

SOSIAALI- JA KULTTUURIMINISTERIÖ
kirjaamo.stm@gov.fi

Viite: VN/12948/2019

Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi terveydenhuoltolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta (perusterveydenhuollon hoitotakuun tiukentaminen)

Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto

Lausunnon yhteenveto

Potilaiden pääsyn nopeuttaminen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotolle on tärkeää. Potilasturvallisuuden ja perusterveydenhuollon henkilöstön riittävyyden varmistamiseksi esitämme seuraavaa säädösmuutosta: terveyskeskusten vaikea lääkäri- ja hoitajapula on korjattava ensin, ja vasta sitten lyhennettävä hoitotakuun määräaika. Seuraavassa perusteluja seitsemän (7) vuorokauden hoitotakuun todennäköisillä vaikutuksilla nykyiseen palvelujärjestelmään.

Potilaiden hoidon laatu ja saatavuus

Suomessa oli lokakuussa 2020 täyttämättä 296 terveyskeskuslääkärin vakanssia (terveyskeskusten johtaville lääkäreille tehty kyselytutkimus). Tämä on aliarvio lääkäri työvoiman tarpeesta. Vaikka väestö on ikääntynyt ja monisairastavuus yleistynyt, lääkärimäärän lisäys perusterveydenhuollossa oli vain 600 vakanssia vuosina 1996–2016, kun vastaavat luvut olivat erikoissairaanhoidossa 1900 vakanssia ja muualla 2500. Valtaosassa maamme alueista on merkittävä pula myös sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista (Ammattibarometri).

Nykyisellä avainhenkilöstön määrällä ainoa mahdollisuus toteuttaa 7 vuorokauden hoitotakuun velvoite on lisätä digitaalisten palveluiden osuutta – aikana, jolloin julkisen terveydenhuollon pääasiallisina käyttäjäryhminä ovat ikääntyneet, monisairaant, moniongelmaiset ja heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevat kansalaiset. Heillä on rajalliset, ellei olemattomat, mahdollisuudet käyttää digitaalisia palveluita ja entistä monimutkaisempaa puhelinasiointia. Hoitotakuun tiukentaminen ilman lähivastaanottojen lisäämistä asettaa nämä potilasryhmät eriarvoiseen asemaan sosiaali- ja terveystalouden saatavuuden ja laadultaan hyvän terveyden- ja sairaanhoidon suhteen verrattuna niihin kansalaisiin, joiden digitaidot ja -mahdollisuudet ovat hyvät. Tämä on vastoin potilaslaissa (785/1992) säädettyjä potilaan oikeuksia. Erityisen tärkeää lähivastaanottojen lisääminen ja pysyvien hoitosuhteiden



uudelleenluominen on koronaepidemian jälkeisinä vuosina, kun pitkäaikaissairauksien hoitovelkaa ryhdytään purkamaan. On selvää, että terveydenhuollon alalla etäyhteyksin toteutettava sairauksien diagnostiikka ja hoito eivät voi laadultaan vastata potilaiden fyysisistä kohtaamista, haastattelua, havaintojen tekoa ja tutkimista.

Myös maahanmuuttajille digitaaliset palvelut ensikontaktina terveydenhuoltoon ovat osoittautuneet hankaliksi. Luottamuksellinen hoitosuhde, mitä tuskin koskaan voidaan luoda pelkästään etäkontaktissa, on edellytys oireen tai sairauden hyvälle hoidolle ja esimerkiksi koronarokotteen vastaanottamiselle.

Toisaalta lähtökohtaisesti melko terveiden henkilöiden uusien oireiden tutkimus ja hoito ei aina ole tarpeellista 7 vuorokauden kuluessa. Vakavat, äkilliset sairauskohtaukset hoitaa jo nyt maassamme hyvin toimiva ensihoitojärjestelmä. Terveyskeskustyössä on perin tuttua se, että moni oire voi korjaantua spontaanisti muutamassa vuorokaudessa, jolloin vältytään palvelujärjestelmän kuormittamiselta, turhilta tutkimuksilta ja tarpeettomilta hoidoilta. Väestötasolla tällä on suuri kansantaloudellinen merkitys, jopa myös ilmastonmuutosta torjuva vaikutus. Terveen väestönosan satunnaisten terveyshuolien osalta digitaaliset etäpalvelut ovat kannatettavia ja niiden laaja-alaisempi hyödyntäminen ja kehittäminen todennäköisesti vähentää perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan työmäärää.

Terveydenhuollossa hoidon jatkuvuuden hyödyistä on vahva tieteellinen näyttö: potilaan luottamus ja tyytyväisyys paranee, potilasturvallisuus paranee, diagnoosiin päästään sairauden varhaisessa vaiheessa, sairauksien hoitotasapaino ja ennuste paranevat, kuolleisuus vähenee, erikoissairaanhoidon tarve ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset vähenevät, lääkärin työtyytyväisyys lisääntyy (viiteluettelo). Tuoreessa norjalaisessa tutkimuksessa (Sandvik ym.) oman yleislääkärin vastaanotolle pääsy vähensi lineaarisesti väestön päivystyspalveluiden käyttöä, sairaalahoitoon joutumisen riskiä ja kuolleisuutta yli 15 vuoden seurantaan asti. Kun potilas ja lääkäri tuntevat toisensa, hoito on inhimillistä, oikea-aikaista ja laadukasta.

Kokemukset ja tieto etäpalveluiden nopeasta käyttöönnotosta

Esimerkkejä liian nopeasti käyttöön otetuista perusterveydenhuollon etäpalveluista on kertynyt koronaepidemian aikana. Monissa terveyskeskuksissa on otettu käyttöön toimintamalleja, joissa yleislääkäri saattaa tavata vain 3–4 potilasta päivässä, muutoin hän toimii muiden henkilöstöryhmien konsulttina, etävastaanotolla ja etätyössä. On jopa esitetty vaateita hoitaa 70–80 % potilaista etäyhteyksin. Ottaen huomioon terveyskeskusten valtavan, iäkkään, monisairaana ja moniongelmaisen potilasjoukon, toimintamalli ei ole hoidon laadun kannalta kestävä. Liiallinen luottamus digitalisaatioon aliarvioi väestön sairaus- ja oiretaakkaa ja terveyshuolia. Väestössä piilevien sairauksien diagnosointi, kansansairauksien ennaltaehkäisy, arkaluonteisten asioiden esille tuominen ja luottamuksellisten hoitosuhteiden luominen vaarantuu, jos lähivastaanottojen määrää terveyskeskuksissa vähennetään näin voimakkaasti.



Hallituksen esityksen perusteluissa mainitaan virheellisesti, että ”eniten kokemuksia ja näyttöä” on potilaiden segmentoinnista, yhteisestä asiakassuunnitelmasta, etävastaanotoista, sähköisistä asiointi- ja omahoitopalveluista. Pitkäaikaisnäyttöä näiden todellisesta terveyshyödyistä potilaalle ei ole verrattuna aiempiin toimintamalleihin (viiteluettelo). Lääketieteessä lyhyen ajanjakson korviketulosmuuttujia ei tulisi käyttää palvelujärjestelmän muutosehdotusten perusteena.

Terveydenhuollon henkilöstön sijoittuminen ja koulutus

Hoitotakuun tiukentaminen ennen lääkäri- ja hoitajavakanssien merkittävää lisäystä tulisi johtamaan digitaalisten etäpalveluiden käytön lisäämiseen. Suomessa lääkärit ja hoitajat koulutetaan kohtaamaan potilaat ihmisinä ja erityisesti yleislääketieteen erikoislääkärit ottamaan huomioon potilaansa elämän kokonaistilanne.

Pääasiassa etäpalveluita tarjoavissa terveyskeskuksissa monet kokeneet yleislääkärit ja hoitajat ovat siirtyneet yksityisen terveydenhuollon palvelukseen pois työstä, joka ei vastaa heidän koulutustaan ja ammatti-identiteettiään. Näissä terveyskeskuksissa nuoret lääkärit joutuvat usein työskentelemään ilman kokeneen lääkärin tukea ja ohjausta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa erikoislääkärikoulutuksesta ja yleislääketieteen erityiskoulutuksesta (56/2015, 55/2020) säädetään, että käytännön koulutus tulee suorittaa kokeneen kouluttajalääkärin ohjaamana. Yliopistojen lääketieteellisissä tiedekunnissa on jouduttu uudelleenarvioimaan perusopetuksen ja ammatillisen jatkokoulutuksen koulutus sopimuksia terveyskeskuksissa, joista puuttuu kouluttajalääkäri tai opiskelijat ja vastavalmistuneet lääkärit eivät pääse kartuttamaan kliinistä osaamistaan lähivastaanotoilla.

Kainuun soten yhtymähallitus päätti 15.12.2021 suositella 1½ vuotta sitten solmitun sopimuksen irtisanomista yrityksen kanssa, joka on tarjonnut asiantuntijapalveluita terveyskeskusten etäpalveluiden laajentamiseen liittyen. Edeltävästi Oulun yliopisto arvioi, että Kainuun terveysasemat eivät enää ole liiallisen etähoidon vuoksi sopivia harjoittelupaikkoja lääketieteen opiskelijoille (Lääkärilehti 15.11.2021).

Kiireettömän hoidon tilastotiedot

Etäkontakteihin perustuva terveyskeskusten hoitomalli saadaan tilastollisesti näyttämään nopeasti toimivalta, kun ”hoitoon” pääsy tilastoidaan samanaikaisesti hoidon tarpeen arvioinnin kanssa ja lääkärikäynniksi kirjataan etävastaanotot ja konsultaatiot. Tämä tulee ilmi esimerkiksi pääosin etäkontakteihin siirtyneiden Kainuun terveyskeskusten tilastotiedoissa. Maaliskuussa 2021 kiireettömälle lääkärin avosairaanhoidon vastaanottokäynnille yli 7 vuorokautta odottaneiden potilaiden osuus oli Kainuun hyvinvointialueella maan pienin (10 %). Vielä lokakuussa 2020 Kainuun lääkärivaje arvioitiin maan suurimmaksi Lääkäriliiton kyselytutkimuksessa. Tällainen muutos hoidon saatavuustiedoissa viestii vahvasti tilastotietojen epäluotettavuudesta.



Hoitotapahtuman määrittely

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi perusterveydenhuoltoon 7 vuorokauden määräaika järjestää kiireettömän sairaanhoidon hoitotapahtuma, joka liittyy sairastumiseen, vammaan, pitkäaikaissairauden vaikeutumiseen, uusien oireiden esilletuloon tai toimintakyvyn alenemiseen siitä lähtien, kun laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö on tehnyt potilaalle yksilöllisen arvion tutkimusten tai hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä. Käytännössä tämä voitaisiin terveystieteiden nykyisillä henkilöresursseilla toteuttaa niin, että potilaan yhteydenottoon vastaa sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja pääosin etäyhteydellä. Tällöin hänen tulisi potilaan kertomuksen perusteella tehdä yksilöllinen arvio potilaan tilanteesta ja oireisen potilaan kyseessä ollen oireen syytä eli tehdä työdiagnoosi. Maassamme sairauksien diagnostiikka on säädetty lääkärin tehtäväksi. Hoitajan koulutuksella ei kykene eikä saa diagnooseja asettaa, eivätkä terveystieteiden nykyiset resurssit riitä siihen, että potilaat pääsisivät laadukkaaseen lääkärin hoitoon 7 vuorokauden sisällä. Jos terveystieteiden saataisiin yleislääkäri jokaista tuhatta kansalaista kohti, 7 vuorokauden hoitotakuu olisi potilasturvallisesti toteutettavissa.

Lakiesitys herättää myös kysymyksiä siitä, minkälaiset hoitotapahtumat ovat 7 vuorokauden hoitoon pääsyn määräajan piirissä. Koska hoidon tarpeen arviointi joudutaan nykyisillä terveystieteiden henkilöstömäärillä toteuttamaan käytännössä etäyhteyksin, hoitotakuun piirissä olevien hoitotapahtumien määrittelyn tulisi olla yksiselitteistä eikä lisätä hoidon tarpeen arvioinnin vaikeusastetta.

Yksityisten terveystieteiden käyttö

Lakiesityksessä hyvinvointialueille säädettäisiin velvoite järjestää toimintansa siten, että joko sen omana tuotantona tai ostopalveluna on saatavilla hoitoaikoja siten, että potilailla on mahdollisuus päästä palveluiden piiriin säädetyissä määräajoissa. Kiireettömän hoidon hoitotakuun tiukentaminen 7 päivään ilman merkittävää lääkäri työvoiman lisäystä tulee johtamaan hyvinvointialueille tarpeeseen käyttää ostopalveluja yksityisestä terveydenhuollosta. Vaikka kyseessä olisi kertaluontoinen hoitokäynti, pitkäaikaissairaana tai moniongelmaisen potilaan hoidon jatkuvuus kärsisi, hoito pirstaloituisi ja sen laatu heikentyisi. Mahdollisten palvelusetelien laaja käyttöönotto lisäisi myös terveystieteiden tehtäväkenttää ja vaatisi lisähenkilökuntaa.

Erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö

Jo nyt keskussairaaloitten yhteispäivystykset ovat ylikuormittuneita, ja potilaiden vaikeutunut pääsy terveystieteiden lääkärivastaanotoille näkyy yhteispäivystysten ruuhkautumisella myös kiireettömällä potilaiden terveyshuolilla. Etäpalveluiden laaja käyttöönotto koronaepidemian aikana on ei ole ongelmaa poistanut; päinvastoin, päivystyspalvelun epätarkoituksenmukainen kysyntä on parin viime vuoden aikana entisestään lisääntynyt. Työvoimapulasta kärsivät terveystietokeskukset ovat monin paikoin rajoittaneet oman päivystyksensä virka-aikaan.

Esitys mielenterveystyöhön ja päihdetyöhön koulutetusta henkilöstöstä, joka työskentelee lääkärien työpareina.

Tällainen esitys on erinomainen ja laajennettavissa koko perusterveydenhuollon kenttään. Suomen yleislääketieteen professorit ovat ehdottaneet hoidon saatavuuden nopeuttamiseksi ja laadun parantamiseksi mallia, jossa jokaiselle suomalaiselle nimetään omalääkäri. Lääkäri-hoitaja-työpari, jolla on vastuullaan 1000–1200 kansalaista, voi työskennellä väestönsä hyväksi inhimillisesti, laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. Pysyvät, luottamukselliset hoitosuhteet mahdollistavat myös etävastaanottojen ja -palveluiden turvallisen hyödyntämisen. Terveyskeskuksista viime vuosina pois siirtyneitä, kokeneita yleislääkäreitä olisi todennäköisesti rekrytoitavissa takaisin tällaisella työmallilla. Yliopistoissa on tällä hetkellä yli 1500 lääkäriä erikoistumassa yleislääketieteeseen ja heitä valmistuu noin 150 vuosittain. Terveyskeskukset tulisi ensin tehdä houkutteleviksi työpaikoiksi potilaiden kohtaamisesta ja hoidosta aidosti kiinnostuneille ammattilaisille. Lääkäri- ja hoitajapulan korjaamisen jälkeen voidaan digitaalisia etäpalveluita ottaa käyttöön hallitusti ja tiukentaa kiirettömään hoitoon pääsyn määräaikaa. Hallituksen esityksen perusteluissa todetaankin, että esityksen toimeenpanon kannalta suurimmaksi riskiksi arvioidaan olevan henkilöstön saatavuuteen liittyvät seikat.

Pekka Hänninen

Pekka Hänninen

Lääketieteellinen tiedekunta

Turun yliopisto

Viiteluettelo hoidon jatkuvuuden hyödyistä

Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *J Gen Pract* 2020 Aug 27;70(698).

Baker R, Streakield J. What type of practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *British Journal of General Practice* 1995, 45(401), 654–659.

Bankart MJG, Baker R, Rashid A ym. Characteristics of general practices associated with numbers of emergency admissions. *Emergency Medicine Journal* 2011, 28(7), 558–563.

Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017 Feb 1;356:j84.

Byrne C, Woodside H, Landeen J ym. The importance of relationships in fostering hope. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 1994 32(9), 31–34.

Cabana MD, Lee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *Fam Pract* 2004;53(12):974-80.

Campbell SM, Hann M, Hacker J ym. Identifying predictors of high quality care in English general practice: Observational study. *BMJ* 2001, 323, 784–786.

Chen CC, Tseng CH, Cheng CH. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among newly diagnosed patients with Type-Two Diabetes Mellitus: A longitudinal analysis. *Medical Care* 2013 51, 231–237.



- Choi D, Choi S, Kim H ym. Impact of continuity of care on cardiovascular disease risk among newly diagnosed hypertension patients. *Sci Rep* 2020 Nov 17;10(1):19991.
- Christakis DA, Mell L, Koepsell TD ym. Association of lower continuity of care with greater use of emergency department use and hospitalisation in children. *Pediatrics* 2001,107(3), 524–529.
- Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000, 320, 791–794.
- De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J. Provider Continuity in Family Medicine: Does It Make a Difference for Total Health Care Costs? *Ann Fam Med* 2003;1:144-148.
- Derksen FA, Bensing J, Lagro-Jenssen P. The effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice* 2013, 63(606), e76–84.
- Drivsholm T, de Fine Olivarius N. General practitioners may diagnose type 2 diabetes mellitus at an early disease stage in patients they know well. *Family Practice* 2006, 23(2), 192–197.
- Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde O. Continuity of care is related to reduced specialist healthcare use. *British Journal of General Practice* 2013, 63(612), 361–362.
- Hoertel N, Limosin F, Leleu H. Poor longitudinal continuity of care is associated with an increased mortality rate among patients with mental disorders: Results from the French National Health Insurance Reimbursement Database. *European Psychiatry* 2014, 29(6), 358–364.
- Lings P, Evans P, Seamark D ym. The doctor–patient relationship in US primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2003, 96, 180–184.
- Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JPW ym. Continuity of Care and the Risk of Preventable Hospitalization in Older Adults. *JAMA Intern Med.* 2013 November 11; 173(20).
- Mainous AG, Baker R, Love MM ym. Continuity of care and trust in one’s physician: Evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Family Medicine* 2001, 33(1), 22–27.
- Mainous AG, Koopman RJ, Gill JM ym. Relationship Between Continuity of Care and Diabetes Control: Evidence From the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Public Health* 2004;94:66-70.
- Menec VH, Sirski M, Arrawar D, Katz A. Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *Journal of Health Service Research and Policy* 2006, 11(4), 196–201.
- Pereira Gray, D. (1979). The key to personal care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29, 666–678.
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E ym. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018,8:e021161.
- Reis HT, Clark MS, Pereira Gray DJ ym. Measuring responsiveness in the therapeutic relationship: A patient perspective. *Basic and Applied Social Psychology* 2008, 30(4), 339–348.
- Ridd M, Shaw A, Salisbury C. Two sides of the coin: The value of personal continuity to GPs; a qualitative study. *Family Practice* 2006, 23(4), 461–468.
- Romano MJ, Segal JB. The Association between continuity and over use of medical procedures. *JAMA international medicine* 2015, 175(7), 1148–1154.
- Sandvik ym. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours care. *British Journal of general Practice* 2021.
- Shin DW, Cho J, Yang HK, ym. Impact of continuity of care on mortality and healthcare costs: A Nationwide Cohort Study in Korea. *Annals of Family Medicine* 2014, 12(6), 534–541.
- Sweeney KG, Pereira Gray D. Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner – are they a vulnerable group? *British Journal of General Practice* 1995,45(392), 133–13.
- Van Walraven SC, Oake N, Jennings A, Forester AJ. The association between continuity of care and outcomes: A systematic review and critical review. *Journal of Evaluation and Clinical Practice* 2010, 16(5), 947–956.



Weiss LJ, Blustein J. Faithful Patients: The Effect of Long-Term Physician-Patient Relationships on the Costs and Use of Health Care by Older Americans. *Am J Public Health* 1996, 86(12): 1742–1747.

Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 2010, 65(4), 421–428.

Worrall G, Knight J. Continuity of care is good for elderly people with diabetes: Retrospective cohort study of mortality and hospitalization. *Canadian Family Physician* 2011, 57(1), e16–e20.