

Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunnan lausunto Suomen hallituksen esityksestä terveydenhuoltolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta (perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukennus)

Lausunnon laatijat:
Pekka Mäntyselkä
Liisa Suominen

Yhteenveto

Hoitoon pääsyn turvaaminen on hyvä tavoite. Se korostuu maassamme monikanavaisen rahoituksen ja eri väestöosille eri tavoin järjestettyjen ja toteutuvien avoterveydenhuollon palveluiden vuoksi (mm., yksityinen osin Kela-rahoitteinen terveydenhuolto, työterveyshuolto, julkisesti rahoitettu kuntien järjestämävastuulla oleva perusterveydenhuolto). Kuntien järjestämän perusterveydenhuolto siirtyy hyvinvointialueille vuonna 2023 ja siten tämän lain ajankohta on perusteltu. Kuitenkaan hyvinvointialueet eivät sinällään poista monikanavaisuutta eivätkä takaa resurssien kohdistumista perusterveydenhuollon palveluiden siten kuin tämä lakiesitys edellyttää. Laki ei sinällään takaa sitä, että eniten apua ja hoitoa sitä nykyistä paremmin saavat vaan voi toimia myös muutenkin paremmin etujaan ajamaan pystyvien eduksi. Siten tulee ottaa paremmin huomioon palveluiden saatavuudessa yhdenvertaisuus ja oikeudenmukaisuus (equity).

Perusterveydenhuollon palveluiden saatavuus

On kiistatonta, että saatavuus tällä hetkellä ei ole optimaalinen ja erot eri alueiden välillä ovat suuria. Myöskään hoidon jatkuvuus ei ole hyvä ja on useiden tutkimusten perusteella huonontunut. Samalla kun perusterveydenhuollon absoluuttiset resurssit (rahassa laskien) ovat pysyneet samana tai jopa pienentyneet ja perusterveydenhuollon suhteelliset resurssit koko ajan laskeneet, on saatavuutta pyritty parantamaan eri keinoin. Hoidon saatavuutta on pyritty parantamaan muun muassa erilaisilla tiimimalleilla, etävastaanotoilla ja puhelinvastaanotoilla.

Perusteluosa ottaa kantaa (sivut 54–55) siihen, että on näyttöä mm. segmentoinnista, monialaisesta tai moniammatillisesta tiimityöstä ja etävastaanotoista, Nämä kaikki ovat asioita, joita kannattaa tutkia. Kuitenkaan yhtään tutkimusviitettä ei näytetä ja jääkin epäselväksi mihin toteamus näytöstä perustuu. Esimerkiksi tiimimalleja on monenlaisia emmekä tiedä tutkimukseen perustuen, mikä olisi paras malli hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta parantamaan. Etävastaanotoista oleva näyttö puhuu enemmänkin sen puolesta, että ne sopivat parhaiten jo tunnettujen potilaiden hoidon seurantaan ja hoidon jatkuvuuden tukemiseen kuin uusien terveysongelmien arviointiin ja hoitoon. Tämä kohta tulisi avata tarkemmin ja näyttää taustalla oleva näyttö. Tässä voi muuten vaikutelmaksi tulla, että toimintaa ikään kuin pyritään ohjaamaan tutkimusnäytöllä, vaikka sitä ei olekaan.

Hoidon jatkuvuuden merkitys hoitoon pääsyn turvaamisessa

Selkein tieteellinen näyttö on hoidon jatkuvuudesta, kun halutaan vaikuttaa perusterveydenhuollon laatuun, terveydenhuollon kustannuksiin, päivystyksen käyttöön, akuuttiin sairaalahoidon tarpeeseen, pitkäaikaisten sairauksien hoidon laatuun ja kuolleisuuteen. Tästä yhtenä esimerkkinä on perustelumuihistiossakin todettu vuoden 2021 syksyllä ilmestynyt norjalaistutkimus. Norjassa on saatavuuteen ja hoidon pääsyyn kiinnitetty huomiota myös lainsäädännön keinoin. Siinä keskeistä

samalla on ollut hoidon jatkuvuus: Norjassa alle vuoden kestäneet potilas-lääkärisuhteet ovat harvinaisia ja yli viisi vuotta kestäneet ovat tavallisia. Hoidon jatkuvuuden merkitys on siis keskeinen elementti, kun hoidon saatavuutta halutaan parantaa ja toiminnalla saada aikaan terveyshyötyä. Suomessa hoidon jatkuvuus on huono ja huonontunut edelleen viime vuosina.

Hoitosetelin tai yksityisen palveluntuottajan käyttö tietyissä tapauksissa (54 §) voi olla mahdollista. Kuteinkin tällöin riskinä on, että kynnyksellä käyttäviä näitä mahdollisuuksia madaltuu ja toteutuu tapauksissa, joissa se mitenkään olisi tarkoituksenmukaista. Lisäksi tämä lisää riskiä hoidon pirstaloitumiseen.

Resurssit

Perusterveydenhuollon aliresursointi on jatkunut pitkään, kun sekä absoluuttisesti että erityisesti suhteellisesti resurssit ja myös terveydenhuollon lisäresurssit ovat menneet muualle. Tämän kuilun kurominen umpeen on tärkeää ja perustelumuistiossa esitetyt perusterveydenhuollon lääkärimäärien lisäykset ovat perustellut. Ne voidaan toimintaympäristöä kehittämällä (houkuttelevuus) ja työvoiman tarjonnan ohjaamiseen vaikuttamalla toteuttaa nykyisillä koulutusmäärillä.

Resurssinäkökulmassa on tärkeää pitää myös mielessä julkisen terveydenhuollon tärkeä asema sote-henkilöstön koulutuksessa. Esimerkiksi lisääntyneiden lääkäreiden koulutusmäärien myötä 9 kk:n pakollista terveystieteiden koulutusjaksoa suorittavien lääkäreiden määrä tulee edelleen kasvamaan. Yleislääketieteen erikoislääkäreiden koulustarve on kasvanut ja hyvinvointialueiden sekä kiristyvän ”hoitotakuun” myötä kasvaa perustellusti edelleen. Tämä edellyttää valmiutta kouluttaa, koulutuspaikkavaatimusten täyttymistä ja kouluttajia palvelujärjestelmään. Jos hoitotakakuun täyttämiseksi toimintoja muutetaan entistä enemmän etävastaanotoilla tapahtuvaksi ja koulutettavienkin lääkäreiden rooli muuttuu entistä enemmän konsulttina toimimiseksi, uhkaa entistä useammin käydä niin, että erikoislääkärikoulutusasetuksen ja yleislääketieteen erityiskoulutuksen (YEK) asetuksen perusteella määritellyt koulutuspaikan edellytykset eivät enää täyty. Lisäksi työn sisällön painepisteen siirtyminen hoitotakuun kirjaimen täyttämiseksi voi yksipuolistaa työnkuvaa ja vähentää perusterveydenhuollon houkuttelevuutta entisestään.

Suun terveydenhuolto (Liisa Suominen)

Hoitoon pääsyn määrääjän puolittumien kuudesta kuukaudesta kolmen kuukauteen on askel parempaan siitä huolimatta, että odotusaika on huomattavasti pidempi kuin muussa terveydenhuollossa. Määrääjän lyheneminen tulee kasvattamaan kysyntää terveyskeskuksissa ja toteutuakseen hoitotakuu tarvitsee lisäresurssia.

Tämä siitä huolimatta, että esityksen mukaan hyvinvointialueiden suun terveydenhuollon palveluiden ei arvioida vaativan lisäkapasiteettia jonojen purkua lukuun ottamatta, koska lakiesityksen mukainen kolmen kuukauden odotusaika kiireettömään hoitoon on edelleen pitkä. Suun terveydenhuollossa syyskuussa 2021 kiireettömistä vastaanottokäynneistä toteutui kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen arvioinnista 87 prosenttia (yli kuuden kuukauden sisällä 2 prosentti). Tämä tieto koskee kuitenkin vain ensimmäistä käyntiä eikä kerro mitään koko hoitajakson toteutumisesta ja hoidon tarpeesta kokonaisuutena. Tyydyttymätöntä hoidon tarvetta esiintyy aikuisväestössä vielä runsaasti. Vuonna 2020 24 % aikuisista ilmoitti saaneensa riittämättömästi hammaslääkärin palveluja, vaikka olisi niitä tarvinnut. Erityisesti jonot terveyskeskuksissa hoidon korkeiden kustannusten lisäksi ovat esteitä aikuisten hoitoon hakeutumiselle. Esityksessä ansiokasta onkin huomio siitä, että hoitoon pääsyä koskevaa sääntelyä

tulee tarkentaa siten, että hoitojakso tulee saattaa valmiiksi kohtuullisessa ajassa ilman tarpeetonta viivytystä hoitokäyntien välillä. Hoitosuunnitelmaan tulee kirjata hammaslääketieteellinen perustelu hoidon jaksottamiselle. Pitkät odotusajat hoitokäyntien välillä eivät edistä terveyttä, päinvastoin. Pitkät odotusajat hoitoon pääsyssä lisäävät epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä siten, että painottuvat ongelmaperustaiseen ja oireenmukaiseen käyttöön säännöllisen hoidossa käynnin sijaan. Esityksen mukaan suun terveydenhuollon jononpurun jälkeen kiireettömään hoitoon pääsyn aikarajan ylläpitäminen alle kolmessa kuukaudessa arvioidaan olevan kustannusneutraalia. On kuitenkin epäselvää miten tässä arviossa on huomioitu korona-aikaan kertyneen hoitovelan lisäksi patoutunut kysyntä, jonka suuruutta on vaikea arvioida. Yksin vuonna 2020 suun terveydenhuollossa toteutui yli miljoona käyntiä vähemmän kuin edellisenä vuonna. Yksi ratkaisu resurssipulaan on sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien osaamisen ja työpanoksen yhdistäminen uudella tavalla sekä ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen. Tämänkin toteuttaminen vaatii resurssia eikä siis toteudu tavanomaisen, nykyisin erittäin kiireisen, vastaanottoiminnan ohella.

Suun terveydenhuollon palvelut on määritelty terveydenhuoltolain 26 §:ssä. Sen mukaan suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta, terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito ja potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen. Suun sairaudet ovat yksi kalleimmista sairauksista hoitaa sekä yksilölle että yhteiskunnalle, jos hoito painottuu toimenpidevaltaiseen korjaavaan hoitoon. Kustannustehokkainta olisi puuttua riskitekijöihin, korostaa varhaisdiagnostiikkaa ja turvata säännöllinen palvelujen käyttö. Myös tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelman tavoitteena on toiminnan painotuksen siirtäminen raskaista palveluista ehkäisevään ja ennakoivaan työhön. Tätä suun terveydenhuollossa vaikeuttaa rahoitus. Jokaisesta suun terveydenhuollon käynnistä terveyskeskuksessa maksetaan. Myös ehkäisevästä hoidosta, mikä poikkeaa muusta terveydenhuollosta. Lisäksi suun terveydenhuollon asiakasmaksut julkisella sektorilla ovat muuta terveydenhuoltoa korkeammat ja yksityisestä hoidosta saa korvausta vain noin 15% hoidon kustannuksista. Lisäksi suun terveydenhuolto ei yleensä kuulu työterveyshuollon tai yksityisten sairausvakuutusten piiriin. Vaikka suun terveydenhuollon palvelut ovat pääasiassa perusterveydenhuollon toimintaa, vastaavat kotitaloudet itse 65 % kaikista suun terveydenhuollon kustannuksista. Muun perusterveydenhuollon toiminnasta vastaavat kotitaloudet itse vain 7 %. Hoidon korkeat kustannukset ja niiden rahoitus ovatkin selkeä terveyseroja ylläpitävä mekanismi. Suun terveydenhuollon palvelujen käyttö Suomessa on jakautunut epätasa-arvoisesti suhteutettuna hoidon tarpeeseen, parempituloiset käyvät muita useammin hammaslääkärissä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Hoitoon pääsyn määrääjän tiukentuessa tulisikin huolehtia siitä, että palvelut ovat saatavilla eniten hoidon tarpeessa oleville, erityisesti ehkäisevät palvelut.

Kysyntää suun terveydenhuollon palveluista terveyskeskuksissa tulee lisäämään myös asiakasmaksulain muutos suun terveydenhuollon palvelujen tullessa maksukaton piiriin. Kysyntään vastaamiseksi tarvitaan suunnitelmallista yhteistyötä yksityissektorin kanssa. Toisin kuin muussa terveydenhuollossa, yksityiset suun terveydenhuollon palvelut eivät täydennä julkiseen sektorin palveluita vaan ovat tasaveroisia palvelujen tarjoajia, s.o. yhtä suuri osa (30%) aikuisväestöstä hakeutuu vuosittain hoitoon joko terveyskeskukseen tai yksityishammaslääkärille. Päällekkäinen käyttö on hyvin vähäistä (2-5%). Huomioitavaa on, että alueelliset erot palvelujen saatavuudessa ovat suuria. Yksityishammaslääkäripalveluja ei ole saatavilla pienemmällä paikkakunnilla, joissa myös terveyskeskushammaslääkärien vaje on suurinta. Hyvinvointialueita rakennettaessa tulee huomioida myös tilaisuus integroida suun terveydenhuolto entistä kiinteämmäksi osaksi muuta

terveydenhuoltoa. Ensimmäisiä askeleita on jo otettu, mm. Länsi-Uudellamaalla, missä suun terveydenhuolto on mukana paljon palveluita tarvitsevien potilaiden hoitopolun suunnittelussa.

Esityksestä ei selkeästi käy ilmi mitkä ovat tosiasialliset perusteet aikaisemmalle (6 kk) tai nyt esitetylle (3 kk) hoitoon pääsyn aikarajoille, ainoastaan lyhyt viittaus resursseihin löytyy.

Tämä dokumentti on allekirjoitettu sähköisesti UEF Sign-järjestelmällä
This document has been electronically signed using UEF Sign



UNIVERSITY OF
EASTERN FINLAND

Päiväys / Date: 03.01.2022 16:22:17 (UTC +0200)

Pekka Mäntyselkä

Professori

Yksikön johtaja

+358504499436

pekka.mantyselka@uef.fi

Kaksiosainen henkilötunnistus (Sähköposti- ja puhelintunnistus)
Two-factor person identification (E-mail and SMS identification)

Päiväys / Date: 03.01.2022 17:12:44 (UTC +0200)

Liisa Suominen

Professori

Yksikön johtaja

+358403552442

liisa.suominen@uef.fi

Organisaation varmentama (UEF käyttäjätunnus)
Certified by organization (UEF user account)