

Ohjauksen vaikutus perustason vastaanottopalveluiden saatavuuteen, jatkuvuuteen ja yhdenvertaisuuteen

Juha Auvinen, yleislääketieteen professori

Väestöterveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto

juha.auvinen@oulu.fi, 0406736344

UNIVERSITY OF OULU

Saatavuus terveydenhuollossa

Terveydenhuollon palveluiden saatavuudessa keskeisintä on etulinjaan eli omalle terveysasemalle yhteyden saaminen (oma hoitaja) ja tutun lääkärin vastaanotolle pääseminen (työyhteisössä myös muut ammattilaiset)

Erikoissairaanhoitoon kohtuullisessa ajassa pääseminen silloin kun sen tarve on

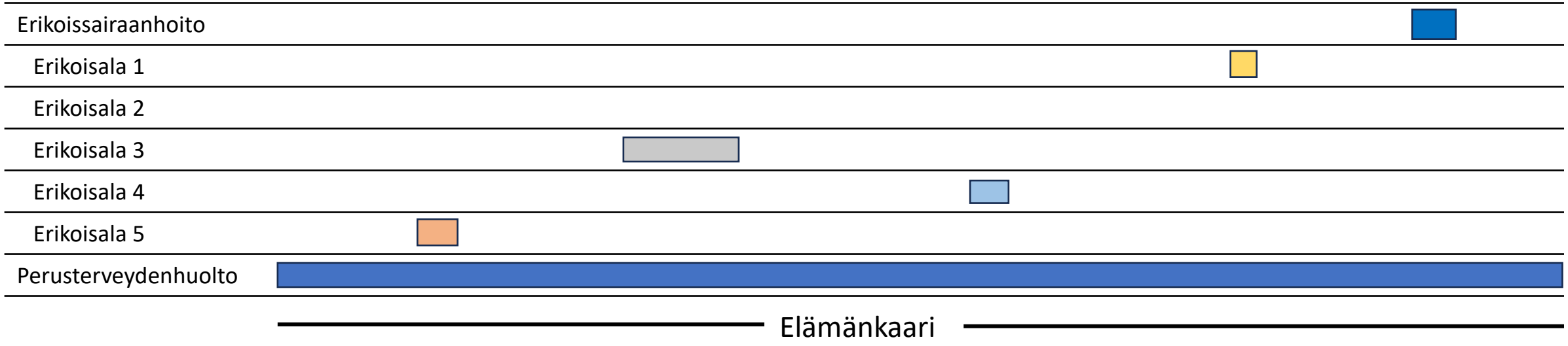
Hoitosuhde perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidossa hoitosuhde alkaa siitä kun lähete otetaan vastaan ja päättyy siihen kun epikriisi on kirjoitettu

- Vastaus kohdennettuun konsultaatioon tai hoitojakso

Perusterveydenhuollossa hoitosuhde on koko elämän mittainen

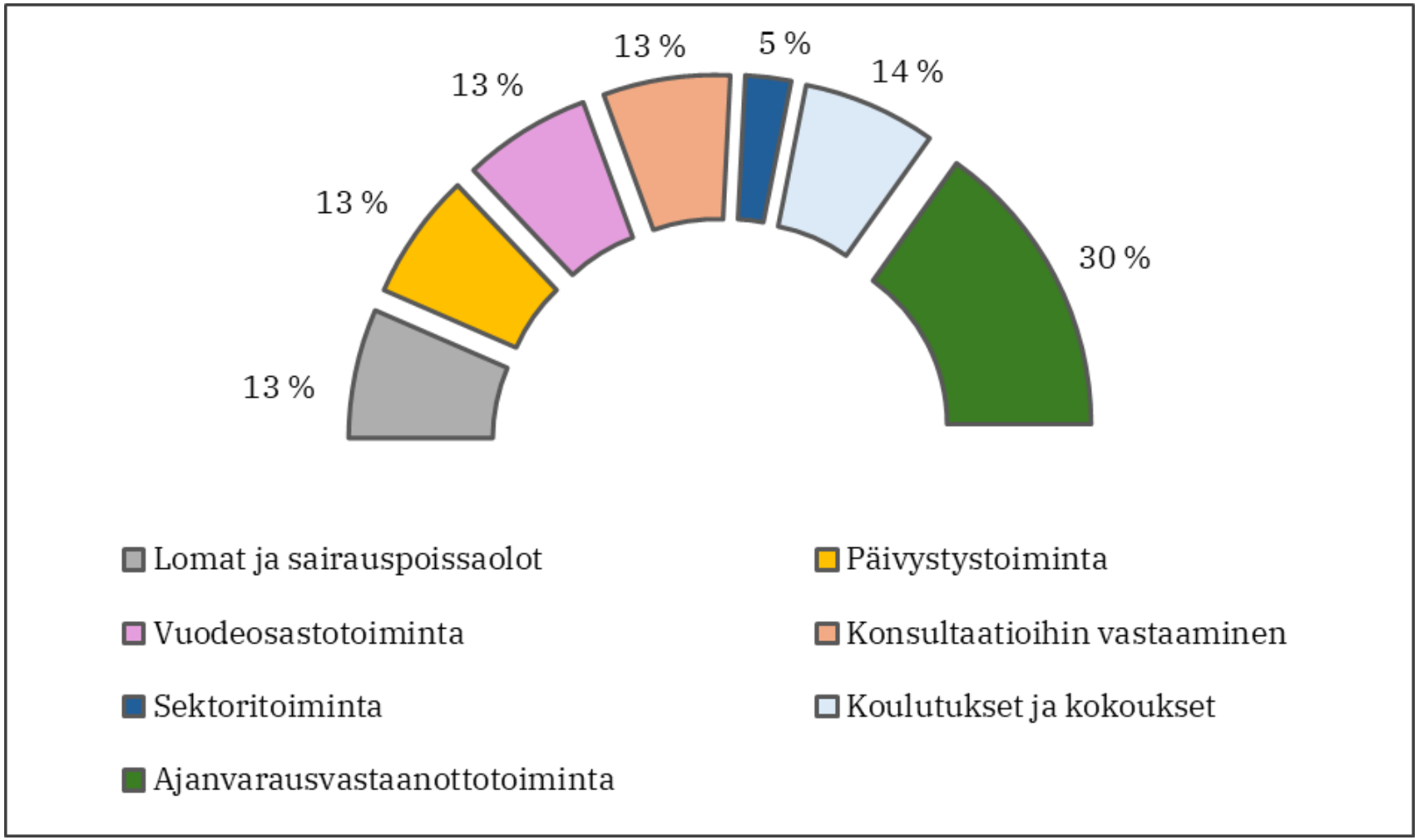
- Keskeistä on potilaan ja hänen lähiympäristönsä tuntemus, potilaskeskeisyys, kokonaisvaltaisuus, pitkäjänteisyys ja väestölähtöisyys



Kuva: Juha Auvinen

Hoidon saatavuus

Lääkärin työajan jakautuminen perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa



Waltteri Tuompo ym. julkaisematon tieteellinen käsikirjoitus, 10.10.2024

Mihin joudumme priorisoimaan terveyskeskuslääkärin työaikaa?

1. Päivystys
2. Osasto
3. Neuvolat
4. Kouluterveydenhuolto
5. Asumisyksiköt
6. Kotisairaanhoito
7. **Kiireetön vastaanotto (sis. puh ja kons)**

1. Päivystys
2. Osasto
3. Neuvolat
4. Kouluterveydenhuolto
5. Asumisyksiköt
6. Kotisairaanhoito
7. Keskitetty chat- ja etävastaanottopalvelu
8. **Kiireetön vastaanotto (sis. puh ja kons)**

Taloudellisen ohjauksen vaikutus perusterveydenhuollon lääkärivastaanottomääriin

	Lääkärimäärä	Lääkärimäärän muutos	Lääkäri-vo määrä	Työnantajakustannuksen muutos
Nykytilan pth lääkäriresurssi	3749	0	2,57 milj	0
121 milj € leikkaus pth hoitotakuusta	n. 3200	n. -571 (-15%)	n. 1,50 milj **(-33%)**	n. -60 milj €
Lääkärivajeen korjaaminen (325 lääkäriä)	4074	+325 (+9%)	3,11 milj (+21%)	+35,6 milj €
+ 226 lääkäri-htv (HE hoitotakuu 14 vrk 2023 mennessä)	4300	+551 (15%)	3,48 milj (+35%)	+60,3 milj €
+ 672 lääkäri-htv (HE hoitotakuu 7 vrk 2026 mennessä)	4746	+997 (+27%)	4,21 milj (+64%)	+109,2 milj €
Yksi lääkäri-htv per 1200 asukasta	5196	+1447 (+39%)	4,96 milj (+93%)	**+158,5 milj €**

Waltteri Tuompo ym. julkaisematon tieteellinen käsikirjoitus, 10.10.2024

Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuusmalli

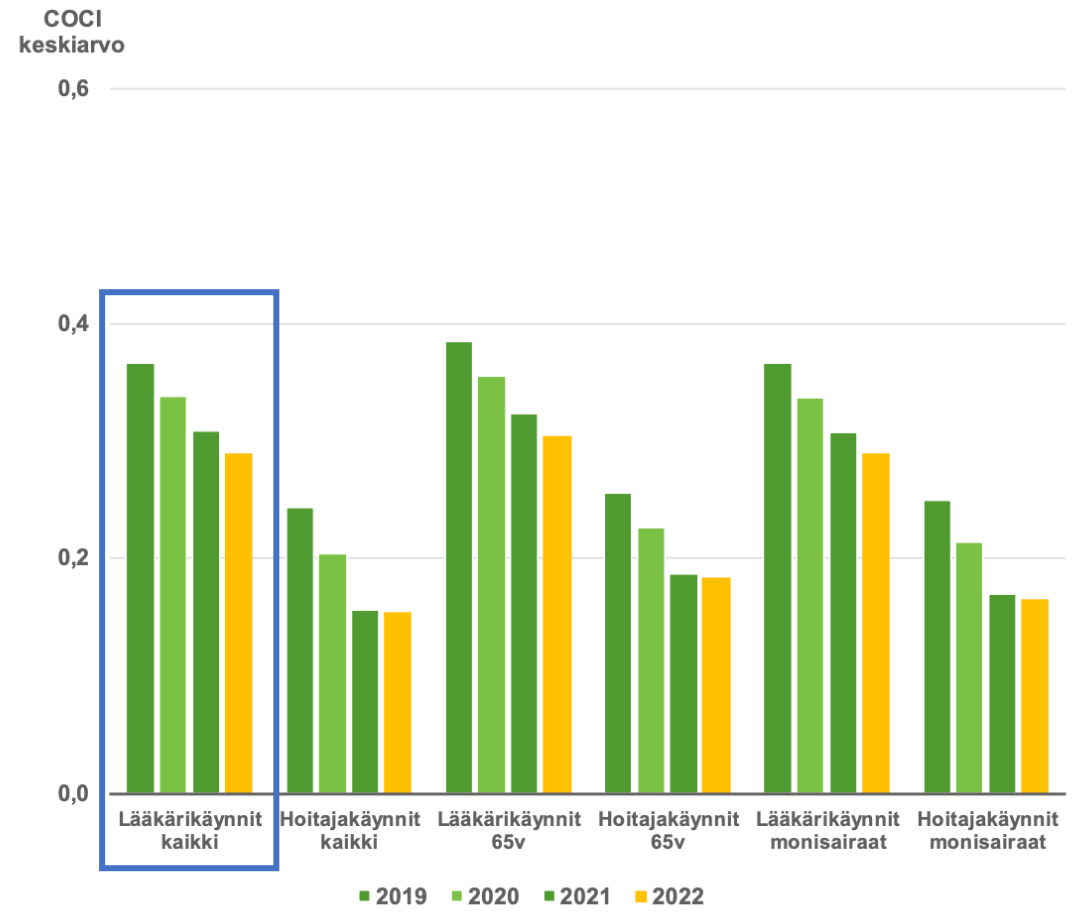
Keskeisenä elementtinä on potilaan ja lääkärin ja potilaan ja hoitajan välisen hoitosuhteen jatkuvuus, jossa tukena on tarvittaessa moniammatillisen työyhteisön muita jäseniä (mielenterveyshoitaja, fysioterapeutti, psykologi, myös suoravastaanottoa)



STM:n Omalääkäri 2.0 - Hoidon jatkuvuusmalli -selvitys (https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/164291)

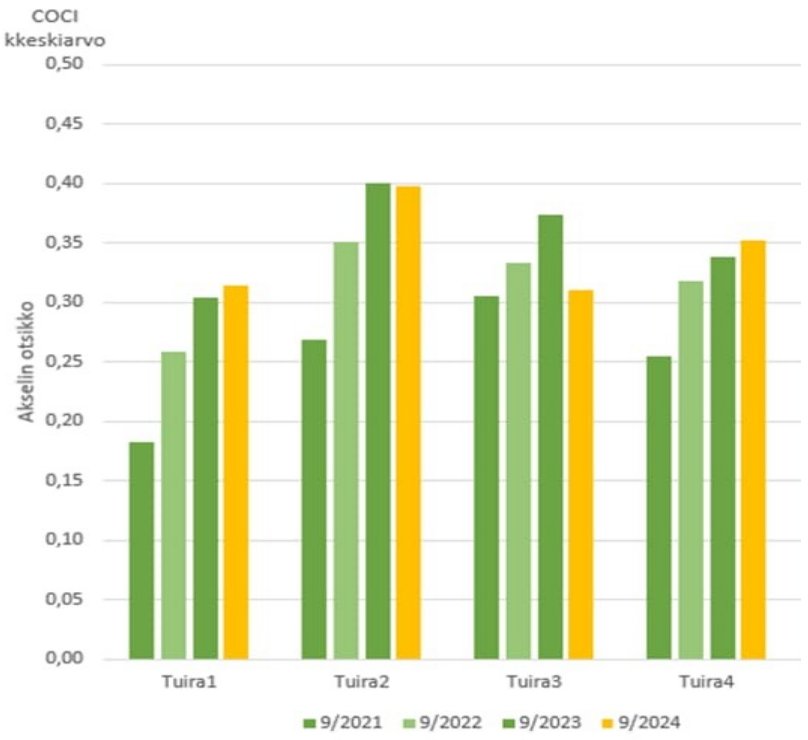
Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on käännettävissä nousuun tavanomaisella Suomen terveysasemalla (2v COC-indeksi)

Kuvio 1. Hoidon jatkuvuus eri ammatti- ja asiakasryhmissä vuosina 2019–2022 koko maassa.



Hoidon jatkuvuus lääkäreillä Pohteen tuiran ta:lla syyskuusta 2021 syyskuuhun 2024

ESH-lähetteet -7 %
Päivystyslähetteet -11 %



THL:n tilastoraportti hoitosuhteen jatkuvuudesta 2019-2022
(https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023042739029)

Kuva: Janne Mäkelä, ayl, Tuiran ta, Pohde

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden teoreettinen matemaattinen mallinnus

- Jakamalla potilaat omalääkäreille saavutetaan potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudessa n. 0.6-0.8 taso (COC-indeksi)
- Jakamalla potilaat 3-5 lääkärin tiimeille saavutetaan potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudessa n. 0.25-0.27 taso (COC-indeksi)

- Tieteellistä näyttöä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden vertailusta potilas-tiimisuhteen jatkuvuuteen ei ole (julkaisematon systemaattinen kirjallisuuskatsaus, 6/2022)

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden vahvan tieteellisen näytön perusteella väestön jakamista omalääkäreille ei ole perusteita jättää tekemättä Suomessa

Yhdenvertaisuus, monikanavaisuus ja lääkärityövoiman saatavuus

Suomen perustason terveydenhuollossa on riittävästi lääkäreitä – ongelmana on monikanavaisuus ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden vähyys

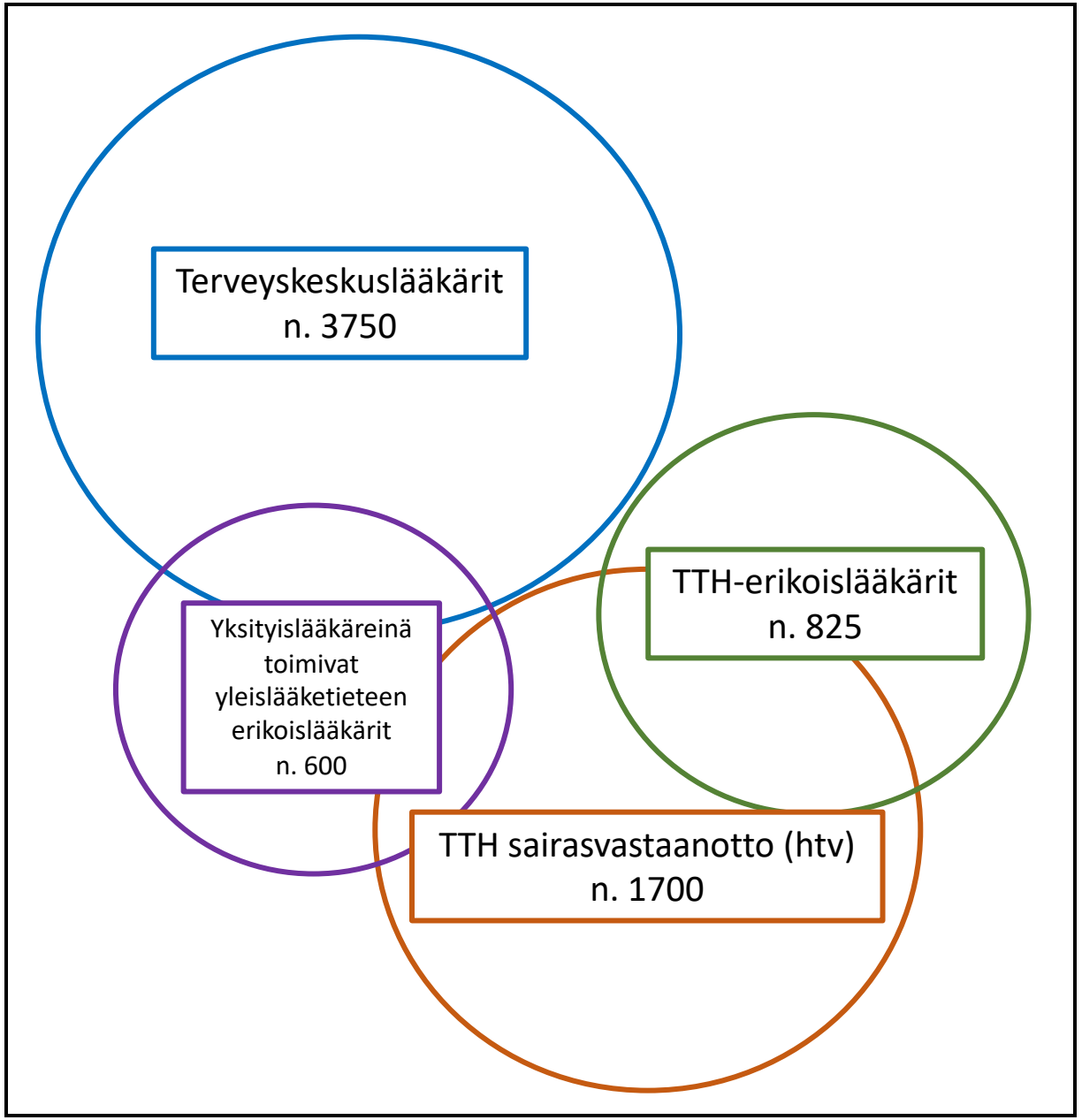
- Terveyskeskuslääkäreiden määrä n. 3750 [1]
  - Yleislääketieteen erikoislääkäreitä n. 1200
  - Loput 1) yleislääketieteen erikoistuvia lääkäreitä, 2) kokeneita ei-erikoistuneita lääkäreitä, 3) YEK-koulutusvaiheen lääkäreitä tai 4) muiden kuin yleislääketieteen 9kk terveyskeskusjaksoa suorittavia
- Yksityislääkäreinä toimivia yleislääketieteen erikoislääkäreitä n. 600 [1]
- *Arvioitu ei-lakisääteisen työterveyshuollon eli työterveyshuollon sairaanhoidon lääkärien henkilötyövuosien määrä oli aineiston perusteella n. 1647–1783* [2]
- Työterveyshuollon erikoislääkäreitä n. 825

[1] https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/tutkimus/laakarityovoima/

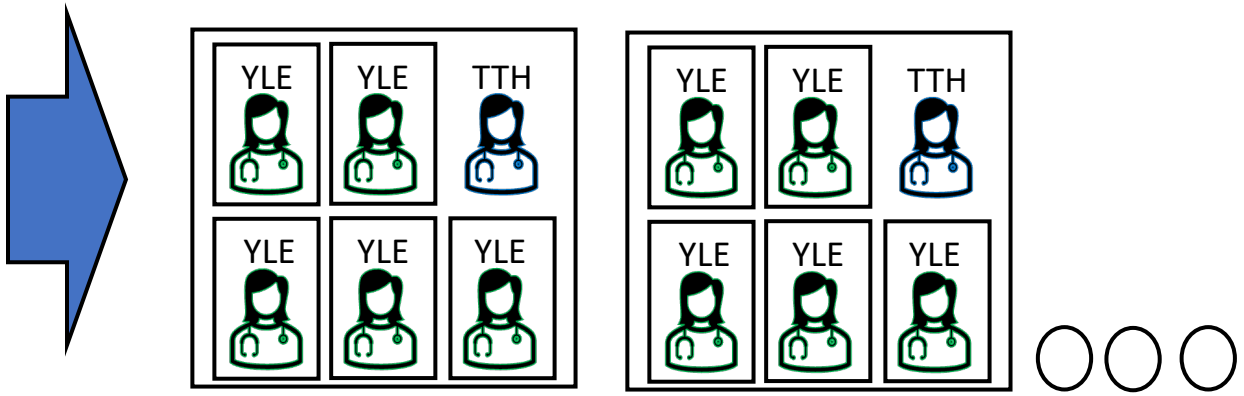
[2] https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146227/TYÖ2023_008_Työterveyshuollon%20sairaanhoitopalvelut_s_korjattu%20150323.pdf?sequence=4&isAllowed=y

[3] https://www.erikoisalani.fi/tulokset/49

Yhtenäinen perusterveydenhuolto?







- ✓ Väestön koko alle 1200 per omalääkäri – asukas valitsee omalääkärin
- ✓ Työterveyshuollon palvelut työssäkäyville integroituen omalääkärimalliin
- ✓ Integroitu perustason terveydenhuolto ja työterveyshuolto
- ✓ Omalääkäri ei vaihdu kun työnantaja vaihtuu tai lääkäri jää eläkkeelle
- ✓ Malli takaa automaattisesti potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden
- ✓ Lääkäreillä on vahva porkkana hoitaa väestönosansa/listansa preventio, diagnostiikka ja hoito mahdollisimman hyvin
- ✓ Yhdenvertaisuus palveluiden saatavuuden ja jatkuvuuden suhteen

Lyhyen ja pitkän aikavälin toimenpiteet

- Lyhyellä aikavälillä (1-2 vuoden aikana)
  - Hoidon jatkuvuuden parantaminen Hoidon jatkuvuusmallin käyttöötolla
  - Mahdollista valtaosalla Suomen terveysasemista
- Pitkän aikavälin tavoitteena (2030)
  - Jokaisella suomalaisella on omalääkäri ja omahoitaja, jolle pääsee
  - Väestön koko max 1200 per omalääkäri/omahoitaja -työpari
  - Yhdenvertainen perustason vastaanottopalveluiden saatavuus ja jatkuvuus (kuten valtaosassa muista Euroopan maista jo on, poislukien Suomi ja Ruotsi)

Kela-korvausmalli ja korvauksiin suunnattavan rahoituksen kasvattaminen

- Perustason lääkäripalveluihin käytettävän rahan suuntaaminen Kelan kautta yksityislääkärikäyntien korvauksiin kasvattaa etisestään monikanavaisuutta ja epäyhdenvertaisuutta
- Potilas-lääkärisuhteiden jatkuvuuden pirstoituminen
- Erikoissairaanhoidon kuormituksen kasvu

Uusi malli (9.10.2024) – plussat ja miinukset

+ Käyntimaksu potilaalle sama, hintakatto, ei toimisto-/palvelumaksuja
+ Omalääkärimallien selvittäminen ja rakentaminen
- Yli 65v käyntien pirstoitumisen riski (paljon monisairastavuutta, potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus erityisen tärkeää) → erikoissairaanhoidon kuormituksen kasvu?

Pikaisesti tarvittavat toimenpiteet

- Listapohjaisen omalääkärimallin pilotointi Kela-rahoituksella (LUVN:n hoidon jatkuvuuuden ammatinharjoittajamalli JA Kelan omalääkärimalli (1980-1990-luvun malli)
- Tulosten validi analysointi ja johtopäätösten tekeminen ennen kauden loppua

Monisairastavuuden lisääntyminen iän myötä

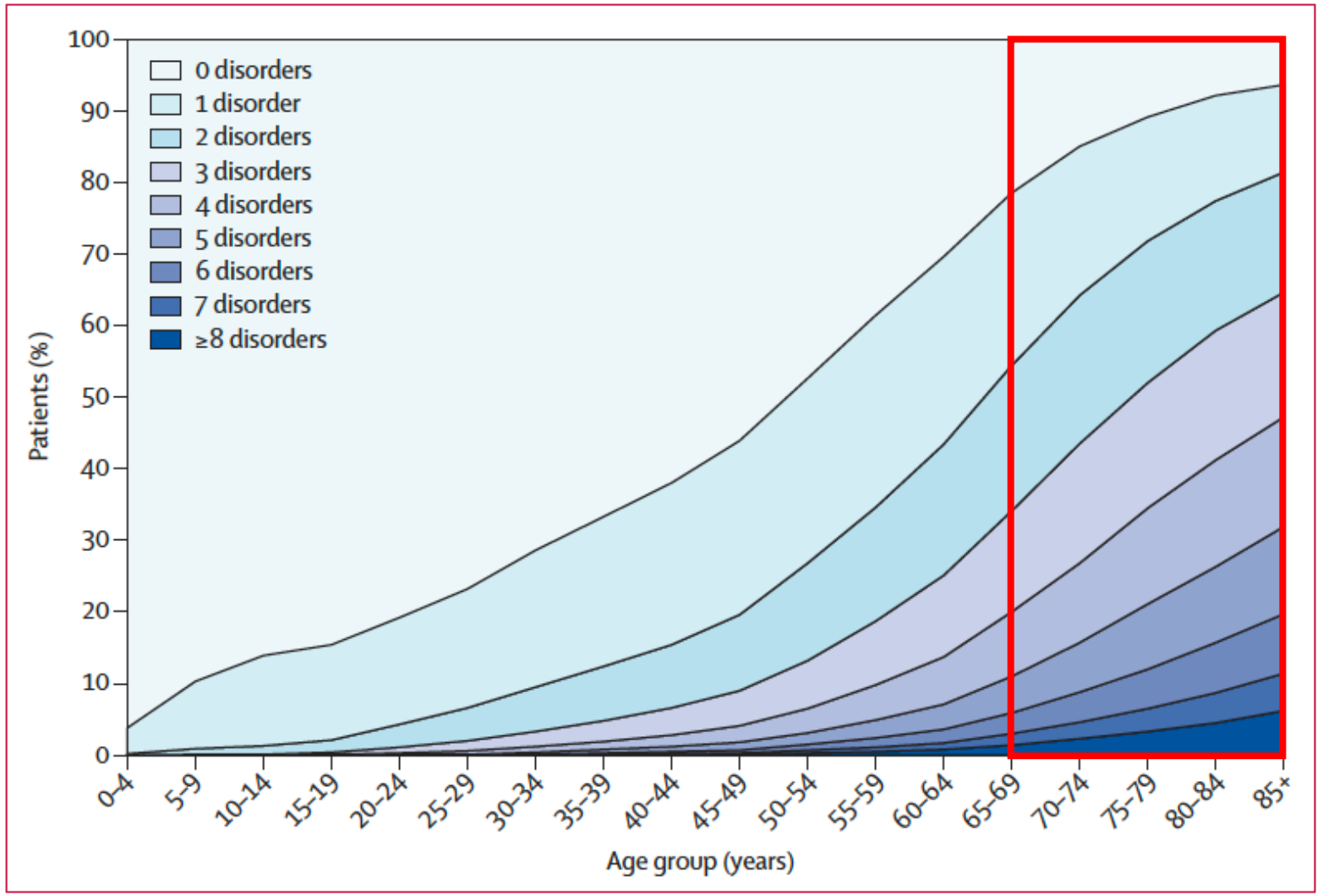


Figure 1: **Number of chronic disorders by age-group**

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012 Jul 7;380(9836):37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2. Epub 2012 May 10. PMID: 22579043.

Mitä muuta Oulun yliopiston yleislääketieteen tutkimusryhmässä on työn alla

- Matemaattinen mallintaminen perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan saatavuudesta ja jatkuvuudesta
- Hoidon jatkuvuusmallin tulosten analysointi ja raportointi
- Millainen potilas-lääkäri- ja potilas-hoitajasuhteen jatkuvuuteen tähtäävä toimintamalli (ja lääkäriresurssi) on käytössä kullakin Suomen terveysasemalla?
- Miten yleislääkärin työnkuva ja vastaanottotoiminta eroavat Pohjoismaiden välillä?
- Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan yhdenvertaisuuteen, saatavuuteen ja jatkuvuuteen liittyvän lainsäädännön erot Suomen, Norjan ja Tanskan välillä ja muutosten vaikutukset