	52,7 % 69	3,8 % 5

Avovastauksissa 68 vastaajaa kuvasi omin sanoin miten heillä hoitotakuuta oli käsitelty. Vastausten perusteella näyttää siltä, että asian käsittely on ollut hyvin eritasoista. Joissakin paikoissa on jääty kahvipöytäkeskustelujen varaan ja joissakin koko henkilöstöä on koulutettu etukäteen. Toisaalta asioita on käsitelty potilaspalautteiden pohjalta ja joissakin paikoissa kaikille on jaettu laki sekä kirjaamisohjeet. Alla joitakin esimerkkejä:

- *Paikallisessa lehdessä. Eri järjestöjen tilaisuuksissa. Paikallisessa radiossa. Ammattilehdistön antama tieto.*
- *Osastokokouksissa on asiaa keskusteltu, lähinnä julkisen keskustelun pohjalta.*
- *Osastopalavereiden lisäksi kahvipöytäkeskusteluissa. Potilaita on kehoitettu antamaan asiakaspalautteita johdolle.*
- *Asiakkailta saadun palautteen pohjalta ja asiakkaiden kanssa.*
- *Yhtenäisiä toimintaohjeita ja luetteloita, kuten erikoissairaanhoidonkin saatiin, kaivataan kipeästi suuressa lääkäriresurssipulassa. Lääkärit eivät uskalla priorisoida yhtenäisten ohjeiden puuttuessa. Kaikki eivät saa hoitoa, mutta kuka on se, joka ilmoittaa asian kansalle? Terveyskeskusavustaja! Ja oman käsityksensä pohjalta! Terveyskeskusavustaja-raukat ovat kansan ryöpytyksen kohteena puhelimessa ja ajanvarausluukulla syyttä suotta ja saavat selittää toimintaa suurelle yleisölle.*
- *Ajanvarauspuhelimet korvattiin puhelinpalvelujärjestelmällä, joka on kyllä osoittautunut hyväksi systeemiksi, kunhan asiakkaat ensin oppivat sen käytön. Vähensi selvästi ajanvaraustoimiston hälinää ja pakkotahtisuutta, kun puhelimet eivät soi yhtämittaisesti ja -aikaisesti. Paransi selkeästi tehtävien hallintaa.*
- *Hoitotakuuseen koulutettiin organisaatiossamme sihteerit, samoin lääkäreille järjestettiin tiedotuksia. Hoitajat jäivät paljon huonommalle. Olemme olleet osittain tiedotusvälineiden varassa.*

- *Terveyskeskuksen osuutta hoitotakuussa on käsitelty laajasti ja on toimittu lain edellyttämällä tavalla. Siitä johtuen on henkilöstölle tiedotettu esim. lain tuomasta hoidon tarpeen arvioinnista/ hoitohenkilökunnan pätevyyteen, jonka vuoksi Teo-rekisteröimättömät tk-avustajat on siirretty toisiin tehtäviin.*
- *Vastaanotolle on järjestetty call center -tyyppistä puhelinpalvelua. Osastomme teki heti alkuun selväksi, ettei röntgenläheteitä tulla hyväksymään "puhelinpalveluna". Edelleen vaadimme, että lääkäri tapaa potilaan, tutkii ja arvioi tutkimustarpeen. Otamme vastaan vain lääkärin tekemiä läheteitä ja tietenkin muiden mielestä olemme ilkeitä ja pikkumaisia...*
- *Johtotiimissä asiaa on käyty läpi, jolloin esimiesten velvollisuus on viedä asiaa eteenpäin työyksiköihin.*
- *Kirjelmiä on lähetetty paljon ja ohjeistettu henkilökuntaa. Asiakkaille on laitettu aiheeseen liittyviä esitteitä odotustiloihin.*
- *Työntekijät ovat aktiivisesti keskustelleet eteen tulevista ongelmista ja auttaneet toinen toistaan - ketään ei ole jätetty tiedon ulkopuolelle - mikrotukihenkilön apu on ollut ensiarvoisen tärkeä.*
- *Laki on jaettu kaikille, jotka tekevät arviointia ja kirjaamisohjeet on tehty ja käyty läpi, miten meidän atk-ohjelmaan ne kirjataan.*
- *Hoidon tarpeen arvioinnista järjestettiin osaamisen näyttöä selvittävä koe.*
- *Yritimme keskenämme järjestellä ajanvaraustoimintaa ja kirjaamisohjeita. Kunnan varsinaiset suppeat kirjaamisohjeet tulivat vasta viikkoa ennen hoitotakuun alkamista.*
- *Kunnan tapa ulkoistaa puhelinneuvonta ja siitä aiheutuneet kustannukset ja henkilöjärjestelyt ovat keskusteluttaneet kovasti.*
- *Ennen hoitotakuun voimaantuloa meille perustettiin työryhmä miettimään asiaa kuntayhtymämme kannalta. Työryhmään kuului ylilääkäri, johtava hoitaja, osastonhoitajat ja heidän varamiehensä molemmilta poliklinikoilta.*
- *Kaikille vastaanotto toiminnan sairaanhoitajille on järjestetty puhelinneuvontakoulutusta. Koko kuntayhtymässä ei ole järjestetty mitään yhteistä info-tilaisuutta asiasta.*
- *Systemaattinen koulutus ja kehittäminen koko avoterveydenhuollossa aloitettiin jo syksyllä 2004 ja jatkettiin keväällä 2005. Kehittämistyössä kuvattiin prosesseja sekä kehitettiin puhelinjärjestelmää ja kirjaamista. Koulutukseen on osallistunut koko henkilökunta, samoin kehittämistyöhön.*

5.2.3 Hoitotakuun vaikutukset yksikön toimintaan

Vastaajista 22 % (n = 30) arvioi, että potilas/asiakasmäärät heidän yksiköissään lisääntyivät hoitotakuun vuoksi. Neljännnes vastaajista ilmoitti erilaisista henkilöstön välisistä työnjaon muutoksista hoitotakuun vuoksi ja neljännnes (n = 48), että työnjakoa oli muutettu muista syistä. Useimmin työnjaon muutokset oli tehty lääkäreiden ja sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien välillä. Reilusti yli puolen (61 %, n = 120) mukaan hoitotakuu ei suuremmin vaikuttanut heidän yksikkönsä toimintaan.

Taulukko 7. Hoitotakuun voimaantumisen vaikutus perusterveydenhuollon vastaajien osastojen/yksiköiden toimintaan. (n =140)

HOITOTAKUUN VAIKUTUKSET	kyllä	ei	en osaa sanoa
Hoitotakuun vuoksi potilas/asiakasmäärät lisääntyivät (yht: 137)	21,9 % 30	72,3 % 99	5,8 % 8
Hoitotakuun vuoksi lääkärin ja sairaanhoitajan/terveydenhoitajan työnjakoa muutettiin (yht: 136)	30,9 % 42	61 % 83	8,1 % 11
Hoitotakuun vuoksi sairaanhoitajan ja lähihoitajan/perushoitajan työnjakoa muutettiin (yht: 135)	20 % 27	71,9 % 97	8,1 % 11
Hoitotakuun vuoksi myös muiden ammattihenkilöiden välisiä työnjakoa jouduttiin tarkistamaan (yht: 136)	19,1 % 26	71,3 % 97	9,6 % 13
Työnjakoon liittyvät muutokset tehtiin muista syistä (yht: 129)	27,9 % 36	60,5 % 78	11,6 % 15
Hoitotakuu ei suuremmin vaikuttanut yksikön toimintaan (yht: 135)	62,2 % 84	32,6 % 44	5,2 % 7

5.2.4 Työnjaon muutokset ja niistä sopiminen

Muutoksia henkilöstöryhmien väliseen työnjakoon oli tehty 95 vastaajan organisaatiossa. Osa muutoksista oli liittynyt hoitotakuuseen, osa oli tehty muista syistä. Katso taulukot 5 ja 7.

Työnjaon muutoksista on organisaatioissa sovittu eri tavoin. Lähes puolet (48 %) terveyskeskusten vastaajista vastasi, että heidän organisaatiossaan asiasta sovitaan suullisesti. Viidennes vastaajista ilmoitti, että asiasta tehdään terveyskeskuksen johtavan viranhaltijan päätös tai työyksikön esimiehen ja työntekijän

välinen kirjallinen sopimus. 15 vastaajan organisaatiossa työnjaon periaatteita on käsitelty yhteistoimintamenettelyssä ja muutamassa paikassa terveyslautakunta on tehnyt päätöksen.

Taulukko 8. Työnjaosta sopiminen terveyskeskuksissa perusterveydenhuollon osastonhoitajien mukaan. (n = 114)

TYÖNJAOSTA SOPIMINEN	n	%
Työnjaosta on sovittu suullisesti	55	48,2
Työnjaosta on sovittu kirjallisesti työyksikössä (osastonlääkäri, osastonhoitaja, työntekijät)	24	21,1
Työnjaosta on tehty kirjallinen päätös terveyskeskuksen sisällä johtavien viranhaltijoiden toimesta (esim. terveysjohtaja, johtava ylilääkäri, johtava hoitaja)	21	18,4
Työnjako asiaa on käsitelty yhteistoimintamenettelyssä	15	13,2
Työnjaosta on tehty virallinen päätös terveyslautakunnassa	7	6,1
Muuten miten?	19	16,7
En tiedä	18	15,8

Vastausvaihtoehdon ”muuten” valinneet totesivat useimmin, että työnjaon muutokset eivät ole koskeneet vielä heidän yksiköitään, kirjallisten sopimusten/ohjeiden tekeminen on käynnissä ja että muutoksista sovitaan erilaisissa palavereissa. Alla joitakin kuvauksia:

- *Työnjakokysymyksiä on säästösyistä alettu nyt varsinaisesti miettimään.*
- *Pikku hiljaa töitä on siirtynyt hoitajille lääkäreiltä tilanteen pakosta.*
- *Kymmenien vuosien perinteet: periferiassa sairaanhoitajille on hiljaa siirtynyt tehtäviä aina enemmän.*
- *Työnjaosta ollaan miettimässä kirjallisia sopimuksia, mutta käytännöt ovat jo toiminnassa mukana.*
- *Avopuolella on menossa työnjakohanke, josta laitospuolelle ei kovin paljon ole tiedotettu. Ei mitenkään käsitelty osastotasolla!*
- *Hallitus on hyväksynyt kirjallisen suunnitelman.*
- *Useampi palaveri pidettiin niiden henkilöiden kanssa, joiden työhön hoitotakuulla oli muutosta, myös siitä informoitiin työyhteisöä ja kerrottiin mitkä työt siirtyvät heidän hoidettavakseen. Palavereissa oli mukana myös johdon edustus.*
- *Ne vähäiset muutokset, joita on tehty, on sovittu osastopalaverissa, josta tehdään aina muistiinpanot.*
- *Sairaanhoitajien tehtäväkuvamuutokset kirjataan koulutuksen jälkeen.*

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, miten työnjaon muutoksiin (riippumatta onko ne tehty hoitotakuun vuoksi tai jostain muusta syystä) liittyvä perehdytys- tai lisäkoulutus heidän organisaatioissaan on toteutettu. Vastausten mukaan työnjaon muutokset näyttävät toteutettavan pääasiassa työyksikön sisäisellä perehdytyskoulutuksella. Näin tapahtui 55 % (n = 56) vastaajan organisaatiossa. Kolmannes vastaajista totesi, että muutoksiin ei liity koulutusta. Muutamat organisaatiot ovat tehneet yhteistyötä sairaanhoitopiirin kanssa koulutuksen toteuttamiseksi ja joissakin paikoissa lisäkoulutus on toteutettu yhdessä jonkin ammatillisen oppilaitoksen kanssa. Tällöin on ilmeisesti ollut kyse ammattihenkilöiden tehtäväkuvan laajentamisesta.

Taulukko 9. Työnjaon muutoksiin liittynyt koulutus perusterveydenhuollossa. (n 106)

ANNETTU KOULUTUS	kyllä	ei	en tiedä
Oman organisaation sisällä on annettu perehdytyskoulutusta (yht: 102)	54,9 % 56	32,4 % 33	12,7 % 13
Perehdytyskoulutus on toteutettu yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa (yht: 90)	14,4 % 13	70 % 63	15,6 % 14
20 opintoviikon lisäkoulutus ammattikorkeakoulussa, yliopistossa tai terveydenhuoltoalan oppilaitoksessa (yht: 86)	8,1 % 7	74,4 % 64	17,4 % 15
Työnjaon muutoksiin ei ole liittynyt lisä- tai perehdytyskoulutusta (yht: 83)	33,7 % 28	45,8 % 38	20,5 % 17
Muuten, miten? (yht: 32)	28,1 % 9	25 % 8	46,9 % 15

Vastaajilla oli mahdollisuus kommentoida vapaasti työnjakoon liittyvää lisä- ja täydennyskoulutusta. Yli 50 vastaajaa käytti tämän mahdollisuuden. Vastauksista näkyy, että paljon erilaisia projekteja on käynnistynyt tai käynnistymässä työnjaon kehittämiseen liittyen. Alla joitakin kuvauksia:

- *Sairaanhoitajat ovat aina työskennelleet hyvin itsenäisesti. Enemmänkin on painotettu kirjaamista. Käynnit sairaanhoitajien vastaanotoilla ovat huomattavasti lisääntyneet. Varsinaisesti tehtäviä ei lääkäreiltä ole siirretty ja mikäli minusta riippuu, ei näillä palkoilla siirretäkään!*
- *Koulutustarpeeseen ei ole varauduttu lisäämällä resursseja, vaan koulutautuminen on hoidettu työn ohessa. Se tarkoittaa joskus vajaata miehitystä muutenkin vähällä henkilöstöllä.*
- *Koulutus on koskenut lähinnä potilastietojärjestelmään liittyvää hoitotakuun kirjaamista. Selkeää toimintaohjeistusta henkilökunta ei ole saanut vaan "Katso STM:n sivuilta" on ohjeena. Sairaanhoitajille tehtäviä on*

siirretty lääkäripulasta johtuen jo aiemminkin.

- Linjauksia puuttuu. Uuden sähköisen sivuston koulutusta on antanut sivujen tuottaja, ei terveydenhuollon ammattilainen, joka pystyisi vastaamaan käytännön kysymyksiin.
- Käynnissä olevan projektin yhteydessä sovitaan mahdollisesta työnjaosta sekä muista siihen liittyvistä asioista, esim. koulutus ja palkkaus.
- Hola-projekti 1 ohi. Siinä koulutettiin 20 ov koulutuksella terveydenhuolto-oppilaitoksessa poliklinikan, neuvolan, työterveyshuollon henkilökuntaa. Hola-projekti 2 aloitettu, mm psykiatrisen hoitajan toimenkuvan laajentaminen, koulutus alkaa tammikuussa 2006. Terapiayksikön henkilökuntaa koulutetaan.
- 20 opintoviikkoa kestävä vastaanottohoitajakoulutus yhteistyössä yliopiston kanssa. STM:ltä on anottu ja saatu projektirahaa koulutukseen. Osastoltamme sh-asiantuntijat ovat olleet mukana paikallisten hoitosuosittelun/ohjeistusten laadinnassa/ koulutuksissa. Syöpäsairaanhoitajan vastaanottotoiminta käynnistyi koulutuksen myötä. Osastomme sairaanhoitaja pitää polikliinista vastaanottoa.
- Poliklinikoiden sairaanhoitajat ovat hakeneet ammattikorkeakoulun järjestämään ”Kliinisen hoitotyön asiantuntija” -koulutukseen 30 op. Opiskeluun sisältyy teoriaopiskelun lisäksi kliinisen työn käytännön harjoittelua lääkärin työparina. Koulutukseen sisältyy myös muun henkilöstön koulutusta. Koulutuksen jälkeen allekirjoitetaan sopimus, jossa työnantaja antaa luvat ja työntekijä sitoutuu tekemään sopimuksen mukaisia tehtäviä. Palkkauksesta neuvottelemisen vielä kesken, mutta ei unohdettu. Myös liiton kommenttia tullaan kysymään.
- Syyskuussa 2005 kaksi hoitajaa lähti ”Työtehtävien jakaminen perusterveydenhuollossa” -koulutukseen. Tarkoituksena on selkiyttää toimenkuvia ja miettiä tehtävien jakoa systemaattisesti.
- Terveyskeskusavustajia on veloitettu kouluttautumaan lähihoitajiksi ja he tekevät sen oppisopimuskoulutuksena, jolloin työnantaja maksaa palkan harjoitteluajoista.
- AMK:n kanssa terveyskeskusavustajille koulutus ja tietojen päivitys. Lisäksi on aloitettu AMK:n kanssa kirjaamiseen liittyvä täydennyskoulutussuunnittelu ensi- ja seuraavalle vuodelle. Puhelinpalvelusta kaikki on koulutettu, samoin sisältömerkinnöistä ja kirjaamisesta sähköiseen potilastietojärjestelmään.
- Vuodeosaston puolella ei ole järjestetty mitään asiaan liittyvää koulutusta, ei ole ollut määrärahoja.
- Työnjaon uudistamista ei ole käsitelty virallisesti eikä koko organisaation tasolla. Tarvetta olisi. Koulutus puutteellista. Vuodeosastolla on siirtynyt

tehtäviä sairaanhoitajilta perus- ja lähihoitajille, koska sairaanhoitajia liian vähän.

- Meillä on pidetty hammashoitajille lisäkoulutusta heille siirtyvistä tehtävistä, tämä on tapahtunut sisäisenä koulutuksena. Suuhygienisteillä on mahdollisuus konsultointiin hammaslääkäreiden kanssa.
- Koulutusta on annettu suuhygienisteille ja jonkin verran hammashoitajille. Hammashoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta. Voisiko Tehy järjestää täsmäkoulutusta?
- Toivoisin vinkkejä Tehy-lehteen tai muulla tavalla miten koulutusta pitäisi järjestää!

Henkilöstön **palkkaukseen** työnjaon muutokset ovat vaikuttaneet vain 15 (13 %) vastaajan terveyskeskuksessa. Korotusten suuruus on vaihdellut 30 – 400 euroon kuukaudessa. Kolme neljäsosaa (73 %, n = 88) vastasi palkan pysyneen ennallaan. 12 % (n = 14) ei osannut vastata.

Vastaajia pyydettiin valitsemaan kaikki ne lisäpalkan muodot, joita heidän organisaatiossaan oli käytössä työnjaonmuutoksiin liittyen. Yleisin vastaus oli jälleen se, ettei lisäpalkkaa ole maksettu. Jos lisäpalkkaa on maksettu, se on useimmin toteutettu työn vaativuuden uudelleen arvioinnin kautta, henkilökohtaisina lisinä tai tehtäväkohtaisen peruspalkan korotuksena. Yhdeksän vastaajan organisaatiossa asiasta neuvotellaan parhaillaan.

Kuvio 4. Työnjaon muutosten vaikutus henkilöstön palkkaukseen perusterveydenhuollossa osastonhoitajien vastausten mukaan. (n = 89)

LISÄPALKKAN MUOTO		%	n
Lisäpalkkaa ei ole maksettu		60,7 %	54
Työn vaativuus on arvioitu uudelleen		16,9 %	15
Henkilökohtaisina lisinä		12,4 %	11
Lisäpalkasta neuvotellaan parhaillaan		10,1 %	9
Tehtäväkohtaista peruspalkkaa on korotettu		7,9 %	7
Muuten		15,7 %	14

Vastausvaihtoehdon Muuten-vastauksissa todettiin muun muassa, että työn vaativuuden arviointia oltiin käsittelemässä uudelleen, joissakin paikoissa maksettiin toimenpidepalkkioita ja joissakin on käytetty järjestelyvaraeriä.





5.2.5 Henkilöstövaikutukset

Vastaajista 101 arvioi, että heidän terveyskeskuksessaan oli lisätty henkilöstöä hoitotakuun vuoksi. Vastaajista 41 % (n = 32) arvioi, että haluttua henkilöstöä

oli saatavissa heidän paikkakunnallaan. Viidenneksen (20 %, n =16) mukaan halutun henkilöstön saatavuudessa oli ollut ongelmia. 39 % (n = 31) ei osannut arvioida tilannetta. Tässä yhteydessä vastaajat mainitsivat ongelmia olleen kokemusta omaavan henkilöstön rekrytoinnissa: erityisesti sairaanhoitajat, tiettyjen erikoisalojen lääkärit ja osastosihteerit.

Vastaajien omaa yksikköä henkilöstölisäykset olivat koskeneet vain harvoin, sillä ainoastaan 10 vastaajaa ilmoitti omaa yksikköään koskevista lisäyksistä. Näihin yksiköihin oli lisätty yhteensä 15 vakanssia ja pari terveyskeskusavustajan vakanssia oli muutettu sairaanhoitajan vakansseiksi. Lisäykset olivat pääasiassa kohdistuneet sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, osastosihteerin ja lääkärin vakansseihin. Yli neljänneksen mukaan henkilöstölisäyksiä ei tehty, vaikka henkilöstötarve lisääntyi hoitotakuun vuoksi. Yli puolen (57 %) mukaan hoitotakuu ei vaikuttanut heidän yksikkönsä henkilöstötarpeeseen.

Kuvio 5. Hoitotakuun vaikutus yksikön/osaston henkilöstötarpeeseen perusterveydenhuollon osastonhoitajien arvioimana. (n = 139)

HENKILÖSTÖVAIKUTUS		%	n
Kyllä, kuinka monta uutta vakanssia ja mitä ammattiryhmiä?		7,2 %	10
Ei lisätty vaikka hoitotakuu lisäsi henkilöstötarvetta		28 %	39
Ei lisätty, hoitotakuu ei lisännyt henkilöstön tarvetta		56,8 %	79
Muut kommentit?		13,7 %	19

Todellisen, mutta näkymättömän työvoimatarpeen kartoittamiseksi pyysimme osastonhoitajia arvioimaan, onko heidän osastonsa henkilöstömitoitus riittävä ja henkilöstörakenne oikea. Kaksi kolmesta vastaajasta (66 %, n = 92) piti henkilöstömitoitusta liian pienenä. Kolmanneksen (33 %, n = 46) mukaan osaston mitoitus oli riittävä. Yli puolet vastaajista (52 %, n = 71) piti osastonsa henkilöstörakennetta vääränä ja 47 % (n = 65) oikeana.

Vastaajilta pyydettiin vapaamuotoisia kuvauksia siitä, miten he muuttaisivat osastonsa henkilöstömitoitusta tai rakennetta, jos heille annettaisiin vapaat kädet. Erilaisia kuvauksia saatiin 115. Näistä vastauksista laskettu lisähenkilöstötarve olisi noin 220 – 250 henkilöä eli noin 2 vakanssia/vastaaja. Toiveesta yli puolet oli sairaanhoitajan, 50 perus/lähihoitajan ja noin 15 fysioterapeutin tai muun terapiahenkilöstön vakansseja. Muista ammattiryhmistä mainittiin muun muassa terveydenhoitajat, kättilöt, suuhygienistit, lääkintävahtimestarit, lääkärit, osastosihteerit/terveyskeskusavustajat, laitoshuoltajat ja tekstinkäsittelijät.

Lisäksi lähes 20 vastaajaa esitti toiveen muuttaa henkilöstörakennetta. Osa henkilöstörakenteen muutostoiveesta kohdistui siihen, että kaikilla potilashoitoon osallistuvilla olisi terveydenhuollon ammatillinen koulutus. Suurin

osa rakenteen muutoksista kohdistui kuitenkin koulutustason nostamiseen ja sen myötä nimikesuojattujen muuttamiseen laillistettuihin nimikkeisiin. Perusteluina esitettiin potilaiden hoidon muuttuneen vaativammaksi ja siten edellyttävän henkilöstörakenteen tarkistamista. Alla joitakin kuvauksia vastaajien toiveista:

- *Jos minulla olisi vapaat kädet, puhelinneuvonnan/ ajanvaraustoiminnan työntekijät olisivat kaikki koulutukseltaan sh/th, mutta nyt joudumme pärjäämään olemassa olevilla henkilöillä. Tarvitsisimme ehdottomasti yhden sh/th vakanssin lisää, että pystyisimme vastaamaan hoidon tarpeen arviointiin ja huolehtimaan myös ennaltaehkäisystä. Nyt olemme maaliskuun jälkeen pyörittäneet sairaanhoitajien vastaanottoja täydellä teholla vastaten lähinnä akuuteista sekä hoidon tarpeen arviointiin lähetetyistä asiakkaista sekä välttämättömästä sairaanhoidosta. Perushoitajien ammattitaito ei riitä puhelimessa hoidon tarpeen arviointiin, vaan helpoin tie on antaa aika sh:n vastaanotolle arviointeihin, jotka useimmiten olisivat hoituneet ammattitaitoisella puh.neuvonnalla tai vaatineet suoraan ajan lääkärille. Lisäksi aseman lääkärimiehitys on riittämätön, varsinkin jos loma-ajat joudutaan tulemaan toimeen ilman sijaisia. Lääkäriresurssin riittämättömyys näkyy selvästi hoitajien lisäkuormituksena vaikka varsinaisesti mitään tehtäväsiirtoja lääkäriltä hoitajille ei ole tehtykään.*
- *Henkilöstömitoitus on noin 0.63 - 0.69. Se on mielestäni liian alhainen. Hoidettavuus/potilas lisääntyy jatkuvasti. Lisäisin yksikköni 2-3 sh lisää, joilla on osaaminen potilaan hyvästä kokonaishoidosta alusta loppuun. Omahoitajuus ja iv-lääkehoito ovat yksikössä keskeisimmät asiat tällä hetkellä. Potilasturvallisuus on taattava riittävällä henkilöstöllä - määrä/laatusuhde. Lääkäreiden töiden siirtyminen hoitajille lisää jatkuvasti hoitohenkilökunnan paineita selvitä työtehtävistään. Toivon hartaasti, että ammattiliitot alkavat ajaa tosiaan tätä henkilöstömitoitusasiaa ja päättäjät alkavat ymmärtää asian. Eletään 2000-luvulla! Palkkoja tulee nostaa kunnolla hoitohenkilökunnalle. Nyt on mielestäni maksettava osaamisesta ja työn määrästä - ei siis mitään "naispalkkaeria" vaan kunnan tuntuva palkankorotus osaamisesta!*
- *Mitoitus on minimissä, päteviä sijaisia ei ole saatavilla omassa kunnassa. Kunta ei mielellään palkkaa ulkokuntalaisia. Perehdyttämiseen ei ole varattu resursseja. Tilamme ovat vanhanaikaiset, joten remonttia tarvittaisiin, jotta voisimme toteuttaa väestövastuista hoitotyötä. Kunnan ikärakenne on vanhusvoittoista, joten heille suunnattua avohoitoa pitäisi kehittää sairaanhoitajien vastaanottotoimintaa kehittämällä.*
- *Sanottakoon näin, että henkilöstömitoitus on ok jos kuormitusprosentti on 100, mutta sitähan se ei ole ollut aikoihin vaan noin 103 - 120 % luokkaa ja vielä raskashoitoisia (hoidot vievät aikaa esim. haavahoitoasiakkaat, terminaali yms.). Joten välillä on joutunut kyllä ottamaan tilapäistä lisä-*

työvoimaa ruuhkahuippuihin.

- *Diabetespotilaiden hoitamiseksi tarvitsisimme ehdottomasti vähintään ½ terveydenhoitajan toimen lisää. Lisäksi vähintään ½ terveydenhoitajan tointa tarvittaisiin aikuisten terveyden edistämisen toteuttamiseen. Sairaanhoitajia tarvitaan vähintään yksi lisää.*
- *Meillä on vastaanottotoiminnassa terveyskeskusavustajia 5 ja heidän vakanssit muuttaisin sh/th vakansseiksi. Lisäksi henkilöstön mitoitus 1 sh/th yhtä omalääkärinä kohden, jolloin voisimme toteuttaa lääkäri- sh/th parityöskentelyä ja voisimme tehdä ennaltaehkäisevää kansanterveystyötä sekä kehittää työnjakoa lähinnä kansansairauksien hoitamisessa (mm diabetes, astma, mielenterveysasiat) ja hoidon tarpeen arviointi tukisi paremmin työnjaon toteutumista. Myös ryhmätoiminnan kehittäminen onnistuisi paremmin.*
- *Minulla on monta erilaista yksikköä kotisairaanhoidosta palvelutaloon ja yöpartioon. Kotisairaanhoidossa pitäisi kaikkien olla sairaanhoitajia ja ainakin 1 - 2 vakanssia lisää, jotta iltatyö mahdollistuisi. Mikäli sairaanhoitajia olisi enemmän, niin tällöin yöpartiossakin toinen parista olisi sairaanhoitaja. Näillä toimenpiteillä pystyisimme hoitamaan mm. iv-lääkehoitoja. Palvelutalolla 1-2 lähihoitajan vakanssia lisää. Päivätoiminnan koordinaattori voisi olla esim. sosionomi ja muut työntekijät lähihoitajia.*
- *Kaikille vähintään ammattikorkeakoulutasoinen peruskoulutus. Lisähenkilöitä esim. apuvälinepalveluihin: Ft / kuntoutuksen ohjaaja / toimintaterapeutti / ammattimies huoltopalveluihin.*
- *Kouluttamattomien hoitoapulaisten määrää vähentäisin 5:stä kolmeen ja tilalle perus/lähihoitajia.*
- *Meillä on hammaslääkärivajetta, josta johtuen hammashoitajia on yli tarpeen vakinaisissa toimissa. Muuttaisin hammashoitajien toimia suuhygienistin toimiksi. Kuntalaiset ovat oppineet käyttämään suuhygienistin palveluita.*
- *Teknisen puolen asiantuntija-apua eli nykyaikaisen tietokonepainotteisen toiminnan tukihenkilöresurssia lisää.*

5.2.6 Työvoiman rekrytointi

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, millaisen työvoiman saatavuudessa heillä oli ollut vaikeuksia. Vastausten perusteella näyttää siltä, että mitä lyhyemmästä työsuhteesta on kyse, sitä useammalla vastaajalla on ollut ongelmia työvoiman saatavuudessa. Vastaajista suurin osa (75 %) ilmoitti, että heillä on ollut vaikeuksia saada työntekijöitä 2 – 3 päivän työsuhteisiin. Lyhytaikaisiin, 2 viikkoa – 6 kuukautta, kestäviin sijaisuuksiin, oli rekrytointiongelmia ollut 65 %:lla. Yli

kuusi kuukautta kestäviin sijaistuksiin oli vajalla neljänneksellä (24 %, n = 31) vastaajista ollut rekrytointiongelmia. Sen sijaan vakituisten työsuhteiden osalta 71 %:lla (n = 91) ei ole ollut rekrytointiongelmia ja vain joka kymmenennellä (n = 13) oli ollut ongelmia. Joka viidennellä ei ole ollut rekrytointitarvetta.

Taulukko 10. Terveysalalle koulutetun henkilöstön saatavuus perusterveydenhuollon osastonhoitajien mukaan. (n = 140)

TYÖSUHTEEN KESTO	on ollut vaikeuksia	ei ole ollut ongelmia rekrytoinnissa	ei ole ollut rekrytoinnin tarvetta
Keikkalaiset (työsuhteen kesto 2 -3 pv) (yht: 138)	74,6 % 103	17,4 % 24	8 % 11
Lyhytaikaiset sijaiset (sijaisuuden kesto 2 viikkoa - 6 kk) (yht: 137)	65 % 89	30,7 % 42	4,4 % 6
Pitkäaikaiset sijaiset (sijaisuuden kesto yli 6 kk) (yht: 132)	23,5 % 31	68,9 % 91	7,6 % 10
Vakituiset työsuhteet (toistaiseksi voimassa oleva) (yht: 133)	9,8 % 13	70,7 % 94	18 % 24

Alueellisesti tarkasteltuna näyttäisi siltä, että Etelä-Suomen läänistä olevilla vastaajilla on useimmin ollut vaikeuksia henkilöstön saatavuudessa. Kuitenkin keikkalaisten suhteen Oulun läänistä olevilla vastaajilla on ollut useimmin ongelmia, mutta toisaalta siellä ei ole ollut ongelmia vakituisen työsuhteeseen rekrytoinnissa.

Taulukko 11. Työvoiman rekrytoinnissa vaikeuksia kohdanneet perusterveydenhuollon vastaajat lääneittäin.

TYÖSUHTEEN LAATU	Etelä-Suomen lääni	Länsi-Suomen lääni	Itä-Suomen lääni	Oulun lääni	Lapin lääni
Keikkalaiset (2 - 3 pv)	77,1 % 27	74,5 % 41	62,5 % 15	93,3 % 14	66,7 % 6
Lyhytaikaiset sijaiset (2 vko - 6 kk)	72,7 % 24	61,8 % 34	56,0 % 14	73,3 % 11	66,7 % 6
Pitkäaikaiset sijaiset (yli 6 kk)	21,9 % 7	25 % 13	16,7 % 4	26,7 % 4	33,3 % 3
Vakituiset työsuhteet	15,6 % 5	9,4 % 5	8,3 % 2	0	11 % 1

Rekrytointiin liittyviä avovastauksia saimme 112 perusterveydenhuollon osastonhoitajalta. Niiden viesti oli melko samanlainen riippumatta siitä mistä päin Suomea ja minkä kokoisesta terveyskeskuksesta vastaaja oli. Vastausten mukaan reservityövoimaa lyhytaikaisiin työsuhteisiin ei enää ole samalla tavalla saatavissa kuin mihin 90-luvulla totuttiin. Lisäksi vastaajat nostivat esiin muun muassa henkilöstö- ja palkkapolitiikan, kunnan säästöpolitiikan, työn raskauden, työpaikan vetovoimaisuuden, työn ja perhe-elämän yhteensovittamisen, työttömyysturvajärjestelmän heikkoudet lyhytaikaisten keikkojen osalta sekä osaamisvaatimusten kasvamisen ja varahenkilöstöjärjestelmän. Alla joitakin esimerkkejä vastauksista:

- *Alueella ei ole työttömiä hoitajia. He ovat työllistyneet lama-aikana suuriin marketteihin. Palkkaerot tuohon työhön ovat niin pienet, etteivät he halua enää tulla raskaaseen hoitotyöhön. Samoin alueeltamme päästettiin suuri määrä hoitajia ulkomaille töihin. He eivät palaa, koska palkka ja työolot ovat siellä ihan eri tasolla. (Olen soitellut ja kysellyt henkilöiltä tätä.) Rekrytointia vaikeuttaa myös se, kun emme voi antaa pitkiä sijaisuuksia, vaan pätkätöitä. Työnantajalta puuttuu rohkeus palkata ylimääräisiä, vaikka tarve on ympärivuotinen.*
- *Lyhytaikaisiin sijaisuuksiin lähteminen huonontaa työntekijän työttömyysturvaa - päivärahan saaminen viivästyy. Lyhytaikaisiin sijaisuuksiin hälytetään yleensä erittäin lyhyellä varoitusajalla, jolloin työntekijällä usein onkin jo muita suunnitelmia.*
- *Lyhytaikaisiin sijaisuuksiin ei saada työvoimaa, tarvittaisiin pitkäjänteisempää varahenkilö/sijaispolitiikkaa. Ei päätitä sijaisten määräyskirjoja vaan kirjoitettaisiin määräykset (so. lomat ja sairauslomat viikonloppujen yli) yhtämittaisiksi.*
- *Olen siinä onnellisessa asemassa, että osastolle, jossa olen osastonhoitajana, on ollut jopa ajoittain ylitarjontaa mutta ajat voivat muuttua tulevaisuudessa!*
- *Oma osasto suljettiin säästösyistä kesälomien vuoksi. Me siirryimme lomitajaksi sisätautiosastolle. Näin meidän pitkäaikaiset sijaiset häipyivät ja osa muutti jopa paikkakuntaa, muutama odottaa lomituksia. Sairaanhoitajista on pulaa paikkakunnalla. Yritämme "kynsin hampain" pitää kiinni näistä muutamista ihmisistä. Meidän talon johtoryhmä kulkee euron kuvat silmillä ja säästää sen kun kerkiää henkilökunnan hengiltä ja sitä myötä myös potilaat. Meillä ei ole ollut kahteen vuoteen perusturvan johtoryhmässä sairaitten ihmisten ja hoitohenkilökunnan puolestapuhujaa.*
- *Alueen hoitajat työllistyneet muualle, vastaanottoa pidetään vaativampana paikkana toimia, koska yksin työssä päivystysaikaan. Päätöksenteossa ei ole tiimin tukea, itsenäistä ratkaisuntekoa paljon ja työnjako viety pitkälle!*
- *Lyhytaikaisten sijaisten reserviä ei ole olemassa. Työvoima alkaa liikkua*

korkeampien palkkojen perässä, ei ole mahdollisuuksia osallistua tällaiseen kilpailuun. Työntekijän markkinat voimassa, mikä sinänsä tietenkin ok.

- Seudulla ei ole riittävästi alalle koulutettuja ja kielikulttuuri aiheuttaa vaikeuksia saada muualta maasta sijaisia. Lähellä sijaitseva keskussairaala imee suurimman osan valmistuvista, koska voivat luvata pitempiaikaisempia työsuhteita.*
- Sairaanhoidtajia ei ole vapaana varsinkaan lyhytaikaisiin sijaisuuksiin. Eläkeläisiä onneksi välillä saadaan keikalle.*
- Keikkalaisten suhteen on ollut vaikeinta. Koulutettuja ihmisiä on vähän vapailla markkinoilla. Käytettävien sijaisten määrä vähenee koko ajan, myös pitkäaikaisiin sijaisuuksiin. Avoimiin toimiin on ollut vielä useita hakijoita, mutta sekin näyttää niukkenevan.*
- Atk-käyttöjärjestelmä on täysin erilainen kuin viereisissä kunnissa, joten päivän tai kahden sijaisen ottamisella ei ole hyötyä.*
- Vapaana olevien sijaisten määrä on vähäinen. Lasten hoito-ongelmat. Kotisairaanhoidon sijaiseksi tulo ilman aiempaa työkokemusta on kynnyksysymys.*
- Röntgenhoitajat, ei ole koulutettuja paikkakunnalla tai lähiseudulla. Terveyskeskusavustaja, ei ole sellaisia, jotka hallitsisivat röntgenosaston asiat, varsinkin lyhyisiin sijaisuuksiin uuden perehdyttäminen lähes toivotonta.*
- Huono henkilöstöpolitiikka: pätkiä toisensa perään, eletään päivä kerrallaan eikä osata luvata töitä. Kaupunki voisi hyvin vakinaistaa sijaisiaan, koska vuosilomat yksistään takaavat ympärivuotista työtä monelle. Lisäksi sijaisten kohtelu vakinaisten kanssa samanvertaisina ei joka paikassa toimi.*
- Sijaisia ei ole käytettävissä etenkin lyhyisiin työsuhteisiin, isommat yksiköt tekevät pitkiä sopimuksia esim. varahenkilön nimikkeellä. Eniten ongelmia tuottaa 2-3 pv äkilliset sijaisuudet, näihin olisi pakko saada tekijä, koska osaston henkilökuntamitoitus on pieni. Opiskelijat tekevät valtaosan lyhyistä äkillisistä sijaisuuksista.*
- Raskas terveyskeskustyö menettää sijaisia ensimmäisenä, kun työvoimapula tulee. Nuoret hakeutuvat mieluummin erikoissairaanhitoon.*
- Työ on jo niin vaativaa, että ihan perehdyttämätöntä työntekijää ei voi ottaa työhön ja hoitohenkilökunnasta alkaa hiipien tulla pulaa myös meidän alueella.*
- Keikkatyötä tekevät opiskelijat ovat valmistuneet. Avoimia vakansseja ei ole saatu täyttää edes määräaikaisesti henkilöstökulujen säästämisen takia. Tilanne muuttui vasta, kun työvuoroissa ei ollut enää vähimmäismäärää työntekijöitä.*

- *Kunnassani talous huono, joudutaan säästämään -sijaisia ei saa palkata, määräaikaista työsuheteita ei jatketa.*
- *Ei ole koulutettua henkilökuntaa saatavilla. Ala ei enää kiehdo pieni-palkkaisuuden vuoksi. Osa menee muihin töihin. Lääkärin vastaanotolle ei kaikki uskalla tulla. Pitäisi olla aikaa kunnolla perehdyttää työhön ja sitä ei ole, vaan heti remmiin. Koulutettuja laboratoriohoitajia ei ole saatavilla. Tällä alueella siihen ei ole koulutustakaan.*
- *Rahaa puuttuu, karsittujen töiden vaikutukset saattavat näkyä viiden vuoden kuluttua...*
- *Osaston mitoitus tällä hetkellä karkottaa sijaiset työn raskauden takia. Palkkaus.*
- *Kilpailemme keskussairaalan kanssa työvoimasta. Se pystyy kirjoittamaan sijaisille pitkiä työsopimuksia, joten muutaman päivän sijaisuuksiin ei ole kaupungin alueella koulutettua hoitohenkilökuntaa enää saatavilla. Vanhustyö ei kiinnosta nuoria hoitajia.*

5.2.7 Hoitotakuun saavuttaminen

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, milloin heidän terveystakesuksensa saavuttaa lain vaatimukset hoitotakuuseen liittyen. Suurin osa vastaajista (69 %, n = 90) arvioi, että välittömän yhteyden saannin osalta tavoite on jo saavutettu ja 62 % (n = 82) arvioi, että myös hoidontarpeen arviointi kolmen päivän kuluessa onnistuu jo nyt. Lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti perusteltuun hoitoon pääsyn toteutumista vastaajien oli vaikeampi arvioida. Yli puolet (56 %, n = 71) ilmoitti, ettei osaa arvioida asiaa. Kolmannes (35 %, n = 45) ilmoitti, että tavoite on jo saavutettu.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, minkä väestö- tai potilasryhmän osalta hoitotakuun toteutuminen tuottaa eniten ongelmia heidän terveystakesuksensa alueella. Vastaajista yli 40 % arvioi mielenterveyspotilaiden (49 %, n = 36), vanhusten (47 %, n = 35) ja päihderiippuvaisten (43 %, n = 32) hoidon toteuttamisen hoitotakuun mukaisesti tuottavan eniten ongelmia. Lähes kolmannes vastaajista (30 %, n = 22) näki ongelmia myös työikäisten palveluiden osalta.

5.2.8 Muut kommentit

Vastaajilla oli mahdollisuus kirjoittaa vapaamuotoisia kommentteja hoitotakuusta sekä muita terveisiä Tehylle. Näitä kommentteja saatiin yhteensä 112. Osa vastaajista totesi, että kaikki pääsevät jo nyt lain mukaiseen hoitoon ja että hoitotakuu-ajatus on toteutunut jo aiemminkin. Suuri osa hoitotakuuseen liittyvistä kommentteista sisälsi jonkinlaista kritiikkiä hoitotakuun valmistelusta,

toteuttamisesta, kirjaamisesta ja henkilöstöryhmien erilaisesta kohtelusta sekä hoitotakuuseen liittyvästä tiedottamisesta. Alla joitakin kommentteja:

- *Miksi päättäjät luulevat, että hoidon tarvetta ei aikaisemmin ole arvioitu?? Miten muuten olisimme milloinkaan osanneet antaa oikeaa hoitoa, elleimme olisi arvioineet esim. akuutin ja seurattavan sairauden eroa??*
- *Emme taida olla ainoa paikka, missä mikään ei ole muuttunut parempaan suuntaan!*
- *Tärkein asia on mielestäni joka tapauksessa se, että asiakkaat eivät pääse yhtään sen paremmin lääkärin vastaanotoille kuin ennenkään, koska vastaanottoaikoja ei ole, eikä hoidon tarpeen arviointi niin ratkaisevasti vähennä hoidon tarvetta.*
- *Hoitotakuu ei ole muuttanut suuresti meidän entisiä vastaanottokäytäntöjä. Potilaat ovat päässeet perinteisesti paikkakunnallamme kiireellisissä tapauksissa samana päivänä vastaanotolle ja melkeinpä ei-kiireellisissäkin tapauksissa. Meillä on toiminut jo vuosikaudet ns. sairaanhoitovastaanotto, jota hoitajat pitävät ilman ajanvarausta. Käytäntönä on ollut, että jos eteen tulee tapaus, jossa tarvitaan lääkärin konsultaatiota, saamme heti päiv. lääkärin paikalle. Valitettavaa on kunnassamme ollut se, että palkkauksessa ei ole tätä huomioitu eikä vielä tänäkään päivänä. Olemme hävettävässä palkkakuopassa jopa muihin maakuntamme kuntiin verrattuna, vaikka olemme olleet edelläkävijöitä hoitajan vastaanoton luomisessa. Odotamme kuitenkin parempaa huomista. Hoitotakuun kirjaaminen vie melko paljon aikaa vastaanottopäivän aikana. Tämä on ollut päivittäinen keskustelunaiheemme palaverissamme.*
- *Hoitotakuu on lähtenyt käyntiin hyvin, vaikka puhelinpalvelujen ulkoistamista ei ole vielä tapahtunut. Se on kuitenkin suunnitteilla 1.1.2006 alkaen.*
- *Suurin ongelma on dokumentointi lähinnä koskien puhelimitse annettuja ohjeita. Aika ei riitä dokumentointiin.*
- *Hoitotakuu oli riittämättömästi valmisteltu ja ainakin meillä toteutettu ilman, että siihen olisi osoitettu sen enempää rahaa kuin resurssijakaan. Uuden puhelinpalvelujärjestelmän käyttöönotto ja opetus jäivät aivan viime tinkaankin yms.*
- *Hoitotakuun tulisi kattaa kaikki organisaation tasot. Keinoina hyvä valmistelu, tiedotus sekä jo suunnitteluvaiheessa otettava huomioon palkkaus- kysymykset. Tämän päivän trendi tuntuu olevan, että mennään lujaa eikä ajatella riittävän pitkälle ja sitten juostaan asiassa päin puuta! Mielestäni olisi ollut hyvä asia, kun hoitotakuu tuli, niin palkkaus yms. asiat olisivat olleet kunnossa lääkärin ja hoitajien osalta. Tuntuu, että koko hoitotakuu on vain lääkäreiden asia ja niin valitettavaa kuin se onkin, niin hoitohenkilökunta unohtetaan. Miksi näin on???*

- *Ikävää on se, että väestö ei saa aina tarvitsemiaan palveluja riittävän ajoissa. Päivystyksessä on pitkät jonot 6 - 8 tuntiakin. Hoitajille siirretään töitä, mutta siihen ei rahaa tunnu löytyvän - keikkalääkäreille kyllä. Itse osastonhoitajana sanoin ylilääkärille, että me hoitajatkin voidaan peruuttaa tekemiämme töitä pikku hiljaa, jos rahaa ei löydy. Tilanne olisi hankala, jos hoitaja tekisi vain perinteiset työt. Mutta väki on kilttiä ja potilaan etu on aina oman edun edellä. Vaikka olen itse lähiesimies, toivoisin, että edes joskus joku tulisi vaatimaan lisää palkkaa tullakseen töihin, eikä oltais niin nöyriä. Lienenkö työnantajan vai työntekijöiden edusmies????*
- *Keikkalääkäreiden varassa ollaan. Muun henkilökunnan on sopeuduttava tilanteeseen. Keikkalaisten taksat ovat huikeat verrattuna muihin VAKITUISIIN. Meiltäkin loppui eurot kesken vuoden ja jälleen pistetään osasto kiinni kolmeksi viikoksi joulun tienoolla ja sisuksille sijaiseksi. Keikkalääkärit käyvät enää korkeintaan kerran kuussa parina päivänä. Ei taida hoitotakuu onnistua. Päivystykseen sitä pitää kipeitten ihmisten hakeutua.*
- *Kaikki kunnan palvelut ovat muutoksessa ja kotihoito/vanhuksille suunnatavat palvelut muuttuvat vuoden vaihteessa, mutta kuntayhtymään niistä ei ole virallisesti tiedotettu mitään. Sairaanhoidopiiri on purkanut jonojaan. Hoitotakuu ei poista asiakaskunnallemme suunnattujen palvelujen ongelmia. Väestömme haluaisi riittävästi vastaanottoaikaakaan lääkäreillekin, mutta nykysysteemissä 15 - 20 minuutin ajat suosivat vain lääkärin palkkioita, koska käyntimäärä on tärkeämpi kuin hoidon laatu. Nopea diagnosointi ei onnistu nykyisellä varustuksellamme ja isommat verkostot taas vaikeuttavat vanhusväestön liikkumista etäisiin palveluyksiköihin.*
- *Hoitohenkilökunnan resurssit ovat niukat eikä lisäresursseja saada tarvittavaa määrää. Tehtävät ovat vaativampia ja esim. erikoissairanhoidosta siirretään entistä nopeammin potilaat avoterveydenhuoltoon. Henkilökunta on aivan liian ylikuormittunutta lisääntyvien tehtävien vuoksi. Osaamistarpeet ovat kehityksen myötä muuttuneet eikä nykyinen koulutus vastaa työelämän vaatimuksia.*
- *Hoitotakuuta tulee tarkastella myös terapian, hoito- ja kuntoutussuunnitelmien näkökulmasta, eikä pelkästään hoitajien ja päivystyksen näkökulmasta.*
- *Kunnan suhtautuminen törkeää, rahaa ei budjetoitu hoitotakuuta varten yhtään. Vastaanoton puolella hoitajat väsyneitä, eivät pidä itseään riittävän taitavina lääkärin töihin, huonot välit eri ammattiryhmien kesken, mikä heijastuu myös vuodeosaston työhön.*

Tehylle lähetetyt terveiset sisälsivät kannanottoja mm. palkkauksesta, tehtäväsiirroista, henkilöstömitoituksesta, henkilöstön uupumisesta, työvoiman saatavuudesta ja koulutuksesta. Alla joitakin esimerkkejä palautteesta:

- *Toivon hartaasti, että hoitohenkilökunnan palkkaus tulee olemaan yksi keskeisimmistä tavoitteista lähiaikoina myös hoitotakuuseen liittyen. Hoitohenkilökuntaa ehdottomasti saatava lisää, ylipaikat pois käytöstä sairaaloista. Mielestäni liialla potilasmäärällä näännytämme osaavan hoitohenkilökunnan eikä enää jakseta hoitaa perustehtävää eli potilasta kunnolla kaikkine ongelmineen. Ihminen ei ole robotti eikä kone vaan hyvä hoitotyö/hoitaja ansaitsee mielestäni mahdollisuuden tehdä potilas-työn kunnolla. Yksi asia unohtuu kovinkin helposti ja se on se, että miksi me teemme hoitotyötä ja ketä varten eli ihmistä/potilasta varten olemme olemassa. Mutta resurssien, työolojen ja palkkauksen tulee olla kohdallaan organisaatioiden eri tasoilla. Toivonkin, että Tehy ja ammattiliitot alkavat pitää huolta hyvin koulutetuista hoitajista ja palkkauksesta ennen kuin osaava/taitava hoitaja-aines on maailman markkinoilla! Pidetään siis huolta osajistamme - suomalaisista hoitotyön taitajistamme! Kiitos!*
- *Tehy voisi ottaa kantaa ponnekkammin henkilöstöresursseihin. Pitäisi olla selvät ja velvoittavat henkilöstömitoitukset eri hoitopaikkoihin. Tällä hetkellä työt hoidetaan liian vähällä henkilöstöllä ja revitään selkänahasta kaikki mahdollinen irti. Työstä saatavat korvaukset kohdalleen, niin peruspalkkojen kuin epämurkavasta työajasta saatavien korvausten korottaminen tuntuvasti.*
- *Itsenäisesti työskentelevien hoitajien työn arvostuksen nostaminen myös hiljaisen tiedon eikä vain kouluttautumisen kautta. Arvostus palkan kautta tuntuu käytännön työntekijöitä kannustavan, joten palkkatarkistuksia pitää kehittää. Henkilökohtainen palkanlisä ja työn vaativuuden arviointi käsitteet ovat sekaisin.*
- *Toivoisin, että Tehy huolehtisi mitoitussuosituksen tekemisestä myös avosairaanhoidon puolelle sekä valvonnan tiukentamista annettujen mitoitusten toteuttamiseksi esim. lastenneuvola, kouluterveydenhuolto. Koulutus ei myöskään kulje työelämän kehityksen mukana ja tähänkin pitäisi ottaa kantaa valtakunnan tasolla sekä uusia koulutusohjelmat.*
- *Lähiesimiehille pitäisi olla max. henkilökuntamäärä, jolloin pystyisi esim. toteuttamaan tulos- ja kehityskeskustelun. Lisäksi kliinisen työn osuus pitäisi olla pois kokonaan osastonhoitajan työstä tai vain ihan pieni siivu - tilapäinen paikkaus. Työpäivät menevät lähes päivittäin ylipitkiksi, ja siitä huolimatta töitä aina vaan tekemättä. Esimiesten palkkatason pitäisi olla reippaasti enemmän kuin yötyötä tekevän lähihoitajan. Työni on haastavaa ja pidän siitä kiireestä huolimatta.*
- *Säästökeskustelut ovat kunnassa taas kiivaimmillaan. Mitään ei voi suunnitella, kun työväkeä vähän ja aika menee toiminnan pyörittämiseen. Silti säästöjä pitäisi aina vain löytyä, vaikka samalla budjetilla on menty ainakin viimeiset neljä vuotta. Hoitohenkilöstön palkat ovat alarajoilla.*

- *Kiitokset Tehylle kansallisen terveyshankkeen alulle panemisesta. Yhteiskunta kaipaisi kunnollista arvokeskustelua. Nyt kovat arvot/pehmeät arvot jatkuvasti vastakkain... Hoitotakuun myötä ollaan ainakin hyvällä alulla kehitettäessä terveyspalveluja.*

5.3. Erikoissairaanhoidon osastonhoitajakysely

Osastonhoitajille suunnattu kysely oli jatkoa kevään ammattiosastokyselylle. Osastonhoitajien kautta halusimme saada tarkempaa kuvaa hoitotakuun vaikutuksista erikoissairaanhoidon työyksiköiden toimintaan, kun hoitotakuu oli ollut voimassa puoli vuotta. Osastonhoitajakyselyn aineisto kerättiin loka- ja marraskuussa 2005 strukturoidulla kysymyslomakkeella. Otokseen tuli 437 erikoissairaanhoidossa työskentelevää osastonhoitajaa. Erikoissairaanhoidon osalta vastausprosentiksi tuli 49 % (n = 214).

5.3.1 Taustatiedot

Erikoissairaanhoidossa työskenteleviltä osastonhoitajilta saatiin 214 analyysikelpoista vastausta. Vastauksia saatiin kaikkien 20 sairaanhoitopiiriin alueelta. Neljännes vastauksista oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä ja loput jakaantuivat tasaisesti koko maahan. Läänitasolla eniten vastauksia saatiin Etelä- ja Länsi-Suomen läänien alueilta. Niiden alueilla sijaitsevat myös suurimmat erikoissairaanhoidon yksiköt.

Taulukko 12. Erikoissairaanhoidon vastaajat lääneittäin.

LÄÄNI	n	%
Etelä-Suomen lääni	80	37,4
Länsi-Suomen lääni	76	35,5
Itä-Suomi	25	11,7
Oulun lääni	18	8,4
Lapin lääni	15	7,0
YHTEENSÄ	214	100,0

Vastaajista puolet työskenteli osastonhoitajana keskussairaalassa, reilu kolmannes yliopistosairaalassa ja joka kymmenes aluesairaalassa tai vastaavassa. Kolme vastaajaa työskenteli kaupunginsairaalassa tai erikoislääkärijohtoisessa muussa sairaalassa.

Taulukko 13. Erikoissairaanhoidon vastaajat sairaalatyypeittäin.

Sairaala	n	%
Yliopistosairaala	77	36,0
Keskussairaala	110	51,4
Aluesairaala	24	11,2
Muu sairaala	3	1,4
YHTEENSÄ	214	100,0

Lähes puolet vastaajista edusti kolmea erikoissairaanhoidon suurta toimialaa: kirurgiaa, sisätauteja ja psykiatria. Loput vastaajat jakaantuivat suhteellisen tasaisesti erikoissairaanhoidon muille toimialueille.

Taulukko 14. Erikoissairaanhoidon vastaajat toimialan mukaan.

TOIMIALA	n	%
Kirurgia	50	23,4
Psykiatria	23	10,7
Sisätaudit	21	9,8
Laboratorio	14	6,5
Naistentaudit ja synnytykset	12	5,6
Radiologia	11	5,1
Leikkaustoiminta	11	5,1
Fysioterapia	10	4,7
Keuhkosairaudet	9	4,2
Silmätaudit	6	2,8
Neurologia	6	2,8
Lastentaudit	5	2,3
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	5	2,3
Iho- ja/tai sukupuolitaudit	4	1,9
Syöpätaudit	3	1,4
Muu, mikä:	24	11,2

Alaisia vastaajilla oli useimmin 21 - 40. Lähes viidennes ilmoitti alaistensa määräksi yli 40, sillä vaihtoehdon ”muu” valinneissa oli henkilöitä, jotka ilmoittivat alaistensa määräksi yli 100. Karkeasti arvioiden vastaajilla oli yhteensä noin 5 000 - 6 000 alaista.

Taulukko 15. Erikoissairaanhoidon vastaajat alaisten määrän mukaan.

ALAISTEN MÄÄRÄ	n	%
alle 10	25	11,7
11–20	61	28,5
21–40	86	40,2
yli 40	34	15,9
muu	8	3,7
Yhteensä	214	100,0

5.3.2 Varautuminen hoitotakuuseen

Vastaajien mukaan (77 %, n = 161) sairaanhoitopiirit olivat tiedottaneet väestölle ennakolta hoitotakuuseen liittyvistä asioista. Lisäksi varautumiseen oli liittynyt potilasjonojen purkaminen erillisten sopimusten avulla (73 %, n = 153) sekä ostopalvelusopimusten tekeminen yksityisten palvelutuottajien kanssa (64 %, n = 131). Yli puolet vastaajista (57 %, n = 116) totesi, että sairaanhoitopiirin talousarvioon oli varattu määrärahaa hoitotakuuta varten. Muita varautumisen muotoja olivat virka-ajan ulkopuolella tapahtuva erityispoliikkatoiminta, erilaiset henkilöstölisäykset ja työnjaon muutokset. Toisaalta yli puolen (53 %, n = 109) mielestä etukäteen muutokseen varautuminen oli ollut vähäistä. Liitetaulukko 2.

Vastaajien omassa yksikössä tai sairaalassa hoitotakuuseen liittyviä kysymyksiä oli käsitelty useimmin sekä työyksikön yhteisissä kokouksissa (80 %) että epävirallisissa keskusteluissa (74 %). Sairaalan viralliset koulutukset tai tiedotustilaisuuksia oli järjestetty 45 % vastaajan organisaatiossa, mutta 46 % organisaatioissa niitä ei ollut järjestetty.

Taulukko 16. Hoitotakuun käsittely erikoissairaanhoidon osastonhoitajien yksiköissä. (n = 209)

HOITOTAKUUN KÄSITTELY YKSIKÖISSÄ	kyllä	ei	en osaa sanoa
Asiasta on keskusteltu paljon epävirallisesti (yht: 200)	73,5 % 147	18 % 36	8,5 % 17
Asiasta on keskusteltu osaston/työyksikön yhteisissä kokouksissa (yht: 208)	79,8 % 166	19,2 % 40	1 % 2
Sairaala on järjestänyt virallisia koulutuksia tai tiedotustilaisuuksia koko henkilöstölle (yht: 202)	44,6 % 90	46 % 93	9,4 % 19

Vastaaaja pyydettiin kuvaamaan, miten heidän työyksikkönsä tai sairaalansa oli varautunut hoitotakuun tuomiin muutoksiin. Kaikkiaan 82 henkilöä kirjoitti kuvauksia. Useat näistä vastauksista kuvasivat erilaisia kokouksia ja tilanteita, joissa hoitotakuuta oli käsitelty, millä tavoin organisaation sisällä tiedotusta oli annettu sekä osastonhoitajien omaa osallistumista valmisteluihin. Lisäksi useissa vastauksissa tuotiin esiin henkilökunnan suhtautumista hoitotakuuseen ja jonojenpurkuun liittyvät kysymykset. Alla joitakin esimerkkejä vastauksista:

- *Lehdistön, tv:n ja radion välittämistä asioista on keskusteltu.*
- *Intrassa ja alan lehdissä ja henkilöstölehdissä*
- *Tiedotusta lehdissä on seurattu ahkerasti. Osa toimenpiteistä tuli käyttöön ilman "virallista" määräystä. Tämä aiheutti hämminkiä.*
- *Infot olleet vähäiset, lähinnä tyyliin: "ensi viikolla aloitetaan", kuitenkin etukäteissuunnittelu ollut sangen vajavaista.*
- *Asiasta keskustelu on ollut lääkärikeskeistä ja muut henkilöstöryhmät unohdettu. Tämä on herättänyt yksikössämme suuttumusta.*
- *Luottamusmiesten ja Tehyn ammattiosaston puheenjohtajan toimesta on ollut keskusteluja. Myös ylihoitaja on ollut osastokokouksessa mukana.*
- *On pidetty säännöllisiä kokouksia, joissa on mukana sairaalan johtoa, ylilääkäreitä ja osastonhoitajia. Jonoja on seurattu kuukausittain ja tarvittaviin toimenpiteisiin on ryhdytty.*
- *Jatkuva tiedotus henkilökunnalle siitä missä mennään, johdolle säännölliset raportit tapahtuneista. Yhdessä on mietitty ratkaisuja ja toimintamalleja.*
- *Olen ollut mukana hoitotakuuta valmistelevassa työryhmässä. Suunnittelimme mm. kaikki potilaille lähetettävät kirjeet ja suunnittelimme koko henkilöstölle tarkoitetut koulutustilaisuudet. Olimme yhteistyössä talon johdon ja atk:n kanssa. Sitä kautta yksikköemme on saanut ajantasaista tietoa.*
- *Yksikön henkilökunta ei oikeastaan ole kiinnostunut hoitotakuusta sinänsä, vaan sen mahdollisesti tuottamasta taloudellisesta hyödystä. Hoitotakuuta on ymmärretty varsinkin lääkäreiden keskuudessa rahanansaintalakina.*
- *Lääkärikunta neuvottelee omalla tahollaan töidensä järjestelyistä, ja hoitohenkilökunta saa kuulla valmiit päätökset ja yrittää sopeutua ja mukautua niihin. Epäonnekkaissa tilanteissa joudutaan pyytämään luottamusmies apuun, koska KVTES-järjestelyin kaikkea ei saada eikä suostuta enää tekemään. Esim. jononpurku aiheuttaa meille tiettyinä päivinä varallaolon jatkumisen pitkänä työvuorona. Tiukan henkilöstöresursoinnin aikana ei ole mahdollista antaa tehtyä työaikaa vapaa-aikana. Alkaa lähennellä hoitohenkilöstön uupumisen vaaraa! Oma johto ei reagoi ennen kuin henkilöstö alkaa "pitää meteliä" ja olla eri mieltä. Johdon reagointiherkkyys*

on erittäin hidasta!

- *Asia on aiheuttanut runsaasti "napinaa", koska ns. lisätöitä on tehty oman päiväntyön ohella todella pienellä korvauksella. Koko klinikkaan oli mitoitettu kahden sh:n työpanos, joista toiseen saatiin henkilö ja toisen palkka jaettiin kaikkien päivääikaan lisätöitä tehneiden kesken. Leikkaukset tehtiin kevään aikana iltatyönä, joka oli vapaaehtoista ja siitä sai kunnan korvauksen. Sopimusta kuitenkin muutettiin elokuussa, jolloin kaikki jononpurkuun liittyvä lisätöy sovittiin tehtäväksi iltaisin ja vapaaehtoisten voimin. Työ on sujunut, mutta henkilöstöä on ollut vaikea saada, käytännössä iltatyötä tekevien "rinki" on melko pieni ja työtä voi olla useanakin iltana viikossa.*
- *Emme voi yksikköni näkökulmasta analysoida, mikä työmäärän kasvusta johtuu hoitotakuusta ja mikä muun aktiviteetin kasvusta tai muuttuneista hoito- tai tutkimuskäytännöistä. Olemme keskustelleet hoitotakuun mahdollisesta vaikutuksesta. Jononpurkutyöstä ei ole maksettu hoitohenkilökunnalle eikä laboratorion henkilökunnalle. Lisä- ja ylityöt ovat tänä vuonna kuitenkin karanneet täysin käsistä, niitä on tehty 100 % enemmän kuin edellisinä vuosina.*
- *Saamme käskyt johtavalta lääkäriltä, ja ne tulevat tavallisesti viime tipassa, jolloin on jo toimittava. Tämä tietää osastonhoitajalle ylityötä ja "muun vähemmän tärkeän, kuten henkilöstöhallinnon laiminlyöntiä"!!!!!! Hämärän peitossa ovat erilaiset sopimukset, joiden mukaan erilaisilla sopimuksilla joitain ammattiryhmiä kuten kirurgeja ja aneläkäkäreitä palkitaan runsain käsin, mutta hoitajat saavat joko ei mitään tai pilkkapalkan.*
- *Koko hoitotakuu on ongelma meillä. Hoitajille ei haluta maksaa palkkaa ylimääräisestä työstä. Sopimus lääkäreille on tehty. Olemme pattitilanteessa.*
- *Tämä asia on puhuttanut erittäin paljon niin julkisesti kuin nurkkakokouksissa. Paljon on negatiivista palautetta ja henkilökunta on eriarvoisessa asemassa. Lisätöy tekivät napsivat hyvät korvaukset ja toiset tekevät samaa työtä ilman lisäkorvausta, paljon eripuraa ja kateutta.*

5.3.3 Hoitotakuun vaikutukset yksikön toimintaan

Vastaajista 39 % (n = 78) arvioi, että potilas/asiakasmäärät heidän yksiköissään lisääntyivät hoitotakuun vuoksi. Viidennes vastaajista ilmoitti erilaisista henkilöstön välisistä työnjaon muutoksista hoitotakuun vuoksi ja neljännes, että työnjakoa oli muutettu muista syistä. Reilusti yli puolet (61 %) oli sitä mieltä, että hoitotakuu ei suuremmin vaikuttanut heidän yksikkönsä toimintaan.

Taulukko 17. Hoitotakuun voimaantulon vaikutus erikoissairaanhoidon vastaajien osastojen/yksiköiden toimintaan. (n = 207)

HOITOTAKUUN VAIKUTUKSET	kyllä	ei	en osaa sanoa
Hoitotakuun vuoksi potilas/asiakas määrät lisääntyivät (yht: 201)	38,8 % 78	50,2 % 101	10,9 % 22
Hoitotakuun vuoksi lääkärin ja sairaanhoitajan/terveydenhoitajan työnjakoa muutettiin (yht: 193)	9,3 % 18	79,8 % 154	10,9 % 21
Hoitotakuun vuoksi sairaanhoitajan ja lähihoitajan/perushoitajan työnjakoa muutettiin (yht: 192)	2,1 % 4	86,5 % 166	11,5 % 22
Hoitotakuun vuoksi myös muiden ammattihenkilöiden välisiä työnjakoa jouduttiin tarkistamaan (yht: 193)	8,8 % 17	81,3 % 157	9,8 % 19
Työnjakoon liittyvät muutokset tehtiin muista syistä (yht: 197)	25,5 % 48	59 % 111	15,4 % 29
Hoitotakuu ei suuremmin vaikuttanut yksikön toimintaan (yht: 197)	60,9 % 120	34 % 67	5,1 % 10

5.3.4 Työnjaon muutokset ja niistä sopiminen

Muutoksia henkilöstöryhmien väliseen työnjakoon oli tehty noin 90 vastaajan organisaatiossa. Osa muutoksista oli liittynyt hoitotakuuseen, osa oli tehty muista syistä. Katso taulukko 17.

Työnjaon muutoksista sovitaan eri tavoin. Kolmannes (34 %) ilmoitti, että työnjaosta on sovittu yksikössä suullisesti työntekijän kanssa. Vajaa kolmannes (28 %) ilmoitti, että heidän yksikössään työnjaosta sovitaan kirjallisesti ja viidenneksen (22 %) mukaan työnjaon muutokset perustuvat sairaalan johtavien viranhaltijoiden päätöksiin. Joka kymmenennen mukaan sairaalan hallituksessa tai muussa toimielimessä on tehty virallinen periaatepäätös työnjakoon liittyen. Yhteistoimintamenettelyä työnjaon periaatteiden sopimisessa on käyttänyt vain joka kahdeksannen vastaajan organisaatio. Kolmannes (30 %) vastaajista ei tiennyt, miten työnjaonmuutoksista heidän organisaatioissaan sovitaan.

Taulukko 18. Työnjaon muutoksista sopiminen erikoissairaanhoidon organisaatioissa osastonhoitajien mukaan. (n = 153)

TYÖNJAOSTA SOPIMINEN	n	%
Työnjaosta on sovittu suullisesti yksikön sisällä työntekijän kanssa	52	34 %
Työnjaosta on sovittu kirjallisesti työyksikössä (osastolääkäri, osastonhoitaja, työntekijät)	42	27,5 %
Työnjaon muutoksista on tehty kirjalliset päätökset sairaalan sisällä johtavien viranhaltijoiden toimesta (esim. sairaalan, toimialan johtaja, ylilääkäri, ylihoitaja)	33	21,6 %
Työnjaon periaatteista on tehty virallinen päätös sairaalan hallituksessa tai muussa toimielimessä	16	10,5 %
Työnjaon periaatteita on käsitelty yhteistoimintamenetelyssä	12	7,8 %
En tiedä	46	30,1 %
Muuten miten?	21	13,7 %

Vastausvaihtoehdon ”muuten” valinneet totesivat, että työnjaossa ei ole vielä tapahtunut muutoksia, joten sopimiskäytäntökään ei ole toistaiseksi tarvittu. Joissakin paikoissa toimitaan vanhoja tapoja noudattaen ja joissakin paikoissa muutoksista ja niiden toteuttamisesta keskustellaan parhaillaan. Alla joitakin esimerkkejä:

- *Olen ollut organisaatiossa kaksi vuotta töissä, enkä ole useistakaan työnjakoon liittyvistä asioista nähnyt mustaa valkoisella - vanhoja tapoja!*
- *Asia on valmisteluvaiheessa. Henkilökunta on miettinyt siirrettäviä tehtäviä.*
- *Työnjakoa koskevat muutokset ovat parhaillaan käynnissä. Lähinnä tehtävien siirroista koulutusta järjestetään parhaillaan ensiavun sairaanhoitajille. Myös sisätautipoliklinikalla suunnitellaan tehtävien jakoa ja hoitajat ovat hakeutuneet jo koulutukseen sieltäkin.*

Työnjaon muutoksiin henkilöstöä koulutettiin vastaajien mukaan pääasiassa organisaation (44 %, n = 51) ja sairaanhoitopiirin (22 %, n = 22) sisäisellä koulutuksella. Vain muutama vastaaja mainitsi jonkin oppilaitoksen kanssa toteutetusta pidempikestoisesta koulutuksesta. Neljänneksen (25 %, n = 24) mukaan muutoksiin ei liittynyt lisä- tai perehdytyskoulutusta.

Työnjaon muutokset ovat vaikuttaneet henkilöstön palkkaan 16 % (n = 23) vastaajan organisaatiossa. Korotusten suuruudet ovat vaihdelleet 22 – 120 euroon kuukaudessa. Joissakin paikoissa on otettu käyttöön toimenpidepalkkiot. Lisäksi mainittiin hoitotakuuseen liittyvät jononpurkusopimukset, joissa oli sovittu erilliskorvauksista. Suurimman osan (64 %, n = 90) yksiköissä työnjaon muutokset eivät ole vaikuttaneet palkkaan.

Vastaajia pyydettiin valitsemaan kaikki ne lisäpalkan muodot, mitä heidän organisaatiossaan työnjaon muutoksiin liittyen oli käytössä. Yleisin vastaus (56 %) oli jälleen se, ettei lisäpalkkaa ole maksettu. Jos lisäpalkkaa on maksettu, se on tapahtunut pääasiassa henkilökohtaisina lisinä (21 %), työn vaativuus on arvioitu uudelleen (14 %), tehtäväkohtaisen palkan korottamisena (8 %). Kahdeksan vastaajaa ilmoitti, että asiasta neuvotellaan parhaillaan.

Kuvio 6. Työnjaon muutosten vaikutus henkilöstön palkkaukseen erikoissairaanhoidon osastonhoitajien mukaan. (n = 118)

LISÄPALKAN MUOTO		%	n
Lisäpalkkaa ei ole maksettu		55,9 %	66
Henkilökohtaisina lisinä		21,2 %	25
Työn vaativuus on arvioitu uudelleen		14,4 %	17
Tehtäväkohtaista peruspalkkaa on korotettu		7,6 %	9
Lisäpalkasta neuvotellaan parhaillaan		6,8 %	8
Muuten		22,9 %	27





Vastausvaihtoehdon ”Muuten” vastauksissa todettiin muun muassa, että työn vaativuuden arviointia oltiin käsittelemässä uudelleen, joissakin paikoissa maksettiin toimenpidepalkkioita, joissakin on käytetty järjestelyvaraeriä ja joissakin maksettiin potilaiden määrään liittyviä korvauksia.

5.3.5 Henkilöstövaikutukset

Erikoissairaanhoidon vastaajista 114 arvioi, että heidän sairaalassaan lisättiin henkilöstöä hoitotakuun vuoksi. Vastaajista vajaa kolmannes (30 %, n = 44) arvioi, että heidän paikkakunnallaan oli haluttua työvoimaa saatavissa. Neljännes (n = 37) arvioi, että työvoiman saatavuudessa on ollut ongelmia. 45 % ei osannut arvioida tilannetta. Tässä yhteydessä vastaajat mainitsivat ongelmia olleen erityisesti sairaanhoitajien, tiettyjen erikoislääkärien ja röntgenhoitajien saatavuudessa.

Hoitotakuu ei lisännyt henkilöstön tarvetta yli puolen (58 %) vastaajan omassa yksikössä. Vain joka yhdeksäs (n = 19) vastaaja ilmoitti hänen omassa yksikössään lisätyn henkilöstöä hoitotakuun vuoksi. Näihin yksiköihin oli lisätty yhteensä noin 40 vakanssia, joista noin 30 oli sairaanhoitajan vakansseja. Muista ammattiryhmistä mainittiin lääkärit, osastosihteerit, fysioterapeutit ja lääkintävahtimestarit. Joihinkin työyksiköihin oli palkattu väliaikaista työvoimaa. Lähes joka neljäs ilmoitti, että henkilöstöä ei lisätty, vaikka henkilöstötarve lisääntyi hoitotakuun vuoksi. Yli puolella vastaajista hoitotakuu ei lisännyt henkilöstötarvetta.

Kuvio 7. Hoitotakuun henkilöstövaikutukset vastanneiden erikoissairaanhoidon osastonhoitajien yksiköissä. (n = 211)

HENKILÖSTÖVAIKUTUKSET		%	n
Kyllä, kuinka monta uutta vakanssia, mitä ammattiryhmiä?		9 %	19
Ei lisätty, vaikka hoitotakuu lisäsi henkilöstötarvetta		23,2 %	49
Ei lisätty, hoitotakuu ei lisännyt henkilöstön tarvetta		57,8 %	122
Muu kommentti?		15,6 %	33

Kommenteissa vastaajat kuvasivat, millaisilla järjestelyillä toimintaa oli viety läpi. Alla joitakin kuvauksia:

- *Koko yksikkö perustettiin osin kyseisestä syystä.*
- *Perustettiin väliaikainen osasto*
- *Yksikkö unohdettiin kokonaan lisäresurssien suhteen, vaikka näytemäärät kasvaneet jonojen pukujen myötä.*
- *Hoitotakuun piiriin kuuluvat työt tehdään ostopalveluna, oman henkilökunnan toimesta ulkopuolisen palveluntuottajan kautta eli ei ole työaikaa.*
- *Erilliskorvausperiaatteella ja vapaaehtoisuuteen perustuen lisätyönä.*
- *Siirrettiin omasta vähästäkin muualle!*
- *Hoitotakuupotilaiden hoito siirtää muita potilaita ylipaikoille.*
- *Ulkopuolisista lisätyöntekijöistä oli kyselyä, mutta ei saatu.*
- *Tehtiin omalla ajalla rahapalkkaa vastaan.*
- *Pärijäsimme, mutta olimme tiukoilla.*

Todellisen työvoimatarpeen kartoittamiseksi pyysimme osastonhoitajia arvioimaan, onko heidän yksiköidensä henkilöstömitoitus riittävä ja henkilöstörakenne oikea. Puolet vastaajista (51 %, n = 106) piti henkilöstömitoitusta riittävänä ja puolet (49 %, n = 103) riittämättömänä. Henkilöstörakenteen osalta kaksi kolmasosaa (66 %, n = 138) piti rakennetta oikeana ja kolmannes (32 %, n = 67) vääränä.

Vastaajilta pyydettiin kirjallisia kuvauksia siitä, miten he muuttaisivat henkilöstömitoitusta tai -rakennetta, jos heille annettaisiin vapaat kädet. Erilaisia kuvauksia saatiin 127. Näistä vastauksista laskettu karkea lisähenkilöstötarve olisi noin 240 – 290 henkilöä. Tästä määrästä 180 kohdistui sairaanhoitajan lisävakansseihin. Seuraavaksi useimmin nousivat esiin lisätarve röntgenhoitajista (noin 20), fysioterapeuteista (noin 15), osastosihteereistä (noin 15) ja erikoislääkäreistä (noin 10). Lisätarvetta näyttäisi jossain määrin olevan myös välinehuoltajista, lääkintävahtimestareista, lähihoitajista, kättilöistä, laboratoriohoitajista, atk-osaajista, toimintaterapeuteista ja psykologeista.

Yli 20 vastaajaa esitti toiveensa muuttaa tulevaisuudessa henkilöstörakennetta koulutetumpien suuntaan ja sen myötä siirtymistä nimikesuojatuista ammatillisista laillistettuihin nimikkeisiin. Perusteluna he esittivät potilaiden hoitoisuuden muuttuneen vaativammaksi ja siten edellyttävän henkilöstörakenteen tarkistamista. Alla joitakin kuvauksia:

- *Hoitaja lisää, osastonhoitaja joutuu tekemään 80 % työajastaan potilastyötä ja kotona joutuu tekemään hallinnollisia töitä; lukemaan postia, suunnittelemaan tulevia...*
- *Sairaanhoito erikoissairaanhoidossa on muuttunut hyvin hektiseksi, enää ei riitä lastenhoitajien/lähihoitajien osaaminen tämän päivän vaatimuksiin, vaan henkilökunnan täytyy olla sairaanhoitajapainotteista. Senpätakia eläkkeelle siirtymisen myötä on lastenhoitajien virkoja muutettu sairaanhoitajien toimiksi ja tämä trendi jatkuu. Kaiken kaikkiaan sairaanhoitajia on liian vähän. Lisäisin päätoimisen lasten astmahoitajan, neurologisen sairaanhoitajan ja varhaiseen vuorovaikutukseen perehtyneen hoitajan toimen sekä anorexiaan perehtyneen sairaanhoitajan. Tarvitaan asiantuntijoita/erikoisosajia hoitotyöhön. "Jos olis valta niin kuin on mieli..."*
- *Potilaiden vastausten postitus lisääntynyt, sillä yhden potilaan vastauksia lähetetään useaan paikkaan. Lääkärit eivät ennätkä katsoa läheteitä joka päivä, jolloin lähetekasa kasvaa ja kirjeiden lähettäminen viivästyy. Puhelujen määrä on lisääntynyt, koska hoitotakuu ei ole vielä käynnistynyt. Potilaat soittelevat, uhkailevat, solvaavat kuinka huonoja työntekijöitä me olemme, koska emme voi aikoja järjestää. Tarvitsisimme lisää yhden sihteerin ja hoitajan sekä lääkärin, joka tutkisi potilaita.*
- *Ajoittain vaikeahoitoisen asiakaskunnan hoidossa on liian vähän henkilökuntaa, mikä selkeä turvallisuusriski. Turvallisuusalan asiantuntijat kommentoivat epävirallisessa yhteydessä, etteivät he suostuisi tekemään näin pienellä miehityksellä työtä ko. asiakaskunnan kanssa.*
- *Eryitystason radiografiaa taitavia röntgenhoitajia tarvitaan ainakin kolme jo nykytilanteen hallintaan, ja heti vuodesta 2006 alkaen seuraavan 7 vuoden ajan eläkkeelle lähtevien tilalle 1-2 röntgenhoitajaa/vuosi!!! Tällä hetkellä pattitilanne, koska sijaisia ei ole saatu ottaa kolmeen viime vuoteen ja nyt kun saisi, ei ole, mistä ottaa. Yksi eläkeläinen onneksi on saatu pitkiin sairauslomiin!!! ATK-asiantuntija omalle osastolle pitämään huoli atk-järjestelmien toimivuudesta ja uuden käyttöön otosta! Osastonsihteerille työn vaatimaa koulutusta, heitä sitten palkataan röntgenosastolle - ei muita - mutta tämänkin osaston työ/valtakunnallinen toiminta vaatii juuri tietynlaisia taitoja ja taipumuksia!*
- *Yksikössäni on kuntahoitajia, joiden pitäisi olla fysioterapeutteja. Yksikön täydennyskoulutusrahoista menee liian paljon näiden kouluttamiseen*

uusiin tehtäväkuviin (fysioterapeutin tehtäviin) ja se on delegointisopimuksesta huolimatta vaikea vastuunjakokysymys. Kuntahoitajan koulutus pohja ei riitä alkuunkaan näihin tehtäväkuviin esh:ssa.

- Vakinaisia sairaanhoitajia tarvittaisiin 5. Vakinaisia vuosilomansijaisia 2 lisää (nyt on 2) Asiantuntijasairaanhoitajan toimen perustaminen osastolle. Poliklinikan aoh:n irrottaminen hallinnollisiin tehtäviin, yksi sihteeri lisää ja varahenkilön saatavuuden parantaminen vuosiloma- ja sairauslomasijaiseksi. Evo-mahdollisuus myös sairaanhoitajille hoitotyön kehittämistehtävään.*
- Kaksi sairaanhoitajaa lisää ihan tähän perustyöhön; pyörittämään osaston arkipäivää: hoitoneuvotteluja, verkosto- ja perhetapaamisia, potilaiden ohjausta, ulospäin suuntautuvaa toimintaa jne. Lisäksi vaihtaisin 1-1,5 sairaalahuoltajan tointa hoitajan toimiksi (sairaanhoitaja tai lähihoitaja; mielenterveystyö, psykiatrinen hoito). Perustelu: kuntoutumassa olevien potilaiden ohjaamisessa tarvitaan mieluummin hoitoalan koulutuksen omaavia henkilöitä (siivous- ja keittiötöiden ohjaus). Psykologipalveluja ja sosiaalityöntekijän palveluja tarvittaisiin lisää. Aikuispsykiatrian potilaille ja kuntoutujille tarvittaisiin myös kuntoutusohjaaja.*
- 2-3 sairaanhoitajaa lisää sekä 1 osastonsihteeri. Nyt meillä ei ole vuosiloman sijaisia (osastoja tosin usein suljettu lomien aikana), lyhyisiin sairauslomiin tai varsinkaan koulutuspäiviin ei saa ottaa sijaista, muuten koulutukseen pääsy perutaan. Virkavapaata ei myönnetä, jos sijainen tarvitaan. Kehittämislle ei ole allkoitu henkilökuntaa, mutta sekään ei tapahdu itsestään, vaan vaatii resursseja. Työnantaja myös haluaisi henkilöstön kehittävän itseänsä. Kuka jaksaa ylitäyden työpäivän jälkeen?*

5.3.6 Työvoiman rekrytointi

Vastaajia pyydettiin arvioimaan millaisen työvoiman saatavuudessa heillä on ollut vaikeuksia. Myös erikoissairaanhoidon vastausten perusteella näyttäisi siltä, että saatavuudessa on sitä enemmän ongelmia, mitä lyhyemmistä työsuhteista on kyse.

Vastaajista suurin osa (68 %) ilmoitti, että heillä on ollut vaikeuksia saada työntekijöitä ns. keikkatyöhön eli 2 – 3 päivän työsuhteisiin. Joka viidennellä (18 %) ei ole ollut vaikeuksia saada työntekijöitä keikkatöihin. 13 %:lla (n = 27) ei ole ollut rekrytoinnin tarvetta.

Lyhytaikaisiin, kaksi viikkoa – kuusi kuukautta kestäviin sijaisuuksiin oli joka toisella (53 %) ollut vaikeuksia. Joka kolmannella (34 %) ei ollut vaikeuksia. 12 %:lla (n = 25) ei ole ollut rekrytoinnin tarvetta.

Pitkäaikaisiin, yli kuusi kuukautta kestäviin sijaistuksiin vain alle kolmanneksella (28 %, n = 58) oli ollut ongelmia. 63 %:lla (n = 131) ei ole ollut ongelmia. 8 %:lla ei ole ollut rekrytoinnin tarvetta.

Vakituisiin työsuhteisiin vain joka kymmenennellä (n = 21) oli ollut ongelmia saada sijainen, 75 %:lla ongelmia ei ole ollut. 13 %:lla ei ole ollut rekrytoinnin tarvetta.

Taulukko 19. Terveysalalle koulutettujen saatavuus erikoissairaanhoidon osastonhoitajien arvioiden mukaan. (n = 211)

TYÖSUHTEEN KESTO	on ollut vaikeuksia	ei ole ollut ongelmia rekrytoinnissa	ei ole ollut rekrytoinnin tarvetta
Keikkalaiset (työsuhteen kesto 2 -3 pv) (yht: 204)	68,1 % 139	18,1 % 37	13,2 % 27
Lyhytaikaiset sijaiset (sijaistuksen kesto 2 viikkoa - 6 kk) (yht: 203)	53,2 % 108	34 % 69	12,3 % 25
Pitkäaikaiset sijaiset (sijaistuksen kesto yli 6 kk) (yht: 207)	28 % 58	63,3 % 131	8,2 % 17
Vakituiset työsuhteet (toistaiseksi voimassa oleva) (yht: 202)	10,4 % 21	75,2 % 152	13,4 % 27

Alueellisesti tarkasteltuna näyttäisi siltä, että työvoiman saatavuudessa yleensä ongelmia on useimmin Etelä-Suomen läänin alueella. Keikkalaisten ja lyhytaikaisten sijaisten suhteen eniten ongelmia näyttäisi olevan Oulun läänin alueella.

Taulukko 20. Ne erikoissairaanhoidon vastaajat lääneittäin, jotka olivat kohdanneet vaikeuksia työvoiman rekrytoinnissa.

TYÖSUHTEEN LAATU	Etelä-Suomen lääni	Länsi-Suomen lääni	Itä-Suomen lääni	Oulun lääni	Lapin lääni
Keikkalaiset (2 – 3 pv)	70,7 % 53	69,4 % 50	64 % 16	76,5 % 13	46,7 % 7
Lyhytaikaiset sijaiset (2 vko – 6 kk)	60,5 % 46	45 % 32	56,5 % 13	72,2 % 13	26,7 % 4
Pitkäaikaiset sijaiset (yli 6 kk)	41 % 32	17 12	28 % 7	27,8 % 5	13,3 % 2
Vakituiset työsuhteet	20 % 15	2,8 % 2	4 % 1	11,8 % 2	7 % 1

Avovastauksia saatiin 139 vastaajalta. Niissä todettiin, että lyhytaikaisiin sijaisuuksiin ei ole paikkakunnalla saatavissa osaavaa henkilöstöä, koska työntekijät yleensä haluavat työltään pysyvyyttä. Toisaalta näyttäisi siltä, että työyksiköt ovat hyvin erikoistuneita ja perehdytys työhön kestää pitkään. Tällaiseen tarpeeseen ei työvoimaa ole saatavissa. Osa vastaajista nosti esiin työnantajan palkkapolitiikan, osa työttömyysturvajärjestelmän päivärahakäytännöt, jotka heidän kokemuksensa mukaan saavat työnhakijat hakeutumaan toisen työnantajan palvelukseen tai kieltäytymään tarjotusta paikasta. Esiin tuotiin myös riittämätön koulutustarjonta ja työnantajan heikko varautuminen mahdolliseen työvoimapulaan. Alla joitakin esimerkkejä vastauksista:

- *Sairaalan palkkaustasosta ja maineesta työnantajana.*
- *Henkilökuntaa ei yksinkertaisesti ole, jos olemme saaneet sijaisen, pyrimme pitkiin työsuhteisiin, mikäli se vain on mahdollista.*
- *Hoitajia valmistuu tarpeeseen nähden liian vähän.*
- *Emme mainosta ulospäin tarvitsevamme uusia työntekijöitä. Ulospäin näyttää siltä, että meillä ei ole henkilöstön tarvetta. Ylihoitajalla/osastonhoitajalla on muitakin tehtäviä, kaikkea aikaa ei voi käyttää rekrytointiin. Kenelläkään ei ole asia täysin hallussa.*
- *Lyhyisiin sijaisuuksiin ei saa sijaisia, koska he menettävät päivärahoja, kun tulevat töihin.*
- *Kokeneet sijaiset ovat saaneet vähitellen toimia tai pitkäaikaisia sijaisuuksia muualta. Esim. kesällä ei ollut yhtään reserviä, mistä ottaa, jos joku sairastui.*
- *Työttömät eivät tule lyhytaikaisiin sijaisuuksiin, mutta jos joku lähtee vuorotteluvapaalle, on ongelma, kun sijaisen olisi oltava työtön. Kaikilla hyvillä on jonkinlaista työtä, ja sitten olisi tehtävä väkinäinen päivän työt-*

tömyys, jossa menetetään hankitut lomaedut. Tähän on saatava korjaus! Lyhytaikaisissa työsuhteissa oleville, jotka ovat jo perehtyneet työyhteisöön, vuorotteluvapaasijaisuus olisi oiva työsuhde.

- Muutaman vuoden kestänyt katko, jossa säästämisen nimissä sijaisia ei otettu ja henkilöstömitoitus niistettiin minimiin. Oman talon sisällä työnkierto oli äärimmäisen tehokasta. Tuli maine talona, johon ei oteta sijaisia.*
- Lyhytaikaisesta sijaisesta vain haittaa. Mielekäs sijaistaminen on 1 vuosi. Ammattinsa osaavaa henkilöstöä on vähän tarjolla.*
- Lyhytaikaisia sijaisia ei voi palkata 2-3 päivän sijaisuuksiin, koska he eivät selviydy erikoissairaanhoidon erityisosaamista vaativista tehtävistä (toimenpiteet) ilman koulutusta. Varahenkilöstöjärjestelmä toimii huonosti, eli varahenkilö ei ole käytettävissä oikeaan kohteeseen. Lyhytaikaisia sijaisia ei ole saatavissa, sillä pätkätyöt eivät kiinnosta. Pätkätyöntekijöille ei ole koskaan viikonlopun yli työsuhdetta, eivätkä he voi sovittaa elämäänsä kännykän varaan (Pätkätyöläinen itse kertoi ollessansa potilaana). Myös henkilöstöhallinto aiheuttaa epävarmuutta työntekijöille pätkätöillä, sillä hoitohenkilökunta ei tiedä tulevaisuudestaan eikä voi suunnitella yksityiselämäänsä. Vakituiset työsuhteet kiinnostavat, mutta niitä ei ole usein tarjolla.*
- Talossa on varahenkilöstöjärjestelmä. Varahenkilöllä on kotiosasto, mutta hänet saa käyttöönsä se yksikkö, joka on ensin tehnyt varauksen. Joten varahenkilö voi olla toisessa yksikössä, vaikka koulutuksessa olevan sijalla, ja omassa yksikössä on samanaikaisesti useita sairaana. Tilanne olisi parempi jos vara saisi olla omassa yksikössään, kun puutoksia tulee. Asia on aika kimurantti.*
- Koulutetusta väestä kilpaillaan voimakkaasti. Ne sairaalat, jotka maksavat hiukan vähemmän kuin muut voivat jäädä helposti ilman keikkalaisia. Pääkaupunkiseudulla elämisen kalleus estää työn tarpeessa olevia hakeutumaan töihin. Lisäksi työtä on paljon tarjolla ja lyhytaikaiset sijaisuudet eivät vedä. Työn arvostus ja palkkaus yhdistettynä työn luonteeseen ja vaatimuksiin ei vedä nuoria. Iäkkäämmät ovat usein vakipaikoissa eikä heillä ole tarvetta vaihtaa.*
- Nuoret hoitajat ovat nykyään sellaisia, etteivät he välttämättä ota työtä vastaan vaan valitsevat avoimesti siitä heille koituvan hyödyn. Esim. jos tarjottu työvuoro ei heille heti sovi, uskaltavat he sanoa suoraan, että ei nyt sovi!*
- Sijaisreservit ovat käytössä. Hoitajia on poistunut paljon reservistä, sillä 90-luvun alusta asti on toteutettu suorastaan ala-arvoista henkilöstöpolitiikkaa, josta ei ole vielääkään päästy irti.*
- Sairaalan hoitohenkilöstön ylin johto/ ylin lääkärijohto eivät näe tilannetta*

riittävästi käytännön tasolta. Vanha perinne, ettei myönnetä ongelmaa olevaksi ja tulevaisikaan? Oletetaan, että työnhakijat ilman muuta haluavat ja pyrkivät erikoissairaanhoidon töihin. Tänä päivänä hyvistä ammattiosaajista käytävä kilpailu on kovaa ja tulevaisuudessa vielä kovempaa. Rekrytointiin ei ole kokonaisvaltaisesti panostettu.

5.3.7 Hoitotakuun saavuttaminen

Vastaajien oli melkoisen vaikeaa arvioida milloin lain vaatimukset hoitotakuuseen liittyen saavutetaan. Yli puolet (56 %, n = 111) ei osannut arvioida, milloin heidän sairaalansa saavuttaa hoidon tarpeen arvioinnin 3 viikon kuluessa. Kolmanneksen (33 %, n = 6) mukaan tämä tavoite on jo saavutettu ja 12 % (n = 23) arvioi, että se saavutetaan 1.3.2006 mennessä. Vielä vaikeampi vastaajien oli arvioida milloin vaatimus lääketieteellisesti perusteltuun hoitoon pääsystä viimeistään 6 kuukaudessa toteutuisi. 70 % (n = 124) ei osannut arvioida tilannetta, 15 %:n mukaan tavoite on jo saavutettu ja 15 %:n mukaan se saavutetaan 1.3.2006 mennessä.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, minkä väestö- tai potilasryhmän osalta hoitotakuun toteuttamien tuottaa eniten vaikeuksia. Vastaajien arvion mukaan eniten vaikeuksia on kirurgisten potilaiden hoitotakuun toteuttamisessa. Tätä mieltä oli 74 % (n = 114) vastaajista. Neljänneksen (23 %, n = 36) mukaan vaikeuksia on vanhusten osalta, viidennes (19 %, n = 29) näki ongelmia työikäisten palvelujen osalta ja 17 % (n = 26) mielenterveyspotilaiden osalta.

5.3.8 Muut kommentit

Vastaajilta pyydettiin vapaamuotoisia kommentteja hoitotakuusta ja muita terveisiä Tehylle. Näitä kommentteja saatiin yhteensä 136. Suurin osa hoitotakuuseen liittyvistä kommentteista sisälsi kritiikkiä hoitotakuun valmistelusta, toteuttamisesta, kirjaamisesta, henkilöstöryhmien erilaisesta kohtelusta ja tiedottamisesta. Alla joitakin kommentteja:

- *Hoitotakuun kautta tuli paljon hyvää, uudistettiin toimintatapoja ja työnjakoa. Jonoja "hoidetaan" ja pyritään saamaan koko henkilöstö sitoutumaan tähän.*
- *Maamme päättäjät kuvittelevat, että lain avulla sos.- ja terveyspalvelut saataisiin järjestykseen. Mutta eihän sillä tavalla asioita saada järjestykseen. Aivan muunlaiset järjestelyt saavat asiat järjestykseen. Priorisointia tullaan tulevaisuudessa tekemään lisää, sillä hyvinvointivaltiomme ei kestä enää paineita, joita ikääntyvä väestö synnyttää. Verotus on jo nyt liian rankka työssäkäyvien kukkaroille.*

- *Hoitotakuuasias on tiedetty jo vuosia sitten, mutta kaikki ohjeistus ja informaatio on jätetty viime tippaan. Hoitotakuun alkaessa potilaat ottivat puhelimitse yhteyttä ja henkilöt, jotka joutuvat asiakaspalvelussa vastaamaan puheluihin ja kyselyihin, eivät saaneet informaatiota, kuinka asiat hoidetaan. Koska osastonhoitajat jätettiin samalla tavoin "infopimentoon", he eivät voineet ohjata alaisiaan. Kirjallisia ohjeita ei ole tullut muuta kuin sähköpostiviestejä, jotka muuttuivat usein. Potilaiden valitusten osoittamiseen ei annettu ohjeita. Potilaat valittivat, että eivät saaneet aikoja (jotka eivät todellisuudessa riitä). Riittämättömät resurssit tiedettiin varmasti jo ennen kuin hoitotakuu astui voimaan, siihen vain ei ole reagoitu.*
- *Potilaat ovat vihaisia henkilökunnalle, vaativat oikeuksiaan. Henkilökunta alkaa olla voimaton ja väsynyt.*
- *Hoitotakuuta kierretään ottamalla puh yhteys ja kertomalla, että jono on pitkä. Näin muka on aloitettu hoito!*
- *Hoitotakuu on epäonnistunut asia, jos on lääkärivaje, niin miten se muuten voidaan ratkaista kuin palkkaamalla kalliilla muista sairaaloista tai yksityisiltä firmoilta lääkäri työvoimaa. Hoitajapalkoissa ei näy suuremmin kasvua, työmäärä kuitenkin lisääntyy, joudutaan perehdyttämään aina jotenkin uusia lääkäreitä talon systeemeihin...*
- *Lähetetietojen laittaminen atk-ohjelmaan, josta otetaan tilastoja. Huono ja keskeneräinen ohjelma. Tuntuu, ettei Suomesta löydy asiantuntemusta tehdä toimivia terv.huollon atk-ohjelmia.*
- *Hoitotakuun tilastointi on lisännyt työmäärää valtavasti ja on yksi este sille, että aikoja lääkärille on vähemmän. Valtiovalta edellyttää aiempaa enemmän käyntien sisällön kirjaamista tilastointia varten, jota Stakes kokoaa. Tämä vie aikaa ja aiheuttaa närää päivittäisessä työssä! Miksi jo tehtyä työtä pitää tilastoida, jotta saadaan arvioitua hoitoon pääsyn aikarajaa. Tietojärjestelmät pitäisi saada tekemään nämä tilastoinnit suoraan tietojärjestelmästä eikä niin, että työntekijä ilmoittaa erilliselle tilastointilehdelle, mikä toiminto oli: yhteydenotto, arviointi jne.!!*
- *Laki on potilaan kannalta aiheellinen ja isoissa piireissä on ehkä palkattu väkeä sen hoitamiseen. Toisaalta lisätyötä teettämällä asiaa ei mielestäni voida hoitaa. Onpa käynyt niinkin, että norm. työaikana ei ole aloitettu toimenpidettä (vaikka olisi hyvin ehditty), koska se on sovittu eves-asiaksi. Eli potilas joutuu odottamaan tunteja. Sitten alkaa palkka juosta kirurgille ja leikk.os:n hoitajille ja niin voidaan aloittaa. Sairasta.*
- *Meidän sairaalassa leikkausosastolla on leikkausten määrä vähentynyt ja on vain odoteltu klo 15 että tehdään sitten lisätyönä paremmalla palkalla. Muutaman kerran on elektiivinen leikkauspotilas peruttu, jotta voidaan tehdä lisätyönä leikkaus. Joustamattomuus ja erilaisten omien vaatimusten ja sovellutusten määrä on lisääntynyt. Kaikesta pyritään ottamaan eurot*

pois itselle. Erittäin huono ja epätaloudellinen toimintatapa. Tämän jälkeen on kovin vaikea saada henkilökuntaa aktivoitua tekemään töitä tosissaan kuukausipalkalla.

- Hoitotakuun periaatteet sopivat erittäin huonosti konservatiiviseen hoitoon (sisätaudit). Ajateltu vain operatiivista toimintaa. Organisaatiossamme on ollut vaikeuksia tulkita hoitopäätösajankohtaa. Tuntuu siltä, että kukaan (Stakes mukaan lukien) ei tiedä, mitä hoitopäätös tarkoittaa. Potilaista suuri osa on sellaisia, joille ei tehdä temppuja, joille ei löydy diagnoosia jne. Hoitotakuun vuoksi pitkäaikaiskontrollipotilaat joutuvat kärsimään ja jonossa voi sairauden tila pahentua, kun yritetään keskittyä lähetepotilaisiin. Lääkäriresursseja kun ei ole tarpeeksi. Eli kun nokka irtoo niin pyrstö tarttuu. Periaatteessa hoitotakuu kansalaisen (lähetepotilaan) kannalta hyvä asia.*
- Tarkempi ohjaus ja valvonta rahojen käytöstä. Rahat olisi pitänyt liittää normaaliin sairaalan toimintaan. Nyt erillispalkkioina maksetuista korvauksista lääkärit rahastivat sairaalaa. Jononpurkutoimenpiteinä tehtyjen toimenpiteiden yksikköhinta on normaalina työnä tehtyä korkeampi. Ts. normaalina työnä tehtyinä toimenpiteinä raha olisi riittänyt useampaan toimenpiteeseen ja siten väestölle olis voitu tuottaa enemmän terveyttä.*
- Toiminnan lisääminen ylityöllä ja erillisVESillä ei ole ollenkaan onnistunut ratkaisu. Hoitohenkilökunta ja lääkärit ovat jo muutoinkin ylityöllistettyjä ja jaksamisongelmia on nähtävissä.*
- Vaarana on, että pitkään sairastaneet potilaat jäävät "hoitotakuu-potilaiden" (uudet, akuutit) jalkoihin. Pelkona on myös se, että tarvittavat resurssit (=rahat) säästetään jälleen kerran psykiatriasta, joka on ennenkin joutunut "maksumieheksi" ja suurien säästöjen kohteeksi. Joten psykiatristen potilaiden ja pitempäänkin sairastaneiden kuntoutujien asemaa ja hoitoa pitäisi hoitotakuun aikana erityisesti seurata ja varmistaa, ettei ko. potilasryhmä joudu kärsimään.*
- Fysioterapian yksikön toimintaan jonojen purku hoitotakuuseen liittyen on vaikuttanut lähinnä tekonivelkirurgisten potilaiden fysioterapiaan. Ko. potilaiden määrä on kolminkertaistunut osastoilla ja työ on täten muuttunut raskaammaksi. Toiveita viikonlopputöihin on syntynyt lisäleikkausten vuoksi. Ulkopuolisia leikkaavia lääkäreitä käy omien lisäksi. Hoito-ohjeet ja potilaiden kokonaishoito - millaisia vaikutuksia laadullisesti? Ei pelkkä leikkaus riitä potilaan tilanteen korjaamiseksi. Kuntoutus ja kokonaishoidon huomiointi vaatii myös resursseja.*
- Hoitotakuuseen liittyvää jononpurkua tehdään suunnittelemattomasti eikä tasapuolisuus korvauksissa toteudu vrt. lääkärit/ hoitohenkilökunta. Lääkärit tekevät omaa bisnestään häikäilemättömästi.*
- Jonossa olijoita on paljon (ja pitkään jonottaneita). Kun heille on tarjottu*

mahdollisuutta hoidattaa vaivansa muussa sairaalassa, vain n. 20 % on ollut halukas lähtemään muualle. Toisaalta taas lisätoimintanakin tehtäviin leikkauksiin on välillä ollut vaikea saada näitä pitkään jonottaneita potilaita tulemaan. Syitä on monia: on matkalle lähtö, hirvenmetsästysaika, perunan istutus/nosto, ei vain muuten halua tulla. On tietysti niitäkin, jotka oikeasti eivät ole edes leikkauskelpoisia.

Tehylle lähetetyissä terveisissä esiin nousivat voimakkaasti palkkaukseen liittyvät kysymykset ja osastonhoitajien asema. Lisäksi huoli henkilöstön jaksamisesta, työvoiman saatavuudesta ja hoidon laadusta nousivat esiin. Alla joitakin esimerkkejä:

- Hyvää asiassa on tietenkin, että lisäkorvaus on ollut melko huomattava, kun jononpurkuun on osallistuttu. Huoli on tietenkin lähiesimiehenä pitkän päälle henkilökunnan jaksamisesta. Siitä syystä määräaika tämän tyyppisten asioiden ratkaisuihin tulee aina olla, kun perustehtävän hoitaminen on aina ykkösjuttu.*
- Meidän tulisi entistä enemmän kantaa huolta, ettei henkilöstöä ajeta piippuun lisääntyvän työmäärän ja erillissopimuksilla tehtävien toimenpiteiden takia. Porukka tekee mielellään kohtuullisella lisävessillä sovittuja lisätöitä. Tämä voi johtaa uupumukseen ja perustyöajalla ei ole paukkuja tehdä täysipainoisesti työtä. Työsuojellinen näkökohta pakkaa unohtumaan. Ehkä olisi hyvä pohtia, onko lisävessit ylityömääräysten kiertämistä.*
- Harmittaa, että hoitotakuuasiat on täytynyt lukea Helsingin sanomista. Me tiedämme tasan samat asiat kuin potilaatkin. Se myös harmittaa, että lehdistä kirjoitetaan, että hoitotakuu lähti hyvin käyntiin. Se varmaan on lähtenyt hyvin joissakin yksiköissä, mutta ei meillä. Eihän potilaat päivittäin valittaisi, uhkailisi ja solvaisi, jos kaikki toimii. Ruohonjuuritason työntekijät ovat joutuneet poliitikkojen aiheuttaman vaalilupauksen ja sen tuottaman pettymyksen sylkykupiksi, mikä on valitettavaa. Ruohonjuuritason työntekijät eivät voi vaikuttaa asiaan millään tavoin.*
- Sekä tehyläiset että muut ei-lääkäriammattilaiset alkavat uupua siihen, että kaikenlaista uutta työtä ja tehtävää vaaditaan (varsinkin lääkäreiden taholta) tehtävän, mutta mitään vanhaa ei jää pois, mistä seuraa ylityöllistäminen. Oma ansaittua vapaa-aikaa pitäisi suostua myymään halvalla! Ehdottomasti nuo lisätyö-ylityörajat saatava pois ja hetimiten huomattavasti paremmat korvaukset suunnittelurajan jälkeen! Koko hoitoalan peruspalkkojen ja -lisien korottaminen; muuten emme saa uusia ammattilaisia, vaan ulkomailta aletaan tuoda meille ns. halpatyövoimaa. Tuskin saamme vanhuksina hoitoa omalla äidinkielellä sitäkään vertaa mitä nyt omat vanhempamme!!*

6. Yhteenveto ja johtopäätökset

Tämän selvityksen tavoitteena oli kartoittaa Tehyn ammattiosastojen ja tehyläisten osastonhoitajien näkemyksiä hoitotakuusta, siihen valmistautumisesta ja sen toteutumisesta sekä hoitotakuun vaikutuksista henkilöstöön ja henkilöstöryhmien väliseen työnjakoon. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa hoitoalan työvoiman saatavuudesta.

Selvityksen kohdejoukkona olivat Tehyn ammattiosastot ja Tehyn jäsenenä olevat osastonhoitajat. Aineisto koottiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla kahdessa vaiheessa maaliskuussa 2005 ja loka-marraskuussa 2005. Ammattiosastokyselyn vastausprosentiksi tuli 84 ja osastonhoitajakyselyn 52 %. Osastonhoitajakyselyn vastausprosentti oli hieman alhainen, mutta postikyselylle tyypillinen. Tuloksia voitaneen pitää suuntaa antavina.

Hoitotakuuseen varautuminen

Yli puolet vastanneista sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon osastonhoitajista arvioi, että heidän organisaatioissaan varautuminen hoitotakuun tuomiin muutoksiin oli ollut vähäistä. Ammattiosastojen vastaajista tätä mieltä oli vain joka viides.

Pääasiallinen varautumisen muoto näyttäisi kaikkien vastaajaryhmien mukaan olleen väestölle tiedottaminen. Vastausten mukaan näyttäisi, että erikoissairaanhoidon organisaatiot tiedottivat perusterveydenhuoltoa aktiivisemmin. Muina varautumisen muotoina mainittiin puhelinpalvelutoiminnan lisääminen, ostopalvelusopimukset, palvelujen ulkoistaminen, jonojen purkamiset, työnjaonmuutokset sekä henkilöstölisäykset.

Perusterveydenhuollon ammattiosastoista lähes puolet ilmoitti, että kunnan talousarvoissa ei varattu rahaa hoitotakuuta varten. Erikoissairaanhoidon ammattiosastoista ja osastonhoitajista tätä mieltä oli vain vajaa viidennes. Näyttäisi siltä, että erikoissairaanhoidossa varautuminen olisi ollut talouden näkökulmasta parempaa. Tämä johtunee siitä, että jonojen purkuun osoitettiin erillistä rahoitusta.

Henkilöstön tiedonsaanti

Vastausten perusteella näyttää siltä, että henkilöstön tiedonsaanti on ollut hyvin eritasoista. Joissakin paikoissa tiedonsaanti on jäänyt kahvipöytäkeskustelujen varaan ja joissakin paikoissa koko henkilöstöä on koulutettu etukäteen. Ammattiosastojen mukaan asioista on yleisimmin keskusteltu epävirallisesti (yli 80 %).

Osastonhoitajat nostivat pääasialliseksi keskustelufoorumiksi yksikön/osaston omat kokoukset (noin 80 %). Vain alle puolet kaikkien vastaajien organisaatioista oli järjestänyt virallista koulutusta tai tiedotustilaisuuksia henkilöstölle. Vastauksista välittyi käsitys, että henkilöstölle suunnattu tiedotus ei ole ollut suunnitelmallisia ja toisaalta organisaation sisällä tiedosta eivät kaikki ole päässeet osallisiksi. Lisäksi osa vastaajista koki, että tieto henkilöstölle kanavoituu vain väestölle suunnatun tiedottamisen kautta. Organisaation eri tasojen varmistus tiedonkulun osalta näyttäisi puuttuneen.

Henkilöstövaikutukset

Lähes 40 % erikoissairaanhoidon ja viidennes perusterveydenhuollon osastonhoitajista ilmoitti, että heidän yksikössään potilasmäärät olivat lisääntyneet hoitotakuun vuoksi.

Kaikissa vastaajaryhmistä vähintään neljannes vastaajista ilmoitti organisaatioissaan hoitotakuun vuoksi tehdyistä henkilöstölisäyksistä. Useimmin nämä lisäykset kohdistuivat vastaanottoimintaan, puhelinpalveluun ja toimenpideyksiköihin. Ammattiosastojen vastausten mukaan henkilöstölisäykset olisivat olleet yhteensä noin 150 – 190 henkilöä.

Osastonhoitajista noin kolmannes arvioi, että hoitotakuu lisäsi henkilöstötarvetta heidän omassa yksikössään, mutta vain alle kymmenesosa heistä oli saanut lisähenkilöstöä yksikkönsä.

Osastonhoitajien kuvausten mukaan heidän yksiköidensä nykyinen toiminta edellyttäisi henkilöstömitoituksen ja henkilöstörakenteen tarkistamista. Vastauksista karkeasti arvioituna vastaajien yksiköihin tarvittaisiin noin 460 – 540 uutta vakanssia. Tämä on noin kaksi vakanssia vastaajan yksikköä kohden. Osastonhoitajien vastauksista nousi voimakkaasti toive saada valtakunnalliset henkilöstömitoituussuositukset tai -normit, joihin voitaisiin vedota työn kuorituksen noustessa.

Työvoiman saatavuus

Perusterveydenhuollon ammattiosastot arvioivat useimmin (74 %), että heidän paikkakunnillaan oli tarvittavaa työvoimaa saatavilla. Tätä mieltä oli myös yli kolmannes osastonhoitajavastaajista sekä erikoissairaanhoidon ammattiosastoista.

Sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon osastonhoitajien vastausten mukaan työvoiman saatavuudessa on ollut ongelmia sitä useammalla vastaajalla mitä lyhyemmästä työsuhteesta on kyse. Vastaajista noin 70 % ilmoitti, että heillä on ollut vaikeuksia saada työntekijöitä 2 – 3 päivän työsuh-

teisiin. Yli puolella vastaajista oli ollut vaikeuksia saada työvoimaan 2 viikkoa – 6 kuukautta kestäviin sijaisuuksiin ja joka neljännellä yli kuusi kuukautta kestäviin sijaisuuksiin. Sen sijaan vakituisten työsuhteiden osalta vain 10 % ilmoitti kohdanneensa rekrytointiongelmia. Etelä-Suomen läänin alueelta olevat vastaajat olivat kohdanneet muita useammin rekrytointiongelmia vakituisten työsuhteiden osalta.

Avovastauksissa vastaajat analysoivat rekrytointiongelmia varsin kattavasti. Näissä vastauksissa nousivat esiin muun muassa työnantajan maine, harjoitettu henkilöstöpolitiikka, palkkapolitiikka, työilmapiiri, pula osaavasta henkilöstöstä, alan vetovoimaisuus, kilpailu työvoimasta, alalle valmistuvien määrän riittävyys, työ- ja perhe-elämän yhteensovittaminen. Kuten eräs vastaaja toteaa:

- *Rekrytointia vaikeuttaa myös se, kun emme voi antaa pitkiä sijaisuuksia, vaan pätkätöitä. Työnantajalta puuttuu rohkeus palkata ylimääräisiä, vaikka tarve on ympärivuotinen.*

Työnjaon muutokset

Kaikki vastaajaryhmät ilmoittivat, että heidän organisaatioissaan oli tehty henkilöstöryhmien välisiä työnjaon muutoksia sekä hoitotakuun vuoksi että muista syistä. Työnjakoon liittyvät muutokset näyttäisivät vastausten mukaan olevan yleisempiä perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Työnjaon muutoksista sovitaan kaikkien vastaajaryhmien mukaan yleisimmin suullisesti. Työyksikön tai johtavan viranhaltijan päätöstä käytetään noin joka viidennen perusterveydenhuollon ja joka neljännen erikoissairaanhoidon selvitykseen vastanneen osastonhoitajan organisaatioissa. Yhteistoimintamenettelyssä työnjakoon liittyviä kysymyksiä on käsitelty vain harvoin.

Työnjakoon liittyvä koulutus on ollut yleensä organisaation sisäistä perehdytyskoulutusta. Laajempaa koulutusta on annettu joissakin paikoissa, jolloin ilmeisesti on ollut kyse tehtäväkuvien laajentamisesta. Kuitenkin kolmannes osastonhoitajista ja neljännes ammattiosastojen vastaajista totesi, että työnjaon muutoksiin ei ole liittynyt minkäänlaista lisä- tai perehdytyskoulutusta.

Työnjaon muutosten vaikutuksista henkilöstön palkkaukseen ammattiosastoilla oli selkeästi osastonhoitajia positiivisempi käsitys. Ammattiosastojen mukaan työnjaon muutokset olivat korottaneet työntekijöiden palkkausta joka viidennen (22 %) perusterveydenhuollon ja reilusti joka kolmannen (39 %) erikoissairaanhoidon vastaajan organisaatioissa. Osastonhoitajaryhmästä tätä mieltä oli vain 13 % perusterveydenhuollon ja 16 % erikoissairaanhoidon vastaajista. Vastaajien näkemyserot johtunevat erilaisesta näkökulmasta. Ammattiosastot katsovat asiaa koko organisaation kannalta ja osastonhoitajat oman yksikkönsä näkökulmasta.

Korotusten suuruus vaihteli 22 – 400 euroon kuukaudessa. Korotukset näyttäsivät olevan suurempia perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Tämä saattaisi osittain selittyä sillä, että perusterveydenhuollossa on tehty enemmän erilaisia työnjaon muutoksia ja osa niistä on liittynyt tehtäväkuvien laajentamiseen. Tai kuten eräs vastaaja totesi:

- *Hoitajille siirretään töitä, mutta siihen ei rahaa tunnu löytyvän - keikkalääkäreille kyllä. Itse osastonhoitajana sanoin yllilääkärille, että me hoitajatkin voidaan peruuttaa tekemiämme töitä pikku hiljaa, jos rahaa ei löydy. Tilanne olisi hankala, jos hoitaja tekisi vain perinteiset työt. Mutta väki on kilttiä ja potilaan etu on aina oman edun edellä. Vaikka olen itse lähiesimies, toivoisin, että edes joskus joku tulisi vaatimaan lisää palkkaa tullakseen töihin, eikä oltais niin nöyriä. Lienenkö työnantajan vai työntekijöiden edusmies?*

Hoitotakuun saavuttaminen

Kaikkien vastaajaryhmien arviot välittömän yhteyden saannin ja hoidon tarpeen arvioinnista määrääjassa organisaatiossaan ovat jokseenkin samanlaisia kuin sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin ja Kuntaliiton selvityksissä esitetyt arviot. Sen sijaan lääketieteellisesti/hammaslääketieteellisesti perusteltuun hoitoon pääsyn toteutuminen määrääjassa oli sekä ammattiosastojen että osastonhoitajien vastaajille vaikeampaa arvioida. Melkoisen suuri osa vastaajista ilmoitti, ettei osaa arvioida tilannetta. Tämä johtunee monestakin seikasta, joista yksi voisi liittyä organisaatioiden sisäisen tiedottamisen ongelmiin ja toinen yksiköiden eriytyneeseen toimintaan.

Kaikkien vastaajaryhmien vastauksissa nähtiin eniten uhkia mielenterveys-, vanhus- ja päihderiippuvaisten potilaiden palvelujen toteutumisessa hoitotakuun edellyttämällä tavalla. Lisäksi erikoissairaanhoidon vastauksissa nostettiin esiin kirurgiset potilaat ja esimerkiksi silmätautien potilaat. Toisaalta vastauksissa näkyi myös vastaajien huoli mm. pitkäaikaissairaiden syrjäytymisestä hoitotakuupotilaiden vuoksi.

- *Vaarana on, että pitkään sairastaneet potilaat jäävät "hoitotakuu-potilaiden" (uudet, akuutit) jalkoihin. Pelkona on myös se, että tarvittavat resurssit (=rahat) säästetään jälleen kerran psykiatriasta, joka on ennenkin joutunut "maksumieheksi" ja suurien säästöjen kohteeksi. Joten psykiatrien potilaiden ja pitempäänkin sairastaneiden kuntoutujien asemaa ja hoitoa pitäisi hoitotakuun aikana erityisesti seurata ja varmistaa, ettei ko. potilasryhmä joudu kärsimään.*

Voimakasta kritiikkiä hoitotakuun toteuttamista kohtaan tiedottamisen, valmistelun ja ohjeistuksen lisäksi kohdistettiin erityisesti henkilöstöryhmien

erilaiseen kohteluun etenkin palkkaukseen liittyvissä kysymyksissä. Tässä asia on kiteytettyä erään osastonhoitajan vastauksessa:

- *Hoitotakuun tulisi kattaa kaikki organisaation tasot; keinoina hyvä valmistelu, tiedotus ja suunnitteluvaiheessa tulee ottaa huomioon palkkaus-kysymykset. Tämän päivän trendi tuntuu olevan, että mennään lujaa eikä ajatella riittävän pitkälle ja sitten juostaan asiassa päin puuta! Mielestäni olisi ollut hyvä asia, kun hoitotakuu tuli, niin palkkaus yms. asiat olisivat olleet kunnossa lääkäreiden ja hoitajien osalta. Tuntuu, että koko hoitotakuu on vain lääkäreiden asia ja niin valitettavaa kuin se onkin, niin hoitohenkilökunta unohdetaan. Miksi näin on?*

Selvityksestä nousevat kehittämissuhteukset

1. Organisaatioiden tiedotusta tulee kehittää siten, että varmistetaan koko henkilöstön tiedonsaanti erityisesti erilaisissa muutostilanteissa.
2. Työnantajien on kehitettävä hyvää henkilöstöpolitiikkaa osana palvelustrategiaa.
3. Hyvän henkilöstöpolitiikan edellytyksenä on, että henkilöstöä kohdellaan tasapuolisesti. Lisäksi edellytyksenä on, että henkilöstön osallistuminen ja kuulluksi tuleminen heitä itseään ja heidän työyhteisöään koskeviin päätöksiin turvataan.
4. Työntekijät on otettava vakinaisiin työsuhteisiin. Lyhytaikaiset sijaisuudet tulee hoitaa vakituisiin työsuhteisiin perustuvien varahenkilöstöjärjestelmien kautta. Varahenkilöstöjärjestelmiä on kehitettävä ja ne otettava käyttöön entistä laajemmin myös perusterveydenhuollossa.
5. Henkilöstöryhmien välinen työnjako kehittyy ja muuttuu jatkossakin. Työnjaonmuutosten periaatteet tulee käsitellä yhteistoimintamenettelyssä. Lisäksi kansallisia käytäntöjä työnjaon muutoksista tulee yhtenäistää.
6. Henkilöstömitoituksen osalta on pikaisesti selvitettävä valtakunnallisten suositusten tai normien käyttöönoton mahdollisuus. Tällainen normi tai suositus toimisi esimiehen ja päätöksentekijän apuna, kun varmistetaan potilaan hoidon laatua ja henkilöstön kohtuullinen työkuormitus.
7. Hoitohenkilöstön palkkaus on nostettava työn vaatimalle tasolle.

Lähteet

- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
www.finlex.fi
- Kansanterveyslaki 66/1972. Suomen säädöskokoelma. Helsinki. www.finlex.fi
- Kiireettömän hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. www.stm.fi
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Suomen säädöskokoelma. Helsinki.
www.finlex.fi
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992. Suomen säädöskokoelma.
Helsinki. www.finlex.fi
- STM tiedote 60/2005. Helsinki. www.stm.fi
- STM tiedote 382/2005. Helsinki. www.stm.fi
- STM tiedote 444/2005. Helsinki. www.stm.fi
- STM tiedote 103/2005. Helsinki. www.stm.fi
- STM tiedote 340/2005. Helsinki. www.stm.fi
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä.
Suomen säädöskokoelma. Helsinki. www.finlex.fi

Liitteet

Liitetaulukko 1.

Perusterveydenhuollon ammattiosastojen (n = 120) mukaan heidän terveyskeskuksissaan toteutetut työnjakoon liittyvät toimenpiteet. (%)

TYÖNJAKOON LIITTYVÄT TOIMENPITEET	Kyllä	Suunnitellaan	Ei
Päivystävän sairaanhoitajan vastaanotto (n = 108)	48	8	28
Päivystävän työterveyshoitajan vastaanotto (n = 104)	33	3	42
Sydänhoitaja (n = 97)	25	8	41
Yhteyshoitaja (n = 92)	9	2	51
Diabeteshoitaja (n = 114)	87	3	3
Omalääkäri-omahoitajatyöpari (n = 105)	20	12	50
Tiimityö väestövastuualueittain (n = 105)	33	5	43
Organisaatorajat ylittävä tiimityö (n = 103)	14	7	48
Kela-todistukset ja lausunnot (n = 109)	13	4	43
Sairauslomastodistukset (n = 115)	77	5	5
Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjaaminen hoitajavastaanotolla (n = 115)	75	8	8
Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjaaminen puhelimitse (n = 114)	86	3	3
Kuntoutusneuvolälähetteen tekeminen (n = 100)	13	3	43
Röntgenläheteiden tekeminen (n = 105)	36	3	38
Laboratoriolähetteen tekeminen (n = 106)	68	4	10
Tutkimustulosten tulkinta (laboratorio) (n = 107)	64	3	15
Puhelinkonsultaatiot (n = 108)	67	6	12
Infektiopotilaiden tutkiminen (n = 104)	51	8	16
Tules-potilaiden alkukartoituksen tekeminen (n = 103)	23	4	38
Tutkimusten määrääminen lääkärin vastaanotolle (ajanvaraus/päivystys) tuleville potilaille (n = 107)	52	6	19
Marevan-potilaiden hoidon seuranta (n = 109)	43	13	31
Suun ja hampaiden terveystarkastukset (n = 111)	68	4	5
Hampaiden röntgenkuvaukset (n = 103)	31	2	38
Hampaista otettujen röntgenkuvien esitulkinta (n = 102)	13	1	18
Jäljennösten ottaminen hampaista (n = 105)	33	1	18
Oikomishoitoon liittyvät toimenpiteet (n = 104)	23	3	21
Hampaiden hoidossa kivun hallinta puuduttamalla (n = 100)	18	1	28
Maitohammaskarieksen hoito (n = 100)	17	3	23

Liitetaulukko 2.

Hoitotakuuseen varautuminen sairaanhoitopiireissä

Kysymykseen vastanneet: 212

	kyllä	ei	en tiedä
Sairaanhoitopiiri tiedotti asiasta väestölle median välityksellä (yht: 210)	76,7 % 161	10,5% 22	12,9 % 27
Potilasjonoja purettiin jononpurkusopimusten avulla (yht: 209)	73,2 % 153	8,1 % 17	18,7 % 39
Sairaanhoitopiirissä on tehty ostosopimuksia yksityisten palvelutuottajien kanssa (yht: 204)	64,2 % 131	11,3 % 23	24,5 % 50
Sairaanhoitopiiri varasi talousarviossaan määrärahan hoitotakuuta varten (yht: 203)	57,1 % 116	15,8 % 32	27,1 % 55
Etukäteen muutokseen varautuminen oli vähäistä (yht: 204)	53,4 % 109	31,9 % 65	14,7 % 30
Sairaanhoitopiirissä on käynnistetty virka-ajan ulkopuolella tapahtuva erityispoliklinikkatoiminta (yht: 203)	40,4 % 82	26,1 % 53	33,5 % 68
Sairaanhoitopiirissä on tehty ostopalvelusopimuksia muiden sairaanhoitopiirien kanssa (yht: 201)	39,8 % 80	19,9 % 40	40,3 % 81
Henkilöstöä lisättiin toimenpideyksiköihin yht: 204)	23,5 % 48	45,1 % 92	31,4 % 64
Henkilöstöryhmien välistä työnjakoa on muutettu (yht: 202)	18,8 % 38	55,9 % 113	25,2 % 51
Henkilöstöä lisättiin vastaanotto-toimintaan (yht: 199)	16,6 % 33	44,7 % 89	38,7 % 77
Henkilöstöä lisättiin vuodeosasto-toimintaan (yht: 201)	13,9 % 28	48,8 % 98	37,3 % 75
Henkilöstöä lisättiin psykiatrian toimialueelle (yht: 196)	2,6 % 5	26,5 % 52	70,9 % 139



Tehy ry/ri ■ PL/PB 10, 00060 Tehy, Finland ■ puh/tel +358 9 5422 7000 ■ fax +358 9 6150 0278 ■ www.tehy.fi