Suomen Geriatrit ry:n lausunto koskien Sosiaali- ja Terveysministeriön esittämää lakimuutosta kohotettujen kelakorvausten avulla toteutettavasta yli 65-vuotiaiden valinnanvapauskokeilusta

Kiitos saamastamme mahdollisuudesta lakiesityksen kommentointiin.

Iäkkäät ovat ikäryhmä, jolla on kaikkein eniten parantumattomia, eteneviä ja päällekkäisiä sairauksia sekä säännöllisessä käytössä olevia lääkkeitä. Erilaisten liikunta-, kognitio- ja aistirajoitteiden takia heillä on myös eniten vaikeuksia hakeutua terveyspalveluihin ja sisäistää siellä annettua informaatiota. Vaikka kaikki yli 65-vuotiaat eivät ole monisairaita, niin eniten terveyspalveluita käyttävät ovat juuri heitä.

Vahvan kansainvälisen näytön perusteella iäkkäät hyötyvät eniten hoidon jatkuvuudesta ja moniammatillisesta geriatrisesta osaamisesta, joihin kokeilussa esitetyt yksittäiset yleislääkärin yksityislääkärikäynnit eivät vastaa. Kokeiluun kuuluva hintakatto ohjaa palveluntarjoajaa tarjoamaan lyhyitä vastaanottokäyntejä, jotka iäkkäille ovat usein riittämättömiä. Samasta syystä palveluiden tarjoajiksi ohjautuisi todennäköisesti kaikkein kokemattomimpia lääkäreitä, sillä jo nyt osa yksityislääkäreistä kieltäytyy ottamasta vastaan esim. maksusitoumuksella vastaanotolleen hakeutuvia potilaita. Kokemattoman lääkärin ohjautuminen hoitamaan iäkkäiden potilaiden monimutkaisia ongelmia olisi ongelma myös lääkärille itselleen; yksityisellä palveluntarjoajalla ei ole julkisen terveydenhuollon kaltaista insentiiviä tarjota nuorille lääkäreilleen tarvittavaa konsultaatioapua tai koulutusta.

Lääkärin vastaanotto ilman terveydenhuollon ammattilaisen tarvearviota johtaisi todennäköisesti myös tarpeettomiin lääkärikäynteihin. Julkisessa terveydenhuollossa iso osa lääkärin vastaanotolle hakeutuvista asiakkaista ohjataan lääkärin sijasta sairaanhoitajalle tai etävastaanotolle. Lisäksi asiakkaan kokema terveysongelma saattaa kiireettömäksi arvioidun vastaanottokäynnin odotusaikana kokonaan väistyä.

Yksityiset lääkäriasemat saavat tunnetusti parhaan katteensa laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista. Iäkkäät tarvitsevat niitä kaikkein eniten, ja lisäksi he tarvitsevat myös erilaisia kliinisen fysiologian tutkimuksia (EKG, holter-tutkimus, verenpaineen pitkäaikaisrekisteröinti, spirometria, ym) selvästi muuta väestöä useammin. Asiakas itse ei osaa arvioida näiden tutkimusten tarvetta ja vaarana on, että julkisessa keskustelussa esitetyn terveyskeskusmaksun sijasta hän saa käynnistään moninkertaisen laskun, tai vaihtoehtoisesti päätyy kieltäytymään itselleen tarpeellisista mutta kalliiksi kokemistaan tutkimuksista, tai hänet ohjataan niitä varten omaan terveyskeskukseen, jossa hän maksaa uuden käyntimaksun. Kattohinnoin varustettu, kokeiluun otettava, rajallinen tutkimusvalikko vastaa huonosti iäkkään potilaan moninaisiin tarpeisiin, ja jo sellaisenaan nostaa merkittävästi vastaanottokäynnin hintaa. Jo pelkästään iän tuomat fysiologiset muutokset, kuten munuaistoiminnan hidas mutta vääjäämätön hiipuminen, edellyttävät itsensä hyväkuntoiseksikin kokevalta ja harvoin terveyspalveluita käyttävältä iäkkäältä joskus verikokeita, joita uuden lääkemääräyksen myötä joudutaan jopa säännöllisesti toistamaan.

Yksityinen yleislääkärikäynti vastaa rajallisesti erityisesti kaikkein iäkkäimpien palvelutarpeeseen. Julkisen terveydenhuollon hoidettavaksi jäisi kokeilun aikanakin mm. kaikki iäkkäiden palvelutarpeen arvioinnit, tarvittavien apuvälineiden maksusitoumukset ja jakelu (vaipat, rollaattorit, sokerimittarit, suihkutuolit, jne), sekä kotiin tuotavat palvelut, kuten kotihoidon käynnit, lääkejako, rokotukset ja näytteiden otto.

Iäkkäälle tyypillisiä terveysongelmia ovat mm. tasapainovaikeudet, painon lasku ja – todellinen tai kuviteltu – muistivaikeus. Niiden selvittelyyn ei riitä yksittäinen yleislääkärikäynti, vaan mukaan tarvitaan esim. muistihoitajaa, fysioterapeuttia, toimintaterapeuttia, ravitsemusterapeuttia ja/tai sosiaalityöntekijää, joiden palvelut voidaan julkisessa terveydenhuollossa järjestää potilaalle merkittävästi huokeammin ja usein myös yksityistä palveluntarjoajaa tehokkaammin.

Yksityislääkäripalveluita on tarjolla eniten suurissa kaupungeissa, joissa perusterveydenhuollon ongelmat ja mm. lääkäripula ovat syrjäseutuja vähäisempiä. Kokeilu palvelisi huonosti erityisesti syrjäseutujen iäkkäitä, lisäten heidän eriarvoisuuttaan tilanteessa, jossa hyvinvointialueet ovat keskittyneet omien alueidensa eriarvoisuuden vähentämiseen

Iäkkäiden vastaanottokäynneiltä haetaan toistuvasti iäkkäälle kuuluvia etuisuuksia ja kirjoitetaan heille tärkeitä lausuntoja. Eläkkeensaajan hoitotuki, ajoterveyslausunto, lääkekorvauslausunto, sekä edunvalvonta- ja oikeustoimikelpoisuuslausunnot edellyttävät aina kattavia esitietoja, joita yksityisvastaanotoilla ei yleensä ole, eikä nykymuotoinen kanta-arkisto ja reseptikeskus palvele näissä riittävästi.

Kun julkisen terveydenhoidon ja yksityisen palveluntarjoajan tietojärjestelmät eivät kohtaa, on ilmeisenä vaarana päällekkäiset tutkimukset ja niiden myötä tuleva kustannusten kasvu. Iäkkäiden potilaiden kohdalla aiempien hoitotietojen tärkeys korostuu, ja riskinä on nopeasti myös terveyttä vaarantavat tietokatkokset. Jokainen geriatri lienee törmännyt tilanteeseen, jossa esim. pitkäaikaishoidossa olevan iäkkään omainen on tuskastunut läheisensä terveydentilan hitaaseen heikkenemiseen ja vienyt hänet yksityislääkärin arvioon. Kun käynnillä ei ole mukana tarvittavia esitietoja eikä edes voimassa olevaa lääkelistaa, on yksityisvastaanotolla tehdyt ratkaisut paljastuneet usein jopa vahingollisiksi ja valitut lääkkeet iäkkäälle sopimattomiksi.

Lopuksi: Kokeilun ajankohta on huonosti harkittu. Tuore sote-uudistus on käynnistänyt kaikilla hyvinvointialueilla mittavan palvelujärjestelmän kehitystyön, joka on edelleen kesken. Järjestelmää eniten kuormittaviin palveluihin on rakennettu toimintaa tehostavia palveluketjuja, joita lakimuutosesityksen tuottamat yksittäiset ja irralliset yleislääkärikäynnit ovat vaarassa rikkoa. Erityisen ongelmalliseksi arvioimme sen, että jo aiemmin päätetyn omalääkäriohjelman rinnalle STM suunnittelee kokonaan uutta, iäkkäiden palveluita täysin eri suuntaan vievää kokeilua, joka – paitsi hämmentäisi potilasta – vaikeuttaisi myös molemmista toimintamalleista myöhemmin saatavien tulosten arviointia.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat merkittävä valtion menoerä, ja sen kasvuun on väestön ikääntyessä syytä varautua. Verorahoista saatavan terveyshyödyn pitäisi olla sekä potilaalle että yhteiskunnalle mahdollisimman suuri. Näkemyksemme on, että nykysuunnitelman mukaisessa yli 65-vuotiaille suunnatussa yksityislääkärikokeilussa tämä tavoite ei toteudu.

Suomen Geriatrit ry kannattaa vahvasti jo aiemmin sovitun omalääkäriohjelman kehittämistä. Mikäli iäkkäälle väestönosalle halutaan järjestää kohotetuin kela-korvauksin tuotettuja terveyspalveluita, pitäisi lakimuutoksen ohjata palveluntarjoajaa tuottamaan yksittäisten yleislääkärikäyntien sijasta omalääkäritoimintaa, jossa palvelun tarjoaja velvoitettaisiin ottamaan verorahoin vastaanotolleen hakeutuvasta iäkkäästä potilaasta kokonaisvastuu.

Jouko Laurila LT
Geriatrian professori (emeritus)
Suomen geriatrit ry puheenjohtaja