



Hoidon jatkuvuusmalli

Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17

Hoidon jatkuvuusmalli

Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti

Pasi Eskola, Walteri Tuompo, Marianne Riekkö,
Markku Timonen, Juha Auvinen

Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 2022

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Julkaisumyynti

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston
verkkokirjakauppa**

Statsrådets
nätbokhandel

vnjulkaisumyynti.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö

This publication is copyrighted. You may download, display and print it for Your own personal use. Commercial use is prohibited.

ISBN pdf: 978-952-00-9884-1

ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Helsinki 2022

Hoidon jatkuvuusmalli Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

Tekijä/t Pasi Eskola, Walteri Tuompo, Marianne Rieki, Markku Timonen, Juha Auvinen

Kieli suomi **Sivumäärä** 125

Tiivistelmä Vahva tieteellinen näyttö osoittaa, että saman yleislääkärin hoitaessa potilasta a) hoidon laatu paranee, b) sairastuvuus ja kuolleisuus vähenevät merkittävästi, c) terveydenhuollon palveluiden kokonaistarve ja -kustannukset pienenevät ja d) potilastyytyväisyys paranee. Suomen aikaisemmat omalääkärimallit ovat kariutuneet työn hallitsemattomuuteen, mikä on aiheutunut rakenteellisesta perusterveydenhuollon heikosta resursoinnista, liian suurista vastuuväestöistä ja työsuojamusten työajattomuudesta.

Suomen perusterveydenhuolto on hoidon jatkumattomuuden ja aliresursoinnin vuoksi kriisissä, joka on heijastunut muiden terveydenhuollon sektoreiden kasvavina kustannuksina ja ongelmina. Kriisin ratkaisuna on terveydenhuollon resurssien allokaation korjaaminen lisäämällä perusterveydenhuoltoon huomattavasti lääkäri- ja hoitajavakansseja sekä hoitosuhteiden jatkuvuuden varmistaminen. Potilaan oikeutta omaan lääkäriin ja hoitajaan tulee vahvistaa muuttamalla lainsäädäntöä.

Selvityksessä kuvataan hoidon jatkuvuusmalli, jonka keskeisenä elementtinä on potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus, jossa potilaan hoidon tukena on omahoitaja ja tarvittaessa moniammatillisen tiimin muita jäseniä. Hoidon jatkuvuusmallilla tuetaan parhaiten meneillään olevan sote-uudistuksen tavoitteiden - kuten kustannusten nousun hillitseminen ja yhdenvertaisuuden paraneminen – saavuttamista terveydenhuollossa. Sote-järjestelmästä tulee kokonaistaloudellisesti edullisempi nyt esitetyn, alkuinvestointeja vaativan, strategisen muutoksen myötä.

Asiasanat hoidon jatkuvuus, hoidon saatavuus, hoitotakuu, perusterveydenhuolto, hoitosuhde, omalääkäri, omahoitaja, potilas-lääkärisuhde, ammattien välinen yhteistyö, työhyvinvointi, johtaminen, lainsäädäntö, hoidon laatu, sairastuvuus, kuolleisuus, potilastyytyväisyys, kokonaiskustannukset, yhdenvertaisuus

ISBN PDF 978-952-00-9884-1

ISSN PDF 2242-0037

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>

Modell för kontinuiteten i vården

Slutrapport om utredningen Husläkare 2.0

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:17

Utgivare	Social- och hälsovårdsministeriet		
Författare	Pasi Eskola, Waltteri Tuompo, Marianne Rieki, Markku Timonen, Juha Auvinen		
Språk	finska	Sidantal	125
Referat	<p>Den vetenskapliga evidensen visar tydligt att när patienten vårdas av en och samma allmänläkare a) förbättras vårdens kvalitet, b) minskar morbiditeten och mortaliteten avsevärt, c) minskar behovet av hälso- och sjukvårdstjänster som helhet och de totala kostnaderna för tjänsterna, och d) ökar patienttillfredställelsen. De husläkarmodeller som använts i Finland förut har misslyckats därför att arbetet blivit ohanterligt, vilket i sin tur berott på att resurseringen av primärvården är strukturellt svag, att den befolkningsmängd som man ansvarar för är för stor och att det finns arbetsavtal utan arbetstider.</p> <p>På grund av bristen på kontinuitet i vården och på resurser är Finlands primärvård nu i en kris som visar sig som ökande kostnader och problem också inom övriga sektorer inom hälso- och sjukvården. Krisen kan lösas genom att korrigera resursallokeringen inom hälso- och sjukvården så, att antalet tjänster för läkare och övrig vårdpersonal inom primärvården ökar betydligt och genom att säkerställa kontinuiteten i vårdrelationerna. Patientens rätt till en egen läkare och egen sjukskötare ska stärkas genom en ändring av lagstiftningen.</p> <p>I den modell för kontinuiteten i vården som beskrivs i utredningen är det centrala elementet kontinuiteten i vårdrelationen mellan patienten och läkaren. Patienten ska dessutom få stöd av en egen sjukskötare, och vid behov också stöd av ett multiprofessionellt team med andra experter. Kontinuitetsmodellen är det bästa sättet för hälso- och sjukvården att uppnå de mål för den pågående social- och hälsovårdsreformen som gäller att dämpa kostnadsökningen och främja likabehandling. I och med den strategiska ändring som nu föreslås kommer hälso- och sjukvårdssystemet totalekonomiskt sett att bli förmånligare även om det krävs investeringar i inledningsskedet.</p>		
Nyckelord	kontinuiteten i vården, tillgång till vård, vårdgaranti, primärvård, vårdrelation, husläkare, egen sjukskötare, läkare-patientrelation, multiprofessionellt samarbete, hälsa och välbefinnande i arbetet, ledning, lagstiftning, vårdkvalitet, morbiditet, mortalitet, patienttillfredställelse, totala kostnader, likvärdighet		
ISBN PDF	978-952-00-9884-1	ISSN PDF	2242-0037
URN-adress	https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1		

System for continuity of care Final report of the Personal Doctor 2.0 survey

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2022:17

Publisher Ministry of Social Affairs and Health

Author(s) Pasi Eskola, Waltteri Tuompo, Marianne Riekkö, Markku Timonen, Juha Auvinen

Language Finnish **Pages** 125

Abstract Strong scientific evidence shows that when a patient is attended by the same general practitioner it a) improves the quality of care, b) decreases significantly morbidity and mortality, c) reduces overall need for healthcare services and their costs, and d) improves patient satisfaction. Earlier personal doctor schemes in Finland have fallen through because of uncontrollable workload, which has been caused by structurally inadequate resources in primary healthcare, oversized catchment areas and employment contracts that have no specified working time.

The Finnish primary healthcare system is in crisis because of discontinuous care and inadequate staffing levels, and this is reflected as rising costs and problems in other healthcare services. The crisis can be resolved by fixing the problems in the allocation of personnel resources by increasing the number of doctors and nurses in primary healthcare and by ensuring the continuity of patient care relationships. Patients' right to see their personal doctor or named nurse must be strengthened by amending the legislation.

The report describes a system for continuity of care where the key element is to ensure the continuity of the patient-doctor relationship, assisted by a named nurse and where necessary by other members of the multiprofessional team. The continuity of care system would help the ongoing health and social services reform to achieve its objectives of curbing the rise in costs and of improving equality in healthcare. This proposed strategic change, which would require initial investment, would make the healthcare and social welfare system more economical.

Keywords continuity of care, access to care, maximum waiting times for access to care, primary healthcare, patient care relationship, personal doctor, named nurse, patient-doctor relationship, cooperation between professions, wellbeing at work, management, legislation, quality of care, morbidity, mortality, patient satisfaction, total costs, equality

ISBN PDF 978-952-00-9884-1

ISSN PDF 2242-0037

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>

Sisältö

1	Selvityksen tavoitteet	11
1.1	Selvityksen toteutus ja menetelmät.....	11
1.2	Selvityksen keskeisten käsitteiden määrittely	12
1.2.1	Yleislääketieteen ja yleislääketieteen erikoislääkärin määritelmä	12
1.2.2	Moniammatillisuuden ja tiimityön määritelmä	14
1.2.3	Hoidon jatkuvuuden määritelmä	15
1.2.4	Hoidon saatavuuden määritelmä	18
1.2.5	Hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden suhde.....	19
2	Perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan kehittyminen Suomessa	20
2.1	Piirilääkärien ja kunnanlääkärien aika	20
2.2	Sairausvakuutuslain ja kansanterveyslain säätäminen	20
2.2.1	1970-luku.....	21
2.2.2	Tärkeimpiä rakennemuutoksia 1970-luvulla	23
2.2.3	1980-luku.....	24
2.3	Omalääkärikokeilut 1985-1993.....	26
2.3.1	Alkuvaihetta	26
2.3.2	Omalääkärikokeilut ja väestövastuisen terveydenhuollon kokeilut	26
2.3.3	Omalääkäri- ja väestövastuukokeilujen tavoitteet	28
2.3.4	Omalääkäri- ja väestövastuukokeilujen tulokset.....	28
2.4	Väestövastuisen toiminnan kehittyminen 1990-luvulla	33
2.4.1	1990-luvun rakennemuutokset	34
2.5	Uusi vuosituhat ja väestövastuisen toiminnan hiipuminen	36
2.5.1	2000-luku.....	36
2.5.2	2010-luku.....	42
2.6	Yhteenveto vastaanottoiminnan kehittymisen historiasta.....	45
3	Tieteellinen näyttö hoidon jatkuvuudesta	48
3.1	Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät.....	48

3.2	Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden vaikutukset.....	49
3.2.1	Terveysthuollon kokonaiskustannukset.....	49
3.2.2	Kuolleisuus	49
3.2.3	Potilastyytyväisyys ja luottamus	50
3.2.4	Sairauksien diagnosointi, hoitotasapaino, hoitoon sitoutuminen ja hoitotulokset.....	51
3.2.5	Terveyspalveluiden käyttö	52
3.3	Terveys- ja hoitosuunnitelman vaikutukset	53
3.4	Potilas-hoitajasuhteen jatkuvuus ja lääkäri-hoitaja -työparimalli	54
3.5	Voiko potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta korvata tiimityöllä?	56
3.6	Etävastaanotto ja hoidon jatkuvuus.....	56
3.7	Yhteenveto tieteellisestä näytöstä ja soveltaminen Suomeen	58
4	Perusterveydenhuollon nykytila Suomessa	60
4.1	Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä	60
4.2	Perusterveydenhuollon toiminnallinen nykytila.....	62
4.2.1	Perusterveydenhuolto on pitkäaikaisessa häiriötilassa	62
4.2.2	Perusterveydenhuollon toiminnan luonne on erityinen	65
4.2.3	Työnohjaus perusterveydenhuollossa	66
4.2.4	Mielenterveyspotilaiden hoitaminen perusterveydenhuollossa.....	68
4.2.5	Perusterveydenhuollon toiminnan mittaaminen.....	70
4.2.6	Perusterveydenhuollossa nykyisin käytössä olevat toimintamallit.....	73
4.3	Ihmisyhmien väliset erot terveydessä ja palvelujen käytössä ovat suuria.....	78
4.4	Sote-järjestelmän kehittämisen nykyiset tavoitteet.....	79
4.4.1	Sote-rakenneuudistus.....	80
4.4.2	Perusterveydenhuollon hoitotakuun kiristäminen	81
4.5	Hoitosuhteen jatkuvuuden kehitys viime vuosina.....	82
4.5.1	Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden nykytila on huono	82
5	Perusterveydenhuollon potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus ja moniammatillisuus muissa Pohjoismaissa	85
6	Selvityksen päätulosten yhteenveto.....	86

7	Johtopäätökset ja suositukset	92
7.1	Keskeiset suositukset toimenpiteiksi	92
7.2	Visio hoidon jatkuvuusmallista	97
	Liitteet	102
	Lähteet	104

JOHDANTO

Suomalainen terveydenhuolto on pitkään ollut erityisesti mielikuvissamme laadukas ja edistysellinen. Sellainen se on ollutkin ja monin osin on edelleen. Kansainvälisissä arvioinneissa suomalainen terveydenhuolto pärjää kohtalaisesti, kärkikymmenikköön emme kuitenkaan ole enää viime aikoina mahtuneet. Suomalainen järjestelmä ontuu selvimmin monikanavaisuuden ja resurssien kohdentumisen osalta. Kansalaisten eriarvoisuus on myös selvää.

Kehittämistarpeita järjestelmässä on ollut läpi historian. Lääkintöhallituksen pääjohtaja Erkki Kivalo teki aikoinaan ehdotuksen perhelääkäritoiminnasta, ja kehittynyt väestövastuinen omalääkäritoiminta oli huipussaan vuosituhannen taitteen aikoihin. Terveydenhuollon toimintaympäristö on monin tavoin muuttunut vuosikymmenissä, mutta toisaalta monet asiat ovat yllättävästikin säilyneen ennallaan.

Potilaan ensimmäinen kohtaaminen lääkärin kanssa voi tapahtua eri paikoissa, mutta tässä selvityksessä keskitymme julkisesti järjestettyyn universaaliin perusterveydenhuoltoon, josta edelleen voi käyttää termiä terveyskeskus. Lääkärinkunnan vanhin, arkiatri Risto Pelkonen on osuvasti tiivistänyt ajatuksia perusterveydenhuollosta Yleislääkäri-lehdessä vuonna 2022:

”Perusterveydenhuollon terveyskeskus on koko monikerroksisen palvelujärjestelmän keskipiste, potilaan ja yleislääkärin kohtauspaikka — sieltä alkaa yhteinen hoitopolku. Päteväksi arvioitu tieto hoidon vaikuttavuudesta toteutuu yleisellä tasolla, mutta potilas ja lääkäri kohtaavat toisensa hyvin persoonallisella tasolla. Yhtä matkaa ei voi kulkea, ellei lääkäri tiedä, mitkä ovat potilaan odotukset, toiveet ja pelot. Eikä potilas tiedä, kuka häntä hoitaa. Yksilöllisessä hoidossa yhdistyvät yleinen ja erityinen. Sen ymmärtämiseksi tarvitaan yleislääkärin tietoja ja taitoja, luovuutta ja ymmärrystä. Kaikkea sitä, mikä sisältyy opilliseen ja sydämen sivistykseen. Olennaista on hoidon jatkuvuus” (Pelkonen 2022).

Perusterveydenhuollon tilasta ja kehityksen suunnasta on oltu maassamme huolissaan jo pitkään. Pitkään valmisteltu ja nyt toteutuva sote-rakenneuudistus tuo hyvän mahdollisuuden järjestelmän uudistamiseen myös käytännön tasolla.

Tämän selvityksen toimeksiantona oli esittää historiaan pohjautuva visio uudenlaisesta ja päivitetystä omalääkäriydestä. Raportissa esitetään historian lisäksi tämän hetkinen tieteellinen näyttö hoidon jatkuvuuden eduista sekä arvio perusterveydenhuollon nykytilasta. Raportin lopussa esitetään suosituksia kehittämistoimenpiteiksi. Toimeksiannon mukaisesti raportissa keskitytään potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuteen.

Tarkastelemme kuitenkin myös muiden ammattiryhmien ja potilaan välisen suhteen jatkuvuuden sekä moniammatillisen tiimityön merkitystä. Suomalaisen perusterveydenhuollon erityisenä vahvuutena voidaan pitää kansainvälisesti vertaillen laajaa moniammatillisuutta ja muiden kuin lääkärin koulutuksen saaneiden ammattilaisten hyvin merkittävää roolia yhteisten potilaiden terveyden eteen tehtävässä työssä.

Haluamme kiittää kaikkia selvitystyön tueksi tietoa ja kirjallisuutta toimittaneita henkilöitä. Erityisesti haluamme kiittää Seppo Voutilaista laajan lähdeaineiston toimittamisesta.

Tekijät
Elokuu 2022

1 Selvityksen tavoitteet

Selvitystyön kokonaistavoitteena oli arvioida ja kuvata miten uudenlainen omalääkärimalli on mahdollista toteuttaa yhdessä hoitotakuun kanssa. Kysymyksessä ei tullut olla vanhan omalääkärimallin toteuttaminen, vaan nykyiseen toimintaympäristöön soveltuva Omalääkärimalli 2.0, jolla olisi mahdollista edistää sekä hoidon saatavuutta että jatkuvuutta. Selvitystyön tuloksena tuli esittää visio Omalääkärijärjestelmä 2.0 –toimintamallista tai –malleista. Osatavoitteina oli 1) erilaisten omalääkärimallien edistämisen mahdollisuuksien ja haasteiden tunnistaminen ja kuvaaminen hoitotakuun kiristämisen yhteydessä, 2) omalääkärimallin tarkastelu suhteessa sote-keskuksen muihin tehtäviin ja palvelumuotoihin, 3) omalääkärimallin tarkastelu suhteessa vastuutyöntekijämalliin ja vastuutiimimalliin, 4) omalääkärimallin tarkastelu suhteessa sotejärjestämislain mukaiseen integraatioon ja 5) tarkastella erilaisia nykyisen lainsäädännön mukaisia tapoja toteuttaa omalääkärimallia. Selvityksen tuli sopimuksen mukaan sisältää mm. kuvauksen nykytilasta, tiiviin katsauksen tieteellisestä kirjallisuudesta ja muusta materiaalista, selvityksen aikaisemman omalääkäri-VES järjestelmän eduista ja haasteista sekä nostot mahdollisista selvistä lainsäädännön uudistamisen tarpeista (omalääkäriyden osalta).

1.1 Selvityksen toteutus ja menetelmät

Selvitys toteutettiin aikavälillä 16.5.2022–15.8.2022. Selvitys toteutettiin sopimusperusteisena palveluna, jonka tuottamisesta vastasi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Akateemisina asiantuntijoina selvitystyössä toimi Oulun yliopiston yleislääketieteen professoreja ja muita asiantuntijoita. Selvityksen menetelminä käytettiin narratiivista ja systemaattista kirjallisuuskatsausta, eri kohderyhmille suunnattuja kyselyjä sekä kohdennettuja, valikoituja asiantuntijahaastatteluja.

- Selvityksen yhteydessä järjestettiin 15 varsinaista haastattelutilaisuutta, joista osaan osallistui useita henkilöitä. Haastattelut toteutettiin Teams-etäyhteydellä, ja haastattelut kestivät 45 min–120 min per haastattelu.
- Kaikille kansalaisille avoimeen sähköiseen kyselyyn annettiin yhteensä 165 vastausta.
- Perusterveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden verkoston kautta lähetettyyn sähköiseen kyselyyn annettiin 80 vastausta. Näistä noin kolme neljästä oli lääkäreiden laatimia. Vastaajat valikoituivat organisaatioista vastaajien halukkuuden ja saavutettavuuden mukaan, eikä vastaajia rajattu selvitystyöryhmän toimesta.
- Lisäksi selvitystyön aikana käytiin useita keskusteluja asiantuntijoiden kanssa sekä fyysisesti kasvokkain että etäyhteyksin. Selvityksen tekijät

saivat selvitystyön aikana yhteydenottoja muilta asiantuntijoilta, joiden näkemykset huomioitiin osana selvitystyötä.

- Selvitystä varten avattuun erilliseen sähköpostiosoitteeseen lähetettiin 7 viestiä. Suurempi määrä henkilökohtaisia yhteydenottoja tuli suoraan asiantuntijoille.
- Osa selvityksen tekijöistä osallistui selvitystyön aikana myös Pohjoismaiseen Nordic Congress for General practice -kongressiin (<https://ncgp2022.no/>), joka sisälsi useita hoidon jatkuvuuteen ja perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestämiseen liittyviä luentoja ja työpajoja. Kongressin aikana saatiin myös haastatellen tietoa muiden pohjoismaiden perusterveydenhuollon toimintamalleista.
- Kirjallisuuskatsauksessa perehdyttiin hoidon jatkuvuudesta julkaistuun tieteelliseen kirjallisuuteen, aihealueen aikaisempiin selvitystöihin, kokeiluihin, julkisiin ja avoimiin viranomaistietolähteisiin sekä muuhun aihepiirin kannalta oleelliseen lähdeaineistoon. Selvityksessä käytetyt keskeisimmät lähteet on lueteltu lähdeluettelossa.

1.2 Selvityksen keskeisten käsitteiden määrittely

Seuraavissa kappaleissa määritellään selvityksen kannalta keskeisiä käsitteitä ja kokonaisuuksia: yleislääketiede ja yleislääketieteen erikoislääkäri, hoidon jatkuvuus ja saatavuus ja niiden suhde ja moniammatillisuus ja tiimityö.

1.2.1 Yleislääketieteen ja yleislääketieteen erikoislääkärin määritelmä

Yleislääketiede on laaja-alainen lääketieteen erikoisala, jolla on tietyt ydinosamisalueet, joita ei toisilla lääketieteen erikoisaloilla joko ole ollenkaan tai ne ovat painottuneet eri tavoin. Yleislääketieteen kansainvälisiin ydinarvoihin kuuluu valikoitumattoman potilasmateriaalin kohtaaminen suoraan lääkärin toimesta, mikä erottaa perusterveydenhuollon lääkärin roolin muualla sote-järjestelmässä toimivista muiden erikoisalojen lääkäreistä. Valikoitumattoman potilasmateriaalin kohtaaminen vaatii hyvin erilaista ammattitaitoa, kuin mitä sairaalaympäristössä toimivilta erikoislääkäreiltä vaaditaan. Sen vuoksi perusterveydenhuoltoa ei voida organisoida toimimaan eri sairaalakerkoisalojen ”etäpoliklinikoiden” tavoin eikä yleislääketieteen erikoislääkäriä korvata muiden erikoisalojen erikoislääkäreillä.

Hiljattain julkaistujen yhteispohjoismaisten yleislääketieteen ydinarvojen ja periaatteiden mukaan yleislääketieteen erikoisalalla katsotaan tärkeäksi edistää potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta: toimiva potilas-lääkärisuhde pohjautuu potilaan tuntemiseen ja luottamukseen, joka ei synny itsestään vaan se *ansaitaan* ajan myötä pitkäaikaisella ja pysyvällä potilas-lääkärisuhteella. Koska yli diagnostiikka ja -hoitaminen eivät edistä potilaiden terveyttä, yleislääketieteen erikoislääkäri pyrkii aina oikea-aikaiseen diagnostiikkaan ja välttämään tarpeetonta testaamista ja hoitoa. Terveiden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy ovat integroitu päivittäiseen työhön. Yhteisösuuntautuneisuus on keskeisessä asemassa yhteispohjoismaisissa ydinarvoissa: terveystalouden epätasa-arvoista jakautumista pyritään vähentämään ja hoitoa/tukea antamaan sitä eniten tarvitseville ja siitä eniten hyötyville. Eniten aikaa käytetään niiden potilaiden kohtaamiseen, joiden hoidon ja tuen tarpeet ovat suurimmat. Yleislääketieteen erikoislääkäri yhdistää työssään potilaskeskeisyyden, hyvän vuorovaikutuksen, potilaan toimintaympäristön tuntemuksen ja parhaan tieteellisen tutkimusnäytön. Periaatteissa korostetaan, että uusin tieteellinen tietämys on aina yhdistettävä ja suhteutettava potilaan yksilöllisiin tarpeisiin yhteiskunnallisesti kestävällä tavalla. Yleislääketieteen erikoislääkärit toimivat hyvässä yhteistyössä muiden erikoisalojen, ammattiryhmien ja tieteenalojen kanssa, pitäen samalla huolta asianmukaisesta työnjaosta, vastuista ja velvollisuuksista. Hyvin toimiva yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisten välillä auttaa potilaitamme saavuttamaan parhaan mahdollisen terveyshyödyn. Terveystalouden toimintamallien ja yhteistyön kehittämisessä periaatteena on puolustaa terveydenhuollon kehittämisessä tasa-arvoisuutta ja lääketieteen eettisiä ja humanisia arvoja pitkäaikaisiin potilassuhteisiin nojaten (Yleislääketieteen ydinarvot, NFGP 2022).

Yleislääketieteen erikoislääkäri on kliinistä potilastyötä tekevä erikoislääkäri, joka ottaa vastaan potilaita terveydenhuollon ensilinjassa, perusterveydenhuollossa, joka on yleensä ihmisen ensimmäinen kontakti terveystalouden järjestelmään. Yleislääketieteen erikoislääkärin ydinosaamisalueisiin kuuluu, että hän pystyy ottamaan vastaan potilaita heidän sairautensa alkuvaiheessa, jolloin oireisto voi olla vielä hyvin epätyypillistä verrattuna siihen, millaisia oireet ovat sairauden edetessä. Täten yleislääketieteen erikoislääkärin osaamiseen kuuluu kaikkien kliinisten erikoisalojen sairauksien alkuvaiheiden hoitaminen ennen kuin sairaudet ovat saavuttaneet tyypillisen olemuksensa, jollaisina sairaudet eri sairaalaerikoisaloilla tunnetaan. Tämän lisäksi yleislääketieteen erikoislääkäri hoitaa käytännössä kaikkien kliinisten sairaalaerikoisalojen potilaiden jatkohoidon sairaalaselvittelyjen ja siellä tapahtuneiden hoitojen jälkeen. Lisäksi yleislääketieteen erikoislääkärin ammattitaitoon kuuluu osata hoitaa myös sellaisia ihmisiä, joiden oireistoille ei perusteellistenkaan eri sairaalaerikoisaloilla tapahtuneiden selvitysten jälkeen löydy elimellistä etiologiaa. Yleislääketieteen erikoislääkäri hoitaa ihmisten kärsimystä myös silloinkin, kun parantavaa hoitoa ei enää ole kuten elämän loppuvaiheessa. Yleislääketieteen erikoislääkärin ammattitaitoa onkin verrattu muidenkin erikoisalojen lääkäreidenkin taholta yleisurheiluun käyttäen nimitystä lääketieteen ”kymmenottelija”. Yleislääketiede on ylpeä siitä, että sen ydinarvoihin kuuluu hoitaa ihmistä, jolla on sairaus, erilaisia oireita tai kärsimystä, mutta työn sisältöä eivät määritä pelkästään taudit tai elinjärjestelmät – yleislääkärin työnä on koko ihminen

(Yleislääketieteen perusteet 2020, s. 6-7). Brittiläinen yleislääkäri on kiteyttänyt yleislääketieteen ydinolemuksen näin: ”For me the key point about general practice is that it is the only medical speciality that is interested in people first and disease second” (Davies 2000). Modernin lääketieteen isänä usein pidetty kanadalainen William Osler on puolestaan ilmaissut asian klassisesti Hippokratesta lainaten näin: ”It is much more important to know what sort of a patient has a disease than what sort of a disease a patient has” (Osler 1910). Maailman yleislääkärijärjestön (WONCA) norjalainen puheenjohtaja Anna Stavdalin viesti nykyaikana on: ”[Hyper-specialized health services need supergeneralists](#)” (Stavdal 2020).

Yleislääkärin työn ydin on kohdata potilas, ottaa vastaan tämän huolet ja lähteä etsimään potilaan kanssa yhteisymmärryksessä apua tilanteeseen. Terveysteknologian kehitys ja tiedon määrän kasvu haastavat lääkäreiden tavan toimia. Hoitoja on aina räätälöity potilaan yksilöllisiin tarpeisiin, ja hyvä diagnostinen prosessi on edelleen yleislääkärin työn perusta. Tekoäly ei lähivuosina korvaa yleislääkäriä, mutta se voi auttaa lääkäreitä seuraamaan terveydenhuollon nopeaa kehitystä (Yleislääketieteen perusteet 2020, s. 251-254). Yleislääkäri koordinoi tarvittaessa edelleen potilaan kulkua palveluverkostossa. Sitä varten hänen täytyy tuntea ja arvostaa niin terveydenhuollon muiden ammattilaisten kuin opetus- ja sosiaalitoimen työtä. Tiimityö, vuorovaikutusosaaminen ja hoidon jatkuvuus säilyttävät merkityksensä myös teknistyvässä terveydenhuollossa (Yleislääketieteen perusteet 2020, s. 6-7).

1.2.2 Moniammatillisuuden ja tiimityön määritelmä

Moniammatillisuus on suomalaisessa terveydenhuollossa vakiintunut termi ja käsite, jolla tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisten välistä yhteistyötä yhteisiä potilaita hoidettaessa. Englanninkielisiä asiaa kuvaavia termejä ovat mm. ”multiprofessional”, ”interprofessional”, ”crossprofessional ja ”transprofessional”. Suomessakin käytetään usein termiä ”ammattien välinen yhteistyö”. Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan moniammatillista yhteistyötä tapahtuu, kun kaksi tai useampi terveydenhuoltoalan työntekijää, erilaisista ammatillisista taustoista ja toisiaan täydentävillä taidoilla, työskentelee yhdessä potilaiden, perheiden, huoltajien ja yhteisöjen kanssa, laadukkaimman mahdollisen hoidon tarjoamiseksi (WHO 2010). Tähän liittyy työntekijöiden välinen vuorovaikutus ja sellaisen yhteisen ymmärryksen saavuttaminen, jota ei yksin olisi ollut mahdollista saavuttaa.

Moniammatillisuus on aina ollut tärkeä osa terveyskeskusten vastaanottojen toimintaa, toisin kuin monessa muussa länsimaassa, joissa vastaanottotyö on lääkärikeskeisempää ja vastaanotolla työskentelee useampaa lääkärinä kohden vain yksi hoitaja tai vastaanottoavustaja. Moniammatillisuutta on edelleen pyritty kehittämään Suomessa erityisesti 2010-luvulla monien hankkeiden avulla, joita käydään osin läpi tämän selvityksen Suomen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan historia -osiossa. Valtaosa

terveyskeskusten vastaanoton terveydenhuollon ammattilaisista on yleislääkäreitä, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Vastaanotoilla työskentelee myös fysioterapeutteja, jotka tekevät mm. suoravastaanottoa ja kuntoutustoimintaa, mielenterveyshoitajia, psykologeja ja vastaanottoavustajia. Riippuen diagnostisten palveluiden keskittämisestä, vastaanotolla tai sen yhteydessä työskentelee myös laboratorio- ja röntgenhoitajia. Konsultoivat sairaalaerikoisalojen lääkäritkin pitävät usein vastaanottoa terveyskeskuksissa. Lisäksi sosiaalihuollon ammattilaisten toimintaa on pyritty integroimaan joko fyysisesti saman katon alle tai muutoin tiiviiseen yhteistyöhön terveyskeskuksen vastaanottotoiminnan kanssa. Terveydenhuollon ammattilaisten erilainen koulutus, erilainen työnkuva ja erilaiset lakisääteiset vastuut (mm. laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994) muodostavat pohjan ammattilaisten väliselle työnjaolle ja tiimityölle.

2000-luvulla erityisesti monissa suurissa kaupungeissa pieniä terveysasemia on keskitetty yhteen luoden suuria terveysasemia, joissa työskentelee 20-30 ammattilaisen sijasta kymmeniä tai satoja ammattilaisia. Syntyneitä suuria työyhteisöjä on pyritty pilkkomaan pienemmiksi tiimeiksi, jotta ammattilaisten välinen yhteistyö ja tiimityö paranisivat. Samalla on myös jaettu väestöä tiimien kesken. Tieteellisessä kirjallisuudessa ja perusterveydenhuollon kehittämisessä on puhuttu tiimin ja potilaan välisestä jatkuvuudesta, johon liittyvää tieteellistä kirjallisuutta käydään läpi tämän selvityksen [Tieteellinen näyttö hoidon jatkuvuudesta](#) -osiossa.

1.2.3 Hoidon jatkuvuuden määritelmä

Hoidon jatkuvuus voidaan määritellä usealla eri tavalla ja useassa eri ulottuvuudessa. Risto Raivio on väitöskirjan yhteenvedossaan koonnut hoidon jatkuvuuden moniulotteiset kansalliset ja kansainväliset määritelmät yhteen (Raivio ym. 2017). Yksinkertaistettuna hoidon jatkuvuus voidaan määritellä kolmessa eri ulottuvuudessa: 1) henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuus (relational continuity), 2) tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuus (informational continuity) sekä 3) hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvä hoidon jatkuvuus (management continuity) (Raivio ym. 2017).

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on kansainvälisesti edelleen yleislääketieteen ja yleislääkärin työn kulmakivi (Jeffers ja Baker 2016) ja se nostetaan edelleen keskeiseksi edistettäväksi asiaksi mm. Stavangerissa kesäkuussa 2022 järjestetyn Pohjoismaisen yleislääketieteen kongressin yhteisessä Call for Action -julkilausumassa (tämän selvityksen liite 1). Maailman yleislääkärijärjestön (WONCA) luomassa, yleislääketieteen tärkeimpiä asioita kuvaavassa WONCA-puussa pitkäaikainen hoitosuhteen jatkuvuus on keskeinen elementti liittyen potilaskeskeiseen työotteeseen (Vainiomäki ym. 2013). Maailman terveysjärjestö WHO:n raportti pitää kokonaisvaltaisuutta,

jatkuvuutta ja potilaskeskeisyyttä kriittisinä tekijöinä parempien hoitotulosten saavuttamiselle. Näiden edellytyksenä WHO pitää vakaata, pitkäkestoista ja henkilökohtaista hoitosuhdetta potilaaseen (World Health Organization 2008).

Tuoreissa pohjoismaisissa yleislääketieteen ydinarvoissa hoitosuhteen jatkuvuus on nostettu seitsemästä ydinarvosta ja periaatteesta ensimmäiseksi: *Toimiva potilas-lääkärisuhde perustuu potilaan tuntemiseen ja luottamukseen. Luottamus ei synny itseltään, vaan se ansaitaan ajan myötä pitkäaikaisessa potilas-lääkärisuhteessa* (Yleislääketieteen ydinarvot, NFGP 2022).

Potilaan terveystietojen kulkuun liittyvä hoidon jatkuvuus on keskeisesti sidoksissa käytössä olevien sähköisten järjestelmien toimivuuteen, käytettävyyteen ja järjestelmien keskinäiseen integraatioon. Tiedon on tarkoituksenmukaisesti kuljettava potilasta hoitavien ammattilaisten välillä, tarvittaessa yli toimintayksikkörajojen ja potilaan ja ammattilaisen välillä. Lisäksi tiedon on oltava nopeasti ja luotettavasti saatavilla. Terveystietojen edellyttämän terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteena on tukea potilaan hoidon koordinoitua ja suunniteltua. Terveys- ja hoitosuunnitelman laativat potilas ja terveydenhuollon ammattihenkilö(t) yhdessä. Terveys- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan tunnistetut hoidon tarpeet ja hoidolle asetetut tavoitteet (Komulainen ym. 2011). Parhaimmillaan toimiessaan terveys- ja hoitosuunnitelma ei rajoittuisi yhteen terveydenhuollon tietojärjestelmään ja olisi kaikkien potilasta hoitavien tahojen ja ammattilaisten saatavilla. Näin tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuuden ulottuvuus parani. Kaikkea tietoa ei kuitenkaan voi kirjata ja pitkäaikaisissa potilas-lääkärisuhteissa, kuten kaikissa ihmisten välisissä suhteissa, lääkäriellä on valtavasti ns. hiljaista tietoa potilaista ja heidän ympäristöstään, mikä auttaa potilaan kohtaamisessa ja yksilöllisessä hoidossa. Terveystietojen tietojärjestelmien toimivuudessa on suuria eroja. Lääkäreiden ja hoitajien potilastietojärjestelmistä antamissa arvioissa on aiemmin nähty varovaista paranemista (Saastamoinen ym. 2018, Kyytsönen ym. 2020), mutta toisaalta voimakasta kritiikkiäkin esiintyy tuotemerkkikohtaisesti (Nisula 2019, Hellstén ja Salmi 2021, Arnberg 2022, Seppänen 2022). Yleislääkäreiden terveydenhuollon tietojärjestelmien toimimattomuuteen ja jatkuviin muutoksiin liittyvä stressi ja kuormittuneisuus on kuitenkin jatkuvassa kasvussa (Vehko ym. 2019).

Hyvin suunnitellut hoitoketjut ja organisaatioiden väliset hoidon porrastukset ja integraatio parantavat hoidon toteutukseen ja suunnitteluun liittyvää hoidon jatkuvuutta. Hyvinvointialueet tuovat saman organisaation alle koko sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen. Hyvinvointialueiden voidaankin odottaa parantavan entisten organisaatioiden välistä integraatiota ja hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyvää jatkuvuutta.

Kaikki kolme hoidon jatkuvuuden ulottuvuutta ovat tärkeitä laadukkaan perusterveydenhuollon toteuttamiselle, eikä yhdellä ulottuvuudella voida korvata toisen ulottuvuuden heikkoutta. Tässä selvityksessä keskitytään hoitosuhteen jatkuvuuteen ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden käsittelyyn.

Henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuutta voidaan mitata kysymällä potilailta tai väestöltä esim. ”Tapaatteko terveysasemalla asioidessanne yleensä saman lääkärin tai terveyden-/sairaanhoidajan?”. Hoitosuhteen jatkuvuutta voidaan myös mitata laskeamalla terveydenhuollon käyntitilastoista indeksejä. Kansainvälisesti käytetyimpiä indeksejä ovat Usual Provider Care Index (UPC-indeksi) ja Bice-Boxerman Continuity of Care Index (COC-indeksi). Näistä COC-indeksi on valittu kansalliseksi mittariksi, jota Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) seuraa ja jonka maakunta- ja kuntatason luvut julkaistaan Sotkanet-tietokannassa¹. Indeksit on laskettu potilaille, joilla on vähintään kolme käyntiä perusterveydenhuollossa viimeisen 24kk aikana. Indeksit raportoidaan erikseen suhteessa hoitajan ja lääkärin käynteihin, koko väestössä, 65 vuotta täyttäneessä väestössä ja monisairailta potilailta. Indeksien lähteenä käytetään Avohilmo-rekisteriä, jonka tietosisällön perusterveydenhuollon toimintayksiköt tuottavat. COC-indeksi vaihtelee 0 ja 1 välillä, 0 kuvatesa potilaan käyntien täydellistä hajaantumista eri lääkäreille / hoitajille ja 1 kuvatesa tilannetta, jossa potilas käy aina kiireettömässä asioissa saman lääkärin / hoitajan vastaanotolla. Esimerkiksi COC-indeksi saa arvon 0.14 potilaan kohdalla, joka käy 8 kertaa kahden vuoden aikana terveyskeskuksen lääkärin kiireettömällä vastaanotolla ja käynneistä kolme on lääkärin A vastaanotolla, kaksi lääkärin B vastaanotolla ja yksi kunkin lääkärin C, D ja E vastaanotoilla. Vastavasti COC-indeksi saa arvon 0.54 silloin kun näistä 8 käynnistä kuusi on saman lääkärin vastaanotolla ja kaksi kahden muun lääkärin vastaanotolla. Kansallinen tilasto julkaistiin Sotkanet-tietokannassa avoimesti saatavilla ensimmäisen kerran kesäkuussa 2022. Tietokannassa tietoa on saatavissa vuodesta 2019. Tilaston mukaan vuonna 2021 koko maan COC-indeksien keskiarvo perusterveydenhuollon kiireettömällä lääkärikäynneillä oli 0.31, jota voidaan pitää heikkona potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutena. Hyvinvointialueittain tarkasteltuna indeksit vaihtelivat 0.16 - 0.39 välillä. Kunnittain tarkasteltuna, niistä 286 kunnasta joista tieto oli saatavilla, 41 kunnan kohdalla COC-indeksi oli alle 0.2, 132 kunnan kohdalla alle 0.3 ja vain 28 kunnan kohdalla yli 0.5. Nämä yli 0.5 indeksi kunnat olivat pääosin pieniä kuntia. Vertailun vuoksi esimerkiksi Norjassa vuonna 2019 toisen yleisesti käytetyn hoidon jatkuvuusindeksin eli UPC-indeksin arvo oli 0.78 (yli 60 vuotiailla 0.86), mikä tarkoittaa että keskimäärin 78% potilaiden perusterveydenhuollon käynneistä on saman (oman) lääkärin vastaanotolla (Hetlevik ja Gjesdal 2012). UPC-indeksin arvo 0.78 vastaa COC-indeksin arvoa noin 0.54 - 0.57. UPC-indeksi on helpommin tulkittavissa ja tarkoittaa suoraan osuutta käynneistä, jotka olivat yhden lääkärin vastaanotolla. COC-indeksi ottaa kuitenkin

¹ <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/5503>

huomioon myös loppujen käyntien hajautumisen muille lääkäreille, jolla on sinänsä jatkuvuuden kannalta oleellista eli hajautuvatko ne yhdelle tai useammalle lääkärille. Suomen kansallisen tilaston kattavuuden paraneminen ja kirjausten yhdenmukaistaminen parantavat sen luotettavuutta ajan myötä. Perusterveydenhuollon vastaanoton toimintamallien kirjavuus ja vastaanottokäyntien saatavuus vaikuttavat myös indeksin tulkintaan.

1.2.4 Hoidon saatavuuden määritelmä

Perusterveydenhuollon hoidon saatavuudella tarkoitetaan potilaan yhteydenoton ja hoidon tarpeen arvion tai vastaanottokäynnin välistä aikaviivettä. Hoitoon pääsyn määräajat on kirjattu lakiin. Elokuussa 2022 voimassa olevassa lainsäädännössä terveyskeskukseen on arkisin sen aukioloaikana saatava välittömästi puhelinyhteys tai sinne on voitava mennä käymään. Ensiapuun ja kiireelliseen hoitoon on päästävä heti potilaan asuinpaikasta riippumatta. Jos kiireettömässä asioissa hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, sinne on saatava aika kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Hoitoon on terveyskeskuksessa päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa (terveydenhuoltolaki 51 §). Hallitus antoi esityksen eduskunnalle (HE 74/2022 vp) laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi 12.5.2022. Tämä pitää sisällään perusterveydenhuollon hoitotakuun määräaikojen lyhentämisen niin, että jatkossa kiireettömässä asioissa hoidon tarpeen arvio olisi tehtävä samana päivänä, kun potilas ottaa yhteyttä terveyskeskukseen ja hoitoon olisi päästävä 1.9.2023 alkaen 14 vuorokaudessa ja 1.11.2024 alkaen 7 vuorokaudessa.

THL seuraa hoitoon pääsyä Avohilmo-rekisterin avulla, jonka aineiston perusterveydenhuollon toimintayksiköt tuottavat. Aluehallintovirastot (AVI) ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) valvovat perusterveydenhuollon lakisääteisten hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) asettama Valtakunnallisen hoidon saatavuuden ja yhtenäisten hoidon perusteiden työryhmä toteaa muistiossaan vuonna 2016, että hoitotakuulainsäädännön ohjausvaikutus tietyn määräajan toteutumiseksi on ollut hyvin vahva ja jopa ohittanut muita keskeisiä periaatteita. Työryhmä piti myös mahdollisena, että hoitoon pääsyyn liittyvät määräykset joissain kohdin säätelevät ammattihenkilöiden ja palveluntuottajien toimia tavoilla, jotka hidastavat palveluinnovaatioita ja saattavat johtaa epätarkoituksenmukaisiin toimintamalleihin (STM 2016b).

Ensikontaktin ja vastaanotolle pääsyn mittaaminen on yksikertaisempaa, kuin käyntien tuottaman terveyshyödyn mittaaminen. Vastaanotolle pääsyn määräaikaa mittaamalla ja sitä valvomalla perusterveydenhuolto on niukkojen lääkärimäärien ja resurssipulan vuoksi joutunut optimoimaan hoidon saatavuuden hoidon jatkuvuuden ja ter-

veyshyödyn tuottamisen edelle. Tästä äärimmäisenä esimerkkinä on myös kiireettömissä asioissa käytössä olevat ns. walk-in vastaanotot, jolla nykyinen lakisääteinen hoidon saatavuuden minimitaso voidaan järjestää: potilas pääsee hoitajan ja lääkärin vastaanotolle samana päivänä, jos potilaan tarve on niin suuri, että hän jaksaa jonottaa vastaanotolle. Tällöin lääkäri ja hoitaja on kuitenkin potilaan jokaisella käyntikeralla useimmiten eri ja henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuus heikko. Nykyisen lainsäädännön kohtalaisen tarkasti edellyttämä hoidon saatavuus toteutuu, mutta ei perusterveydenhuollon laadun kulmakivi eli jatkuvuus, jonka osalta vastaavaa sääntelyä ei ole tätä selvitystä kirjoitettaessa.

1.2.5 Hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden suhde

Hoidon jatkuvuus ja saatavuus ovat läheisesti yhteydessä toisiinsa. Hoidon jatkuvuutta ei voi syntyä ilman saatavuutta ja toimintamallin keskittyessä vain saatavuuden optimoimiseen joudutaan usein tinkimään jatkuvuudesta. Pelkkä hoitoprosessin ajallisen etenemisen seuranta ei yksin riitä kuvaamaan hoidon laatua, toteutuksen oikea-aikaisuutta ja potilasturvallisuutta (Peltari & Kaila 2014). Suomalaisissa 1980-1990 -lukujen omalääkäri- ja väestövastuumallikokeiluissa hoidon jatkuvuuden todettiin parantavan hoidon saatavuutta, mistä kerrotaan enemmän selvityksen seuraavassa osiossa. Samoin kansainvälisissä tieteellisissä tutkimuksissa hoidon jatkuvuuden on todettu olevan yhteydessä väestön tarkoituksenmukaisempaan ja vähempään terveyspalveluiden käyttöön (Bankart ym. 2011, Ionescu-Iltu ym. 2007, Bentler ym. 2014, Christakis ym. 2001, van Walraven ym. 2010, Chan ym. 2021, Barker ym. 2017, Wensing ym. 2021, Huntley ym. 2014, Van Loenen ym. 2014, Nyweide ym. 2013, Hansen ym. 2013, Menec ym. 2006, Shin ym. 2014, Bazemore ym. 2018, Skarshaug ym. 2021, Sandvik ym. 2022). Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan kehittämisen tulisikin pyrkiä näiden molempien yhtäaikaiseen parantamiseen.

2 Perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan kehittyminen Suomessa

2.1 Piirilääkärien ja kunnanlääkärien aika

Suomen ensimmäinen piirilääkäri palkattiin vuonna 1749 Pohjanmaalle. Piirilääkärit olivat valtion palvelulääkäreitä tehtävinsä ennen kaikkea yleisen terveydenhoidon valvonta. Piirilääkäriin rooli oli nykylääkäriin verrattuna suppea (Engeström ym. 1987).

Kunnalliset itsehallinnot muotoutuivat 1800-luvulla, jolloin osia terveyden- ja sairaanhoidon velvollisuuksista siirtyi kuntien järjestettäväksi. Vuoden 1879 asetus terveydenhoidosta Suomenmaassa velvoitti yhtenäisellä lainsäädännöllä kaupungit ja kunnallislautakunnat maaseudulla vastaamaan osasta terveydenhoidon tehtävistä. Asetuksen perusteella syntyi kunnanlääkärilaitos ja ensimmäinen kunnanlääkäri palkattiin Viitasaaren kuntaan vuonna 1882 (Engeström ym. 1987).

Kunnanlääkärit kohensivat piirilääkärien ajan merkittäviä puutteita suomalaisessa terveydenhuollossa. Heidän toiminta-aikanaan Suomen terveydenhuollon kehittämistoiminta kohdistui kuitenkin vahvasti sairaalatoimintaan, eikä kunnanlääkärien ja muiden terveydenhuolto-organisaatioiden välille luotu minkäänlaisia työnjaon ja yhteistoiminnan kokonaisvaltaisia malleja. Kun sairaaloiden resurssit kasvoivat voimakkaasti, kunnanlääkäreiden hoito- ja tutkimusvälineiden suhteellinen jälkeenjääneisyys korostui. Lisäksi kunnanlääkärien työlle asetettiin jatkuvasti uusia velvoitteita. Asetelma johti kunnanlääkäriin työn kriisiytymiseen, kunnanlääkärilaitoksen lakkauttamiseen ja terveyskeskusjärjestelmän luomiseen (Engeström ym. 1987).

2.2 Sairausvakuutuslain ja kansanterveyslain säätäminen

Suomeen säädettiin sairausvakuutuslaki vuonna 1963, lähes puoli vuosisataa myöhemmin kuin muihin Länsi-Euroopan maihin. Haasteet lain säätämässä johtuivat ennen kaikkea palkansaajien ja viljelijäväestön eturistiriidoista. Sairausvakuutuslaki to-

teutettiin perinteistä parlamentaarista tietä, mutta työmarkkinavetoinen prosessi vaikutti varsinkin lain myöhempään kehitykseen. Ennen sairausvakuutusta moni suomalainen oli pitkään sairastettuaan useimmiten perheen tai suvun varassa, ja moni joutui kunnallisen köyhäinavun tai huoltoavun varaan. Suomen sairausvakuutuksen ominaispiirteiksi muodostui sen laaja ulottuvuus ja verrattain korkea vähimmäispäiväraha, jotka olivat agraarisen sosiaalipolitiikan peruselementtejä. Ansioihin suhteutetut etuudet olivat matalia verrattuna Saksan ja muiden Pohjoismaiden korporatiiviseen malliin (Niemelä 2014, s.116-119, 305).

Työpaikkaterveydenhuolto oli ennen sairausvakuutuslakia kehittynyt lähinnä suurempien tehtaiden itsenäisenä toimintana tehtaan patruunoiden tarjotessa työntekijöilleen sairaanhoitoa. Sairausvakuutuslain johdosta Kansaneläkelaitos (Kela) alkoi korvaamaan myös työnantajan järjestämän työpaikkaterveydenhuollon sairaanhoidon kustannuksia ja työterveyshuolto levisi nopeasti työelämään. Samalla alkoi työterveyshuollon vähittäinen leviäminen omaksi terveydenhuoltoalueekseen (Niemelä 2014, s 263, 266).

2.2.1 1970-luku

Vuonna 1972 säädettiin kansanterveyslaki (kansanterveyslaki 1972/66), joka päätti kunnanlääkärien ajan. Lain taustalla oli jo 1950-luvulla Suomessa esitetyt ajatukset palvelujen alueellisesta eriarvoisuudesta kaupunkien ja maaseudun välillä. Kansanterveyslaki toteutti kansainvälisestikin läpimurtautunutta uudenlaista terveystoimintapolitiikkaa, jossa terveydenhuolto perustui laaja-alaiseen terveyden edistämiseen ja perusterveydenhuollon kehittämiseen. Puhuttiin kansanterveystyöstä.

Lain voimaantulon jälkeen terveydenhuollon ohjaus ja valvonta perustui normitukseen ja rahoitus oli valtiovetoisesta. Lääkintöhallitus hyväksyi kuntien toimintasuunnitelmat, joiden perusteella kuntia rahoitettiin valtionapuina valtion budjetin korvamerkityistä varoista. Valtionavut laskettiin kuntien kantokykyluokan mukaan. Kunnat saivat perä terveydenhuollon toiminnastaan kansanterveyslain mukaisia pieniä korvauksia: kolme markkaa lääkärikäyntiä, laboratorio- ja röntgentutkimuksia tai fysikaalista hoitosarjaa kohden. Valtio painotti resurssejaan voimakkaasti avosairaanhoidon, ja kansanterveystyöhön suunnattujen valtionapujen määrän vuoksi sairaalalaitosten kustannusten nousua rajoitettiin (Kekki 2012).

Terveyskeskukset kehittyivät alkuvuosinaan nopeasti. Terveyskeskusten lääkärinkäynnit lisääntyivät vuoden 1972 noin kolmesta miljoonasta yli seitsemään miljoonaan käyntiin vuoteen 1980 mennessä. Muut hoito- ja tutkimuskäynnit kasvoivat suhteelli-

sesti vieläkin nopeammin: alle miljoonasta noin viiteen miljoonaan vuoteen 1980 mennessä. Samaan aikaan Kelan korvaamien yksityisten lääkärikäyntien, tutkimusten ja muiden hoitojen käyntimäärät vähenivät. (Perusterveydenhuollon kokeilusuunnitelmatyöryhmä 1982, s. 4).

Vuosien 1972 ja 1977 välisenä aikana terveyskeskuksissa perustettiin noin 6300 uutta sairaansijaa ja uusia hoitohenkilökunnan virkoja noin 22 500. Terveyskeskuslääkärivirkojen osuus koko maan lääkärin viroista oli vuonna 1972 24 %. Osuus oli vuonna 1977 jo 33 % ja virkojen täyttöaste hyvä. Suomessa oli vuonna 1977 yhteensä 1694 terveyskeskuslääkärin virkaa. Terveyskeskuslääkärien virkamäärien lisäykset alkoivat kuitenkin hidastumaan 1970-luvun loppupuolella öljykriisin ja siitä seuranneen valtion taloudellisen tilanteen huonontumisen vuoksi (Kekki 2012, s. 46, 48).

1970-luvun lopulla huomattiin, että terveyskeskusten voimakkaasta kehittämisestä ja henkilöstön lisäyksistä huolimatta varsinkin terveyskeskuslääkärien lääkärint vastaanottojen saatavuus oli heikkoa (Terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunta 1979). Myös hoidon jatkuvuuden todettiin olevan osassa kunnista matala. Suomen ensimmäinen hoidon jatkuvuusindeksi laskettiin vuonna 1977 Lapuan terveyskeskuksessa. Tulos oli 41,7 %, mikä oli matala arvo 0-100 %:n vaihteluvälin indekseille (Kekki 2012).

STM:n vuonna 1979 asettaman terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunnan mukaan terveyskeskusten suurimmat ongelmat koskivat lääkärinvirkojen riittämättömyyttä ja lääkäreiden vaihtuvuutta. Tärkeimmät syyt liittyivät terveyskeskuslääkäreiden työn tuottavuuden laskuun sekä terveyskeskusvirkojen ja yleislääkäreiden urakehityksen kehittämättömyyteen, mikä vaikeutti vakinaisten lääkäreiden työssä pysyvyyttä. Toimikunnan mukaan terveyskeskusten ongelmien ja epäkohtien ratkaiseminen voitaisiin ryhmittää kolmen päätavoitteen ympärille: palvelujen saatavuuden parantamiseen, hoitojatkuvuuden turvaamiseen ja hoitotoiminnan sisällön ja laadun kehittämiseen. Päätavoitteiden katsottiin kytkeytyvän toisiinsa ja varsinkin hoidon laadun paranevan hoitojatkuvuutta ja palvelujen saatavuutta kehittämällä (Terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunta 1979, s. 105).

Kehittämistoimikunta arvioi, että Suomessa oli vuonna 1977 yksi avoterveydenhuollon lääkäri noin 3000 asukasta kohden, ja että lääkäritiheys oli vertailumaihin verrattuna matala. Toimikunta esitti välitavoitteeksi 2000 asukasta yhtä avoterveydenhuollon lääkärinä kohden vuoteen 1985 mennessä. Päätavoitteena oli 1500 asukasta yhtä avoterveydenhuollon lääkärinä kohden vuoteen 1990 mennessä (Terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunta 1979, s. 105).

Osasyynä terveyskeskuslääkärien työn tuottavuuden laskuun oli ammattikunnan ”virkamiehistyminen”. Kunnanlääkäriaikana lääkärintyö perustui eräänlaiseen julkisen ja

yksityisen toiminnan yhdistelmään, jossa kunnat maksoivat pientä palkkaa ja tarjosivat virka-asunnon. Kunnanlääkäriin työn sidonnaisuus oli suurta, eikä pitkiä jonoja vastaanotoille ollut. Kun terveyskeskukset perustettiin, muuttuivat lääkäreiden työtehtävät olennaisesti. Terveyskeskuslääkäreiden ansiot perustuivat terveyskeskuksilta saatuun palkkaan ja työtä tehtiin pääosin virka-aikaisesti. Halukkuus 37 viikkotyötunnin ylittävälle lisätyölle pieni. Muutos oli kuntalaisillekin huomattava, sillä uusi terveyskeskustoiminta näyttöytyi asukkaille ilmaisena lukuun ottamatta suhteellisen pieniä käyntimaksuja (Kekki 2012).

2.2.2 Tärkeimpiä rakennemuutoksia 1970-luvulla

Terveystieteiden järjestämisen ohjauksrakenteita muokattiin, kun vuonna 1977 toteutettiin laaja tehtävien ja toimivallan siirto keskushallinnolta lääninhallitukselle, jolloin lääninhallituksen mahdollisuudet vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuoltoon lisääntyivät (laki kuntajaosta 73/1977). Vuodesta 1979 kuntien valtionapujen maksatus siirtyi kokonaan lääninhallitukselle, joka siitä lähtien huolehti alueellisten toimintasuunnitelmien hyväksymisestä. Kyseinen tehtävien delegointi merkitsi keskushallintovetoisen päätösvallan vähenemistä (Kekki 2012).

Työterveyshuollon 1970-luvun kehityksen taustalla olivat Suomen siirtyminen tulopoliittiseen kauteen vuonna 1968, mikä vahvisti työmarkkinajärjestöjen asemaa. Työmarkkinajärjestöt ajoivat työterveyshuollon vakiinnuttamista. Vuonna 1969 sairausvakuutusta muutettiin siten, että työnantajalle maksettavan sairausvakuutuskorvauksen piiriin hyväksyttiin sairaanhoitopalvelujen ohella ehkäisevän terveydenhuollon kustannukset. Työterveyden roolia laajennettiin edelleen vuonna 1971 työterveyshuoltosopimuksessa, jossa työmarkkinajärjestöt sopivat työterveyshuollon kehittämisen suunta-aiioista. Sopimuksen myötä työnantajien kustantamien terveyden- ja sairaanhoitopalvelujen piiriin kuuluvien työntekijöiden määrä kasvoi voimakkaasti (Niemelä 2014, s. 269-271).

Työterveyshuoltolain valmistelu alkoi pian työterveyshuoltosopimuksen jälkeen. Virkamiesvalmistelussa suurin erimielisyys koski yksityisten lääkäriasemien työterveyspalvelujen kelpuuttamista työterveyshuollon järjestäjiksi. Muun muassa STM:n työryhmä piti tuolloin suunnitteilla olevaa työterveysjärjestelmää kansanterveysjärjestelmän peruseräiteiden vastaisena. Lääkintöhallituksen lausunnon mukaan työterveyshuolto oli kansanterveystyötä, joten yksityiset terveyspalvelut eivät olisi työterveyshuollon ensisijaisia toteuttajia, koska tällainen järjestely saattaisi johtaa rajallisten resurssien kontrolloimattomaan käyttöön. Työterveyslaitos kannatti lausunnossaan yksityisiä työterveyspalveluja (Niemelä 2014, s. 274-275).

Myös poliittisilla puolueilla oli erilaisia näkemyksiä työterveyshuollosta. Vasemmisto painotti ennaltaehkäisevää toimintaa ja työntekijöiden asemaa sen toteuttamisessa. Kokoomuksen ja Keskustan ohjelmissa työterveyshuoltoon oli liitetty myös sairaanhoito. Vaikka puolueet kannattivat työterveyshuollon kehittämistä, eivät ne puuttuneet tarkemmin lain yksityiskohtiin (Niemi 2014, s. 276-277).

Työterveyslaki syntyi kolmikantatyöryhmän ratkaisuna. Päätökseen vaikutti myös öljykriisin aiheuttama taloudellinen taantuma, jonka vuoksi hallituksen tärkeänä tehtävänä oli talouden elvyttäminen. Työterveyslaki säädettiin vuonna 1978 osana Kalevi Sorsan toisen hallituksen elvytyspakettia ja laki astui voimaan 1.1.1979 (Niemi 2014, s. 281, 284). Laissa työnantaja veloitettiin järjestämään työntekijöilleen tarpeelliset työterveyspalvelut. Työnantajat saivat itse valita tarvitsemansa terveydenhuollon ammattihenkilöstön ja tarvittavat palvelut voitiin hankkia myös yksityisiltä sairaanhoitolaitoksilta (työterveyshuoltolaki 743/1978).

2.2.3 1980-luku

1970-1980 -lukujen aikana kansainväliseen ja kansalliseen huomioon nousi niin sanottu perhelääkäri-ideologia. Se pohjautui perhelääkäri- tai omalääkäri -ajatukselle, jossa potilas oli keskiössä. Perhe- ja omalääkärijärjestelmiä noudattavissa maissa väestö yleensä listautui omalle lääkärilleen, joka hoiti potilaitaan väestövastuista ja kokonaisvaltaisesti (Sjönell 1994, s. 21).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmää päädyttiin kehittämään kohti perhelääkäri-ideologiaa. Tämä johti omalääkärikokeiluihin 1980-luvulla ja vuonna 1985 Suomen hallituksen terveyspoliittiseen selontekoon, jonka mukaan lääkäreiden ja terveydenhoitajien työ tulisi järjestää väestövastuuperiaatteella vuoteen 1990 mennessä (Kekki 2012, s. 127). Maassa oli vuonna 1987 pöytälaatikkoluonnos, joka toteutuessaan olisi velvoittanut kunnat järjestämään jokaiselle kansalaiselle omalääkäriin. Lakimuutos ei kuitenkaan koskaan toteutunut, vaan sen sijasta lähdettiin kokeilujen ja kehittämisen tielle (Kokko & Telaranta 2006).

Tavoitteissaan valtionjohto pyrki vahvistamaan yleislääketieteen asemaa Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä. Pertti Kekki valittiin Suomen ensimmäiseksi yleislääketieteen professoriksi Helsingin yliopistoon vuonna 1982. Opetusministeriön asettaman perusterveydenhuollon opetuksen toimikunnan ansiosta yleislääketieteen professuurit saatiin myös Kuopioon, Turkuun ja Ouluun 1990-luvun alkuun mennessä (Kekki 2012, s. 19-120,127).

Terveyskeskuslääkärien virkatilanteen kehittyminen jatkui 1980-luvulla hitaana ja valtakunnalliset suunnitelmat virkalisäyksistä muuttuivat lähes vuosittain. Vuonna 1984 virkoja oli 2817, mutta vuoden 1987 lopussa niitä oli enää 2630. Valtakunnallisten suunnitelmien tavoite oli koko vuosikymmenen ajan yksi avosairaanhoidon lääkäri 2800 asukasta kohden. Kun otettiin huomioon, että terveyskeskuslääkäriin työstä 40-50 % käytettiin muuhun kuin avosairaanhoidon, pääteltiin, että Suomessa olisi yksi avosairaanhoidon lääkäri 3150-3780 asukasta kohti. Valtakunnallisen tavoitteen perusteella laskettiin, että terveyskeskuksiin tarvittaisiin 400-900 lääkärin virkaa lisää. Laskelmissa ei otettu huomioon terveyskeskusten virkamäärien kokonaisvajausta, jonka todettiin saman vuoden lokakuussa olevan 2980. Näistä lääkärinvirkojen osuus oli 677. Virkojen täyttöaste oli tolloin siis huono (Kekki 2012, s. 103-106).

2.2.3.1 Tärkeimpiä rakennemuutoksia 1980-luvulla

Sosiaalihuollon toiminta tuotiin laajasti valtionosuuden piiriin uudessa valtiosuuslaissa vuonna 1983. Lain seurauksena kuntien tuli järjestää sosiaali- ja terveydenhuoltotoimintonsa itse, yhteistyössä toisen kunnan kanssa tai muodostamalla kuntainliitot. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjattiin edelleen keskusvetoisesti. Lääkinhallitukset vahvistivat alueelliset toimintasuunnitelmat ja valtakunnalliset suunnitelmat valmisteltiin ministeriöissä. Valtiosuudet maksettiin edelleen kunnille valtion budjetin korvamerkityistä varoista. Valtiosuuslain johdosta ja sosiaalihuollon muokautulosta johtuen terveydenhuollon valtiosuusprosentit laskivat (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 677/1982, Kekki 2012).

Vuonna 1989 erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämisestä säädettiin erikoissairaanhoidolaissa, jolloin sairaanhoitopiirit syntyivät. Sairaanhoitopiirien tuli järjestää laissa esitetty erikoissairaanhoidon alueillaan sekä huolehtia yhteistyöstä terveyskeskusten kanssa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoidon muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Lisäksi sairaanhoitopiiriin tuli huolehtia tehtäväalansa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. Sairaanhoitopiirien omistajiksi ja rahoittajiksi tulivat kuntien omistamat kuntainliitot (erikoissairaanhoidolaki 1062/1989).

2.3 Omalääkärikokeilut 1985-1993

2.3.1 Alkuvaihetta

Lääkintöhallituksen pääjohtaja Erkki Kivalo herätti vuonna 1977 ajatuksen perhelääkäri- ja terveydenhoitajakokeilujen toteuttamisesta. Kyseiset kokeilut toteutettiin vuosien 1979 ja 1981 välillä Saarijärvellä ja Jyväskylässä. Kokeiluissa terveyskeskukset siirtyivät alueperusteiseen väestövastuujärjestelmään, jonka tarkoituksena oli lisätä hoidon jatkuvuutta ja perhekeskeisyyttä. Kokeilu epäonnistui osin, sillä hoidon jatkuvuus ei toteutunut suuren lääkärivaihtuvuuden vuoksi. Tutkimus toteutettiin seuranta-tutkimuksena. Jälkikäteen todettiin, että tiukempi toimintatutkimus olisi ollut tulosten kannalta hedelmällisempi, sillä siinä toimintaa olisi voitu kehittää jatkuvasti ja etsiä aktiivisesti ratkaisuja ongelmiin pyrkimyksenä löytää toimiva vaihtoehto. Toimintatutkimustyyppistä tutkimusotetta perusteltiin myös sillä, että aloite kokeilulle tuli terveyskeskusten ulkopuolelta. Siksi ongelmien tiedostaminen ja halu muutokseen terveyskeskuksissa ei ollut itsestäänselvyys (Lääkintöhallitus 1985, s. 76-80, 125). Perhelääkäri- ja terveydenhoitajakokeiluissa perusteella pystyttiin kuitenkin osoittamaan, että väestövastuuseen perustuva perusterveydenhuollon järjestämistapa ja perhekeskeisyyden lisääminen olisivat mahdollisia toteuttaa ainakin pienissä ja keskisuurissa kaupungeissa (Perusterveydenhuollon kokeilusuunnitelmatyöryhmä 1982 s. 11-12).

Vuonna 1981 STM:n nimitti kokeilusuunnittelutyöryhmän, jonka tehtävänä oli laatia perusterveydenhuollon sisällön kehittämiseen tähtäävä omalääkärikokeilusuunnitelma. Kattavan selvitystyön päätteeksi kokeilusuunnittelutyöryhmä ehdotti, että omalääkärikokeilu perustuisi STM:n toteuttamaan terveyskeskuslääkärien ja Kelan toteuttamaan terveyskeskusten ulkopuolisten yksityislääkärien omalääkärikokeiluun. Kelan osuus kokeilusta antaisi kuvaa kokeilun suunnitteluvaiheessa ulkopuolelle jääneistä yksityisen terveydenhuollon osakokeilusta ja omalääkäreiden listapalkkauksesta (Perusterveydenhuollon kokeilusuunnitelmatyöryhmä 1982).

2.3.2 Omalääkärikokeilut ja väestövastuisten terveydenhuollon kokeilut

STM nimitti vuonna 1983 johtoryhmän johtamaan ja arvioimaan omalääkärikokeilua (Helenius 1987, s. 20), jonka osana edellä mainittu Kelan omalääkärikokeilu käynnistyi. Yhteinen tausta merkitsi kiinteää kehittämis- ja tutkimusyhteistyötä instituutioiden välillä (Aromaa ym. 1998, s. 14-15).

Omalääkärikokeiluihin osallistui neljä suurta kaupunkia: Helsinki, Turku, Lahti ja Tampere. Kokeiluun osallistui 15 toimipistettä, joista kuusi oli yksityistä lääkäriasemaa (Vohlonen 1989, s. 10). Väestövastuut toteutettiin aluepohjaisesti (Helenius 1987, s. 23-24) ja kokeilujen piiriin kuului yhteensä noin 165 000 asukasta. Yhden lääkärin keskimääräinen vastuuväestö oli noin 2400 asukasta (Vohlonen 1989, s. 10)

Omalääkärikokeiluissa tarkasteltiin kolmea kokeilumallia (malli 1,2 ja 3) (Aromaa ym. 1998, s. 344), joita verrattiin tavanomaiseen terveyskeskustoimintaan. Mallissa 1 säilytettiin vanhan virkaehtosopimuksen ehdot ja väestövastuu toteutettiin terveyskeskuksen toimintaa uudelleenorganisoimalla. Mallissa 2 käytettiin terveyskeskusten uutta kokeiluvirkaehtosopimusta, josta sittemmin muodostui kunnille valinnainen väestövastuuvirkaehtosopimus (väestövastuu-VES). Väestövastuu-VES:ssä lääkäreiden sallittiin käyttää joustavaa työaikaa ja palkkauksen rakennetta muokattiin perustumaan osaksi oletettua työn kuormittavuutta ja osaksi tehtyä työn määrää. Mallissa 3 lääkärin avohoitopalvelut rahoitettiin ulkopuolisella kokeilurahoituksella Kelan kautta ja omalääkärit toimivat ammatinharjoittajina yksityisissä lääkärikeskuksissa (Vohlonen 1989 s. 20).

Kun STM:n omalääkärikokeilu vuoden 1987 lopussa päättyi, tiedettiin, ettei toiminta ollut vielä saavuttanut täyttä laajuuttaan. Kela jatkoi kokeilutoimintaansa itsenäisesti niin sanottuna Kelan omalääkärikokeiluna vuoteen 1993 asti (Aromaa ym. s. 11). Kelan omalääkärikokeilussa yksityisinä ammatinharjoittajina toimineiden omalääkärien toimintaa verrattiin terveyskeskusomalääkäreihin sekä ei-väestövastuisten terveyskeskusten lääkäreihin. Terveyskeskusomalääkäreitä ei tosin jaettu mallin 1 ja 2 mukaisiin tavallista virkaehtosopimusta ja väestövastuu-VES:ä toteuttaviin lääkäreihin, vaan niitä tarkasteltiin kokonaisuutena.

Alkuperäisen omalääkärikokeilun päätyttyä STM jatkoi kehittämis- ja tutkimustoimintaansa niin sanottuina väestövastuisten terveydenhuollon kokeiluina (VPK-kokeilut). VPK-kokeilut perustuivat omalääkärikokeiluja laajempaan, koko terveyskeskuksen toimintaa käsittävään toimintaan. Projektin kokeilupaikkakunnat saivat kehittää toimintaansa omaehtoisesti hyvin väljien raamien puitteissa (Aro & Liukko 1993, s. 14-16). VPK-kokeiluihin osallistuivat vuosien 1989 ja 1992 välillä kymmenen paikkakuntaa: Virrat, Kotka, Jyväskylä, Espoo, Lahti, Pori ja Kolari, sekä Oriveden, Mikkelin ja Haminan kuntainliitot. VPK-kokeiluissa vastuuväestöjen koko oli keskimäärin 2200 asukasta lääkäriä kohden vaihdellen kuitenkin suuresti noin 1550 asukkaasta 2950 asukkaaseen (Aro 1991, s. 31).

VPK-kokeilujen toimintaa tutkittiin kolmen vuoden ajan. Vähitellen uusia kuntia alkoi tulla mukaan ja toimintaa alettiin nimittämään alueelliseksi väestövastuuksi, joka kuvasi parhaiten sekä perusterveydenhuollon, että sosiaalihuollon työtä (Mäkelä ym.

1996, s. 5). Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (STAKES) selvitti alueelliseen väestövastuuseen siirtyneiden kuntien toimintaa vuosina 1989-1993.

2.3.3 Omalääkäri- ja väestövastuukokeilujen tavoitteet

Omalääkärikokeilujen tavoitteena oli kehittää terveydenhuoltoa vuoden 1979 terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunnan tavoitteiden mukaisesti. Toiminnalla pyrittiin parantamaan hoitoon pääsyä, hoidon jatkuvuutta, palvelujen laatua, väestön tyytyväisyyttä, palvelujen tuottajien tyytyväisyyttä, palvelujen tuottavuutta ja palvelujen tehokkuutta (Helenius 1987, s. 21-22).

Kelan osakokeilun tavoitteena oli selvittää, miten ammatinharjoittajina toimivat yksityiset omalääkärit toimisivat osana perusterveydenhuollon kokonaisuutta ja kehittää yksityisten ja kunnallisten palvelujen yhteistyötä väestön hoitamisessa. Kelan omalääkäreillä oli terveyskeskusomalääkäreitä parempi mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä sisältöön, sillä palvelusopimuksen ainoa ehdoton vaatimus työlle oli, että potilaiden oli päästävä vastaanotolle kolmen arkipäivän kuluessa (Aromaa ym. 1998, s. 17, 344-345).

VPK-kokeilujen keskeisimpiä tavoitteita oli aikaansaada paikallisesti toimiva väestövastuinen järjestelmä, selkeyttää perusterveydenhuollon toimintamalleja, tukea väestövastuisen terveydenhuollon kehittämistä, kehittää ammattiryhmien välistä yhteistyötä sekä parantaa lääkäripalvelujen saatavuutta, jatkuvuutta ja tarkoituksenmukaisuutta (Aro & Liukko 1993, s. 3).

2.3.4 Omalääkäri- ja väestövastuukokeilujen tulokset

2.3.4.1 Lääkäripalvelujen riittävyys ja peittävyys

Lääkäripalvelun riittävyys kuvaa palvelujen tarpeen ja niiden tarjonnan välistä ja palvelun peittävyys palvelujen tarpeen ja käytön välistä suhdetta (Aromaa ym. 1998, s. 245). Palvelun tarpeen määrittäminen on vaikeaa, sillä tarve voi ja usein muuttuu ajan mukaan.

Kokeiluissa palvelun riittävyttä ja peittävyttä selvitettiin eri keinoin. Omalääkäri- ja väestövastuujärjestelmät muuttivat palvelun tarjontaa, jolloin muutokset lääkäripalvelun käytössä liittyivät välillisesti palvelun riittävyteen ja peittävyteen. Palvelun tarpeen tyydyttymistä selvitettiin myös väestökyselyjen ja haastatteluiden avulla.

Hoidon saatavuus parani väestövastuu-VES:ä toteuttavassa mallissa 2 ja Kelan omalääkärikokeilun mallissa 3. Niissä 80-90 % potilaista pääsi vastaanotolle 1-3 vuorokauden kuluessa. Voimassa ollutta lääkärisopimusta noudattavassa mallissa 1 palvelujen saatavuus ei ollut vertailuterveyskeskuksia parempi (Vohlonen 1989, s. 85). Alueellista väestövastuuta noudattavissa kunnissa jonotusaikojen todettiin lyhentyneen heti kokeilun alkaessa ja pysyneen lyhyenä koko seurannan ajan, kun taas verrokikunnissa odotusajat lääkärin vastaanotolle pitivät (Mäkelä ym. 1996, s. 40).

Omalääkärikokeilussa lääkärisäkäynnit näyttivät lisääntyvän mallissa 1 ja 2 eli terveyskeskusomalääkärimalleissa, mutta ei mallissa 3. Lisääntyminen aiheutui suurelta osin siitä, että terveyskeskuspalveluja käyttävien joukko kasvoi. Kokeiluväestöissä se osuus väestöstä, joka kävi lääkärissä vuoden aikana, kasvoi 10 % tai 5-7 % yksikköä, mutta asukaskohtaiset käyntimäärät kasvoivat vain vähän. 7 % väestöstä käytti puolet omalääkärien palveluista. Eniten lääkärin vastaanottopalvelut keskittyivät samoille henkilöille mallissa 1, lievemmin mallissa 2 ja lievimminkin mallissa 3 (Vohlonen 1989, s. 76-79, 117).

Se, miksi lääkärisäkäynnit eivät aluksi näyttäneet lisääntyvän omalääkärikokeilun mallissa 3 johtui todennäköisesti uudenlaisen ammatinharjoittajatoiminnan aloituksen hitaasta käynnistymisestä, sillä myöhemmin Kelan omassa tutkimuksessa Kelan omalääkärien vastaanotokäyntien havaittiin lisääntyvän muutaman vuoden ajan, kunnes tasoittuivat tasolle noin 120 käyntiä sataa asukasta kohden vuodessa. Lopulta lääkärikäyntejä asukasta kohden tehtiin enemmän Kelan omalääkäreille, kuin terveyskeskusomalääkäreille tai terveyskeskuksiin, joissa ei ollut omalääkäreitä. Lisäksi käynnit painottuivat voimakkaimmin alimpaan tuloluokkaan. Puhelinkontaktien määrä kasvoi koko Kelan kokeilun ajan. Lisääntynyt palvelujen käyttö painottuen alimpaan tuloluokkaan tarkoitti, että palvelut jakautuivat tasaisemmin parantaen palveluntarpeen tyydyttymistä sekä palvelujärjestelmän tasa-arvoisuutta ja oikeudenmukaisuutta (Aromaa ym. 1998, s. 251, 253, 350, 356).

Tarpeen tyydyttymistä selvitettiin Kelan omalääkärikokeilussa väestökyselyin. Niiden henkilöiden osuus hoitoa tarvinneista, jotka eivät mielestään olleet saaneet riittävästi hoitoa, oli pienin Kelan kokeiluväestössä, seuraavaksi pienin terveyskeskusomalääkärin omaavilla ja suurin väestössä, jolla ei ollut omalääkäreitä. Erot tarpeen tyydyttymisessä olivat suurimpia alimmassa tuloluokassa, alimmassa koulutusluokassa sekä heissä, jotka kokivat terveydentilansa huonoimmaksi. Lisäksi tyytymättömiä viime aikoina saatuun palveluun oli vähiten Kelan kokeiluväestössä ja sitten väestössä, jolla oli terveyskeskusomalääkäri. Kaikkein tyytymättöimpiä olivat ne, joilla ei ollut omalääkäreitä lainkaan (Aromaa ym. 1998, s. 256-259, 261).

VPK-kokeilussa valtaosa väestöstä oli tyytyväisiä saamiinsa palveluihin, eikä kokemuksissa ollut merkittäviä eroja eri asiakasryhmien kesken. Yleisessä tyytyväisyydessä ei havaittu eroja kokeilun edetessä, mutta koska tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä ei ennen kokeilua kerätty, oli mahdoton sanoa, oliko kokeilulla vaikutusta asiakastytyväisyyteen. Kielteiset kokemukset liitettiin varsin usein päivystysvastaanottoon (Aro & Liukko 1993, s. 71, 73).

Lääkärikäyntien kokonaismäärä kasvoi myös alueellista väestövastuuta toteuttaneissa kunnissa, joissa käyntien määrä asukasta kohti kasvoi vuosien 1989 ja 1993 välillä verrokkikuntia korkeammaksi (Mäkelä ym. 1996, s. 14).

2.3.4.2 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuutta selvitettiin kokeiluissa eri keinojen avulla. Selvitettiin, kuinka suuri osuus palvelujen käytöstä suuntautui omalääkärille, sillä palvelun käytön keskittyminen antaisi edellytykset hyvälle hoidon jatkuvuudelle. Lisäksi selvitettiin väestön suhtautumista omalääkäreihin ja kokeilun toteutumiseen. Alueellista väestövastuuta toteuttavien kuntien tutkimuksessa laskettiin varsinainen hoidon jatkuvuuden indeksi.

Omalääkärikokeilussa noin puolet kokeiluväestöjen asukkaista tapasi omalääkäriinsä tai hänen sijaisensa vähintään kerran omalääkärikokeilun aikana kaikkialla paitsi Helsingissä. Helsingissä malleissa 1 ja 2 vain noin kolmasosa tapasi omalääkäriinsä tai hänen sijaisensa kokeilun aikana, mallissa 3 noin puolet väestöstä. Keskimäärin 26 % kaikista omalääkärikokeilun kokeilumallien lääkärikäynneistä suuntautui omalääkäreille. Malleissa 2 ja 3 omalääkärikäyntien osuus kaikista lääkärikäynneistä oli korkeampi, kuin mallissa 1. Vain 14 % potilaista kävi väestökyselyn mukaan ainoastaan omalääkäriinsä. 30 % kävi sekä omalääkäriinsä että muualla lääkäriinsä ja 56 % kävi ainoastaan muualla lääkäriinsä. Osa rinnakkaisesta käytöstä oli varmasti tarkoituksenmukaista, kuten sairaala-alojen erikoislääkärikäynnit tai työterveyslääkärikäynnit yhdestä syystä ja omalääkärikäynnit toisesta. Palvelujen rinnakkaiskäyttö vaikutti silti olevan runsaampaa kuin tarkoituksenmukaisuus edellytti (Vohlonen 1989, s. 64, 69-70).

Kelan omalääkärikokeilussa lääkärikäyntien keskittyminen omalääkärille parani kokeilun edetessä. Vuonna 1993 lähes 32 % kokeiluväestöstä kävi ainoastaan omalääkäriinsä, kun vuonna 1988 luku oli vain 21 %. Tämä osoitti, että kokeilun edetessä omalääkäristä tuli yhä useammalle se lääkäri, jonka apuun tarvittaessa käännyttiin. Vaikka omalääkäreille suuntautui Kelan kokeilun edetessä kasvava osa lääkärikäynneistä, osuus kaikista käynneistä oli parhaimmillaankin vain 41 % palvelujen rinnakkaiskäytön vuoksi. Tosin oma-aloitteiset yksityislääkärikäynnit vähenivät. Kelan kokeilussa kokeiluväestö kävi harvemmin erillisillä päivystysasemilla ja päivystyspisteiden kuor-

mitus laski, vaikka äkillisen sairastumisen vuoksi tehdyt lääkärikäynnit eivät vähentyneet. Tämä johtui siitä, että potilaat ohjautuivat usein päivystyksen sijaan juuri omalääkäreille. Niiden henkilöiden osuus, jotka katsoivat joutuneensa käymään liian monella eri lääkäriellä, oli Kelan kokeiluväestöllä alhaisin. Seuraavaksi alhaisin se oli niillä, joilla oli terveyskeskusomalääkäri ja korkein väestöllä, jolla ei ollut omalääkäriä lainkaan (Aromaa ym. 1998, s. 110, 234-235, 251).

Asuinalueeseen perustuva väestönjako heikensi hoidon jatkuvuuden edellytyksiä Kelan omalääkärikokeilussa, sillä väestön muuttoliike oli kokeilukaupungeissa kokeilun aikana vilkasta. Kelan omalääkärikokeilussa todettiin, että aluepohjalta määritellyn väestön vaihtuvuus oli todennäköisesti se hoidon jatkuvuuden edellytys, joka kokeilussa toteutui kaikkein huonoimmin. Kaikista Kelan kokeiluun alussa kuuluneista vain vajaat 50 % asui vielä kokeilun päättyessä samalla alueella ja oli siten oikeutettu käyttämään omalääkäripalveluja (Aromaa ym. 1998, s. 232).

VPK-kokeiluissa ne, jotka käyttivät omalääkäripalveluja, keskittivät käynntejään kokeilun edetessä entistä enemmän omalääkäriilleen. Kokonaisuudessaan lääkäripalvelujen keskittymistä tapahtui kuitenkin melko vähän ja väestö käytti runsaasti muita lääkäripalveluja. Kolmasosalla väestöstä oli omalääkäriin lisäksi muu tietty lääkäri, jonka palveluja he käyttivät. Omalääkärien status nousi, sillä kokeilun edetessä heistä tuli valtaosalle väestöstä ”ykköslääkäri”, kun aikaisemmin he olivat olleet sitä vain vähemmistölle. Yhdeksän kymmenestä asukkaasta piti tarpeellisena, että hänellä on tai olisi tietty lääkäri, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyttä (Aro & Liukko 1993, s. 4, 59).

Alueellista väestövastuuta toteuttavissa kunnissa hoidon jatkuvuus parani väestövastuukunnissa suorastaan dramaattisesti. Tutkimuksessa hoidon jatkuvuutta mitattiin K-indeksillä, joka saa arvoja 0-100 % välillä. Sadan prosentin jatkuvuus tarkoitti, että potilas oli käynyt vain yhden lääkärin luona ja nollan prosentin jatkuvuus taas sitä, että potilasta oli hoitanut joka käynnillä eri lääkäri. 2,4 vuoden ajalta mitattu K-indeksi oli vuonna 1994 alueellista väestövastuuta toteuttaneissa kunnissa 52 % ja verrokkikunnissa 32 %. Yksityissektorin käytön todettiin vähentyneen kaikissa tutkimuksen 136 kunnassa, mutta käyttö väheni väestövastuukunnissa verrokkikuntia enemmän. Alueellista väestövastuuta toteuttavien kuntien asukkailla oli verrokkikuntia enemmän terveyskeskuksen vuodeosastohoitopäiviä, mutta vähemmän erikoissairaanhoidon hoitopäiviä (Mäkelä ym. 1996, s. 24-26, 30, 40, 42).

2.3.4.3 Taloudellisuus

Omalääkärikokeilussa omalääkärien toiminnan todettiin olevan selvästi vertailumallin lääkäreiden toimintaa taloudellisempaa. Kokeilumallien kokonaiskustannukset käyntiä kohden olivat 28 % vertailumallia alhaisemmat. Käyntikohtaiset kustannukset olivat

pienimmät mallissa 1. Lisäksi laskennallisesti arvioitiin, että omalääkärijärjestelmän toteutumisasteen ollessa 18-35 %, muuhun käyttöön voitaisiin vapauttaa arviolta 6-11 % aiemman toiminnan sitomista varoista. Mallien väliset kustannuserot syntyivät lähinnä läheteistä terveyskeskuksen vuodeosastohoitoon ja fysikaaliseen hoitoon (Vohlonen 1989, s. 115).

Kelan omalääkärikokeilussa kokeiluun osallistuvan väestön käyttökustannukset korvattiin siten, että ne olivat samat kuin terveyskeskuksessa. Omalääkärit saivat myös konsultoida yksityisiä erikoislääkäreitä, jotka kuuluivat korvattavan toiminnan piiriin. Omalääkärikokeilun kokonaiskustannukset muodostuivat omalääkäreille maksetuista korvauksista, konsultoiville erikoislääkäreille maksetuista korvauksista, omalääkärien ja omalääkärien konsultoitujen erikoislääkäreiden läheteillä tehtyjen laboratorio- ja röntgentutkimusten kustannuksista, lääkäriaseman perimistä erilaisista toimisto-, laitos- ja poliklinikamaksuista, ravitsemusterapiasta ja kotisairaanhoidosta maksetuista korvauksista sekä hallinnosta aiheutuvista kuluista. Näillä perusteilla kokonaiskustannusten todettiin olevan noin 3 % korkeammat kuin ilman terveyskeskusomalääkäriä olleella ryhmällä. Kustannusten nousua pidettiin saavutetut tulokset huomioiden kohtuullisina. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että ainakin laboratorio- ja röntgentutkimuksia kilpailuttamalla ja/tai ostosopimuksin voitaisiin kustannuksia pienentää, mikä edelleen parantaisi toiminnan taloudellista tehokkuutta (Aromaa ym. 1998, s. 207-208, 335, 357).

VPK-kokeiluissa kansanterveystyön käyttömenojen todettiin kasvaneen vuosien 1989-1991 välisenä aikana reaalisesti 11 %, mikä ei poikennut merkittävästi vertailupaikkakunnilla tapahtuneesta käyttökustannusten noususta (Aro & Liukko s. 1993).

2.3.4.4 Väestön ja henkilökunnan kokemuksia kokeiluista

VPK-kokeilussa valtaosa kokeiluun osallistuneista oli tyytyväisiä niin lääkäri-, terveydenhoitaja- kuin sairaanhoitajapalveluihin (Aro & Liukko 1993, s. 4, 62), ja omalääkärikokeilussa vain harva halusi vaihtaa omalääkäriään kokeilun aikana (Vohlonen 1989, s. 117). Kelan omalääkärikokeilussa sekä Kelan omalääkäriin että terveyskeskusomalääkäriin omaava kokeiluväestö oli tyytyväisempiä saamiinsa palveluihin kuin verrokki- väestö, jolla ei ollut omalääkäriä (Aromaa ym. 1998, s. 356).

Väestön kokemus hoidon jatkuvuudesta vaikutti toteutuvan parhaiten Kelan omalääkärikokeilun toteuttamassa ammatinharjoittajamallissa. Kelan kokeiluun osallistuneet kokivat joutuneensa käymään liian monella lääkäriä harvemmin kuin väestö, jolla oli terveyskeskusomalääkäri tai ei omalääkäriä lainkaan (Aromaa ym. 1998, s. 235).

Omalääkärikokeilussa omalääkärit kokivat väestövästuisen työn mielekkääksi (Vohlonen 1989, s. 116), ja Kelan omalääkärit olivat pääasiassa tyytyväisempiä kuin ilman

väestövastuuta toimivat terveyskeskuslääkärit (Aromaa ym. 1998, s. 240). VPK-kokeiluissa tyytyväisimpiä väestövastuuseen toimintaan olivat lääkärit ja tyytymättöimpiä sosiaalityöntekijät (Koponen 1992, s. 4). Lääkärien ja hoitajien yhteistyön koettiin parantuvan sekä omalääkärikokeiluissa (Vohlonen 1989, s. 117) että VPK-kokeiluissa (Koponen 1992, s. 4). Väestövastuinen toiminta aiheutti toimistohenkilökunnalle paineita ja ylimääräistä työtä (Vohlonen 1989, s. 118) sekä etenkin terveyskeskusavustajille työn muuttumista kiireisemmäksi ja sitovammaksi (Koponen 1992, s. 4).

Vaikka omalääkäri- ja VPK-kokeilujen vaikutukset työntekoon olivat keskimäärin myönteisiä, olivat paikkakuntakohtaiset erot hyvin suuria. Osalle väestövastuu merkitsi pitkiä ja pakkotahtisia työpäiviä ilman ruokataukoja, osalle taas intensiivisiä ja lyhyitä työpäiviä sekä löysempiä kesäkuukausia. Silti VPK-kokeiluihin osallistuneista vain pari pienen paikkakunnan lääkäriä olisi vuonna 1990 halunnut siirtyä väestövastuu-VES:n joustavasta työajasta takaisin 37 tunnin viikkotyöaikaan (Koponen 1992, s. 77-79).

2.4 Väestövastuuseen toiminnan kehittyminen 1990-luvulla

Vuosien 1989 ja 1993 välillä terveyskeskuslääkärien virkamäärät pysyivät suunnilleen ennallaan, mutta laman aiheuttaman lääkärien työtilanteen heikentymisen vuoksi terveyskeskusvirkojen täyttöasteet paranivat 93-94 %:iin. Samalla aikavälillä sairaanhoitajien virkamäärät hieman laskivat (Mäkelä ym. 1996, s. 14-15).

Vuonna 1992 näytti vielä siltä, ettei väestövastuujärjestelmän laajenemiselle olisi esteitä. Väestövastuuta toteuttavien kuntien määrä kasvoi lamasta huolimatta, sillä järjestelmästä koituvat toiminnalliset hyödyt ja kokonaistaloudelliset säästöt olivat kiistatonta. Suurimmat kiistat liittyivät palkkaukseen, sillä väestövastuu-VES:n kannustavan palkkaelementin seurauksena väestövastuuta noudattavien lääkärien palkat olivat tavanomaista virkaehtosopimusta korkeammat. Tämä aiheutti kateutta osassa lääkäreitä ja muita ammattiryhmiä. (Suomen Lääkärilehti 1992). Väestövastuinen toiminta laajeni nopeasti ja kesään 1995 mennessä arviolta 74 % terveyskeskuksista oli siirtynyt pienaluepohjaiseen työtapaan (Mäkelä ym. 1996, s. 37).

Kokemukset väestövastuujärjestelmistä jatkuivat 1990-luvulla hyvinä. Esimerkiksi Tampereella vuonna 1998 kolme viidestä kaupungin alueesta noudatti alueelliseen väestövastuuseen perustuvaa omalääkärijärjestelmää. Kaksi muuta kaupungin aluetta noudatti tavallista virkaehtosopimusta eli 37 tunnin säännöllistä työviikkoaikaa. Vuonna 1998 väestövastuuterveyskeskuksissa ei käytännössä ollut jonoja, ja päivystyskäyntien määrä oli vuositasolla laskussa. Kaupungin muissa terveyskeskuksissa

jonot olivat 2-4 viikkoa, ja päivystyskäyntien määrät nousussa. Erikoissairaanhoidon tarve väheni väestövastuualueilla, ja asukkaat pääsivät lähes aina tarvittaessa omalääkäriinsä hoitoon. Sekä potilaat että lääkärit olivat tyytyväisiä omalääkärijärjestelmään. Väestövastuuta noudattavien lääkäreiden palkka oli korkeampi, mutta vastaanotomäärät selvästi suuremmat. Tampereen kaupungin raportin johtopäätös oli, että sen aikainen kahteen toimintamalliin jakautunut järjestelmä oli Tampereen kuntalaisille epätasa-arvoinen (Omalääkärijärjestelmän kustannuksia selvittävä työryhmä 1998).

Valtakunnallisesti vastuuväestöjen koot kasvoivat 1990-luvulla. Vuonna 1992 koko maan keskimääräinen terveyskeskuslääkäriin vastuuväestön koko oli 1972 asukasta (Voutilainen ym. 1997, s. 4) ja vuonna 1997 se oli 2107 asukasta (Omalääkärijärjestelmän kustannuksia selvittävä työryhmä 1998, s. 8).

2.4.1 1990-luvun rakennemuutokset

Suomi ajautui 1990-luvun alussa taloudelliseen lamaan, minkä seurauksena vuosien 1992 ja 1995 välillä tehtiin lukuisia leikkauksia julkisiin menoihin. Julkisen sektorin investointeja karsittiin sekä eläkkeitä, asumistukea, vanhempainrahaa ja lääkekorvauksia leikattiin. Myös kunnat joutuivat leikkaamaan palvelutuotantoaan valtion supistustoimien vuoksi. Tulopuolella valtio kiristi verotusta muun muassa korottamalla sosiaaliturvamaksuja (Tanninen & Tuomala 2013).

Kunnat leikkasivat vuosien 1991 ja 1992 välillä terveyskeskusten kustannuksista noin 8-9 %. Leikkaukset tehtiin henkilöstön kanssa tehtyjen säästösopimusten ja viransijaisten käytön vähentämisen avulla. Kuntien väliset avohoidon käyttökustannusten erot kasvoivat kuvastaen kuntien joutumista entistä eriarvoisempaan asemaan. Samaan aikaan kunnat siirsivät sosiaalihuollon toimintoja terveyskeskuksiin, purkivat kasvatusta- ja perheneuvolojen sekä päihdehuollon kuntayhtymiä, lisäsivät yhteistyötä ympäristöterveydenhuollossa ja siirsivät mielenterveystyön avovastaanottoja erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksiin. Toimenpiteillä kunnat laskivat sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiaan, sillä toimintoja siirrettiin terveyskeskuksiin henkilöstöä samalla vähentäen (Mäkelä ym. 1996, s. 37).

Laman loppuvaiheilla tehtiin terveyskeskusten tulevaisuuden kannalta kaksi erittäin merkittävää uudistusta: lääkintöhallitus lakkautettiin (HE 264/1992 vp) ja valtionosuusjärjestelmää uudistettiin (HE 216/1991 vp).

Valtionosuusjärjestelmän uudistuksen taustalla oli Suomen hallituksen vuonna 1989 tekemä periaatepäätös selvitysmiehen asettamisesta valmistelemaan ehdotusta sel- laisesta valtionosuus- ja avustusjärjestelmästä, jossa valtionosuudet ja –avustukset

määräytyisivät laskennallisin perustein. Valtionosuusjärjestelmän uudistusta ei siis säädetty 1990-luvun laman seurauksena, toisin kuin usein ajatellaan (Niemelä & Saarinen 2008).

Aiemman valtionosuus- ja valtionohjausjärjestelmän nähtiin olevan yliorganisoidunutta, ja se koettiin hallinnollisesti raskaaksi ja taloudellisesti tehottomaksi. Lisäksi julkisen sektorin palvelutuotantomonopoli nähtiin ongelmaksi. Valtionosuusjärjestelmän uudistuksen tavoitteena oli kunnallisen itsehallinnon lisääminen, suunnitteluohjauksen keventäminen, valtionosuusjärjestelmän yksinkertaistaminen ja palvelujen turvaaminen paikalliset olosuhteet huomioonottavalla tavalla (Niemelä & Saarinen 2008).

Valtionosuusuudistuksen seurauksena valtionosuuksia alettiin maksamaan laskennallisin perustein kunnan väestön ikärakenteen, väestön tiheyden, maa-alueen ja saaristotatuksen perusteella (Rice & Smith 1999). Kunnat alkoivat saamaan valtionosuu-den eräänlaisena yleisenä toiminta-avustuksena, jolloin ne saivat itse päättää omista sosiaali- ja terveydenhuollon menoistaan. Laskennalliset valtionavut kannustivat taloudellisuuteen. Käytännössä päätöksenteko terveydenhuollon järjestämisestä hajautettiin jokaiseen Suomen 452 kuntaan. Samanaikaisesti asiakasmaksut vapautettiin (laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992) ja kunnille mahdollistettiin palvelujen ostaminen myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Valtio säätelä edelleen asiakasmaksujen ylärajaa, mutta valtionosuusuudistuksen yhteydessä kansanterveyslaissa säädetyt kolmen euron lääkärikäynnit jäivät historiaan.

Valtionosuusjärjestelmää uudistettiin uudelleen vuonna 1997 (HE 149/1996 vp), jolloin kuntien valtionosuuksia vähennettiin (Niemelä & Saarinen 2008) ja perusteisiin lisättiin kunnan väestön sairastavuus (Rice & Smith 1999). Valtionosuusuudistus oli luonteeltaan tekninen: määräytymisperusteiden muutosta perusteltiin sillä, että vuoden 1993 valtionosuusuudistus perustui vanhaan tutkimustietoon, eikä vastannut nykytilannetta. Huoli kiinnitettiin ennen kaikkea siihen, että valtionosuudet kohdentuisivat kuntien kesken oikeudenmukaisesti, ja että järjestelmä olisi kunnan näkökulmasta selkeä ja yhdenmukainen. Hallintovaliokunta puuttui mietintönsä kannanotossa siihen, että toisin kuin vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa, nyt tehtävän uudistuksen perusteissa kuntalainen ja hänelle turvatut palvelut oli jätetty täysin perusteluiden ulkopuolelle. (Niemelä & Saarinen 2008).

2.5 Uusi vuosituhat ja väestövastuisten toiminnan hiipuminen

2.5.1 2000-luku

Vuosituhannen vaihteessa valtiovallalle oli selvää, että terveydenhuollon toimintaedellytyksissä ja palvelujen saatavuudessa oli kasvavia ongelmia (Suomi 2002). Terveyskeskusten sisäinen työskentely-ympäristö sekä yhteistyö ammattilaisten kesken toimi kuitenkin edelleen hyvin. Terveyskeskusten huonoiten toimivia osa-alueita olivat sijaistilanne, tutkimustoiminta, lääkärien työterveyshuolto, yhteistyö kunnan/kuntayhtymän kanssa ja yhteistyö potilasyhdistysten kanssa. Terveyskeskuksen arvioitiin toimivan sitä huonommin, mitä suurempi vastuuväestö ja sitä paremmin, mitä laadukkaampi terveyskeskuksen johtamistyyli oli (Vehviläinen ym. 2002).

Tärkeimmät syyt terveyskeskustyön kasvaviin ongelmiin olivat kuntien säästötoimet, jotka johtivat omalääkäreiden työmäärän lisääntymiseen ja työn hallinnan ongelmiin. Kuntien mahdollisuudet rahoittaa terveystalvveluja olivat heikentyneet koko 1990-luvun ajan. Tämä johti säästötoimiin sekä vaikeuksiin rekrytoida uutta lääkärityövoimaa (Back 2004). Esimerkiksi sijaistaminen loppui osassa terveyskeskuksia käytännössä kokonaan (Suomen Lääkärilehti 2000). Sijaisten puuttumista ei ollut huomioitu väestövastuu-VES:ssä, ja kun näin tehtiin, joutuivat toiset omalääkärit hoitamaan poissa olevan lääkärin tehtävät oman työnsä ohella (Suomen Lääkärilehti 2003a).

Vuonna 2000 terveyskeskuksissa työskennelleistä lääkäreistä 24 % oli vaihtanut työpaikkaa pois terveyskeskuksesta vuoteen 2002 mennessä. Tärkeimpiä syitä pois lähtemiseen olivat työn pakkotahtisuus, kiire, erikoistuminen tai uusi työpaikka. Terveyskeskuksista lähteneet olivat useammin naisia, keskimäärin 40-vuotiaita ja heidän valmistumisestaan oli kulunut keskimäärin 13 vuotta (Vehviläinen ym. 2002). Saman aikaisesti nuorten lääkäreiden halu hakeutua terveyskeskustyöhön oli vähäistä ja nuori lääkärityövoima suuntautui voimakkaasti erikoissairaanhoidon ja työterveyshuoltoon. 53 % nuorista lääkäreistä harkitsi yksityissektorille siirtymistä. Työterveyshuolto oli asiantuntijoidenkin mukaan houkutteleva vaihtoehto lääkärille, sillä se ei sisältänyt iltatäi viikonlopputyötä, asiakkaat olivat pääosin terveitä henkilöitä, se ei sisältänyt julkisen sairaanhoitojärjestelmän vastuuta vaikeasta erikoissairaanhoidosta, työ oli rajatumpaa kuin terveyskeskuksissa ja itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivilla lääkäreillä ei yleensä ollut suurta yrittäjäriskiä (Back 2004).

Palvelujen saatavuuden turvaamiseksi Suomen valtioneuvosto teki vuonna 2002 periaatepäätöksen hoitotakuusta. Sen mukaan pääsy perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkäri, vastaanotolle kolmen päivän kuluessa turvataan. Samalla lääkärin koulutusmääriä lisättiin ja kuntien valtionosuuksia kasvatettiin. Periaatepäätöksen mukaan riittävästi resursoitu ja hyvin toimiva perusterveydenhuolto on koko terveydenhuollon perusta (Suomi 2002). Valtioneuvoston päätös johti vuodesta 2005 voimaantulleisiin muutoksiin kansanterveyslaissa, erikoissairaanhoidolaissa, potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa. Lakimuutosten mukaan terveyskeskukseen täytyisi saada arkipäivisin virka-aikana välitön yhteys ja kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin terveydenhuollon ammattilaiselle olisi päästävä kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Lisäksi lääketieteellisesti ja hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon olisi perusterveydenhuollossa päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi olisi aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta terveydenhuollon yksikköön (HE 77/2004 vp).

Valtioneuvoston periaatepäätöksen toimeenpanoa varten käynnistettiin Kansallinen terveyshanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hankkeen tavoitteena oli väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaana maksukyvyistä riippumatta (Tuomola ym. 2008).

Lääketieteen piireissä käytiin vilkasta keskustelua erilaisista perusterveydenhuollon toimintamalleista sekä omalääkärin ja yleislääketieteen roolista tulevaisuuden terveydenhuollossa (Kokko & Telaranta 2006). Puheenvuoroissa kritisoitiin muun muassa omalääkärin palkkausta, sillä väestövastuu-VES:n mukaiseen omalääkärijärjestelmään siirtyessä lääkärin palkka suureni noin 10 % (Suomen Lääkärilehti 1999). Omalääkärin työtä pidettiin liian vastaanottopainotteisena, minkä ajateltiin aiheutuvan siitä, että palkkauserusteet kannustivat liikaa määrin ja suoritteiden tekemiseen. Omalääkäreiden palkka saattoi olla esimiestason lääkäriä korkeampi, minkä ajateltiin olevan järjestelmän kannalta demoralisoivaa ja vaikeuttavan kuntatyöntantajaa rekrytoimaan terveyskeskusten johtoon kehittämistyöhön kyvykkäitä henkilöitä (Suomen Lääkärilehti 2003b). Ongelmana pidettiin myös esimerkiksi neuvola- ja kouluterveydenhuollossa vaadittavan (Suomen Lääkärilehti 2003b) erikoisosaamisen hiipumista omalääkärijärjestelmässä (Suomen Lääkärilehti 2003c).

Kriittisten mielipiteiden vastapuolella olivat varsin perustellut argumentit, joiden mukaan väestön ikääntyessä sekä pitkäaikaissairauksien ja psykososiaalisten ongelmien lisääntyessä tarvitaan nimenomaan vahvaa yleislääkäriyttä lääketieteen monimutkaisuuden ja osaamisen lokeroitumisen vastapainoksi (Kokko & Telaranta 2006) Omalääkäriyden yhtenä tärkeimpänä etuna nähtiin se, että väestövastuujärjestelmissä työ

oli itsenäisempää mahdollistaen yksilölliset ratkaisut työskentelytavoissa sekä lääkärikohtaisessa suuntautumisessa ja työnjaossa. Omalääkäri työskentelyn oli nähty parantavan erityisesti hoidon saatavuutta, mutta myös hoidon laatua. Toimintaa pidettiin taloudellisena, koska aiemmat tutkimukset yksiselitteisesti osoittivat lääkärin vastaanototyön yksikkökustannuksien laskevan väestövastuujärjestelmissä (Kangas 1999).

Terveyskeskusten houkuttelevuuden laskiessa ostopalveluja tarjoavien vuokralääkäriyritysten, osakkuuteen perustuvien palveluntuottajien ja palvelukokonaisuuksien ylläpitämisestä huolehtivien alihankkijoiden määrät perusterveydenhuollossa lisääntyivät (Suomen Lääkärilehti 2007). Vuokralääkärien palkkaaminen oli työvoimapulaa potevissa kunnissa pakko, vaikka samalla nousi huoli pysyvien potilas-lääkärisuhteiden rapautumisesta (Suomen Lääkärilehti 2002). Ulkoistusten lisääntyessä käytiin vilkasta keskustelua vaihtoehtoisista uusista järjestämistavoista. Toimivaksi todettuja toimintamalleja etsittiin aktiivisesti vertailumaista, erityisesti Tanskasta ja Norjasta. Monissa selvityksissä todettiin, että yrittäjämäinen työote tulisi saada aiempaa enemmän osaksi palvelujen toteutusta (Suomen Lääkärilehti 2007).

Lääkärinpuolan vuoksi lääkäripalvelujen saatavuus huononi erityisesti maaseudulla. Sosiaali-, terveys- ja kasvatustieteiden ammattijärjestö Tehyn kyselyssä 80 % vastaajista ilmoitti ainakin jostain ammattiryhmien välisestä tehtäviensierrosta vuonna 2002 (Lindström 2003). Terveyskeskuspalvelujen ylläpitämiseksi tehtiin osassa paikkakunnista kokeiluja, joissa sivuterveysasemien hoitajat tekivät osan lääkärille kuuluneista tehtävistä, koska kyseisillä terveysasemilla ei yksinkertaisesti ollut yhtäkään lääkärää. Hoitajat olivat yhteydessä lääkäriin puhelimitse, sähköpostilla tai internetin välityksellä (Jaatinen ym. 2002). Kansallisen terveyshankkeen johtoryhmä ehdotti, että terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä työnjakoa tulisi kehittää erityisesti perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa ja mielenterveystyössä. Hankkeen osahankkeissa pyrittiin laajentamaan eri ammattiryhmien toimintaa muun muassa hoitoon ohjaamisessa, hoidon tarpeen arvioinnissa ja pitkäaikaissairaiden seurannassa perusterveydenhuollossa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005).

STM teki vuonna 2003 selvityksen terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittämisestä Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Selvityksen mukaan lääkärin ja hoitajan väliset työnjakoon perustuvat kehittämishankkeet perusterveydenhuollossa koskivat sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan itsenäistä vastaanottoa äkillisesti sairastuneille tai pitkäaikaissairaille. Kehittämishankkeissa väestövastuuseen toimintatapaan perustuvat omalääkäri-omahoitaja työparit huolehtivat omasta väestöstään, ja omahoitajana toimiva sairaanhoitaja arvioi hoidon tarpeen puhelimesta ohjaten potilaan joko lääkärin tai hoitajan vastaanotolle. Sairaanhoitaja saattoi konsultoida omalääkäriä tai erikoissairaanhoidon sairaanhoitajaa sekä määrätä rajoitetusti labora-

torionäytteitä ja lyhyitä sairauslomia. Kehittämissohjelmien tulosten mukaan sairaanhoitajia voitaisiin käyttää perusterveydenhuollossa vieläkin enemmän, jolloin lääkärin työtä vapautuisi vaativampaan potilastyöhön (Lindström 2003).

Lääkäriliitto teetti vuonna 2004 selvityksen terveyskeskusten erilaisista mahdollisista toimintatavoista. Selvitystyöryhmä päätyi kolmeen pääkriteeriin, joiden tulisi täytyä järjestettiin tehtävät minkälaisella mallilla tahansa. Pääkriteerien mukaan mallin tulisi turvata potilaan oikeus valita lääkäriinsä siten, että hoidon jatkuvuus taataan ja lääkärin työ olisi laaja-alaista omalääkäryötä. Lääkärillä tulisi olla vapaus määritellä oma työmääränsä, mikä olisi toteutettavissa potilaiden listautumiseen perustuvassa mallissa ja lääkärin voidessa määrätä oman potilaslistansa pituus. Lisäksi toimintamallista riippumatta palkkauksen tulisi olla kannustavaa ja riippuvaista tehdyn työn määrästä. Selvityksessä löytyi kaksi vaihtoehtoista mallia, joissa pääkriteerit täyttyivät. Nämä olivat listautumiseen perustuva väestövastuinen lääkäri-hoitaja työparimalli, johon liittyisi laaja sairaala-alojen erikoislääkäripalvelujen osto, sekä puhdas ammatinharjoittajamalli, jossa ammatinharjoittaja voisi toimia omalääkärinä omissa tiloissaan, yksityislääkärinä lääkäriasemilla tai vuokralaisena kunnan tiloissa. Vaihtoehtoisten mallien toteuttiin vaativan muutoksia sen aikaisiin virkaehtosopimusrakenteisiin tai lainsäädäntöön (Nissinen-Paatsamala & Kangas 2004).

STM selvitti vuonna 2004 yrittäjyyttä perusterveydenhuollossa. Tarkoituksena oli selvittää, voisiko jonkinlaista yrittäjä- tai ammatinharjoittajamallia ottaa käyttöön Suomen perusterveydenhuollossa. Selvityksen johtopäätös oli, ettei sen aikaisen lainsäädännön mukaan lääkärin toimiminen yrittäjänä tai ammatinharjoittajana julkisessa perusterveydenhuollossa ollut mahdollista, sillä Suomen terveydenhuollon rakenne ei täyttänyt yrittäjyyden tai ammatinharjoittajana toimimisen mukaisia tunnusmerkkejä. Työstä puuttui täysin yrittäjän riski. Selvityksessä annettiin kuitenkin kolme mahdollista toimintaehdotusta, joita ministeriön kannattaisi yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa tukea ja seurata. Ensimmäinen ehdotus koski ulkoistettujen palvelujen hyödyntämistä Parkanon, Tampereen ja Lahden toimintamallien mukaan, toinen Espoon kaupungin kehittämistyötä ja kolmas Pirkkalan kunnan uuden listautumiseen perustuvan toimintamallin kehitystyötä. Espoossa ja Pirkkalassa kehiteltiin myös uutta kannustavaa palkkausjärjestelmää (Back 2004).

Tehdyt selvitykset johtivat listautumis- ja työparimallien kokeiluihin. Listautumismalli perustui siihen, että potilaalla oli oikeus valita itseään hoitava lääkäri ja lääkärillä oli oikeus valita listansa koko. Tällöin sekä potilaan hoito että lääkärin jaksaminen parantuisivat (Suomen Lääkärilehti 2006). Listautumiseen perustuvaan lääkäri-hoitaja työparimalliin siirryttiin ensimmäisenä Pirkkalan kunnassa (Seilo ym. 2010). Pian erilaisia versioita listautumisesta kokeiltiin myös muualla, kuten esimerkiksi Helsingissä (Suomen Lääkärilehti 2010) ja Vantaalla (Vuorma & Koskela 2012). Osassa paikkakunnista listautuminen perustui koko väestön vapaaseen listautumiseen, mutta osassa

vain osa väestöstä, esimerkiksi iäkkäät, paljon palveluja käyttävät ja monisairaat saivat listautua.

Pirkkalan kunnan terveyskeskuksessa kokeiltiin ensimmäistä kertaa lääkäri-hoitaja työparimallia yhdistettynä Lääkäriliiton vuonna 2004 suositteluun väestövastuuseen listautumiseen. Työpareilla oli 600-700 potilaan potilaslistat, joihin kunnan asukkaat saivat vapaasti ilmoittua, mikäli listalla oli tilaa. Malliin liittyi olennaisena osana myös Lääkäriliiton kanssa yhteistyössä laadittu Pirkkalan mallin virkaehtosopimus, jonka kuntatyönantaja ennen mallin käyttöönottoa kuitenkin hylkäsi. Malli otettiin muilta osin käyttöön vuonna 2006. Vuonna 2008 työpareille oli ilmoittautunut noin kolmasosa kuntalaisista, työntekijät olivat tyytyväisiä ja potilaatkin antoivat hyvää palautetta. Palvelujen saatavuus ei tosin ollut vielä parantunut ja haasteitakin oli esimerkiksi listojen tasapuolisuuden kannalta. Kehitystyö jatkui ja Pirkkalan listautumismalli todettiin toteuttamiskelpoiseksi (Seilo ym. 2010). Selvityksemme perusteella Pirkkalan mallista saadut kokemukset ovat olleet hyviä.

Lääkäri-hoitaja työparimallien määrä lisääntyi voimakkaasti 2000-luvulla. Toinen voimakkaasti laajentunut terveyskeskusten toimintatapa oli niin sanottu tiimimalli.

Lääkäri-hoitaja työparimallissa hoitaja oli tyypillisesti ikään kuin yleishoitaja, joka päivän mittaan hoiti erilaisia hoitotyön tehtäviä, kuten vastaanottotoimintaa, puhelinneuvontaa, vastaanotolle hakeutuvien tilanteiden arviointia, esivalmistelujen järjestämistä sekä monimuotoista yhteistyötä nimetyn työparina toimivan lääkärin kanssa. Työparityöhön kuului se, että potilaalle määrättiin sekä omahoitaja että omalääkäri. Kun potilas otti yhteyttä omahoitajaansa, hoidon suunnitelmallisuus lisääntyi ja toimintaa opittiin suuntaamaan entistä tarkoituksenmukaisemmin. Työparimallin koettiin parantavan potilaiden hoitosuunnitelmia, lisäävän potilaiden omahoidon määrää sekä vähentävän terveysaseman sisäistä hierarkiaa. Tiimimallissa hoitotiimissä toimi useita hoitajia, joilla oli pitkäaikaisesti tai pysyvästi omat erityistehtävänsä. Tiimimallissa hoitajat eivät toimineet omahoitajina (Kokko ym. 2009, s. 39, Suomen Lääkärilehti 2010).

Ensimmäinen väitöskirja lääkäri-hoitaja työparimallista tehtiin vuonna 2009 terveystieteiden tohtori Eija Peltosen toimesta. Tutkimuksessa vertailtiin lääkäri-hoitaja työparimallien ja tiimimallien toimintaa. Kaikissa lääkäri-hoitaja työparimallia toteuttavissa terveyskeskuksissa oli käytössä väestövastuujärjestelmä, joten niissä potilailla oli sekä omalääkäri että omahoitaja. Lääkärien vastuuväestöt olivat tutkimuksen mukaan hyvin suuria, ja he kokivat työtaakkansa liian suureksi ja oman työn hallinnan vaikeaksi (Peltonen 2009).

Peltosen tutkimuksen mukaan työparimallin omahoitajien tehtäväalueet olivat laajoja, ja he vastasivat väestöstään yhdessä lääkärin kanssa. Tiimimallissa hoitajien toiminta

perustui selkeämmin asiantuntijuuteen, jossa asiantuntijahoitajilla oli erillinen lisäkoulutus tehtäviensä hoitoon. Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että jos potilaalla oli useampi pitkäaikaissairaus, kävi hän tiimimallissa useamman hoitajan vastaanotolla. Peltosen väitöskirjatutkimuksessa lääkäri-hoitaja työparimallin mukaisia omahoitajia suositeltiin perusterveydenhuollon vastaanottoimintaan, koska työparimallin omahoitajien työssä toteutui tiimimallin asiantuntijahoitajien työtä paremmin asiakaslähtöisyys, perhekeskeisyys ja kokonaisvaltaisuus. Omahoitaja pystyi paneutumaan oman väestönsä terveyden edistämiseen, eikä omahoitajuus poissulkenut asiantuntijuutta. Tutkimuksen mukaan keskeistä perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan kehittämisessä olisi toiminnan tehokkaampi suunnittelu ja arviointi. Peltosen mukaan vastaanottoimintaa tulisi kehittää asiakaslähtöisesti, suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti käyttäen hyväksi tutkittua tietoa, hyväksi havaittuja toimintatapoja sekä verkostoitumalla muiden toimijoiden ja organisaatioiden kanssa (Peltonen 2009).

Vuonna 2009 kansallisen terveysthankkeen arviointiraportissa todettiin, että hankkeen vaikutukset jäivät vähäisiksi. Perusterveydenhuollon toimivuuden parantaminen ei toteutunut ja erityisen huolestuttavaa kehityksessä oli terveyskeskuslääkärien saatavuuden ja terveyskeskusten vetovoimaisuuden heikentyminen. Informaatio-ohjaus todettiin riittämättömäksi rakenteellisten uudistusten toteuttamisessa. Kansallisessa terveysthankkeessa ei myöskään puututtu terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmään, mitä arvioitsijat pitivät olennaisena riskinä kasvavien terveysthankkeiden hallinnan ja terveysthankkeiden tasa-arvon kannalta (Tuomola ym. 2008).

Monikanavainen rahoitus ylläpiti avohoitopalveluiden päällekkäistä palvelutarjontaa erityisesti perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa sekä hidasti kunnallisten palveluiden kehittämistä houkuttelemalla henkilöstöä yksityiselle sektorille. Lisäksi julkista rahaa kanavoitui kunnille sekä valtionosuuksien että sairausvakuutuksen kautta, mikä asetti kunnat epätasa-arvoiseen asemaan, sillä yksityisiä palveluja ei ollut kaikkialla saatavilla. Rahoitusjärjestelmän merkittävin ongelma oli, että monikanavainen rahoitus loi sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille ei-toivottuja kannusteita. Toimijoilla oli kannusteet optimoida omat kulut, mutta ei ottaa huomioon kokonaiskustannuksia. Järjestelmä kannusti kuntia siirtämään kustannuksia sairausvakuutuksen maksettavaksi ja päinvastoin sekä kuntasektorin sisällä kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä (Pekurinen 2011, s. 26).

Julkisen terveydenhuollon resurssit suuntautuivat yhä voimakkaammin erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollon resurssien samalla jopa laskiessa (THL 2021). Vuosituhanteen vaihteessa kasvatetut lääkäreiden koulutusmäärät suuntautuivat pääosin eri-

koissairaanhoitoon, työterveyshuoltoon ja yksityiseen terveydenhuoltoon, joissa lääkärin määrät kasvoivat selvästi terveyskeskuksia enemmän¹. Lopulta terveyskeskusten ongelmat näkyivät palvelutuotannon määrässä. Vuonna 2000 suurin osa Suomen lääkärikäynneistä tehtiin terveyskeskuksiin. Vuonna 2010 tehtiin ensimmäistä kertaa enemmän lääkärikäyntejä erikoissairaanhoitoon kuin terveyskeskukseen. Vuonna 2014 erikoissairaanhoitoon tehtiin jo noin kaksi miljoonaa lääkärikäyntiä enemmän kuin terveyskeskuksiin (Lääkäriliitto 2016, s. 43).

2.5.2 2010-luku

Vuonna 2010 kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistettiin uudeksi terveydenhuoltolaiksi. Lain tarkoituksena oli: edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta; kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja; toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta; vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä; sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä (terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Suomen sosiaali- ja terveystaloudessa korostettiin moniammatillisuutta ja palvelujen tuottamista asiakaslähtöisesti eri hallintoalojen ja ammattiryhmien yhteistyönä. Tämän väitettiin olevan välttämätöntä sosiaali- ja terveydenhuollon modernisoinnille maailmanlaajuisesti. Moniammatillista työtä oli jo tutkittu ja kehitelty kansainvälisesti paljon, mutta termin monimerkityksellisyyden vuoksi tutkimustyö oli osoittautunut haastavaksi. Suomessa oli vuoteen 2010 mennessä tehty aiheesta 46 pro gradu -tutkielmaa, 3 lisensiaatintyötä ja 14 väitöskirjaa, mutta mallia moniammatillisen työn kriittisistä tekijöistä tai erittelyä sen edellyttämistä sosiaalisista taidoista ei kuitenkaan ollut tehty (Isoherranen 2012).

STM jatkoi kehittämistoimintaansa kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) kautta, joka toteutettiin kahden ohjelmakauden aikana vuosien 2007 ja 2015 välillä. KASTE-ohjelmassa sovittiin yhteen eri rahoituslähteitä sekä pyrittiin toimimaan yhdenmukaisesti eri hallinnonalojen tavoitteiden kanssa. Valtion keinovalikoimia hankkeiden toimeenpanossa oli informaatio-ohjaus, resurssiohjaus sekä normiohjauksen mukaiset kuntien lakisäätöiset uudistukset (STM 2012, STM 2016a). KASTE-ohjelman merkittä-

¹ Lähde: Piitu Parmanne 18.6.2018, tutkija, Suomen Lääkäriliitto

vimpiä osahankkeita oli Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma. Toimenpideohjelmaan kuului kolme kokonaisuutta: terveyskeskusten panostus terveyden tuottamiseen, asiakkaan asettaminen keskiöön sekä henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin turvaaminen. Keskeisimpänä toiminnan vaikuttavuutta lisäävänä toimenpiteenä esiteltiin pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin kansallinen käyttöönotto (STM 2010).

Terveyshyötymalli oli kansainvälisesti 1990-luvulla kehitelty näyttöön perustuva viitekehys, jonka tarkoituksena oli toimia mahdollisimman konkreettisena oppaana korkeatasoisen kroonisten sairauksien hoidon toteuttamiseen perusterveydenhuollossa (Bodenheimer ym. 2002). Malliin sisältyi ajatus asiakasvastaavan, esimerkiksi palveluohjaajan tai omahoitajan, roolista moniammatillisessa palvelutiimissä. Suomen terveyshyötymallissa kroonisia sairauksia sairastavat jaettiin kolmeen tasoon, joiden mukaan hoito räätälöitiin asiakasvastaavan ohjauksella. Terveyskeskuksen toimintaa oli tarkoitus kehittää siten, että monisairailta ja palveluja paljon käyttävillä asiakkailla olisi terveyskeskuksessa laajan toimintavaltuuden omaava vastuuhenkilö. Suomessa tämä tarkoitti käytännössä lääkäriä tai sairaanhoitajaa (Muurinen & Mäntyranta 2011).

Terveyshyötymallia kehiteltiin osana KASTE-ohjelmaa Väli-Suomen POTKU (Potilas kuljettajan paikalle) -hankkeessa. POTKU-hankkeen vuoden 2012 loppuraportissa todettiin, että kehitystyö nähtiin jo heti alussa erittäin laajaksi ja vaativaksi tehtäväksi. Toimijoiden aktiivisuudesta huolimatta valtakunnallinen tuki jäi koko hankekauden aikana hyvin vähäiseksi, ja töitä tehtiin suomennostyöryhmän keskeneräiseksi jääneeseen materiaaliin tukeutuen. Mallin toteuttaminen olisi hankkeen edetessä vaatinut uutta tarkastelua. Loppuraportin mukaan palvelun uudelleen järjestelyn tulisi sisältää muun muassa lääkäri-hoitaja-työparityöskentelyn, joka todettiin monessa organisaatiossa olevan edellytys muun muassa hoitosuunnitelmien teolle. Uhkana koettiin, että terveyshyötymalli alkaisi elää omaa elämäänsä eri tahoilla, ja viitekehyksen antia ei hyödynnettäisi oikein tai se palasteltaisiin, jolloin ei saataisi optimaalista hyötyä mallin tutkituista hyödyistä (Oksman & Sisso 2013). Terveyshyötymallin valtakunnallista kehittämistä jatkettiin KASTE-ohjelman toisella ohjelmakaudella vuosien 2012 ja 2015 välillä. Toisen ohjelmakauden loppuraportissa Terveyshyötymalli todettiin toimivaksi esimerkiksi käytännöstä, joka hankerahoituksella oli juurtunut ja levinnyt (Kallinen 2016).

Vähitellen terveyshyötymallin mukaiset toimintatavat yleistyivät Suomessa ja niitä alettiin kutsumaan tiimimalleiksi, vaikka toiminta erosi merkittävästi Suomen aiemmista niin sanotuista tiimimalleista. Terveyshyötymalliin pohjautuva tiimimalli perustui sairaanhoitajavetoiseen moniammatilliseen tiimiin, jossa ammatillaiset työskentelivät samassa huoneessa, ja lääkärit toimivat sairaanhoitajien konsultteina päättäen itse, antavatko neuvot hoitajalle, soittavatko potilaalle itse vai pyytävätkö potilaan vastaanotolle (Lääkärilehti 2019a). Malli jakoi vahvasti mielipiteitä ympäri ammattikentän. Sen

koettiin parantavan hoitoon pääsyä ja lyhentävän jonoja. Toisaalta tiimimalli ajoi lääkäreitä epätoivoon, sillä koettiin, että työn tekeminen pirstaloitui, pitkäaikaissairaudet ”hutaistiin puhelimesta”, ja lääkäri työskenteli konsultointikierteessä (Mediuutiset 2021).

Uusien toimintamallien yleistyessä omalääkärien väestövastuuseen perustuva toiminta väheni. Vuonna 2014 enää noin puolessa Suomen terveyskeskuksista oli jonkinnäköinen omalääkärijärjestelmä (Rintanen ym. 2014). Vuonna 2016 Lääkäriliiton neuvottelujohtaja Laura Lindholm kertoi Keski-suomalaisessa, että enää kuudessassa kunnista oli käytössä väestövastuu-VES, ja että järjestelmää käyttävien kuntien määrä väheni koko ajan. Suuret kaupungit olivat tuolloin jo luopuneet omalääkärijärjestelmästä (Keski-suomalainen 2016).

Hoidon jatkuvuus heikkeni Suomen perusterveydenhuollossa läpi koko 2000- ja 2010-luvun, mikä oli ristiriitaista näyttöön perustuvan terveydenhuollon periaatteelle, sillä tutkimusnäyttö lääkäri-potilassuhteen hoidon jatkuvuuden vaikuttavuudesta kasvoi jatkuvasti (Mäntyselkä 2021).

Risto Raivio totesi väitöskirjassaan hoidon jatkuvuuden lääkärin vastaanotolla laskeeneen Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen, Pirkanmaan, Päijät-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirien sekä Oulun kaupungin terveyskeskuksissa vuosien 1998 ja 2013 välillä. Hoidon jatkuvuuden lasku ei kuitenkaan ollut tasaista, sillä merkittäviä muutoksia saattoi tapahtua lyhyelläkin aikavälillä. Esimerkiksi Oulun kaupungin terveyskeskuksissa tutkimuksessa käytetyn hoidon jatkuvuusindeksin arvo oli vuonna 2006 71 %, vuonna 2008 50 % ja vuonna 2010 31 %, eli hoidon jatkuvuus romahti vain neljän vuoden aikana. Oulussa luovuttiin omalääkärijärjestelmästä vuonna 2008. (Raivio 2016). 2010-luvulla rekisteritiedot mahdollistivat hoidon jatkuvuuden tason mittaamisen kansallisella tasolla. 65-vuotiaiden hoidon jatkuvuuden todettiin laskeeneen sekä lääkäri- että hoitajavastaanoilla vuosien 2015 ja 2018 välillä (Suomela & Linosmaa 2020).

Valtiorahoitteinen hanketoiminta terveyskeskusten toiminnan kehittämiseksi jatkui läpi koko 2010-luvun. Suomen hallitus käynnisti jo vuonna 2006 uuden kunta- ja palvelurakennehankkeen (PARAS-hanke), jonka tavoitteena oli luoda kuntapalvelujen tuottamiselle ja järjestämiselle vahva taloudellinen pohja, uudistaa valtionosuusjärjestelmää sekä parantaa kuntien tuottavuutta ja hillitä kustannusten kasvua. PARAS-hankkeen puitelain (laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/2007) seurauksena kuntien lukumäärä laski vuosien 2006 ja 2013 välillä 431:stä 320:een (Saarimaa & Tukiainen 2018). Valtion pyrkimykset sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistamiseksi jatkuivat koko 2010-luvun ajan.

Terveyskeskusten tilanne ei ole 2020-luvulle tultaessa suuresti muuttunut. Lääkäriliitto linjasi lokakuussa 2019 perusterveydenhuollon olevan historiansa pahimmassa kriisissä. Linjauksen mukaan terveyskeskukset on pelastettava nyt, sillä “viiden vuoden päästä pelastettavaa ei tällä menolla enää ole” (Lääkäriliitto 2019).

Keskustelu terveyskeskusten pelastamisesta jatkuu. Viimeaikaisen vahvan tieteellisen näytön alleviivaamana hoidon jatkuvuuden merkitys on tunnustettu kiistattomaksi. Konsensus näyttäisi olevan selvä: hoidon jatkuvuus on Suomessa ongelma ja keinoja tilanteen korjaamiselle tulisi löytää (Duodecim 2020, Lääkärilehti 2018, Lääkärilehti 2019b, Lääkärilehti 2021). Tammikuussa 2022 yleislääketieteen professorit Kaisu Pitkälä ja Pekka Mäntyselkä kiteyttivät asian Helsingin Sanomissa:

“Jatkuvan hoitosuhteen hyödyistä on vahva tieteellinen näyttö. Potilaan luottamus ja tyytyväisyys lääkäriin paranevat ja hän kokee tulevansa paremmin kuulluksi. Potilasturvallisuus kohenee. Diagnoosiin päästään varhaisemmassa vaiheessa, sairauksien hoitotasapaino ja ennusteet paranevat. Kuolleisuus vähenee.” (Helsingin Sanomat, Vieraskynä, 14.1.2022).

2.6 Yhteenveto vastaanottoiminnan kehittymisen historiasta

Ennen kansanterveyslakia Suomen terveydenhuolto kehittyi sairaalavetoisesti (Engeström ym. 1987). Lain voimaantulon jälkeen terveydenhuollon kehittäminen kääntyi kohti perustason palveluita, kun valtion resurssit ohjattiin terveyskeskusten kehittämiseen (kansanterveyslaki 1972/66). 1980-luvulla yleislääketieteen perhelääkäri-ideologian asema vahvistui, minkä seurauksena terveyskeskusten valtiovetoinen kehittäminen suuntautui kokeilutoimintaan: perhelääkäri-, omalääkäri- ja väestövastuujärjestelmien kokeiluihin (Lääkintöhallitus 1982, Helenius 1989, Vohlonen 1989, Aromaa ym. 1998).

Omalääkäri- ja väestövastuujärjestelmien kokeilut onnistuivat, sillä kokeilujen tärkeimmät tavoitteet toteutuivat. Tavoitteet toteutuivat parhaiten väestövastuuvirkaehtosopimukseen (väestövastuu-VES) siirtyneissä terveyskeskuksissa, Kelan ammatinharjoittajina toimivien yksityisten omalääkärien kokeilussa (Kelan omalääkärikokeilu) sekä väestövastuisten perusterveydenhuollon kokeilussa (VPK-kokeilut), joissa hoidon jatkuvuus parani eikä jonoja tai pitkiä odotusaikoja lääkärin vastaanotoille käytännössä ollut. Kaikissa kokeiluissa lääkäripalvelujen kokonaiskäyttö kasvoi, mutta kasvu taasaantui, kun järjestelmä vakiintui. Päivystyspalveluiden ja erikoissairaanhoidon käyttö

vähenevät, mutta rinnakkaisten lääkäripalvelujen kokonaiskäyttö säilyi pääosin ennallaan. Koska yhä useampi käytti terveyskeskuksen palveluja, johtivat kokeilut tasa-arvoisempaan ja oikeudenmukaisempaan terveydenhuoltojärjestelmään. Kokeiluväestöt olivat tyytyväisiä saamiinsa terveyskeskuspalveluihin, ja vain harva halusi vaihtaa omalääkäriään. Henkilökunnan kokemukset olivat keskimäärin myönteisiä, mutta jo kokeilujen aikana nähtiin merkkejä järjestelmän haavoittuvuudesta. Liian suuret vastuuväestöt aiheuttivat kohtuuttoman työtaakan osalle lääkäreistä. Kokeilujen perusteella näytti kuitenkin siltä, että kohdatut ongelmat voitaisiin ratkaista riittävällä resursoinnilla ja systemaattisella kehitystyöllä (Vohlonen 1989, Aro & Liukko 1993, Aromaa ym. 1998).

Valtion resurssien suuntaus kääntyi 1990-luvun alussa pois perusterveydenhuollosta. Sairaanhoidopiirijärjestelmän kehittyminen, kuntien itsehallinnon vahvistuminen, valtionosuusuudistukset sekä keskushallinnon ohjaus- ja valvontakeinojen muuntuminen muuttivat Suomen terveydenhuollon järjestämisen logiikkaa. Uudistuksissa terveyskeskusten suhteellinen asema suhteessa erikoissairaanhoidon, työterveyshuoltoon ja yksityiseen terveydenhuoltoon heikkeni (HE 216/1991 vp, HE 264/1992 vp, HE 734/1992 vp).

Terveyskeskusten ongelmat kasvoivat, kun kuntien edellytykset terveystalouden rahoittamiseen heikkenivät. Kunnat leikkasivat terveyskeskusten kustannuksista siirtäen samanaikaisesti uusia työtehtäviä terveyskeskukseen (Mäkelä ym. 1996). Kunnat joutuivat leikkaamaan menoistaan esimerkiksi vähentämällä tai lopettamalla terveyskeskuslääkärien sijaistamiset kokonaan (Suomen Lääkärilehti 2000). Samalla omalääkärien vastuuväestöjen koot kasvoivat tasaisesti läpi 1990-luvun. Lisääntynyttä työtaakkaa ja kasvaneita vastuuväestöjä seurasi työn hallinnan menettäminen ja omalääkärien väsyminen. Taloudellisesti aliresursoidut terveyskeskukset eivät myöskään olleet riittävän houkuttelevia työpaikkoja nuorille lääkäreille. Lopulta rahoitusolojen heikkenemisestä alkanut terveyskeskusten ahdinko johti vuosituhannen vaihteessa terveyskeskusten lääkäripulaan. Lääkäripulaa paikattiin siirtämällä lääkäreiden tehtäviä muille ammattiryhmille, palkkaamalla vuokratyöntekijöitä ja ulkoistamalla toimintaa laajemminkin. Tämä vaikeutti perhelääkäri-ideologian mukaisten pysyvien lääkäri-potilas suhteiden toteutumista (Lindström 2003, Back 2004, Kokko & Telaranta 2006).

Terveyskeskusten lääkäri työvoiman pito- ja houkuttelevuusongelmat alkoivat vähitellen näkymään myös palvelujen käytön tilastoissa. Vuonna 2000 terveyskeskuksiin tehtiin vielä selvästi erikoissairaanhoidon enemmän lääkärin vastaanottokäyntejä, mutta vuonna 2010 asetelma kääntyi pääläelleen. Vuonna 2014 erikoissairaanhoidon tehtiin jo noin kaksi miljoonaa lääkärikäyntiä enemmän kuin terveyskeskuksiin (Lääkäriliitto 2016). Terveyskeskusten lääkäripulasta huolimatta lääkärimäärät erikoissairanhoidossa, työterveyshuollossa ja yksityisessä terveydenhuollossa kasvoivat terveys-

keskuksia enemmän (Piitu Parmanne 2018). Toisille terveydenhuollon sektoreille ha-
keuduttiin selkeämmän urapolun, yksinkertaisemman työn tai parempien palkkioiden
perässä (Back 2004).

Kun 2000-luvulla omalääkärijärjestelmän toimivuutta pyrittiin kehittämään, jolloin vah-
vimmin esille nousivat erilaiset yrittäjä- ja ammatinharjoittajamallit (Back 2004), poti-
laan listautumiseen perustuva malli (Lääkäriliitto 2004) sekä hoitaja-lääkäri työpari-
malli (Peltonen 2009). Yrittäjyyteen tai ammatinharjoittajana toimimiseen perustuvia
malleja ei Suomen lainsäädännön puitteissa pystytty toteuttamaan. Potilaan listautu-
miseen perustuva malli todettiin toteuttamiskelpoiseksi ja lääkäri-hoitaja työparien
määrä kasvoi 2000-luvulla voimakkaasti (Seilo ym. 2010, Peltonen 2009).

Valtiolta pyrki 2000- ja 2010-luvuilla kehittämään perusterveydenhuoltoa rahoitta-
malla kuntia, tekemällä selvityksiä sekä toteuttamalla hankkeita. Hoitotakuulainsää-
dännön ja 2000-luvun alun kansallisen terveyshankkeen vaikutukset jäivät peruster-
veydenhuollon parantamisen osalta vähäisiksi. Valtion informaatio-ohjaus todettiin riit-
tämättömäksi rakenteellisten uudistusten toteuttamiseen (Tuomola ym. 2008). Myö-
hemmissä valtiovetoisissa hankkeissa korostettiin moniammatillisuutta, joka pyrittiin
toteuttamaan valtakunnallisesti Terveysyötymallilla. Terveysyötymallia kehiteltiin
kummankin valtionrahoitteisen KASTE-ohjelmakauden aikana (Sosiaali- ja terveysmi-
nisteriö 2012, Sosiaali- ja terveysministeriö 2016). Ohjelmien seurauksena erilaiset
Terveysyötymalliin pohjautuvat tiimimallit yleistyivät. Vuorovaikutukseen perustuva
hoidon jatkuvuus jatkoi kuitenkin laskuaan (Raivio 2016, Suomela & Linnosmaa
2020). Lääkäriliitto linjasi vuonna 2019 perusterveydenhuollon olevan historiansa pa-
himmassa kriisissä (Lääkäriliitto 2019).

Suurin osa Suomen 1980- ja 1990-luvun omalääkärijärjestelmistä on viime vuosikym-
menten aikana lakkautettu, mutta joitain toimivia väestövastuuseen perustuvia ter-
veyskeskusten järjestämistapoja edelleen on. Omalääkäri- ja väestövastuujärjestel-
mät ovat toimivia ja vuorovaikutukseen perustuvan hoidon jatkuvuuden kannalta par-
haita tapoja järjestää perusterveydenhuollon palvelut. Suurin riski omalääkärimallin
onnistumisen suhteen on perusterveydenhuoltoon kohdennettujen taloudellisten re-
surssien vähyys. Taloudellisesti aliresursoitu omalääkärimalli on johtanut ja johtaa
henkilöresurssien puutteeseen, omalääkärien väsymiseen ja mallin toimivuuden ha-
joamiseen. Tällöin omalääkärimallin edut, erityisesti hoidon jatkuvuus, menetetään.

3 Tieteellinen näyttö hoidon jatkuvuudesta

Terveydenhuollossa hoidon perustumista tieteelliseen näyttöön pidetään yleisesti hyvän hoidon kriteerinä (Raivio 2016). Myös lain mukaan¹ terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Kuten selvityksessä aiemmin todetaan, Suomessa on tehty valtavasti urauurtavia selvitys- ja hanketoita hoidon jatkuvuuden parantamiseksi 1980-2000 -luvuilla. Sen sijaan kansainvälinen tieteellinen tutkimus ja julkaisut hoitosuhteen jatkuvuudesta sijoittuvat valtaosaltaan 2000-luvulle, ja ihan viime vuosina aihepiiristä on julkaistu monia korkeatasoisia alku- peräistutkimuksia ja systemaattisia tieteellisiä kirjallisuuskatsauksia. Vahva tieteellinen näyttö potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyödyistä on siis kertynyt pääosin sen jälkeen kun Suomessa jo osittain jouduttiin luopumaan omalääkäri- ja väestövastuun malleista perusterveydenhuollon heikon resurssoinnin vuoksi. Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan hoitosuhteen jatkuvuuteen vaikuttavia tekijöitä ja hoitosuhteen jatkuvuuden ja hoitosuunnitelma vaikutuksia. Katsaus tieteelliseen kirjallisuuteen on tehty osittain systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmin (mainittu erikseen) ja osittain narratiivisesti tai perustuen lähivuosina julkaistuihin systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin. Suomessa tehdyt kehittämishankkeet ja niiden tulokset on raportoitu tämän selvityksen Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan kehittyminen Suomessa -osiossa.

3.1 Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuteen vaikuttavat tekijät

Tampereen yliopistosairaalan erityisvastuualueella tehdyssä 157 549 potilaan tutkimuksessa väestön sairastavuudella tai kunnan taloudellisella kantokyvyllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuteen vaan potilaalle osoitettu omalääkäri oli vahvimmin yhteydessä parempaan potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuteen (Raivio ym. 2014, Raivio ym. 2015). Oulussa vuonna 1998 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan alueilla joilla omalääkärijärjestelmä oli otettu edellisenä vuonna käyttöön 90% potilaista ilmoitti tapaavansa terveystasemalla yleensä saman lääkärin. Vastaavasti alueilla joilla omalääkärijärjestelmää ei ollut vielä otettu käyttöön vain 50% ilmoitti tapaavansa yleensä saman lääkärin (Voutilainen ym. 2014).

¹ Terveydenhuoltolaki (1326/2010) 8 §

3.2 Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden vaikutukset

3.2.1 Terveydenhuollon kokonaiskustannukset

Oulun yliopistossa vuonna 2022 tehdyssä vielä julkaisemattomassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden yhteyttä terveyspalveluiden kokonaiskustannuksiin (Huumonen ym. 2022, julkaisematon käsikirjoitus). PubMed -ja Scopus-tietokantoihin tehdyn systemaattisen haun 2875 artikkelista valikoitui seitsemän aiheesta tehtyä ja laatukriteerit täyttävää artikkelia. Tutkimukset oli tehty yhteensä 2 844 858 potilaalla viidessä eri maassa (Yhdysvalloissa, Israelissa, Belgiassa, Etelä-Koreassa ja Kanadassa). Kaikissa seitsemässä tutkimuksessa parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus oli yhteydessä pienempiin terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin (Bazemore ym. 2018, de Maeseneer ym. 2003, Frandsen ym. 2015, Hollander ym. 2015, Romaine ym. 2015, Shin ym. 2014, Dreier ym. 2012). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksenä todetaan, että parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on vahvasti yhteydessä pienempiin terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin ja potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden parantaminen näyttäisi olevan hyvä menetelmä terveydenhuollon kokonaiskustannusten hillitsemiseksi.

3.2.2 Kuolleisuus

Vuonna 2020 julkaistiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ja kuolleisuuden välisestä yhteydestä (Baker ym. 2020). Katsausta varten käytiin systemaattisesti läpi heinäkuuhun 2019 mennessä julkaistut tieteelliset tutkimukset useasta eri tietokannasta. Katsauksessa löytyi kolmetoista poikkileikkaus- ja pitkittäisasetelmassa tehtyä laatukriteerit täyttävää tutkimusta, joista kahdessatoista tutkittiin kokonaiskuolleisuutta ja yhdessä sepelvaltimotautikuolleisuutta. Näistä kahdestatoista tutkimuksesta yhdeksässä tutkimuksessa parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä pienempään kokonaiskuolleisuuteen, kahdessa tutkimuksessa yhteyttä ei löydetty ja yhdessä tutkimuksessa yhteys vaihteli suurentuneen ja pienentyneen kuolleisuuden välillä riippuen hoidon jatkuvuuden mittarista. Yhdessä tutkimuksessa parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus oli yhteydessä pienempään sepelvaltimotautikuolleisuuteen. Yhteyttä selittäviksi mekanismeiksi arveltiin paremman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden mukanaan tuomaa lääkärin parempaa vastuuta, potilaan tuntemusta ja potilaan parempaa luottamusta lääkäriin.

Sen jälkeen norjalaiset tutkijat julkaisivat tutkimuksen, jossa oli mukana lähes koko Norjan väestö (4,5 miljoonaa ihmistä) (Sandvik ym. 2022). Tutkimuksessa analysoitiin potilas-lääkärisuhteen pituuden yhteyttä kuolleisuuteen. Potilas-lääkärisuhteen pituus vuosissa mitattuna oli lineaarisesti yhteydessä kuolleisuuteen siitä huolimatta, että tilastollisessa analyysissä vakioitiin muiden tekijöiden vaikutus pois (potilaan sukupuoli, ikä, koulutustaso, syntymämaa, monisairastavuus, lääkärisikäntien määrä, asuinpaikka, lääkärin sukupuoli, ikä, erikoistuminen, vastuuväestön koko ja lääkärin listan vapaiden paikkojen määrä). Potilas-lääkärisuhteen pituus oli siis yhteydessä pienempään kuolleisuuteen riippumatta edellä mainitusta muista tekijöistä. Vuoden kestäneisiin hoitosuhteisiin verrattuna 2-3 vuotta kestäneissä hoitosuhteissa kuolleisuus oli n. 8% pienempi, pienentyen vuosi vuodelta ja ollen yli 15 vuotta kestäneissä hoitosuhteissa jo 25% pienempi.

3.2.3 Potilastyytyväisyys ja luottamus

Vuonna 2010 julkaisussa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa löydetyistä seitsemästä tutkimuksesta viidessä parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus oli yhteydessä parempaan potilastyytyväisyyteen (Van Walraven ym. 2010). Vuonna 2012 noin 15 993 suomalaiselle tehdyssä kyselytutkimuksessa todettiin, että potilastyytyväisyys oli parempi, jos potilaalle oli nimetty omalääkäri (Lautamatti ym. 2020). Toisen suomalaisen 147 394 potilaan 14-vuoden (1998-2011) seurantatutkimuksen tuloksista nähdään potilastyytyväisyyden heikentyvän potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ja saatavuuden heikentyessä (Raivio ym. 2014). Britanniassa yleislääkäreiden vastaanoton potilaille tehdyssä potilastyytyväisyyden taustoja selvittävässä kyselytutkimuksessa todettiin, että lääkärin väestövastuun kasvaessa yleinen potilastyytyväisyys heikkeni samoin kuin tyytyväisyys vastaanotolle pääsyyn, hoitosuhteen jatkuvuuteen ja hoitoon. Listautumispohjainen omalääkärimalli (potilaat listattu tietyille lääkärille) oli yhteydessä parempaan potilastyytyväisyyteen, tyytyväisyyteen vastaanotolle pääsyyn, hoitosuhteen jatkuvuuteen ja hoitoon (Baker ym. 1995).

Potilastyytyväisyyden on todettu olevan yhteydessä potilaan sitoutumiseen ja luottamukseen (Durmus ym. 2020). Potilaan luottamus lääkäriin on todettu olevan parempi, kun suhde on jatkuvampi, vuorovaikutus on parempaa ja lääkäri tuntee paremmin potilaansa (Mainous ym. 2001, Tarrant ym. 2003). Potilaan luottamus omaan yleislääkäriinsä on olennainen tekijä terapeuttisessa suhteessa, ja sen on todettu olevan yhteydessä hoitoon sitoutumiseen (Chen ym. 2013).

Yleislääkäreiden potilaille tehdyssä laadullisessa haastattelututkimuksessa pysyvään yleislääkärisuhteeseen liittyvä turvallisuuden tunne koettiin tärkeäksi. Turvallisuuden

tunne sisälsi paremman elämähallinnan tunteen, luottamuksen hoitoon ja vastaanotolle pääsyyn sekä luottamuksellisen suhteen potilas-lääkärisuhteen (von Bültzingslöwen ym. 2006).

Potilas-lääkärisuhteen on todettu tutkitustikin syvenevän sen kestäessä pidempään. Potilaiden on todettu uskaltavan tuoda ongelmiaan paremmin esille syvemmissä kuin pinnallisissa potilas-lääkärisuhteissa (Ridd ym. 2011). Potilaan parempi tuntemus on todettu auttavan myös yleislääkäreitä tunnistamaan paremmin potilaan psykososiaalisia ongelmia kuten surua, väkivallan tai uhan kokemusta, läheisten päihteiden väärinkäyttöä ja vaikeita konflikteja läheisten kanssa (Gulbrandsen ym. 1997). Paremman potilas-lääkärisuhteen on todettu vuoden seurannassa olevan yhteydessä parantuneeseen toimintakykyyn ja vastaavasti heikomman potilaslääkärisuhteen heikentyneeseen toimintakykyyn (Olaisen ym. 2020).

3.2.4 Sairauksien diagnosointi, hoitotasapaino, hoitoon sitoutuminen ja hoitotulokset

Hoitosuosituksen mukaisen potilaan hoidon, seulontojen ja sairauksien kontrollien on todettu toteutuvan heikommin pirstaleisissa potilas-lääkärisuhteissa (Frandsen ym. 2015). Tyypin 2 diabeteksen diagnostiikan on todettu olevan varhaisempaa potilailla, jotka yleislääkäri tuntee paremmin (Drivsholm ym. 2006). Vuonna 2021 julkaistussa systemaattisessa katsauksessa tarkasteltiin potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden merkitystä diabetes- ja verenpainetautipotilaiden hoidossa. Parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus oli yhteydessä vähempiin sairauskomplikaatioihin vaikkakaan ei sen hetkiseen verenpaineeseen, kolesterolitasoihin tai painoaindeksiin. Sen sijaan parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus oli yhteydessä parempaan pitkäaikaissokerin tasoon kuudessa kahdestatoista löydetystä tutkimuksesta (Chan ym. 2021). Paremman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden on todettu olevan yhteydessä myös parempaan lääkahoitoon sitoutumiseen (Chen ym. 2013).

Korealaisessa 236 486 rasva-aineenvaihdunnan häiriön omaavaa potilasta sisältävässä seuranta tutkimuksessa heikomman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ryhmällä oli 9% suurempi riski sairastua sepelvaltimotautiin seurannan aikana verrattuna paremman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ryhmään (Lee ym. 2022). Toisessa korealaisessa vuonna 2020 julkaistussa 144 187 verenpainetautiä sairastavaa potilasta sisältäneessä 10-vuoden seuranta tutkimuksessa tutkittiin potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden yhteyttä tuleviin sydän- ja verisuonitapahtumiin. Paremman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ryhmällä oli 24% pienempi riski sairastua sydän- ja verisuonitautiin, 34% pienempi riski sairastua sepelvaltimotautiin ja 16% pienempi riski saada aivoinfarkti tai aivoverenvuoto (Choi ym. 2020). Vuonna 2021 julkaistussa kanadalaisessa

166 665 potilaan seurantatutkimuksessa parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus pienensi riskiä monisairastavuudelle. Uuden kroonisen sairauden puhkeamisen riski oli 8-9% pienempi paremman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ryhmässä verrattuna heikomman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ryhmään (Chau ym. 2021).

3.2.5 Terveyspalveluiden käyttö

Paremman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden on useissa kansainvälisissä tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä vähempään päivystyspalveluiden käyttöön (Bankart ym. 2011, Ionescu-Iltu ym. 2007, Bentler ym. 2014, Christakis ym. 2001, van Walraven ym. 2010, Chan ym. 2021), pienempään erikoissairaanhoidon käyttöön ja vähempiin osastohoitojaksoihin (Barker ym. 2017, Wensing ym. 2021, Huntley ym. 2014, Van Loenen ym. 2014, Bentler ym. 2014, Nyweide ym. 2013, Hansen ym. 2013, Christakis ym. 2001, Menec ym. 2006, van Walraven ym. 2010, Shin ym. 2014, Bazemore ym. 2018, Chan ym. 2021). Edelleen vahvistusta tieteelliselle näytöllä on tuonut tuore norjalaistutkimus, jossa katkokset potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudessa johtivat suurentuneeseen päivystyspalveluiden käyttöön ja potentiaalisesti vältettävissä oleviin sairaalahoitojaksoihin (Skarshaug ym. 2021). Lähes koko Norjan väestön (4,5 miljoonaa ihmistä) kattavassa toisessa tuoreessa tutkimuksessa pidempään kestänyt potilas-lääkärisuhde oli yhteydessä vähempään päivystyskäyntien ja sairaalahoitojaksojen määrään. Vuoden kestäneisiin hoitosuhteisiin verrattuna 2-3 vuotta kestäneissä hoitosuhteissa päivystyspalveluiden käytön ja sairaalahoitoon joutumisen riski oli 13% ja 12% pienempi, pienentyen vuosi vuodelta ja ollen yli 15 vuotta kestäneissä hoitosuhteissa jo 30% ja 28% pienempi. Tilastollisessa analyysissä vakioitiin muiden tekijöiden vaikutus pois (potilaan sukupuoli, ikä, koulutustaso, syntymämaa, monisairastavuus, lääkärisäkäyntien määrä, asuinpaikka, lääkärin sukupuoli, ikä, erikoistuminen, vastuuväestön koko ja lääkärin listan vapaiden paikkojen määrä), joten pidempi potilas-lääkärisuhde oli yhteydessä pienempään päivystyspalveluiden käyttöön ja sairaalaan joutumisen riskiin riippumatta edellä mainitusta muista tekijöistä (Sandvik ym. 2022).

Tieteellinen näyttö on siis varsin vahva siitä, että erikoissairaanhoidon, osastohoidon ja päivystyspalveluiden tarvetta voidaan vähentää parantamalla potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta perusterveydenhuollossa. Myös perusterveydenhuollon toiminnan sisällä parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on yhteydessä tarkoituksenmukaisempaan toimintaan, kuten 1,2 miljoonalla potilaalla tehdyssä tutkimuksessa, jossa parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus oli yhteydessä vähempään terveydenhuollon ylikäyttöön ja epätarkoituksenmukaisiin prosesseihin (Romano ym. 2015).

3.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman vaikutukset

Terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisen vaikutuksista potilaan hoidon laatuun ja hoitotuloksiin on tehty useita tieteellisiä tutkimuksia. Vuonna 2015 julkaistu Cochrane-katsaus kokosi 19 siihen mennessä julkaistua tutkimusta ja analysoi ja summasi (meta-analyysi) niiden tulokset yhteen suhteessa eri terveystittareihin (painoindeksi, verenpaine, verensokeri, kolesteroli, astman hoitotasapaino, masennuksen hoito, liikunta, yleinen terveys, sairauksien itsehoito). Katsaukseen otettiin mukaan vain tutkimukset, joissa terveys- ja hoitosuunnitelma oli tehty yhdessä potilaan kanssa. Tutkimuksessa todettiin, että verrattuna tavanomaiseen hoitoon, terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisella saattaa olla vähäisiä positiivisia vaikutuksia tiettyihin fyysisiin ja psyykkisiin terveystittareihin ja yksilön kyvykkyyteen hoitaa itse sairauksiaan. Vaikutukset olivat hieman suurempia, jos terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisen interventio oli intensiivisempi, se toistetaan useammin ja integroitiin potilaan muuhun hoitoon (Coulter ym. 2015).

Cochrane-katsauksen jälkeen julkaistussa rovaniemeläisessä tutkimuksessa tarkasteltiin terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisen yhteyksiä tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden hoitoon ja hoitotuloksiin terveydenhuollon aineistossa. Potilaita joille oli laadittu terveys- ja hoitosuunnitelma kontrollointiin useammin, heille määrättiin enemmän sydän- ja verisuonitauti- ja diabeteslääkkeitä, ja he kävivät useammin vastaanotolla diabeteksen vuoksi (Mikkola ym. 2022). Potilailla, joille oli annettu kopio terveys- ja hoitosuunnitelmastaan oli paremmat verenpaine- ja kolesteroliarvot, ja he käyttivät useammin kolesterolilääkkeitä, kuin muut potilaat. Toisaalta potilaat, joille ei ollut tehty hoitosuunnitelmaa, saavuttivat pitkäaikaissokerin hoitotavoitteen paremmin, kuin potilaat, joilla oli hoitosuunnitelma (Mikkola ym. 2020).

Siilinjärvellä toteutetussa interventiotutkimuksessa tutkittiin terveys- ja hoitosuunnitelman vaikutuksia diabetesta, verenpainetautia ja sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden elämänlaatuun, painoindeksiin, kolesteroliarvoihin, sokeritasapainoon ja verenpaine- ja kolesteroliarvoihin. Puolelle potilaista tehtiin yhdessä potilaan, hoitajan ja lääkärin kanssa hoitosuunnitelma (n=289), ja puolet saivat tavanomaista hoitoa ilman hoitosuunnitelman laatimista (n=298). Vuoden seurannan aikana mittareissa ei nähty eroavaisuuksia ryhmien välillä. Artikkelin johtopäätöksissä todetaan, että terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisella voi olla enemmän vaikutusta, jos se tehdään potilaille, joilla on suurempi hoidon tarve, paljon perusterveydenhuollon palveluiden käyttöä, ja se tehdään pitkäaikaisessa potilas-lääkärisuhteessa, jonka jatkuvuudesta huolehditaan (Tusa ym. 2021).

Terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisen tavoitteena on parantaa tiedonkulkuun liittyvää hoidon jatkuvuutta kirjaamalla yhteen suunnitelmaan kaikki oleelliset asiat potilaan sairauksista, hoidosta sekä potilaan että terveydenhuollon näkökulmasta. Jäsenneilyn terveys- ja hoitosuunnitelman laatimiseen liittyvään vastaanottokäyntiin varataan yleensä enemmän aikaa kuin normaaliin vastaanottoon ja laatimiseen sisältyy tavallisesti potilaan näkökulman huomioiminen, motivoiminen ja sitouttaminen hoitoon. Tämän potilaskeskeisen työtteen, mikä on yleislääketieteen erikoislääkärin ydinosaamista, tulisi sisältyä normaaliin yleislääkärin vastaanottoon ilman terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeen täyttämistäkin. Tutkimuksissa havaitut lievät terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisen hyödyt potilaan hoitoon saattavat selittyä sekä tiedonkulkuun liittyvän hoidon jatkuvuuden paranemisella, että potilaskeskeisen työtteen vaikutuksilla potilaan hoitoon sitoutumiseen.

3.4 Potilas-hoitajasuhteen jatkuvuus ja lääkäri-hoitaja -työparimalli

Potilas-hoitajasuhteen jatkuvuuden merkitystä perusterveydenhuollon vastaanotto-työssä on tutkittu varsin vähän, mikä aiheutunee myös siitä, että valtaosassa länsimaista perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta pohjautuu pääosin yleislääkärin työhön. Lääkärillä ja hoitajalla on myös lähtökohtaisesti erilainen koulutus, ammattiosaaminen, toimenkuvat ja lakisääteiset vastuut (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994).

Suomalaisessa perusterveydenhuollossa hoidontarpeen arvio on pääsääntöisesti sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastuulla. Hoidon tarpeen arviossa keskeistä on potilaan tunteminen. Myös kotisairaanhoidossa, neuvolatyössä ja esimerkiksi diabetespotilaiden hoitotyössä sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on useimmiten omat nimetyt potilaslistansa tai maantieteelliset alueensa. Suomessa on paikoitellen kehitetty omahoitajan nimeämistä myös monisairaille ja paljon palveluita tarvitseville potilaille. Asiakasvastaava (case manager tai care manager) -hoitomallista on jonkin verran tieteellistä näyttöä. Tutkimuksissa ei ole kuitenkaan määritelty onko asiakasvastaava lääkäri vai hoitaja. Monisairas potilas Käypä hoito -suosituksen mukaan asiakasvastaava-hoitomallilla on havaittu positiivisia vaikutuksia paljon palveluita käyttävien terveyteen ja toimintakykyyn, potilastyytyväisyyteen, omahoitoon, terveystalveluiden käyttöön ja kustannuksiin sekä klinisiin päätetapahtumiin (Monisairas potilas Käypä hoito -suositus 2021). Suomessa asiakasvastaava tarkoittaa käytännössä potilaalle nimettyä omahoitajaa.

Potilas-hoitajasuhteen, kuten potilas-lääkärisuhteenkin, jatkuvuus on Suomessa heikentynyt viime vuosien aikana (Raivio ym. 2019). Kuten yleislääkärinkin työssä, myös

hoitotyössä potilassuhteiden jatkuvuus on tärkeää, minkä vuoksi Suomessa on paikoitellen kokeiltu ja on edelleenkin käytössä lääkäri-hoitaja -työparimalli. Työparimallissa yleislääkäri ja sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja muodostavat työparin. Työpari vastaa tietystä väestöstä ja hoidon jatkuvuus taataan näin sekä potilas-lääkäri- että potilas-hoitajasuhteissa. Työpari oppii toisiltaan ja soveltaa työnjakoa potilaan tarpeen mukaan. Työparimallin käytöstä on kertynyt hyviä kokemuksia useasta terveyskeskuksesta. Kehittämistyön tuloksia on käyty läpi tämän selvityksen kappaleessa Perusterveydenhuollon kehittymisen historia.

Työparimallista on tehty myös tieteellistä tutkimusta. Eija Peltonen tutki vuonna 2009 valmistuneessa väitöskirjassaan lääkäri-hoitaja työparimallia ja vertaili sitä tiimimalliin. Työparimallissa potilaat ottivat kiireettömässä asioissa suoraan yhteyden omaan hoitajaan, joka teki hoidon tarpeen arvion. Hoitajille oli erilliset puhelintunnit ja hoitajien vastaanotot toimivat ajanvarauksella. Työparimallissa potilaat pääsivät kiireettömässä asioissa lääkärin vastaanotoille paremmin kuin tiimimallissa. Potilaat toivoivat omaa lääkärinä ja omaa hoitajaa. Omalääkäri ja -hoitajatoiminnalla turvattiin potilaskeskeysyys ja hoidon jatkuvuus. Omalääkärillä ja -hoitajalla on kokonaisvaltainen käsitys asiakkaasta tai potilaasta ja myös hänen perheestään. Tiimimallissa pitkäaikaissairauksiin lisäkoulutuksen saaneet asiantuntijahoitajat pitivät omaa vastaanottoaan, ja potilas jolla oli useampi sairaus asioi usean hoitajan vastaanotolla. Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin, että omahoitajia voidaan suositella perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan. Työssä mahdollistuu paremmin potilaslähtöisyys, perhekeskeysyys ja kokonaisvaltaisuus kuin asiantuntijahoitajien työssä. Omahoitaja voi lisäksi paneutua oman väestönsä terveyden edistämisen haasteisiin. Omahoitajuus ei kuitenkaan poissulje eriytynyttä asiantuntijuutta. Tämä tulee turvata siten, että omahoitajien kesken jaetaan asiantuntijuusalueet, ja he toimivat toistensa vertaisina ja konsultteina (Peltonen 2009).

Peltosen tutkimuksessa nousi esiin myös selkeitä edellytyksiä lääkäri-hoitaja -työparimallin toimivuudelle. Henkilöstön tukea työhönsä ja kehityskeskusteluilla tulisi vahvistaa. Omalääkärin ja -hoitajan laaja-alainen työ edellyttää säännöllistä tietojen ja taitojen päivittämistä koulutusten ja omalääkäri-omahoitaja vertaiskonsultaatioiden avulla. Omalääkärien ja omahoitajien yhteisiä konsultaatioaikoja tulisi olla enemmän. Työparin vastuulla olevan väestön koko tulisi mitoittaa tarkoituksenmukaisen kokoiseksi huomioiden väestön sosioekonomisista ja sairastavuuden vaihteluista aiheutuvat tarpeet ja niiden muutokset säännöllisin välein. Toimintayksikköjen väliseen tiedonkulkuun liittyvä hoidon jatkuvuus tulisi turvata niin, että erikoissairaanhoidon palvelut tulisivat suoraan omalääkärille ja omahoitajalle (Peltonen 2009).

Vuonna 2019 julkaistu systemaattinen kirjallisuuskatsaus tukee edellä kuvattuja Peltosen väitöskirjan tuloksia lääkäri-hoitaja työparimallin hyödyistä. Systemaattisessa kat-

sauksessa löydettiin 6 tutkimusta, joissa oli verrattu lääkäri-hoitaja -työparimallia pelkään lääkäri-malliin, jollaista ei sinänsä suomalaisessa perusterveydenhuollossa ole käytössä. Katsauksen mukaan työparimallissa saavutettiin paremmin hoitosuosituksen mukainen hoito kuin yksin toimivan lääkärin hoidossa, mitä tukee myös suomalaisten kokeilujen tulokset (Norful ym. 2019).

3.5 Voiko potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta korvata tiimityöllä?

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden heikentyessä on Suomessakin pohdittu voiko sitä korvata tiimityöllä. Oulun yliopistossa työvaiheessa olevan systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa löytyi vain yksi laadukas tieteellinen artikkeli, jossa moniammatillisen tiimityön hyötyjä on verrattu potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyötyihin.

Yhdysvalloissa tehdyssä 1,2 miljoonan potilaan tutkimuksessa tutkittiin, voisiko hyvin toimiva tiimityö kompensoida heikkoa potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta. Tutkimuksessa todettiin paremman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden olevan yhteydessä vähempiin päivystyskäynteihin ja vältettävissä oleviin sairaalahoitojaksoihin. Sen sijaan heikosti, keskinkertaisesti tai hyvin toimivien moniammatillisten tiimien potilaiden välillä ei ollut eroja potilaiden päivystyskäyntien määrässä tai vältettävissä olevien sairaalahoitokauskojen määrässä. Tarkemmassa analyysissä todettiin, ettei edes hyvin toimiva moniammatillinen tiimityö korvaa potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyötyjä (Reddy ym. 2018).

3.6 Etävastaanotto ja hoidon jatkuvuus

Digitaalisten ratkaisujen lisääntyessä myös perusterveydenhuollon saatavuutta ja saavutettavuutta on pyritty parantamaan etävastaanotoilla. Puhelin on ollut luonnollisin etävastaanoton väline. Yhteydenotot terveyskeskukseen tapahtuvat enimmäkseen puhelimitse ja puhelimesta tehdään usein myös hoidon tarpeen arvio. Myös sähköisten viestien lähettäminen potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä on hiljalleen yleistynyt. Etävastaanottojen määrä lisääntyi Covid-19 -pandemian aikana maailmanlaajuisesti. Samalla kertyi myös sekä kokemustietoa että tutkimustietoa siitä mihin tilanteisiin etävastaanotto perusterveydenhuollossa soveltuu. Perusterveydenhuollon lääkärin vastaanoton potilaat ovat usein monisairaita ja moniongelmaisia ja terveyskeskukseen hakeudutaan uusien ja tutkimattomien ja diagnosoimattomien oireiden kanssa. Kokonaisvaltainen kohtaaminen, potilaan tutkiminen ja tilanteen arvioiminen

onkin ensisijaisen tärkeää, jotta heti sairauden tai ongelman varhaisessa vaiheessa tutkimus- ja hoitolinjat suuntautuvat oikein.

Tuomas Koskela ja Ilkka Kunnamo tarkastelivat vuonna 2021 Suomen lääkärilehdessä julkaistussa katsauksessaan monipuolisesti erilaisia Suomessa yleislääkärin käytössä olevia ja perusterveydenhuollon toimintaympäristöön sopivia digitaalisia ratkaisuja. He toteavat tieteellisen katsauksen perusteella: ”digitaaliset ratkaisut voivat luoda ammattilaisille uudenlaisia joustavia tapoja ylläpitää potilassuhteita ja voivat jopa vahvistaa niitä. Tämä kuitenkin edellyttää, että organisaatio on ottanut jatkuvuuden parantamisen tavoitteekseen ja sovellukset on suunniteltu tukemaan jatkuvuutta eivätkä vain ohjaamaan potilaita keskitettyihin digipalvelukeskuksiin.” (Koskela ja Kunnamo 2021).

Vuonna 2020 julkaistussa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa mallinnettiin ensisijaisen etävastaanoton vaikutuksia yleislääkärin kokonaistyömäärään. Yleislääkärin työmäärän todettiin lisääntyvän, jos kaikki potilaat pyritään hoitamaan lähtökohtaisesti etävastaanotolla. Vain hyvin tiukasti rajatuissa tapauksissa yleislääkärin vastaanotolle tulevia ongelmia voidaan hoitaa etänä (Salisbury ym. 2020).

Vuonna 2021 julkaistussa brittiläisessä tutkimuksessa analysoitiin 116 097 yleislääkärin potilaskäyntiä, joissa potilas oli 3 päivän jälkeen joutunut päivystykseen. Riski joutua päivystykseen 3 päivää yleislääkärin vastaanoton jälkeen oli pienempi, jos yleislääkärin vastaanotto oli pidempi. Yleislääkärin vastaanoton hoitaminen etävastaanotona ja potilaan aiemmat sairaudet lisäsivät riskiä joutua päivystykseen kolmen päivän kuluttua (Cecil ym. 2021).

Vuonna 2021 julkaistussa norjalaisille yleislääkäreille suunnatussa tutkimuksessa kysyttiin yleislääkäreiden kokemuksia Covid-19 -pandemian aikana tehdystä etävastaanottotyöstä. Yleislääkärit kokivat etävastaanoton toimivan paremmin tilanteissa, joissa tunsivat potilaan aiemmin (hoidon jatkuvuus), kyseessä ei ollut uusi oire tai sairaus ja potilaan tilanne ei vaatinut manuaalista tutkimista. Kaiken kaikkiaan norjalaiset yleislääkärit arvioivat hoitavansa noin 20% potilaskäynneistä jatkossa etänä vastaanotona. Tulosten tulkinnassa on pidettävä mielessä, että Norjassa on hyvin korkea hoidon jatkuvuus ja pitkät potilas-lääkärisuhteet (Johnsen ym. 2021). Lisäksi Norjassa potilaan ottaessa yhteyttä perusterveydenhuoltoon vastaanoton hoitaja / avustaja varaa pääsääntöisesti kaikille potilaille ajan lääkärin vastaanotolle ja Suomessa sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja hoitaa osan oireenmukaisesta hoidosta ja ohjaamisesta itsenäisesti tai konsultoiden yleislääkärinä ja vain osalle varataan aika lääkärin vastaanotolle.

3.7 Yhteenveto tieteellisestä näytöstä ja soveltaminen Suomeen

Edellä esitetyn 2000-luvulla kertyneen vahvan tieteellisen näytön yhteenvetona voidaan todeta, että parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus ja potilaalle nimetty omalääkäri parantavat merkittävästi potilastyytyväisyyttä, potilaan turvallisuuden tunnetta ja luottamusta lääkäriin. Jatkuvammassa suhteessa suhde syvenee, potilas sitoutuu paremmin hoitoon ja saavutetaan parempia hoitotuloksia. Suhteen jatkuessa yleislääkäri oppii tuntemaan potilaansa paremmin ja kykenee arvioimaan asioita kokonaisvaltaisemmin ja havaitsemaan herkemmin ja varhaisemmassa vaiheessa potilaan alkavia sairauksia ja ongelmia. Sairaudet ja ongelmat eivät pääse kehittymään liian pitkälle ja liitännäissairauksien ja komplikaatioiden, kuten sepelvaltimotaudin, aivoverenvuotojen, sydäninfarktien riski pienenee. Myös potilasturvallisuus on parempaa. Näiden kaikkien seurauksena omalääkärin väestön kuolleisuus pienenee. Jatkuvampi potilas-lääkärisuhde vähentää myös merkittävästi ennaltaehkäistävässä olevien päivystyspalveluiden käyttöä ja sairaalahoitajaksojen tarvetta. Ennaltaehkäistävässä olevien päivystys- ja sairaalajaksojen vähentyminen huomattiin myös suomalaisissa omalääkärikokeiluissa ja hyöty on saavutettavissa lyhyelläkin aikavälillä, kun vastaavasti pitkäaikaisen sairauksien hoitotasapainon ja potilaan sitoutumisen kautta tuleva vähempi sairastavuus saavutetaan pidemmällä aikavälillä. Terveystuhoon kokonaiskustannukset ovat huomattavasti pienemmät, kun potilaalle on nimetty omalääkäri ja suhde jatkuva. Vahva tieteellinen näyttö potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudesta pohjautuu suhteen syntymisen hyötyihin. Huomionarvoista on, että suhdetta ei synny ilman potilaan kohtaamista ja luottamuksen luomista. Omalääkärin nimeämisellä potilastietojärjestelmään tai etäisillä konsultaatioilla ei saavuteta luottamuksellisen suhteen syntymistä ja sen hyötyjä.

Terveys- ja hoitosuunnitelma auttaa tiedon kulkuun liittyvän hoidon jatkuvuuden parantamisessa. Terveys- ja hoitosuunnitelman laatiminen tulisi perusterveydenhuollossa integroitua osaksi pysyviä potilas-lääkärisuhteita ja suunnitelmaa tulisi tarkistaa kiireettömien omalääkärillä käyntien yhteydessä, jolloin suunnitelmasta saatavat hyödyt ovat suuremmat. Pelkän terveystuho- ja hoitosuunnitelman laatiminen ilman pysyvää ja luottamuksellista potilas-lääkärisuhdetta tai sen ulkopuolella, osallistamatta potilasta, ei ole hyödyllistä. Terveystuho- ja hoitosuunnitelman laatimisella ei voida korvata jatkuvaa potilas-lääkärisuhdetta, eikä saavuttaa sen hyötyjä. Terveystuho- ja hoitosuunnitelma tulee olla helposti saatavilla potilaalle, lääkärielle ja hoitajalle, sekä potilaan hoitoon osallistuville eri toimintayksiköille, ja sitä tulee olla helppo päivittää.

Potilas-hoitaja -suhteen jatkuvuuden hyödyistä on jonkin verran – joskin huomattavasti vähemmän kuin potilas-lääkäri suhteen jatkuvuudesta – tieteellistä näyttöä. Omalääkäri-omahoitaja -työparimallin hyödyistä on kertynyt sekä kotimaista tieteellistä tutkimusta että kokemuksia kehittämistyöstä ja mallikokeiluista. Ero pelkkään

omalääkärimalliin ilman omahoitajaa on se, että omahoitajan ollessa potilaiden ensisijainen yhteydenottokanava ja omahoitajan hoitaessa ensisijaisesti kiireettömän hoidon tarpeen arvion, tarvittaessa omalääkärinä konsultoiden, lääkärin vastaanottoajan ja muiden palveluiden käyttö on kohdennetumpaa ja tarkoituksenmukaisempaa. Yhteistyö ja työnjako on myös sujuvampaa. Nämä parantavat saatavuutta ja laatua. Omalääkäri-omahoitaja -työpari ei sulje pois hoitajien erityisosaamisen hyödyntämistä, vaan edelleen vaativia kroonisia sairauksia, kuten tyyppin 1 diabetesta, sairastavien potilaiden hoidossa voidaan hyödyntää diabeteshoitajaa tai diabeteshoitaja on heidän omahoitajansa. Moniammatillisella tiimityöllä ei voida korvata potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyötyjä. Ainoassa julkaistussa tutkimuksessa todettiin, että hyvinkään toimiva moniammatillinen tiimityö ei korvaa potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyötyjä. Moniammatillisuudesta on potilaan tarpeiden mukaan hyötyä ja mielenterveyshoitajaa, psykologia ja fysioterapeuttia tulee hyödyntää potilaan tarpeiden mukaan mutta niin, että potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja hoidon jatkuvuudesta huolehtivat omalääkäri ja omahoitaja.

Etävastaanottojen varaan on asetettu paljon odotuksia. Etävastaanottojen ja potilaan ja ammattilaisen välisen digitaalisen viestinnän toivotaan parantavan ensisijaisesti hoidon saatavuutta uusissa ongelmissa ja oireissa. Tieteellinen näyttö ja yleislääkäreiden ja asiantuntijoiden kokemukset ovat kuitenkin sillä kannalla, että etävastaanotto soveltuu tilanteeseen, jossa potilas tunnetaan ennestään ja kyseessä ei ole uusi lääkärin arviota vaativa ongelma tai oire. Hyvä hoidon jatkuvuus on siis edellytys sille, että etävastaanottomenetelmillä voidaan saavuttaa terveyshyötyä usein monisairaiden ja -ongelmaisten terveyskeskuspotilaiden hoitamisessa. Etävastaanotto tulisi olla jokaisen omalääkärin ja omahoitajan käytettävissä ja hyödynnettävissä. Keskittämällä etävastaanotot, digitaalinen viestintä ja hoidon tarpeen arvio alueelliseen keskukseseen ja ammattilaisille, jotka eivät tunne potilasta, tullaan kasvattamaan häiriökysyntää ja epätarkoituksenmukaista terveyspalveluiden käyttöä. Samalla kustannukset kasvavat ja potilastyytyväisyys laskee.

Potilaiden segmentoinnin hyödyistä potilaan hoitotuloksiin ja laatuun ei ole tieteellistä näyttöä. Suhteessa potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyötyihin, massiivisen ja aikaa vievän segmentoinnin hyödyllisyys voidaankin siis kyseenalaistaa. Segmentoinnin ei myöskään saa vaarantaa hoitosuhteiden jatkuvuutta, eikä lukita potilaita yhdentyypiseen hoitoon tai tiimiin. Ihmisten elämäntilanteet ja terveyspalveluiden tarve vaihtelevat ja tutun ammattilaisen tukea voidaan tarvita toisena ajanjaksona enemmän kuin toisena.

4 Perusterveydenhuollon nykytila Suomessa

4.1 Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä

Suomalaisen terveydenhuollon toiminnan tavoitteellisena kulmakivenä on kaikkien ihmisten oikeus järjestelmän tarjoamiin palveluihin. Terveydenhuollon sisältöä, palvelujen saatavuutta ja laatua on kehitetty ja pyritty kehittämään viime vuosikymmenet (Terveydenhuolto Suomessa 2013). Ennaltaehkäisevät, tasavertaiset perusterveydenhuollon palvelut ovat olennainen osa suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitetilaa.

Suomessa on kolme rinnakkaista julkisesti rahoitettua terveydenhuollon palvelujärjestelmää: terveyskeskuksiin ja sairaanhoitopiireihin perustuva kunnallinen järjestelmä, Kelan osin rahoittama, yksityisiin lääkärivastaanottoihin perustuva järjestelmä ja työterveyshuollon sairaanhoitoon perustuva järjestelmä.

Yliopisto- ja korkeakouluopiskelijoiden sekä ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveydenhuollosta puolestaan vastaa Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö (YTHS), jota voidaan pitää erillisenä, työterveyshuoltoa vastaavana terveydenhuoltojärjestelmänä (Heikkilä 2020). Lisäksi terveydenhuoltoa järjestetään erillisryhmille puolustusvoimissa ja vankiloissa pääosin valtion organisaatioiden tuottamana ja valtion erillisellä rahoituksella; näiden erillisryhmien lisäksi vain työterveyshuollon palvelut ovat potilasasiakkaille maksuttomia.

Järjestelmiä voi myös käyttää rinnakkain riippuen kansalaisen pääsyoikeudesta eri osiin järjestelmissä, mikä eriarvoistaa kansalaisia ja on omiaan heikentämään hoidon jatkuvuutta. Järjestelmien rinnakkaiskäytön mahdollisuus on kansainvälisestikin vertaillen ainutlaatuista. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän on myös sanottu olevan maailman hajautetuin (Ryynänen ym. 2004 ja Kokko 2009), josta on ollut demokratiaetuja, mutta seurannut muita selviä vaikeuksia. Muun muassa järjestelmän kokonaistehokkuutta ja monikanavarahoitusta on aika-ajoin kritisoitu. Monikanavaisuutta on arvosteltu useissa suomalaisen terveydenhuollon kansainvälisin asiantuntijavoimien tekemissä arvioissa (WHO 1991, OECD 2005, WHO 2019).

Monikerroksisuus palveluiden käytössä on käytännössä johtanut siihen, että kunnallisten terveyskeskusten palveluita käyttävät suhteellisesti eniten vähätuloisimmat kansa-

laiset (Kokko ym. 2009). Samalla näyttäisi siltä, että kokonaisuudessaan terveydenhuollon avohoidon palveluita käyttävät eniten korkeatuloisimmat kansalaiset. Esimerkiksi vuonna 2013 Oulun asukkaiden ylimmässä tuloviidenneksessä 80 % miehistä ja 91% naisista käytti vähintään kerran terveyskeskuksen, työterveyshuollon tai yksityisen terveydenhuollon avohoidon palveluita. Vastaavasti jotain edellä mainituista palveluista käytti alimmassa tuloviidenneksessä 56 % miehestä ja 76 % naisista. Ylimmän tuloluokan palvelujen käyttö kohdistui voimakkaimmin työterveyshuoltoon ja alimman tuloluokan terveyskeskukseen (Blomgren & Virta 2020). Se, että taloudellisesti hyväosaisimmat käyttävät avohoidon palveluita näin paljon alimmassa tuloluokassa olevia useammin tuntuu erikoiselta, kun yleisesti ja maailmanlaajuisesti tiedetään, että hyväosaisuus ennustaa terveempää ja pidempää elämää (Marmot 2015).

Tuoreen terveystaloustieteellisen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon vastaanotto- ja palvelujen resurssien allokaatio ei toteudu tällä hetkellä potilaiden tarpeen mukaan (Holster ym. 2021), mikä on ongelmallista paitsi yhdenvertaisuuden ja lainsäädännön myös järjestelmän kokonaistaloudellisuuden näkökulmasta. Suomalainen perusterveydenhuollon järjestelmä poikkeaa muista Pohjoismaista mm. myös itsenäisten ammatinharjoittajien roolin osalta (Kokko ym. 2009, Sariola 2004, Kuusela 2014).

Suomessa käytetään terveydenhuoltoon huomattavan vähän rahaa (Kuntaliitto 2021; OECD-maiden vertailua). Terveydenhuollon menot ovat muita Pohjoismaita ja eurooppalaisia verrokkimaita alhaisemmalla tasolla kaikilla mahdollisilla mittareilla mitattuna. Perusterveydenhuolto on rapistunut suhteellisten resurssien vähentyessä: perusterveydenhuollon osuus terveydenhuollon menoista on pudonnut viidenneksestä reiluun 10 % tämän vuosituhaten kuluessa (Lääkäriliitto 2022). Useiden Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmien on todettu suosivan suurituloisia ja korkeasti koulutettuja. OECD-maiden vertailuissa terveydenhuoltopalvelujen käyttö jakautuu tulojen mukaan epätasaisimmin Suomessa, Irlannissa ja Portugalissa. Valitettavasti erot Suomessa liittyvät useampiin palveluihin. Palvelujärjestelmän viimevuosien kehitykseen liittyen on puhuttu ”perverssistä” uudelleenjaosta, jolloin hyvinvointivaltio tahattomasti ottaa enemmän köyhiltä ja antaa enemmän suurituloisille (Kallio 2008). Suomalaisen perusterveydenhuollon kehityshistoriaa on käsitelty aiemmin myös toisaalla (Kokko ym. 2009).

Työnantajat maksavat pienen osan (noin 2 %) terveydenhuollon kustannuksista ja vastaava osuus rahoitetaan vapaaehtoisin hoitokuluvakuutuksin. Suoraan kotitalouksien maksama osuus kustannuksista on työnantajien osuuteen verrattuna noin kymmenkertainen (noin 20 %). Valtio ja kunnat ovat pääosin verorahoitteen terveydenhuoltojärjestelmän suurimmat maksajat (noin 60%) (WHO 2019, sivu 50).

4.2 Perusterveydenhuollon toiminnallinen nykytila

4.2.1 Perusterveydenhuolto on pitkäaikaisessa häiriötilassa

”Totta kai lääkärin työ on raskasta, eikä minua haittaa tehdä välillä ylitöitä, jotta saan potilaan asiat hoidettua hyvin loppuun asti. Mutta terveyskeskuksessa lääkärin täytyy usein tehdä ylitöitä. ... Se on hirveä ristiriita. Nautin työstäni ja yhteistyöstä hoitajien ja kollegojen kanssa. Haluaisin jatkaa yleislääkärinä, mutta haluan myös mahdollisuuden tehdä työni hyvin. ... Vaikka saisimme huomenna tuhat uutta lääkäriä, en usko, että se johtaisi pysyviin tuloksiin, jos toimintatavat eivät muutu. ... Hoidon laatua ei mitata mitenkään. Jos yhden potilaan hoitaa kerralla hyvin, voi säästää neljä seuraavaa käyntiä ... Se on ihanaa palautetta, kun monisairas potilas kiittää, että kerrankin joku katsoo tilannettani kokonaisuutena. ... Meiltä vaaditaan kaikkien, myös muualla kirjoitettujen reseptien uusimista. Se ei onnistu pelkästään nappia painamalla, vaan vaatii usein reseptin avaamista, potilaan tilanteen tarkistamista ja välillä soittoa potilaalle ... ”

– lääkäri Lara Juvonen, Helsingin Sanomat 20.10.2019

Suomi on poikkeuksellinen moneen muuhun Euroopan maahan verrattuna siinä, että perusterveydenhuollossa voi työskennellä itsenäisesti heti lääketieteen lisensiaatin tutkinnon suoritettuaan. Muissa maissa perusterveydenhuollossa toimiminen vaatii joko yleislääketieteen erityiskoulutuksen (YEK) tai erikoistutkinnon. Samalla kun Suomessa sairaalaerikoisaloilla noin 2/3 lääkäreistä on erikoislääkäreitä ja 1/3 koulutusvaiheessa olevia lääkäreitä, Suomessa on historiallisista syistä ajauduttu siihen, että terveyskeskuksissa kansallisten selvitysten mukaan vain noin 30% lääkäreistä on yleislääketieteen erikoislääkäreitä, kun noin 70 % on koulutusvaiheessa olevia lääkäreitä, vaikka yleislääketiede on erikoisalana yksi lääketieteen vaativimmista erikoisaloista. Osa näistä perusterveydenhuollon koulutusvaiheessa olevista lääkäreistä on erikoistumassa yleislääketieteeseen, mutta osa on jopa vain yhdeksän kuukauden (9 kk) pakollista terveyskeskuskoulutusjaksoa – liittyen yleislääketieteen erityiskoulutukseen (YEK opinto-opas 2020) tai kaikkien erikoisalojen erikoislääkärikoulutukseen (Erikoislääkärikoulutus opinto-opas 2020) - tekeviä nuoria lääkäreitä. Terveys­huollon etulinjassa työskentely voi aiheuttaa kokemattomalle lääkärille turhautumista ja pettymyksiä ja suuntautumista jatkossa muille erikoisaloille (Kuusela 2014). Lääkäri Lara Juvosen sosiaalisessa mediassa vuonna 2019 aloittamaan keskusteluun moni terveyskeskuksessa työskennellyt lääkäri kommentoi, että ”juuri näistä syistä minäkin

pakenin”, esimerkiksi juuri yksityiselle sektorille (Vainio 2019). Henkilöstön pakeneminen pois julkisesta terveydenhuollosta on omiaan vaikeuttamaan terveyskeskusjärjestelmän toimintaa.

Hoitotakuun kiristämistä koskevaan hallituksen esitykseen (HE 74/2022 vp) on tehty tervetulleita hoidon jatkuvuutta korostavia sekä pito- ja vetovoimatekijöitä koskevia lisäkirjauksia. Ilman voimakkaampia ohjaavia toimenpiteitä näiden tavoitteiden toteutumattomuus on todellinen riski (katso myös [luku 2](#)). Tällä hetkellä on kiistämättömän selvää, että kaikkialla terveyskeskuslääkärien työolot eivät ole kunnossa. Työterveyslaitoksen Henkilöstön hyvinvointitutkimuksen mukaan 13,7 % lääkäreistä koki työssään paljon paineita ja vähän työn hallintaa vuonna 2021. Vuonna 2015 vastaava luku oli 6,5 %, joten työstressiä kokeneiden lääkäreiden määrä oli yli kaksinkertaistunut seurannan aikana (Toikkanen 2022). Tämä heijastelee perusterveydenhuollon kokonaisuuden ongelmia.

Viimeaikaisen uutisoinnin perusteella¹ sairaaloiden päivystykset ovat olleet suurissa vaikeuksissa laajoilla alueilla Suomessa. ”Tämä kesä on ollut raskain, mitä Tyksin päivystyksen historiassa on koskaan ollut”, Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) päivystyksen ylilääkäri Juha Peltonen on kommentoinut medialle². Yleislääketieteen erikoisalalla hyvin tunnettu tosiasia on, että terveyskeskusten kiireettömän vastaanoton toimimattomuus näkyy päivystysten ongelmina. Useat kansainväliset tieteelliset tutkimukset osoittavat, että parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on yhteydessä huomattavasti vähempiin päivystyspalveluiden käyttöön ja ennaltaehkäistävissä oleviin sairaalahoitojaksoihin (kts. yst. [luku 3.2.5](#) pääotsikon ”[Tieteellinen näyttö hoidon jatkuvuudesta](#)” alta). Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecimissa terveydenhuollon hallinnon alan professori Minna Kaila on käsitellyt asiaa viitaten erityisesti monisairausiin (Kaila 2017):

Perusterveydenhuollon toiminta heijastuu sairaalan päivystyskäyntien määrässä siten, että mitä enemmän perusterveydenhuollossa on ongelmia, sitä enemmän väestö ottaa terveystalvujärjestelmään yhteyttä päivystyksellisesti. Tuoreen brittiläisen rekisteritutkimuksen mukaan hoidon jatkuvuus, eli se että on saman yleislääkärin hoivossa, on tässä avainasemassa. Perättäisten kyselytutkimusten valossa juuri tässä on yksi Suomen järjestelmän ongelmakohdista, sillä saman lääkärin kanssa asioineiden osuus väheni merkittävästi kymmenessä vuodessa. Vielä vuonna 1999 saman

¹ Iltalehti 4.8.2022, Aamulehti 5.8.2022, Itä-Savo 5.8.2022, Mediuutiset 4.8.2022, Kaleva 11.8.2022

² Hoitajat karsivat tarkasti potilaita, jotka pääsevät ruuhkaantuneisiin päivystyksiin sisälle: ”Toivomme ihmisten ymmärtävän, että se ei ole ilkeilyä eikä kiusantekoa. Helsingin Sanomat 4.8.2022

lääkärin kanssa asioi 90 % mutta vuonna 2012 vain 30 %. Sote-uudistuksen tavoitteisiin pääsemistä auttaisi tämän kehityksen kääntäminen päinvastaiseksi.

Myös tuoreessa hoitotieteen alan kotimaisessa opinnäytetyössä (Lepistö 2022) tunnistetut syyt potilaan toistuvaan hakeutumiseen päivystyspoliklinikalle ovat sellaisia, joihin voitaisiin sevitystyöryhmän arvion mukaan vaikuttaa hyvällä perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuudella. Samoin ensihoidon kuormittumisesta sille kuulumattomista tehtävistä on vasta raportoitu (Kuisma ja Hoppu 2022).

Perusterveydenhuollon käytössä olevat resurssit eivät ole kasvaneet viimeisen 20 vuoden aikana (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja rahoitus 2019), minkä seurauksena perusterveydenhuolto on ajautunut vakavaan ja pitkäkestoiseen häiriötilaan, jonka vaikutukset ovat heijastuneet heikentyneenä terveydenhuollon laatuna ja kasvavina kustannuksina kaikille terveydenhuollon sektoreille. Yksinkertaistetusti ilmaistuna Suomessa aiemmin käytössä olleen palvelujen saatavuutta selvästi parantaneen väestövastuujärjestelmän romuttuminen johtui keskeisesti riittämättömästä perusterveydenhuollon resursoinnista. Erityisesti suurissa kaupungeissa lääkäreiden väestövastuu- tai listapotilaiden määrä oli liian suuri (mm. Ruskoaho 2012; viitattu Kuusela 2014).

Muiden muassa Suomen yleislääketieteen yhdistys on vasta arvioinut lausunnossaan (lausunto eduskunnalle 16.6.2022), että suomalainen perusterveydenhuolto on kriisissä. Myös yksityisten terveydenhuollon yritysten toimintaedellytysten parantamiseen pyrkivän Lääkäripalveluyritykset ry:n varapuheenjohtaja Petri Bono on vasta todennut, että ”Suomen perusterveydenhuolto ja hoitopaikka lääkäriin tai hammaslääkäriin olisi jo aikaa sitten lähes romahtanut ilman yksityisiä palveluntuottajia. Monien palveluiden saatavuus olisi nykyistäkin huomattavasti heikompi” (Lääkäripalveluyritykset ry 14.6.2022). Kuten yleisesti tunnettua, on terveyskeskuksista siirtynyt yksityiselle sektorille ja työterveyshuoltoon merkittävä määrä terveydenhuollon ammattilaisia.

Juhani Lehto käsittelee perusterveydenhuollon potentiaalisia ongelmia kymmenisen vuotta vanhassa kirjoituksessaan (Lehto 2012).

Lehdon mukaan ”Julkisessa keskustelussa esiintyy suhteellisen yleinen ja samaan aikaan epämääräinen käsitys, että ”perusterveydenhuolto on kriisissä”. Yleisimmän esiintyvä konkreettinen kriisikuvaus on käsitys, että lääkärit vierastavat terveyskeskustyötä, perusterveydenhuollossa on lääkäripula, potilaat joutuvat jonottamaan lääkäriin pääsyä. Siksi terveyskeskuksessa pitäisi tehdä muutoksia, joiden tuloksena se olisi lääkäreille houkuttelevampi työpaikka. Ongelmakuvaukseen liitetään toisinaan käsitys, että kriisi jatkuu vuosikymmenestä toiseen ja ilmaisee terveyskeskusten ”jäähdyttämistä” 1970-luvun alussa luotuun

byrokraattiseen toimintamalliin. Median lisäksi tällainen kuva perusterveydenhuollon ongelmien paikantumisesta lääkärrien aikuisvastaanottotyöhön saa tilaa esimerkiksi STM:n Toimiva terveyskeskus -projektin kuvauksessa sekä useissa terveydenhuollon rahoitusta ja hallintajärjestelmän uudistamista käsittelevissä raporteissa.”

4.2.2 Perusterveydenhuollon toiminnan luonne on erityinen

Perusterveydenhuollon keskeisin ammattilainen on yleislääketieteen erikoislääkäri. Laadukasta yleislääketiedettä ei voi olla ilman yleislääketieteen erikoislääkäreitä, kuten ei esimerkiksi laadukasta ortopediaakaan voi olla ilman ortopedeja tai laadukasta psykiatriaakaan ilman psykiatreja. Perusterveydenhuollossa pitkään, vuosikymmeniä toimineet lääkärit vastaavat kuitenkin monin osin taidoiltaan yleislääketieteeseen erikoistuneita lääkäreitä. Erikoislääkärin pätevyyden hankkiminen on nykyisin vallitseva suuntaus myös yleislääketieteen alalla.

Vaikka lääkärit ovat keskeisessä roolissa perusterveydenhuollon toteuttamisessa, on toimivan ja laadukkaan perusterveydenhuollon toteuttamisessa yhtä keskeinen osuus muilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä. Terveyskeskukset eivät toimisi ilman terveyden- ja sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, hammaslääkäreitä tai muita tärkeitä ammattilaisia. Suomalaisen järjestelmän vahvuus kansainvälisestäkin vertaillen on laaja moniammatillisuus, jollaisen kehittämistä monessa muussa maassa vasta haaveillaan tai suunnitellaan. Myös suomalainen hoitotiede on hyvin kehittyntä. Terveydenhuollon kokonaiskustannusten hillinnän ja laadun parantamisen edellytyksenä on laadukas ja riittävästi resursoitu perusterveydenhuolto, jossa ammattilaisten erilaisia osaamisprofiileja hyödynnetään perustellulla tavalla. Tähän kannustavat myös monet kansainväliset instituutiot, kuten WHO, ja moniammatillisuutta onkin monin tavoin ympäri maailmaa pyritty jatkuvasti lisäämään (WHO 2010, OECD 2020). Moniammatillisuuden edelleen kehittämisen mahdollisuuksia on selvitetty osana valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimintaa (Kangasniemi ym. 2017). STM:n käynnistämänä on meneillään myös sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden ohjelma, jossa mm. luodaan edellytyksiä sote-henkilöstön tehtävärakenteen kehittämiseen ja osaamisen joustavaan hyödyntämiseen.

Terveydenhuolto on moniin toimialoihin verrattuna omaleimaisempi, sillä se on kompleksinen, hyvin arkaluonteista tietoa sisältävä ja varsin säädelty toimiala. Terveys on monelle ihmiselle tärkeintä, ja häiriöt terveydenhuollon toteutumisessa (esim. hoitovierheet) koetaan usein hyvin voimakkaasti. Lääkärit ovat hyvin korkeasti koulutettuna työssä suoraan asiakasrajapinnassa, ikään kuin ruohonjuuritasolla, mikä poikkeaa

oleellisesti esimerkiksi valmistavassa teollisuudessa työskentelevien korkeimmin koulutettujen henkilöiden sijoittumisesta organisaatioissaan.

Perusterveydenhuolto on terveydenhuollon sisälläkin usein aika kompleksiselta tuntuva toiminto. Tunne voi aiheutua paitsi toimintojen laaja-alaisuudesta, myös potilaiden yksilöllisten haasteiden soveltumattomuudesta kaaviomaisiin hoitopolkuihin. Sairaalamailmaan verrattuna toiminta ei aina tunnu koherentilta. Toisaalta selkeys ja toiminnan hallinnan tunne ovat keskeisen tärkeitä lääkärin suorittaessa vastuullista tehtäväänsä potilasta auttaakseen ja havaitakseen poikkeavat yksityiskohdat. Tarve löytää ongelmia ja virheitä on lääkärin ammatin erityispiirre. Lääkäri voi havaita potilasta tutkiessaan vain pienen poikkeaman, vaikka potilaalla onkin vakava tauti. Ihminen on aina yksilö omine piirteineen ja terveysongelmineen, jolloin pitkäaikaisessa seurannassa tapahtuvat muutokset ovat oleellisempia. Näiden varhainen havaitseminen mahdollistuu paremmin pitkäaikaisissa potilas-lääkärisuhteissa. Lääkärin työ on hyvin pitkälti aivotyötä, jossa poikkeavuuksiin keskittyminen on välttämätöntä. Lääkärit vaativatkin yleisesti itseltään paljon, mutta kaikkia potilaita ei voi parantaa, mikä täytyy hyväksyä. Silti huonosti menneet potilastilanteet jäävät kalvamaan mieltä (Kolster 2020). Riittämättömästi resursoidussa ympäristössä lääkärit tuntevat helposti itsensä riittämättömiksi toimintamallista riippumatta – ja vaihtavat työpaikkansa pois julkisesta perusterveydenhuollosta. Hyvä ohjaus ja kokeneempien ammattilaisten (seniorilääkärien) tuki on tärkeässä osassa varsinkin uran alkupuolella oleville perusterveydenhuollon lääkäreille. Nykyisessä koulutusjärjestelmässä pian lääkäriksi valmistumisen jälkeen tullaan usein terveyskeskuksiin opettelemaan lääkärin työtä jopa alle vuoden mittaisten (9 kk) YEK-jakson tai kaikkien eriloisalojen pakolliseen 9 kk terveyskeskuskoulutusjaksoon liittyen, mikä haastaa perusterveydenhuollon hoitosuhteiden jatkuvuuden ja lääkärikunnan osaamisen tasalaatuisuuden.

4.2.3 Työnohjaus perusterveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työnohjaustyöryhmän muistiossa työnohjauksen määritellään olevan ”oman alan kokeneemman työntekijän tai ihmishuoneantuntijan antamaa säännöllistä ja prosessiluonteista ohjausta ja tukea oman työn arvioinnissa, työongelmien selvittelyssä ja tarvittavien toimenpiteiden suunnittelussa” (STM 1983).

Voimassa olevan mielenterveyslain (1116/1990) 4 §:ssä säädetään, että ”mielenterveyspalvelujen antaminen edellyttää toimivaa työnohjauksen järjestelmää”. Tätä työnohjauksen järjestelmää toteutettaessa on mielenterveysasetuksen mukaan huolehdittava siitä, että ”työnohjaus on sisällöltään sellaista, että se edistää henkilöstön valmiuksia antaa väestön tarvitsemia mielenterveyspalveluja”. Terveys- ja hyvinvointilain (1303/2010) 10 §:ssä säädetään, että ”terveys- ja hyvinvointipalvelujen antaminen edellyttää toimivaa työnohjauksen järjestelmää”. Terveys- ja hyvinvointilain (1303/2010) 10 §:ssä säädetään, että ”terveys- ja hyvinvointipalvelujen antaminen edellyttää toimivaa työnohjauksen järjestelmää”.

työnohjaus on tällä hetkellä käytännössä tulkittu lakisääteiseksi oikeudeksi vain mielenterveyslain mukaisia mielenterveyspalveluja järjestävissä toimipaikoissa, kuten kuntien/kuntayhtymien mielenterveysyksiköissä ja erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisilla osastoilla, työskenteleville. Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tehdyn väitöskirjatutkimuksen mukaan työnohjauksen todettiin kaikkien tutkimukseen osallistuneiden työnohjausryhmien mielestä olleen tarpeellista, ammattitaitoa lisäävää, potilaan hoitoa tehostavaa ja työhyvinvointia edistävää (Kärkkäinen 2013). Perusterveydenhuollossa – mielenterveysyksiköjä lukuun ottamatta - työnohjausta ei ole tällä hetkellä järjestetty systemaattisesti, vaikka psykiatristen sairauksien esiintyvyys on runsasta terveyskeskuspotilaiden keskuudessa.

Lääkärin kliinisen työnohjauksen perimmäisenä tavoitteena on lääkärin työn laadun ja potilasturvallisuuden parantaminen. Työnohjauksessa tarkastellaan lääkärin omiin kokemuksiin perustuen hänen tapaansa toimia työssään, ja pyrkimyksenä on lisätä lääkärin ymmärrystä omasta työstään käyttäen aineistona arkityön potilastapauksia ja tilanteita (Torppa 2017). Vaikka työnohjaus ei olekaan koulutusta, niin työnohjauksessa voidaan katsoa olevan koulutuksellisia elementtejä (Lönngqvist 2014). Työnohjaus on kuulunut pakollisena osana Tanskan yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen jo vuodesta 2007 alkaen (Torppa 2017). Suomessa uusimmassa erikoislääkärikoulutuksen opinto-oppaassa yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen suositellaan sisällyttävän työnohjausta toimipaikkakoulutuksen lisäksi (Erikoislääkärikoulutus opinto-opas 2020). Oulun yliopistossa yleislääketieteen erikoislääkärikoulutukseen on voinut vuodesta 2008 alkaen halutessaan liittää 2-vuotisen yleislääketieteen ydinosaamiseen syventävän General Practice (GP) -koulutuksen, johon oleellisena osana liittyy erikoislääkärikoulutettavien työnohjauksellinen elementti. Tästä on saatu hyviä kokemuksia. Yhden koulutettavan kokemuksen mukaan "...potilaat, jotka aiemmin koin terveyskeskuksen raskaimmiksi, ovat muuttuneet mielenkiintoisiksi ja niiksi, jotka todella antavat onnistumisen ja merkityksellisyyden kokemuksia työssä. ...Työ on muuttunut merkittävästi vähemmän kuormittavaksi ja enemmän antoisaksi" (Rieki ym. 2022).

Oulun yliopistossa tehdyn julkaisemattoman systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella työnohjauksella voidaan todeta olevan merkittävää hyötyä lääkäreiden psykologisiin taitoihin ja positiivisia vaikutuksia potilas-lääkärisuhteeseen, ammatti-identiteetin vahvistumiseen ja reflektiivisten taitojen kehittymiseen. Nämä kaikki vaikuttavat positiivisesti oman työn hallintaan ja sen myötä työtyytyväisyyteen, jonka puolestaan tiedetään edesauttavan työssä jaksamista ja ehkäisevän työuupumusta.

Yleislääkärille työnohjauksen voidaan katsoa olevan erityisen hyödyllistä, koska työssä ovat perinteisesti yleislääketieteen ydinosaamiseen liittyen painottuneet pitkät potilassuhteet. Potilaiden ongelmat rakentuvat paljon muustakin kuin lääketieteen keinoin ratkaistavista pulmatilanteista, eikä niihin useinkaan löydy valmiita ratkaisuja (Portaankorva ja Frank 2020).

4.2.4 Mielenterveyspotilaiden hoitaminen perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollossa potilaita kohdataan terveydenhuollon etulinjassa. Tällöin monien potilaiden tilanne on vielä jäsentymätön sairauksien alkuvaiheessa, mikä vaatii yleislääketieteen erikoislääkärin perehtymistä asiaan. Esimerkiksi noin 2/3:lla terveyskeskusten masennuspotilaista on ruumiillisia oireita, mikä hankaloittaa masennuksesta puhumista ja vaikeuttaa diagnoosin tekemistä (Tylee & Gandhi 2005). Usein potilaan oireistolle ei löydy perusteellistenkaan biolääketieteellisten laboratorio- tai eri sairaalaerikoisalojen erityistutkimusten jälkeenkään orgaanista selitystä. Myös tällöin, kun sairaalaerikoisaloilla ei potilasta voida auttaa – ja erityisesti silloin, kun potilaan oireet ovat ensisijaisesti ruumiillisia - yleislääketieteen erikoislääkärillä on parhaat edellytykset olla potilaan hoidosta ensisijaisesti vastaava terveydenhuollon ammattihenkilö.

Mikäli alkuselvittelyiden perusteella potilaalla on hänen kanssaan yhteisymmärryksessä todettavissa mielenterveydenhäiriö, joka on hoidettavissa psykososiaalisin hoidoin, potilas ohjataan sille terveyskeskuksen mielenterveysyksikön ammattihenkilölle, jolla on optimaalisimmat edellytykset hoitosuhteeseen. Väestötasolla yleisimpien mielenterveyshäiriöiden hoitamiseksi on olemassa asianmukaisia Käypä-hoitosuosituksia (kuten Depressio ja Ahdistuneisuushäiriöt -suositukset). Ideaalisessa omalääkärimalissa perustasolla on riittävästi myös asianmukaisesti koulutettuja psykiatrisia sairaanhoitajia. Toisaalta silloin, kun potilas jo alun perin tiedostaa kärsivänsä ensisijaisesti psyykkisistä ongelmista, hänellä tulee olla mahdollisuus ohjautua suoraankin perusterveydenhuollon mielenterveysyksikköön, jolloin omalääkäri toimii kuitenkin tarvittaessa potilaan yleispsykiatrisesta seurannasta vastaavana lääkärinä huolehtien tarvittaessa esimerkiksi lääkehoidosta, sairausloman tarpeen arvioinnista ja asiantuntijalausunnon kirjoittamisesta.

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) antaman suosituksen mukaan vaikuttaviksi todetut psykoterapiat ja psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät kuuluvat aina mielenterveys- ja päihdehäiriöissä terveydenhuollon palveluvalikoimaan osana tavoitteellista hoitoa tai kuntoutusta (Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositus 2018). Täten näitä hoitomuotoja tulee olla käytettävissä myös perusterveydenhuollossa. Huomionarvoista kuitenkin on, että kun potilas ottaa ensimmäisen kerran yhteyttä terveyskeskukseen, oireisto on hyvin usein jäsentymätön. Tämän vuoksi valikoitumatonta potilasjoukkoa hoidettaessa on muistettava, että potilaat eivät aina ”hyödy diagnoosipohjaisista fokusoiduista hoidoista” (Suomen Psykologiliitto ry:n lausunto 10.6.2022). Perusterveydenhuollon potilaiden kokonaisvaltaisen laaja-alaisen kohtaamisen tärkeyttä ei voida liikaa korostaa. Yksi merkittävä asia tähän liittyen on myös se, että perusterveydenhuollossa psyykkisistä oireista kärsivillä potilailla on

psykiatrisen monihäiriöisyyden (esimerkiksi depression lisäksi samanaikaisesti muita psykiatrisia oireyhtymiä) (Vuorilehto ym. 2005) lisäksi runsaasti somaattista monihäiriöisyyttä (Seaton ym. 2022). Isossa-Britanniassa tarjonnan parantamiseksi noin 10 vuotta sitten aloitetun IAPT-ohjelman (Improved Access to Psychological Therapies) tuoreen tutkimusnäytön mukaan perusterveydenhuollon depressio-oireista ja ahdistuneisuudesta kärsineet potilaat, jotka kärsivät samanaikaisesta pitkäaikais-sairastavuudesta ("long term condition"), hyötyivät muita huonommin strukturoiduista lyhytinterventioista (Seaton ym. 2022).

Epidemiologiseen tutkimustietoon nojaten on muistettava, että väestössä on aina elämänsä aikana psyykkisesti haavoittuneita ihmisiä, jotka oireilevat psykologisessa mielessä eriaikaisesti. Täten vaikka terveystalvotjärjestelmässä olisi käytettävissä kuinka paljon tahansa ensilinjan "keveitä" psykososiaalisia hoitomuotoja, niin ne eivät läheskään aina riitä, vaan myös pitkiä psykoterapioita tarvitaan aina, jos psykiatrian erikoisalalan sairauksista kärsiviä potilaitaan halutaan hoitaa tasa-arvoisesti ruumiillisiksi sairauksiksi määriteltyjen sairauksien kanssa. Tämän vuoksi perusterveydenhuollon mielenterveystyössä tarvitaan omalääkäreiden ja psykiatristen sairaanhoitajien lisäksi myös psykologien ammattitaitoa pidempien psykoterapioiden tarpeen arvioimiseksi, suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. Julkisuudessa on esitetty pelkoa pitkien psykoterapioiden vähentämisestä ja jopa niiden lopettamisesta (Varmavuori 2022). Pitkien psykoterapioiden tarve tulee arvioida aina yksilöllisesti asianmukaisesti. Mikäli kuitenkin psykiatristen potilaiden tarpeenmukaista hoitoa alettaisiin vähentää, niin silloin se tarkoittaisi analogisesti somaattisten sairauksien kohdalla yhtä absurdia asiaa kuin, että yhteiskunnassa täytyisi alkaa käydä priorisointikeskustelua esimerkiksi siitä, että pitäisikö sepelvaltimo-ohitusleikkauksien määrää alkaa vähentää tai niiden tekeminen jopa lopettaa, ja hoitaa sepelvaltimotautia vain niin pitkälle, kun sepelvaltimoiden pallolaajennus vielä riittää hoidoksi.

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön johtamisen tulisi olla yleislääketieteen erikoislääkärijohtoista ottaen huomioon valikoitumattoman potilasmateriaalin ja laajan somaattisen monihäiriöisyyden sekä lisäksi sen, että perusterveydenhuollossa joudutaan huolehtimaan myös potilaista, joita psykiatrian erikoisalalla ei pystytä sairauden vaikeusasteen tai luonteen vuoksi hoitamaan esimerkiksi silloin, kun sairautta pidetään kroonistuneena. Muilla lääketieteen erikoisaloilla kuin yleislääketieteellä ei ole substanssiosaamista tämän terveydenhuollon osa-alueen hoitamiseen ja johtamiseen.

4.2.5 Perusterveydenhuollon toiminnan mittaaminen

”On tosi raskasta, kun itse haluat tehdä työsi kunnolla, mutta hoitoa järjestävä taho mittaa onnistumista määrällä – tehtyjen toimenpiteiden ja potilaskäyntien määrällä. ... On siirryttävä mittaamaan hoidon tuloksia ja ihmisten arjessa pärjäämistä. Ihmisille on oikeasti pyrittävä tuottamaan terveyttä ... Isolla osalla ihmisistä on kokemuksia siitä, ettei tule kohdatuksi terveydenhuollossa. Sillä on kuitenkin hoidon onnistumisen kannalta hirveän iso merkitys, miten potilas kokee hoidon tai miten hän ymmärtää annetut ohjeet ... Esimerkiksi liukuesteet ja tasapainoharjoittelu tulevat paljon halvemmaksi kuin lonkkaleikkaus. Elintavoilla toteutettu sydäninfarktin ennaltaehkäisy tulee halvemmaksi kuin pallolaajennus”

-lääkäri Anna Karjala, Helsingin Sanomat 9.9.2020

”Elämänlaadun arviointiin tarvitaan lisää tutkimustietoa. Lonkkaleikkauksen kohdalla arviointi on helpompaa, mutta vaikkapa lihavuus-diabeteksen tai psykiatristen sairauksien kohdalla vaikeampaa.”

-professori Minna Kaila, Helsingin Sanomat 9.9.2020

Perusterveydenhuollon toiminnan mittaamisessa virheiden mahdollisuudet ovat suuret. Toiminnan erityispiirteistä aiheutuen suunnittelussa, seurannassa sekä tulosten arvioinnissa käytetään hyvin usein erilaisia sijaismuuttujia (surrogate variable). Perusterveydenhuollon toiminnan järjestäjän tai rahoittajan toimesta on ymmärrettävästi pyritty löytämään selkeitä mitattavia tekijöitä, joilla perusterveydenhuollon toimintaa voitaisiin arvioida oikein. Ihmiset haluavat yleensä selkeitä ja yksinkertaisia selityksiä. Valitettavasti useimmat asiat perusterveydenhuollossa ovat luontaisesti niin monimutkaisia tai epävarmoja, että luotettavien spesifisten sijaismuuttujien valinta niiden mittaamiseen käytännössä on erittäin haastavaa. Perusterveydenhuollon toiminnan ylyksinkertaistaminen johtaa kognitivisiin virhepäätelmiin (esim. complex cause, causal oversimplification). Toimenpiteiden tai potilaskäyntien lukumäärään yksinomaan perustuva mittaaminen tuottaa erittäin helposti häiriintyneen järjestelmän, joka ei ainkaan optimaalisella tavalla tuota varsinaista tavoiteltua arvoa eli terveyttä.

”Työelämän murros” koskettaa myös perusterveydenhuoltoa. Käytettävien hoitomuotojen nopea kehitys, digitalisaation eteneminen ja järjestelmän muutokset palveluissa vaativat jatkuvaa ammattilaisten kehittymistä ja myös mittaamisen arviointia uudelleen. Myös työn tekemisen tavat ja työsidonnaisuus ovat muuttuneet oleellisesti aiemmista vuosikymmenistä, ja muutosvauhdin on yleisesti arvioitu nopeutuneen. Kulloinkin käytettävien työkalujen (esim. chat-palvelut, videovastaanotot tai sormi-EKG-lait-

teet) itseisarvoista ihannointia tulee välttää, ja keskittyä arvioimaan varsinaista terveyshyötyä, jota eri menetelmin voidaan tuottaa ja tuoda välineet potilasta pitkäaikaisesti hoitavan ammattilaisen ”työkalupakkiin”. Terveyskeskusten lääkärien raportoitu sukupuolijakauma on myös muuttunut aiemmasta, naislääkärit ovat nyt enemmistönä, mikä voi vaikuttaa mm. perhevapaiden määrään ja osa-aikaiseen työhön halukkaiden lääkärien osuuteen.

Perusterveydenhuollon toiminnan kompleksisuudesta ja muutoksista aiheutuen voidaan kyseenalaistaa myös yksinkertaistettu esitys siitä, että mikä on yhdelle lääkärille soveltuva väestömäärä. Viime vuosituohannella edellisessä väestövastuuperustaisessa järjestelmässä esitetty tavoite 1500 ihmistä yhtä omalääkärinä kohden ei käytännössä edes toteutunut, vaan luku ylittyi usein selvästi (Nyström 2010 s. 193, katso myös luku 2.6), mutta tuokin luku on hyvin todennäköisesti liian suuri nykyisessä perusterveydenhuollon järjestelmässä. Perusterveydenhuollon toiminta on muuttunut aiempaa haastavammaksi mm. aiemmin erikoissairaanhoidon kuuluneiden tehtävien siirron, tietojärjestelmien tuoman lisäkuormituksen, sähköisten reseptien, tarkentuneiden kirjaamis- ja tilastointivaatimusten sekä lisääntyneen jälkikäteisvalvonnan (esim. kantelut ja muistutukset) vuoksi (mm. Holi 2019, Lehto 2012). Terveyskeskusten henkilöstön suuri vaihtuvuus ja vähäinen työkokemus voivat paikoitellen myös lisätä kyseisen toimintayksikön kokonaiskuormitusta. Yksinkertaistettua laskennallista lukua voidaan käyttää liian vähäisen lääkärimäärän toteamiseen suhteessa hoidettavaan väestöön, mutta yksinkertaistettu yksittäinen matalakaan luku ei takaa hyvin toimivaa perusterveydenhuollon järjestelmää. On myös oleellista huomata, että mikäli väestöä ositetaan ns. vanhan väestövastuun tapaan perusvastuuväestöön ja muuhun vastuuväestöön, tai mikäli listautuminen työporeille toteutetaan porrastaen, voi jo 200-500 listautunutta monisairasta potilasta tuottaa tosiasiasa täyden työkuormituksen yhdelle lääkärille (Kangas 2007, Omalääkäriopas 2009, Seilo ym. 2010).

Terveystenhoito voidaan nähdä yhteiskunnallisena palvelutoimintona. Periaatteellisella tasolla voidaan esittää, että terveydenhuollon ainoiksi sijaismuuttujiksi voidaan ottaa vain hyvin pitkän aikavälin kustannukset ja palvelun saajien (potilaiden) tyytyväisyys. Edullinen järjestelmä, johon ollaan myös tyytyväisiä, on varsin hyvä yhteiskunnallinen palvelu. Vain lyhyellä aikavälillä toteutettu (tai muuten virheellinen) mittaus on kuitenkin näidenkin sijaismuuttujien osalta erittäin riskipitoista. Sivuhuomiona todettakoon, että palvelukulttuurin myötä hoitajiin kohdistuvaa painetta on käsitelty laajemmin ansiokkaasti toisaalla (Salin & Juujärvi 2019).

Kuten edellä tässä selvityksessä on esitetty, parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on yhteydessä parempaan potilastyytyväisyyteen, luottamukseen, hoitoon sitoutumiseen, potilasturvallisuuteen, hoitotasapainoon, varhaisempaan diagnostiikkaan, pienempään sairastavuuteen ja kuolleisuuteen, tarkoituksenmukaisempaan ja vähem-

pään terveyspalveluiden käyttöön ja pienempiin terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Valtaosassa länsimaista hoitosuhteen jatkuvuus on itsestänselvyyss ja toimivan ja kustannustehokkaan perustason diagnostiikan ja hoidon edellytys.

Vaikka perusterveydenhuoltoa ei kannatakaan suoraan verrata autotehtaaseen, voi seuraavaa yksinkertaistettua automaailmaan vertailevaa ajatusleikkiä kokeilla näkökulmien monipuolistamiseksi. Lienee jokaiselle hyvin ymmärrettävää, että auton polttoaineen kulutukseen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten auton matkustajien ja matkatavaroiden määrä, vedettävä kuorma, renkaat, aerodynamiikka, moottorin sekä voimansiirron hyötysuhteet, polttoaineen laatu, sääolosuhteen ja kuljettajan ajotyyli. Ei olisi mielekäästä edellyttää, että missä tahansa tilanteessa ja millä tahansa autolla on päästävä Hangosta lvaloon kuluttaen polttoainetta 4 litraa sataa kilometriä kohti. Kompleksisesta perusterveydenhuollosta, joka on toimintona huomattavasti autoilua monimutkaisempaa, saatetaan kuitenkin liiallisesti yksinkertaistettuna ajatella, mistään muista tekijöistä välittämättä, että jokaisen 100% työaikaan tekevän lääkärin on hoidettava kaikki hänelle kuuluvan 2000-3000 ihmisen väestön terveysongelmat. Automaailmaan vertailtuna perusterveydenhuollon toiminnan mittaamiseen liittyvät kognitiiviset vinoumat tulevat helpommin tarkasteltaviksi, mutta toisaalta jo kokemusperustaisesti tiedetään, että liian isot vastuuväestöjen koot tulisivat johtamaan ennemmin tai myöhemmin ns. vanhamuotoisen omalääkärijärjestelmän epäonnistumiseen ja lääkäripulaan terveysasemilla.

Tällä hetkellä käytettävissä olevan tieteellisen näytön perusteella on ilmeistä, että potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on yksi toimivista perusterveydenhuollon toiminnan mittaamisen sijaismuuttujista. Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän poikkeavuuden (mm. työterveyshuollon laaja rooli, aiemman väestövastuujärjestelmän epäonnistuminen) vuoksi tämän selvityksen laatijoiden näkemyksen mukaan on suositeltavaa, että perusterveydenhuollon toiminnan mittaamisessa painotettaisiin pikemminkin hoitosuhteen jatkuvuuden kuin yhdelle lääkärille kohdentuvan väestömäärän mittaamista. Toisaalta hoidon jatkuvuuskään ei voi olla ainoa perusterveydenhuollon toiminnan mittaamisessa käytetty sijaismuuttuja.

Lääketieteen tohtori, yleislääketieteen ja terveydenhuollon erikoislääkäri Maisa Kuusela on väitöskirjassaan (Kuusela 2014) tarkastellut yleislääkärin vastaanottotapahtuman laatua sekä potilaan, lääkärin että tutkijan näkökulmasta. Laadun osatekijöinä olivat lääkärin tieteellistekninen eli ammatillinen osaaminen, vuorovaikutustaidot sekä taloudellisuus. Kuusela päätyi seuraavaksi esitettäviin johtopäätöksiin, jotka pitävät tämän selvityksen tekijöiden näkemyksen mukaan edelleen hyvin paikkansa.

- *Terveydenhuollon uudistuksia suunniteltaessa ja perusterveydenhuoltoa kehitettäessä tulee ottaa huomioon yleislääkärin työn keskeiset elemen-*

tit, kuten potilaskeskeisyys, laaja-alaisuus ja kokonaisvaltaisuus. Yleislääkärin työtä on kehitettävä edelleen lähemmäs mallia, jossa lääkäri vastaa aidosti tietyn väestön terveyden edistämisestä, ylläpitämisestä ja sairauksien hoitamisesta. Palkitsemisjärjestelmän suunnitteluun tarvitaan lisää terveystaloustieteellistä tutkimusta, jossa otetaan huomioon yleislääkärin työn keskeiset erityispiirteet.

- *Laadun varmistamisen kannalta olisi tärkeää ottaa Suomessakin käyttöön monipuolinen keinovalikoima. Hyvien potilasasiakirjajärjestelmien ja niistä poimittujen vastaanottotapahtumien kirjausten ja hoitotulosten arvioinnin lisäksi tarvitaan asiakaspalautetta sekä systemaattista ja monipuolista lääkärin työn arviointia. Lääkärin työn itsearviointia on edelleen tutkittava ja kehitettävä. Kuvatallenteiden arviointi on hyödyllinen myös lääkärin itsereflektion ja jatkuvan oppimisen menetelmänä.*
- *Laadun varmistamisen ja parantamisen kannalta on tärkeää, että potilasasiakirjajärjestelmiin kerätään asianmukaista tietoa, jota myös analysoidaan. Nykyiset järjestelmät eivät palvele potilasta, lääkäriä, terveydenhuollon päättäjiä eivätkä tutkijoita riittävästi. Potilasasiakirjajärjestelmiä on kehitettävä helppokäyttöisiksi, interaktiivisiksi ja tietoa automaattisesti kerääviksi, jotta niistä saataisiin luotettavaa tietoa laadun arvioimiseksi.*

Yleislääkärin vastaanottotapahtuman laadun eri näkökulmat ja erityisesti yleislääketieteen keskeiset elementit on Kuuselan mukaan unohdettu mietittäessä terveydenhuoltojärjestelmän uudistuksia. Näin siitä huolimatta, että potilaiden selviytyminen ja voimaantuminen vastaanottotapahtuman jälkeen oli väitöstutkimuksen mukaan parempaa, mikäli potilaat pitivät vuorovaikutuksen laatua hyvänä ja lääkäriä omalääkärinään. Merkillepantavaa oli, että potilaan kokemana omalääkäriys ei ollut riippuvainen terveysaseman virkaehtosopimuksen muotoilusta.

4.2.6 Perusterveydenhuollossa nykyisin käytössä olevat toimintamallit

Suomalaisen perusterveydenhuollon hoitofilosofioita on eroteltu toisistaan niiden tavasta suhtautua terveyskeskuksen vastuuseen kunnan väestöstä (Paunio 1997). Kunnilla on vielä tätä selvitystä kirjoitettaessa vastuu kansanterveystyöstä, minkä vastuun kunnat ovat jakaneet terveyskeskuksille tai yhteistoiminta-alueiden terveysasemille. Vastuu kunnan väestön sote-palveluista on kuitenkin hyvin pian siirtymässä hyvinvointialueille, mikä vaikuttaa merkittävästi palvelutuotannon kokonaisuuteen.

Perusterveydenhuollon järjestäjä- ja tuottajatahojen lukumäärä on Suomessa ollut poikkeuksellisen korkea. Maassamme oli vuonna 2019 yli 130 terveyskeskusta ja yli

500 terveysasemaa. Eri kuntien tavassa tuottaa palvelua on vielä tällä hetkellä merkittävää vaihtelua, ja toimintamalleja on runsaasti erilaisia. Keskitetyn voimakkaan ohjauksen puuttuessa toiminnan heterogeenisyys on luontaista, mutta muutokset eivät ole aina välttämättä tapahtuneet toivottuun suuntaan. Kattavien väestövastuu- ja omalääkärimallien purkaannuttua ja perusterveydenhuollon tehtävien lisääntyä resursien pysyessä samantasoisena on 2000-luvulla pääasiassa pyritty kehittämään hoitaja- ja lääkärikontaktien saatavuutta tukevia toimintamalleja hoidon jatkuvuuden kärsiessä tämän kustannuksella. On todennäköistä, että osa nykyisin käytössä olevista malleista toimii paremmin kuin toiset. Harmonista eri ammattiryhmien sisäistä ja/tai välistä yhteisymmärrystä parhaasta perusterveydenhuollon toimintamallista ei tällä hetkellä ole. Paikalliset ominaisuudet, kuten sairastavuus, väestön ikärakenne ja terveysaseman maantieteellinen sijoittuminen suhteessa sairaala- ja palveluverkostoon määrittelee perusterveydenhuollon osuutta paikallisissa hoitoketjuissa. Sen sijaan hoitosuhteiden henkilökohtaisen jatkuvuuden ei tulisi riippua edellä mainituista tekijöistä. Erityisesti koulutusvaiheessa olevien lääkäreiden suuri vaihtuvuus vaikuttaa haitallisesti henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuteen. Vastavalmistuneiden ja vain lyhyen ajan terveysasemalla työskentelevien lääkäreiden omalääkäriyttä tulee pohtia. Laajempi järjestäjätaho (hyvinvointialue) voi mahdollisesti jatkossa vaikuttaa henkilöstön vaihtuvuuden vaikutusta vähentäen, kun myös etäyhteyksin toteutettava hoitoa voidaan hyödyntää hyvinvointialueen sisällä kun hoitosuhteiden jatkuvuudesta huolehditaan. Lainsäädäntö ja tietoteknologinen kehitys ovat osaltaan myös vaikuttaneet nykyisin käytössä oleviin toimintamalleihin, ja myös toimintamallien pienempiä osia on identifioidavissa (esim. hoidontarpeen arvio, puhelinneuvonta, digitaalinen asiointi, reseptien uusinta). Osa toiminnoista voi myös olla ulkoistettuja ja/tai keskitettyjä. Toimintojen pirstaleisuutta pidetään kuitenkin useimmiten ei-toivottavana toimintamallin ominaisuutena, joka heikentää myös hoidon jatkuvuutta lisäten kustannuksia ja heikentäen laatua (kts. luku 3).

Nykyisten toimintamallien arvioinnissa on otettava huomioon, että terminologia on vaikiintumatonta ja toimintamallien nimityksiä saatetaan käyttää päällekkäin.

Perinteisen terveyskeskusmallin ajatuksen mukaan terveyskeskuksella on kollektiivinen vastuu alueensa väestön terveydestä. **Omalääkärimalli** puolestaan lähtee siitä, että yksittäinen omalääkäri on vastuussa terveyskeskuksen kokonaisväestön sisällä olevan osaväestön lääkärikäynneistä. Näiden mallien välimaastoon jää joukko mallien välimuotoja, joissa vastuu tietystä väestöstä voi kuulua esimerkiksi ryhmälle, joka koostuu lääkäreistä ja mahdollisesti myös muista terveydenhuollon ammattilaisista.

Väestövastuujärjestelmä kehitettiin lisäämään mm. hoidon saatavuutta, jatkuvuutta, hoidon laatua ja asiakastyytyvyyttä ja sen käyttö oli laajimmillaan 1990- ja 2000-lukujen aikana, jolloin eri arvioiden mukaan hieman alle tai yli 70 % suomalaisista oli järjestelmän piirissä. Väestövastuumallissa yleinen tapa toteuttaa vastuuväestön

muodostaminen oli maantieteellinen jako, jossa kaikki tietyn alueen asukkaat ovat tietyn lääkärin hoitovastuulla. Väestövastuu-ajatteluun kuului omalääkäri-omahoitaja – työparin lisäksi pieni peruspalveluiden ydintyöryhmä, joka olisi vastannut koko perheen palveluista. Loppujen lopuksi väestövastuu kuitenkin laventui tarkoittamaan mitä erilaisimpia organisointiperiaatteita, joissa vastuuväestöjen koko on saattanut vaihdella huomattavastikin. Järjestelmän keskeisimpänä heikkoutena oli suomalaisessa hajautetussa tuotantomallissa se, että yksittäinen lääkäri joutui usein kohtuuttoman työkuormituksen alle. Väestövastuujärjestelmän käyttö pohjautui useimmiten erilliseen vaihtoehtoiseen lääkärin virkaehtosopimukseen, jossa lääkärillä ei ollut työaikaa. Väestövastuun haasteet liittyivät myös palkkauksen rakenteeseen, eikä vastaavaa virkaehtosopimusta voida enää suositella laajasti sovellettavan, vaan palkkaustapoja on edelleen kehitettävä. Erilliseen väestövastuuvirkaehtosopimukseen perustuva palkkausjärjestelmä on kuitenkin edelleen käytössä mm. Muuramen kunnassa, jossa järjestelmään ollaan selvityksen mukaan edelleen pääosin tyytyväisiä. Väestövastuun ”haamuna” joissakin kunnissa on käytössä isompien terveysasemien jakoa pienempiin yksiköihin ns. aluejakomallina, mutta hoidon jatkuvuus toteutuu pelkästään tällä menettelyllä heikommin.

Väestövastuu-omalääkärijärjestelmän piirissä 2000-luvun alkupuolella olleille omalääkäreille tehtyjen mielipidekyselyjen mukaan omalääkärin työtä ei koettu enää samalla lailla houkuttelevaksi kuin omalääkärijärjestelmän alkuvaiheissa. Synä mainittiin mm. ongelmat oman työn hallinnassa ja työn pakkotahtisuus sekä työmäärän kasvu, mitkä sopivat johtumaan pidempään jatkuneesta lääkäri työvoiman vajaustilanteesta ja riittävän sijaistyövoiman puutteesta sekä puutteellisesti ja/tai epätarkoituksenmukaisesti organisoidusta työstä (Omalääkäriopas 2009).

Listautumismallin tavoitteena on turvata omalääkäripalvelut niille potilaille, jotka niitä eniten tarvitsevat, kuten pitkäaikaissairaat ja paljon palveluja tarvitsevat potilaat. Listautumismalli-nimitystä on tosin voitu käyttää myös laajan väestövastuumallin sisällä. Tätä mallia hyödyntävässä sovelluksessa potilas valitsee itselleen hoitavan lääkärin, tai lääkäri-hoitaja –työparin (Seilo ym. 2010). Listautumismallin sisällä on terminologista vaihtelua, koska sillä on voitu visioida mallia, jossa lääkäri voisi määrittellä listansa koon ja tällä tavalla rajata työtänsä ja hallita sitä. Elämänolojen muuttuessa voisi listan kokoa muuttaa (Nukari 2007). Toisaalta listautumismallilla on viitattu toimintaan, jossa potilaiden valinta määrittää vain ”alkulistan”, ja loppu vastuuväestö täytetään myöhemmin hoitoon hakeutuvista potilaista (Omalääkäriopas 2009). Listautumismallin voidaan ajatella tukevan vuonna 2011 uusiutuneen terveydenhuoltolain tuomaan potilaan mahdollisuuden vaikuttaa häntä hoitavaan terveydenhuollon ammattihenkilöön. Nykyisen sääntelyn mukaan potilas voi valita häntä hoitavassa terveydenhuollon yksikössä häntä hoitavan lääkärin tai muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön, esimerkiksi sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan, niissä rajoissa kuin

terveydenhuollon yksikön tarkoituksenmukainen toiminta sallii valinnan (terveydenhuoltolaki 49 §); käytännössä valinta ei juuri ole mahdollista. Toisaalta listautumismallilla on voitu tarkoittaa myös mallia, jossa ei pyritä lainkaan henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuteen, vaan listautumisella viitataan potilaan listautumiseen jonkin tietyn terveysaseman, eikä ammattilaisen hoitoon (Karttunen 2016). Tällöin listautumismalli viittaa tämän selvityksen käsitteissä enemmänkin saatavuusmalleihin.

Työparimallilla on tarkoitettu eri järjestelmien osana hieman eri asioita, mutta useimmiten kyseessä on nimetyt lääkäri-hoitaja- tai lääkäri-terveydenhoitaja –työparin yhteistyö saman potilaan asioiden hoitamiseksi. Työpariin viitataan kuitenkin usean mallin osana, mikä on toisaalta luonnollista suomalaisessa moniammatillisessa perusterveydenhuollossa. Työparimallin osana voi olla potilaan valinnanvapautta, mutta työpareja voidaan käyttää myös maantieteellisen aluejakomallin osana. Hoitaja-lääkäriyöparimallin työtä on kehitetty myös siten, että mukana ei ole varsinaista hoidon jatkuvuuselementtiä potilaiden listautumisen muodossa (Lastumäki 2013). Toisaalla hoitaja-lääkäriyöparimalliin on voitu siirtyä vasta omalääkärijärjestelmään siirtymisen jälkeen (Surakka & Pitkänen 2009). Potilas-hoitajasuhdetta ja lääkäri-hoitaja -työparimallia on käsitelty myös tämän selvityksen osassa [Tieteellinen näyttö hoidon jatkuvuudesta](#). Ennen koronapandemiaa toteutetussa aiemmassa kyselyssä lääkäri-hoitaja -työparimalli eri variaatioineen oli yleisin työn organisoinnin malli terveysasemilla; noin 45 % terveysasemista (Syrjä ym. 2019).

Tiimimallilla viitataan myös toistuvasti epätarkasti hyvin erilaisiin malleihin. Aluejakomallista on joillain alueilla käytetty nimitystä tiimimalli, mutta tällä hetkellä tiimimallilla viitataan usein malliin, jonka toiminta perustuu asiakassegmentointiin ja eri asiakassegmenttien hoidolle asetettuun erilaiseen hoidon tavoitteeseen. Esimerkiksi yhdessä Suomessa käytössä olevassa tiimimallissa potilaat jaetaan ns. lyhytaikaisen terveysongelman segmenttiin, jonka hoidon tavoitteena on akuutin ongelman ratkaiseminen ja pitkäaikaissairaiden potilaiden segmenttiin, jonka hoidon tavoitteena on terveyshyödyn saavuttaminen. Osa potilaista on kokenut riittävien palvelujen saatavuudessa ongelmia myös tässä mallissa. Nykyinen käytetty viittaus tiimimalliin voi myös tarkoittaa kansainväliseen kirjallisuuteen suhteutettuna mallia, jossa lääkärin rooli on lähinnä olla konsulttina. Lääkärin roolin pelkistäminen ainoastaan konsultiksi on varsin ongelmallista jo pelkästään nykyisen lainsäädännön näkökulmasta¹. Tiimimalli-termin moniulotteisuutta kuvastaa se, että moniammatillisten tiimien toimintaa voidaan jakaa aikaan neljään eri kategoriaan sen mukaan, kuinka muodollisesti ja täsmällisesti tiimin jäsenten tehtävät on määritelty ja kuinka suuri autonomia hoitajilla on kyseissä mallissa.

¹ Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) 22.1 §: Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta

OECD-maissa lääkärikeskeinen ja tarkasti määritetty malli lienee yleisin (Contandriopoulos ym. 2018). Tiimeihin toisaalta viitattiin jo väestövastuu-omalääkäriaikana (Omalääkäriopas 2009), ja tiimi-termin käyttö on laajemminkin varsin yleistä.

Walk in –mallilla (myös akuuttivastaanotto-termiä on käytetty) tarkoitetaan ajanvarauksetonta järjestelmää eli jossa asiakas voi asioida kiireettömässä asioissa varaamatta aikaa. Potilaan vastaanottaa yleensä sairaanhoitaja, joka arvioi ja ohjaa potilaiden hoidon tarpeen arviota. Malliin kuuluu yleisesti konsultoiva lääkäri, jolta hoitaja voi matalalla kynnyksellä konsultoida potilaiden hoitoon liittyvistä asioista.

Käytännössä erityisesti niukkimmin lääkäriresurssein toimivissa kunnissa on viime vuosina ajaututtu osin lainsäädännönkin ohjaamana **hoidon saatavuuteen perustuvaan malliin**, joka perustuu puhtaasti hoidon saatavuuteen. Aika vastaanotolle annetaan sille lääkärille, jolle aika saadaan nopeimmin, jolloin ei pyritä hoidon jatkuvuuteen, vaan mahdollisimman lyhyeen odotusaikaan. Potilaan hoitoon ei ole tässä toimintatavassa nimetty selkeästi ketään hoidon koordinaatiosta vastaavaa ammattilaista. Eri ammattiryhmien työnjako perustuu paikallisiin käytäntöihin ja hoitoketjuihin sekä hoitajan tekemään hoidon tarpeen arviointiin.

Yllä esiteltyjen mallien lisäksi on olemassa myös muunlaisia tai eri tavoin nimettyjä malleja (esim. carve out, omatiimi) sekä mallien yhdistelmiä. Käytössä olevia malleja on esitelty aiemmin myös toisaalla (Karttunen 2016, Syrjä ym. 2019).

Perusterveydenhuollon vastaanoton toimintamalleista on parhaillaan valmistumassa uusi Duodecim –seuran johdolla tehty konsensussuositus, jossa tullaan ottamaan suosittelevasti kantaa moniin perusterveydenhuollon vastaanoton toimintamallien yksityiskohtiin. Konsensussuositus on tätä selvitystä tehtäessä lausuntokierroksella.

Terveyskeskuksissa järjestettävä lääketieteellinen koulutus. Suomessa on viisi yliopistoa (Helsingin yliopisto, Itä-Suomen yliopisto, Tampereen yliopisto, Turun yliopisto ja Oulun yliopisto), joiden tehtävänä on vastata lääkärin lääketieteellisestä koulutuksesta Suomessa. Suomessa on lisäksi yhteensä viisi yliopistollista sairaanhoitopiiriä, joille tätä selvitystä tehtäessä voimassa olleen lainsäädännön mukaan säädetään tehtäväksi vastata alueellaan tehtävälänsä koulutustoiminnasta (terveydenhuoltolaki 33 §). Lisäksi, kunnan terveyskeskusta voidaan käyttää terveydenhuoltohenkilökunnan koulutukseen siten, kuin korkeakoulun taikka koulutuksesta vastaavan muun viranomaisen tai yhteisön ja kunnan välillä sovitaan (terveydenhuoltolaki 37 §). Terveyskeskuksissa järjestetään lääketieteen lisensiaatin perusopetukseen liittyvää terveyskeskusharjoittelua. Sen lisäksi terveyskeskuksissa järjestetään yleislääketieteen erityiskoulutukseen (YEK opinto-opas 2020), kaikkien erikoisalojen erikoislääkärinkoulutukseen (vähintään 9 kuukauden terveyskeskuskoulutusjakso) ja yleislääketieteen erikoislääkärinkoulutukseen liittyvää (Erikoislääkärinkoulutus opinto-opas 2020)

koulutusta. Koulutuksessa olevien lääketieteen opiskelijoiden ja lääketieteen lisensiaattien jatkokouluttaminen/ohjaaminen vaatii erityistä ammattitaitoa ja lisäkouluttautumista.

4.3 Ihmisryhmien väliset erot terveydessä ja palvelujen käytössä ovat suuria

Suomessa ihmisryhmien väliset systemaattiset terveyserot ovat kansainvälisesti tarkasteltuna suuret. Tuoreen Suomen terveydenhuoltoa kansainvälisten arviointien jälkeen analysoineen katsauksen (Erhola ym. 2020) mukaan Suomi on monesta tarkastelukulmasta käsin hyvinvoiva maa. Köyhyyttä on vähän ja tuloerot ovat pienet, ihmisiin ja instituutioihin luotetaan, elinaikaodote on pitkä ja lapsikuolleisuus matala, yhteiskunnan tuki isossa kuvassa on kattavaa. Maailman maiden onnellisuusarvioinneissa Suomi on ollut kärkisijoilla toistuvasti. Katsauksen (Erhola ym. 2020) mukaan *”Hyvinvointi- ja terveyserot ovat kuitenkin edelleen selvät: korkeasti koulutetut voivat parhaiten ja perusasteen koulutuksen saaneet huonoiten. Haavoittuvimpien väestöryhmien terveys ja hyvinvointi ovat heikkenemässä. Esimerkiksi ennenaikaisen kuolleisuuden erot ovat kasvaneet vakavista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien ja muun väestön välillä. Nuorten syrjäytymisen, ongelmien ylisukupolvisuuden ja huono-osaisuuden kasautumisen trendit ovat huolestuttavia”*. Ylisukupolvisuuteen liittyen osa asiantuntijoista on korostanut nykyisinkin perhelääkäriyden merkitystä (Lari-vaara ym. 2009, Kärkkäinen 2018, Kuusinen-Laukkala ym. 2022).

Perustason terveystalouden yhdenmukaista tarjoamista kaikille kansalaisille pidetään yleisesti ottaen oikeudenmukaisena. Oikeudenmukaisuudessa on kuitenkin kyse siitä, saako kukin sosioekonominen ryhmä tarpeeseensa nähden riittävästi terveystalouksia. Terveystalouden tarpeenmukainen käyttö on edellytys terveydenhuollon kustannusten kasvun hidastamiselle ja terveyserojen kaventamiselle. Tuoreessa kirjallisuuskatsauksessa (Lehto 2020) somaattisten terveystalouden käyttöä ja saatavuutta tarkasteltiin terveystalouden tarpeenmukaisen kohdentumisen kautta. *”Tulosten mukaan avohoidon lääkäripalveluissa, erikoissairaanhoidon toimenpiteissä sekä suun terveydenhuollon palveluissa ilmenee erityisesti hyvätuloisia ja korkeasti koulutettuja suosivaa eriarvoisuutta. Hyvätuloiset ja korkeasti koulutetut käyttävät palveluja tarpeeseen nähden muita ryhmiä enemmän. Tyydyttämätön terveystalouden tarve painottuu etenkin alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin. Vältettävissä oleva kuolleisuus on matalatuloisilla selvästi korkeatuloisia suurempaa. Tulotaso ja koulutusaste vaikuttavat lisäksi palvelusektorin valintaan, sillä hyvätuloiset ja korkeasti koulutetut käyttävät muita useammin yksityisiä lääkäripalveluja sekä työterveyshuollon palveluja. Matalasti koulutetut ja matalatuloiset käyttävät puolestaan muita useammin terveyskeskuslääkärin palveluja. Erikoissairaanhoidon kokonaiskäyttö jakautuu perustason palveluja*

paremmin yleisen sairastavuuden mukaisesti eli alemmat sosioekonomiset ryhmät ovat sairaalahoidossa muita useammin.” (Lehto 2020).

Järjestelmä ei ole kyennyt tuottamaan lupaamaansa tasavertaista terveydenhuoltoa kaikille kansalaisille aiheutuen selvistä eroista eri sektoreilla tuotetussa perusterveydenhuollon palveluissa. Voidaankin perustellusti kysyä, että ovatko työelämän tarpeet hyväksyttävä peruste eriarvoistaa kansalaisia? Hyvinvoivat työssäkäyvät ihmiset käyttävät avoterveydenhuollon palveluja selvästi enemmän kuin ei-työssäkäyvät kansalaiset. Terveyspalvelujen tarpeenmukaisen ja tasa-arvoisen käytön tavoite ei perustason palvelujen osalta toteudu Suomessa (Manderbacka ym. 2019). Ilmeisistä vallitsevista ongelmista eriarvoisuudessa on käyty myös julkista keskustelua^{1 2}, mutta tähän mennessä riittäviin toimenpiteisiin perusterveydenhuollon korjaamiseksi järjestelmätasolla ei ole kyetty. Peruspalvelujen vahvistamisajatuksista huolimatta Suomen perusterveydenhuollon rahoitus ei ole juuri lisääntynyt 2000-luvun aikana samalla kun erikoissairaanhoidon menot ovat lähes kaksinkertaistuneet (Terveysministeriön raportti 2019). Yhteisösuuntautuneisuus on yksi yleislääketieteen keskeisimmistä ydinarvoista: terveyspalveluiden epätasa-arvoista jakautumista pyritään vähentämään ja hoitoa/tukea antamaan sitä eniten tarvitseville ja siitä eniten hyötyville. Eniten aikaa tulisi käyttää niiden potilaiden kohtaamiseen, joiden hoidon ja tuen tarpeet ovat suurimmat (Yleislääketieteen ydinarvot, NFGP 2022). Tämä periaate ei toteudu nykyisin terveyspalvelujärjestelmän resurssien allokaatio-ongelman vuoksi.

4.4 Sote-järjestelmän kehittämisen nykyiset tavoitteet

Suomessa tavoitteeksi on asetettu sosiaalisesti kestävä yhteiskunta. Se edellyttää, että ihmisiä kohdellaan reilusti, vahvistetaan kaikkien osallisuutta ja yhteisöllisyyttä, tuetaan jokaisen terveyttä ja toimintakykyä sekä annetaan turvaa ja palveluja. Terveysministeriön painopisteen siirtämisestä ehkäiseviin palveluihin on puhuttu jo pitkään ja järjestelmätason ongelmat on tunnistettu myös nykyisessä hallitusohjelmassa. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelman 10.12.2019 mukaan palvelujärjestelmän oikeudenmukaisuuden, yhdenvertaisuuden sekä kustannusten hillinnän näkökulmasta

¹ Suomen kehuttu työterveysjärjestelmä on täynnä ongelmia, mutta niistä ei julkisuudessa juuri puhuta - kokosimme 7 asiaa, jotka kaikkien tulisi ymmärtää <https://yle.fi/uutiset/3-12450784>, vierailtu 30.6.2022

² Terveyskeskuksia käyttävät lähinnä köyhät ja kipeät, ja siksi kunnilla ei ole painetta laittaa niitä kuntoon. Helsingin Sanomat 10.6.2019

suurimmat haasteet liittyvät perustason palveluiden vahvistamiseen, ennaltaehkäisevään työhön ja kuntoutukseen. Perustason palveluiden pirstaleinen järjestäminen, riittämätön resursointi, muuttuneet palvelutarpeet ja niihin liittyvät osaamisvajeet näkyvät terveyskeskuksissa, laajasti sosiaalihuollossa sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakennetta ja sisältöä on pyritty uudistamaan jo pitkään. Merkittävinä haasteina ovat olleet muun muassa perustuslain vaatimukset, uudistuksen laajuus, asetetut aikaikkunat ja alueiden erilaisuus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sisällöt, rakenteet ja rahoitus eivät ole pystyneet turvaamaan yhdenvertaisia palveluita kaikille suomalaisille. Onnistuneet rakenteellisen uudistuksen lisäksi on seuraavaksi onnistuttava sisältöjen uudistamisessa. Hallitusohjelman kohdan 3.6 (Oikeudenmukainen, yhdenvertainen ja mukaan ottava Suomi) ensimmäiseksi tavoitteeksi on kirjattuna hyvinvoinnin edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen siten, että Suomi on entistä tasa-arvoisempi ja yhdenvertaisempi maa, jossa luottamus lisääntyy ja jokainen ihminen on arvokas. Hallitusohjelman keinoksi on kirjattu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjien itsemääräämisoikeuden vahvistaminen lainsäädännöllä. Hallitusohjelman tavoitteena on myös laajempi sote-palvelujen parantaminen: ”Suomi on maa, jossa jokainen saa hoitoa, hoivaa ja huolenpitoa oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti. Palvelut ovat kustannustehokkaita ja vaikuttavia. Ne rakentuvat joustavasti ja kokonaisvaltaisesti ihmisen elämäntilanteiden ja tarpeiden ympärille. Palveluiden parantuminen lisää luottamusta niin käyttäjien kuin sote-ammattilaisten keskuudessa.” Aiempia ehdotuksia järjestelmän kehittämisestä on käsitelty laajemmin toisaalla (Kokko ym. 2009).

4.4.1 Sote-rakenneuudistus

Sosiaali- ja terveystalouden sekä pelastustointia koskevan uudistuksen (sote-rakenneuudistus) tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveys- sekä pelastustoimen palvelut, parantaa turvallisuutta, palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata yhteiskunnallisten muutosten mukaan tuomiin haasteisiin ja hillitä kustannusten kasvua. Sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän uudistus on myös mahdollisuus parantaa alan veto- ja pitovoimaa paitsi lääkäreiden, myös hoitohenkilökunnan osalta (Ollikainen 2022). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman tavoitteena on mm. palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen.

4.4.2 Perusterveydenhuollon hoitotakuun kiristäminen

Sote-rakennemuutostukseen liittyvän hoitotakuun kiristämisen (HE 74/2022 vp) tavoitteena on edelleen vahvistaa terveydenhuollon peruspalveluja ja parantaa palvelujen saatavuutta. Esityksen tavoitteena on parantaa kiireettömään hoitoon pääsyä perusterveydenhuollossa siten, että perusterveydenhuollossa kiireettömässä sairaanhoidossa hoitoon pääsee seitsemän vuorokauden sisällä, kun on tehty yksilöllinen arvio hoidon tarpeesta. Lisäksi esityksen tavoitteena on parantaa hoitoon pääsyä suun terveydenhuollossa siten, että hoitoon pääsyn määräaika lyhennettäisiin kolmeen kuu-kauteen. Uusi velvoittava lainsäädäntö on tarkoitettu tulemaan voimaan vaiheistettusti.

Perusterveydenhuollon hoidon saatavuutta ollaan siis parhaillaan parantamassa selkein lainsäädännöllisin toimin. Kyseisen hallituksen esityksen (HE 74/2022 vp) mukaan uuden lain toimeenpanossa ja toimintaa kehittäessä tulisi erityisesti parantaa myös hoidon jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta. Raivio on todennut väitöskirjatutkimuksessaan, että hoidon jatkuvuus on keskeinen perusterveydenhuollon laatuun, kokonaisvaltaisuuteen, yhteistyöhön, tehokkuuteen ja kustannuksiin sekä väestön terveyteen myönteisesti vaikuttava tekijä (Raivio 2016).

Hoitotakuun kiristämistä koskevan hallituksen esityksessä (HE 74/2022 vp) todetaan mm. että terveydenhuollon peruspalveluja on vahvistettu viime vuosina monissa kehittämishankkeissa. Alueet ovat erilaisia ja tarvittavat kehittämistoimenpiteet vaihtelevat. Toimintaympäristö myös muuttuu nopeasti, mikä edellyttää jatkuvasti uusia kehittämistoimenpiteitä ja erilaisten keinojen käyttämistä. Tämän takia ei ole järkevää määrittää käytettäviä keinoja lainsäädännössä liian yksityiskohtaisesti, vaan asettaa selvät tavoitteet ja hyvinvointialueet valitsevat tarvittavat ja alueelleen sopivat keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Keinoja valittaessa on tärkeä muistaa, että potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on elementti, josta on vahva tieteellinen näyttö. Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden on todettu vähentävän merkittävästi kuolleisuutta ja akuutin sairaalahoidon tarvetta. Hyvä hoidon jatkuvuus ja suunnitelmallisuus varmistaa osaltaan samalla myös hyvää hoidon saatavuutta.

Kiristytävä hoitotakuu painottaa yhteyden saamista, hoidon tarpeen nopeaa arviointia ja hoidon nopeaa aloittamista. Vaarana voi olla, että panostus hoitoon pääsyyn tapahtuu hoitosuhteen jatkuvuuden kustannuksella. Lausuntokierroksella noin kolme neljästä hyvinvointialueiden (sisältäen hyvinvointialueet, kunnat ja kuntayhtymät) vastaajasta katsoi, että hoitotakuun tiukentamisesta ehdotetussa muodossa todennäköisesti seuraisi hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden vaarantuminen. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -kehittämishojelman ensimmäisenä päätavoitteena on palveluiden yhdenvertaisen saatavuuden, oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden parantaminen. Paremm-

man hoitoon pääsyn rinnalla kehitetään myös hoidon jatkuvuutta. Ei voi olla hoitosuhteen jatkuvuutta, jos hoitoon ei pääse. Lisäksi potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuuden varmistaminen on yksi tapa parantaa saatavuutta (HE 74/2022 vp).

4.5 Hoitosuhteen jatkuvuuden kehitys viime vuosina

Hyvä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on kiinteä osa laadultaan hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa. Pitkäaikaisessa potilas-lääkärisuhteessa lääkäri tuntee entuudestaan potilaan tiedot ja pystyy yhdistämään saamansa uuden tiedon kokonaiskuvaksi tehokkaasti ilman laajoja tutkimuksia tai tiedonkeruuta. Kansainväliset yleislääkäriyhdistykset ovat määrittäneet hoidon jatkuvuuden prosessiksi, jossa potilas ja lääkäri yhdessä sitoutuvat tavoitteelliseen, korkealaatuiseen ja kustannustehokkaaseen lääketieteelliseen hoitoon. Risto Raivio toteaa perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuutta käsittelevässä katsauksessaan vuodelta 2017, että sote-rakenneuudistuksessa ei ole tois- taiseksi selkeää kannanottoa siitä, miten hoidon jatkuvuus varmistetaan uusissa rakenteissa (Raivio 2017).

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden on arvioitu toteutuvan Suomessa huonosti jo pitkään. Valitettavasti aiempien tietojen perustella myös kehityksen suunta on ollut huolestuttava (Suomela & Linnosmaa 2020, Mäntyselkä ym. 2007, Voutilainen 2015, Raivio 2016). Huonosta hoidon jatkuvuudesta on haittaa erityisesti pitkäaikaissairauksia sairastaville potilaille. Toisaalta myös muut kuin pitkäaikaissairaat hyötyisivät hoidon paremmasta jatkuvuudesta, sillä hoidon jatkuvuus lisää yleisesti mm. potilaan luottamusta hoitosuhteeseen ja turvallisuuden tunnetta.

4.5.1 Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden nykytila on huono

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta on Suomessa tutkittu potilassuhteen näkökulmasta 2020-luvulle saakka lähinnä kyselytutkimusten avulla. Hoidon jatkuvuuden tilanteesta ei ole aiempina vuosina ollut yksiselitteistä ja laajaa valtakunnallista tietoa. Kattavampaa rekisteritietoa seurantaan on kuitenkin saatu käytännössä vuodesta 2015 alkaen

COC-indeksin¹ muodossa (Suomela & Linnosmaa 2020). Kansallinen seuranta perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuudesta on myös juuri käynnistynyt ja tuoretta tietoa vuosilta 2019-2021 on jo saatavissa osana kansallista KUVA-mittaristoa (www.sotekuva.fi).

Tuoreen THL:n tuottaman rekisteritiedon sekä alan asiantuntijatiedon perusteella perusterveydenhuollon henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden nykytila on varsin huono. Aiemman rekisteritiedon mukaan yli 65-vuotiailla suomalaisilla lääkärisäkäyntien osalta henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden keskiarvo heikkeni vuosina 2015-2018 arvosta 0,45 arvoon 0,42 (Suomela & Linnosmaa). Tuoreimman tiedon mukaan jatkuvuus heikkeni edelleen vuosina 2019-2021 arvosta 0,38 arvoon 0,32 (www.sotekuva.fi, indikaattori 5504; 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus (COCI) perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynneillä. Kiinnitetty tietopohja 17.6.2022). Tilanne on vieläpä heikompi, jos COC-indeksi lasketaan kaikille potilaille, ei vain yli 65-vuotiaille (indikaattori 5502).

COC-indeksin käytön haasteena on, ettei keskimääräinen indeksiluku yksiselitteisesti kerro suoraan sitä, että milloin jatkuvuutta on liian vähän. Vakiintunutta tulkintaa tai raja-arvoa ei ole, toisin kuin tietyillä muilla indeksiluvuilla (esim. UPC). Indeksistä riippumatta tulokset eivät ole verrattavissa eri maiden tai tutkimusten välillä, ja tulkinta on perustettava muutosten havainnointiin sekä vertailevaan analyysiin alueiden ja tuottajien välillä. Keskeistä on, että analyysiin saadaan yhteismitallinen tietopohja. On kuitenkin hyvin tärkeää huomata, että myös ilman COC-indeksiä tehdyt tutkimukset ja havainnot osoittavat samaa vuosia kestänyttä heikentymistä perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuudessa, johon liittyy myös potilaiden tyytyväisyys- ja hoidon saatavuusongelmia (Raivio ym. 2014).

Tämän selvityksen osana virkakunnalle tehdyn suuntaa-antavan kyselyn perusteella vain selvä vähemmistö toteuttaa minkäänlaista hyvään henkilökohtaiseen hoidon jatkuvuuteen pyrkivää omalääkäriyttä osallekaan potilaista (esim. monisairaat). Laaja omalääkärimalli on käytössä vain noin joka kymmenennessä terveyskeskuksessa, nimetty työpari hieman useammassa. Tiedetään, että omalääkärimalli on ajautunut helpommin ongelmiin isommissa kaupungeissa. Voidaan näin arvioida, että valtaosalla suomalaisista terveyskeskuksien potilaista ei ole tällä hetkellä omalääkärinä (laajan työterveyshuollon piirissä olevia potilaita ei huomioida tässä arviossa). Arvio vastaa

¹ Continuity of Care Index (COCI) on yksi käytetyimmistä mittareista hoidon jatkuvuuden rekisteritutkimuksissa. Tiivistetysti kuvattuna COC-indeksi kuvaa potilaan käyntien hajautumista eri ammattihenkilöille. Esimerkiksi jos potilas tapaa lähes joka kerta eri lääkärin, indeksi lähestyy nollaa (kts. myös [luku 1.2.3](#)).

tuoreita kansainvälisiäkin havaintoja siitä, että Suomessa on alemmissa sosioekonomisissa väestöosissa selvästi vertailumaita enemmän täyttymätöntä hoidon tarvetta (OECD, State of Health in the EU, Suomi, Maan terveysprofiili 2021). Eriarvoisuuden näkökulmasta tilanne on kestävä. Ennen koronapandemiaa toteutetussa aiemmassa kyselyssä omalääkäri oli joillekin terveyskeskuksen potilaista hieman alle 60%:ssa terveyskeskuksista, mutta tuolloinkin arvioitiin, että omalääkäriys ei välttämättä toteudu käytännössä (Syrjä ym. 2019).

Väestön eriarvoisuutta kasvattaa työterveyshuolto, joka pitkälti vastaa työikäisen väestön avosairaanhoidon palveluista. Terveyskeskuksen asiakaskunnassa painottuvat pitkäaikaissairaat ja useita erilaisia palveluja tarvitsevat asiakkaat. Työterveyshuollossa avosairaanhoidon palvelut saa jonottamatta ilman asiakasmaksuja. Tämä antaa myös väylän nopeampaan pääsyyn erikoissairaanhoidon (Junnila ym. 2016).

Henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden tilanne on siis heikentynyt vuosien ajan ja nykytila on tällä hetkellä suuressa osassa maata erittäin huono. Kun huomioidaan viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana kertynyt seurantatieto jatkuvuuden kehittymisestä niin sanotun informaatio-ohjauksen aikakaudella ja asiantuntijoiden tämänhetkiset arviot (joihin viitattu mm. HE 74/2022 vp), vaikuttaa hyvin selvältä, että hoitotakuun kiristyessä jatkuvuus ei tule paranemaan hyväksyttävälle tasolle ilman riittävän tehokkaita toimenpiteitä, kuten lainsäädännön kehittämistä.

5 Perusterveydenhuollon potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus ja moniammatillisuus muissa Pohjoismaissa

Suomen perusterveydenhuolto poikkeaa monesta länsimaasta siinä, että samaan toimintayksikköön eli terveyskeskukseen on sijoitettuna yleislääkärin vastaanottopalveluiden lisäksi mm. hoitajien, fysioterapeuttien ja psykologien vastaanotto toiminta. Lisäksi samassa yhteydessä toimii röntgenhoitajien ja laboratoriohoitajien tuottamat diagnostiset palvelut. Monessa terveyskeskuksessa käy myös konsultoivia sairaalaerikoisalujen erikoislääkäreitä. Sosiaalitoimen ammattilaisten toimintaa on myös integroitu sosiaali- ja terveyskeskuksiin. Näiden moniammatillisten perustason palveluiden organisoituminen samaan toimintayksikköön ja kunkin ammattiryhmän osaamisen hyödyntäminen potilaan tarpeiden mukaan on kansainvälisesti ainutlaatuisia. Tämä onkin Suomen terveyskeskusten vahvuus. Esimerkiksi Norjassa ja Tanskassa perusterveydenhuolto rakentuu ammatinharjoittajina ja yrittäjinä työskentelevien lääkäreiden varaan. Vastaanottoilla toimii muutamaa yleislääkärinä vastaten usein käytännössä vain sihteerin tai vastaanottoavustajan, jolla voi olla sairaanhoitajan koulutus. Moniammatillisuuden lähes täydellinen puuttuminen onkin näiden maiden heikkous. Potilaiden yhteydenotoista lähes kaikki ohjataan lääkärille. Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on vastaavasti Norjan ja Tanskan terveyskeskusten vahvuus. Kansalaisilla on velvollisuus valita itselleen oma yleislääkäri eli listautua yleislääkäreille. Esimerkiksi Norjassa keskimääräinen yhden kokoaikaisesti työtä tekevän yleislääkärin vastaanottolistan koko on 1068 potilasta. Yleislääkäreillä on velvollisuus hoitaa oman listansa potilaat ja järjestää sijainen poissaolojen ajaksi. Potilailla on kuitenkin oikeus myös asioida muiden lääkäreiden vastaanotolla. Ruotsissa terveyskeskukset ovat moniammatillisia kuten Suomessakin. Yleislääkäreiden työkuormitus ja potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden heikkous on myös Ruotsin perusterveydenhuollon ongelma. Ruotsissa onkin potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ja lääkäriresurssin suhteen samat ongelmat kuin Suomessa.

6 Selvityksen päätulosten yhteenveto

Tässä raportin osassa esitetään keskeisimmät selvitystyön tulokset. **Keskeisimmät kohdat on korostettu tekstin lihavoinnilla.**

Historian tarkastelussa havaittiin, että ennen terveyskeskuksia Suomen terveydenhuolto kehittyi sairaalavetoisesti (Engeström ym. 1987). **Kansanterveyslain perusteella valtion resurssit kohdennettiin perusterveydenhuoltoon ja terveyskeskusten kehittämiseen** (kansanterveyslaki 1972/66). 1980-1990-luvuilla yleislääketieteen perhelääkäri-ideologiaan perustuneet omalääkäri- ja väestövastuukokeilut osoittautivat onnistuneiksi (Vohlonen 1989, Aro & Liukko 1993, Aromaa ym. 1998). Näytti siltä, että kokeilutoiminnasta kohdatut haasteet olisivat ratkaistavissa, eikä väestövastuujärjestelmien laajemmalle leviämislle olisi estettä.

Sairaanhoitopiirijärjestelmän kehittyminen, kuntien itsehallinnon vahvistuminen, valtionosuusuudistukset sekä keskushallinnon ohjaus- ja valvontakeinojen muutokset 1990-luvun alussa muuttivat Suomen terveydenhuollon järjestämisen logiikkaa. Perusterveydenhuollon resursointi kärsi tästä selvästi. Uudistuksissa terveyskeskusten suhteellinen asema suhteessa erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja yksityiseen terveydenhuoltoon heikkeni (HE 216/1991 vp, HE 264/1992 vp, HE 734/1992 vp).

Muuttuneet olosuhteet johtivat kustannussäästöihin, joiden seurauksena omalääkärin työ muuttui hallitsemattomaksi. Tämä johti omalääkärityön kriisiytymiseen ja terveyskeskusten lääkäripulaan. Lääkäripulaa korjattiin siirtämällä lääkärin tehtäviä muille ammattiryhmille. Saman aikaisesti moniammatillisen työn eduista esitetyt ajatukset johtivat terveyskeskusten työnjaon voimakkaaseen kehittämiseen. Kehitystyössä korostuivat erityisesti hoitoon pääsyn turvaaminen ja moniammatillisuuden korostaminen. Samalla pysyvien lääkäri-potilas- ja hoitaja-potilassuhteiden turvaaminen jäi taka-alalle.

Terveyskeskuksissa oli 2000-2010 -luvuilla krooninen resurssipula. Toteutetut lainsäädännölliset muutokset ja kehittämishankkeet eivät vahvistaneet riittävästi perusterveydenhuoltoa. **Samalla kun hoidon jatkuvuus ja saatavuus ovat heikentyneet terveyskeskuksissa, työterveyshuollon sairausvastaanotto toiminta on laajentunut.** Terveyskeskusten lääkärikunnan rakenne on puolestaan muotoutunut sel-laiseksi, että vain noin kolmanneksella on yleislääketieteen erikoislääkärin koulutus, ja noin 70 % lääkäreistä on pääasiassa nuoria kouluttautumisvaiheessa olevia lääkäreitä, jotka yrittävät parhaansa mukaan suoriutua yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta vaativasta työstä.

Toisaalta 2000-luvulla on kertynyt vahvaa tieteellistä näyttöä perusterveydenhuollon toimintaan liittyen siitä, että parempi potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus on yhteydessä a) pienempiin terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin, b) päivystyskäyntien vähenemiseen, c) ennaltaehkäistävässä olevien sairaalajaksojen vähenemiseen, d) pienempään kuolleisuuteen, e) liitännäissairauksien ja komplikaatioiden, kuten sepelvaltimotaudin, aivoverenvuotojen, sydäninfarktien riskin pienemiseen, f) potilasturvallisuuden paranemiseen, g) potilastyytyväisyyden, potilaan turvallisuuden tunteen ja lääkäriä kohtaan tuntemansa luottamuksen paranemiseen.

Jatkuvassa hoitosuhteessa potilaan ja lääkärin välinen suhde syvenee, potilas sitoutuu paremmin hoitoon ja saavutetaan parempia hoitotuloksia. Suhteen jatkuessa yleislääkäri oppii tuntemaan potilaansa paremmin ja kykenee arvioimaan asioita kokonaisvaltaisemmin ja havaitsemaan herkemmin ja varhaisemmassa vaiheessa potilaan alkavia sairauksia ja ongelmia. **Hoitosuhteen syveneminen ei kuitenkaan synny itsestään ilman potilaan kohtaamista ja luottamuksen luomista.** Omalääkärin nimeämisellä potilastietojärjestelmään tai etäisillä konsultaatioilla ei saavuteta luottamuksellisen suhteen syntymistä ja sen hyötyjä. **Ennaltaehkäistävässä olevien päivystys- ja sairaalajaksojen vähentyminen huomattiin myös suomalaisissa omalääkärinkokeiluissa, ja hyöty on saavutettavissa lyhyelläkin aikavälillä. Sairauksien hoitotasapainon paranemisen ja potilaan hoitoonsitoutumisen kautta tuleva alhaisempi sairastavuus ja kuolleisuuden aleneminen saavutetaan pidemmällä aikavälillä.**

Terveys- ja hoitosuunnitelman laatiminen tulisi perusterveydenhuollossa integroitua osaksi pysyviä potilas-lääkärisuhteita ja suunnitelmaa tulisi tarkistaa kiireettömien omalääkärillä käyntien yhteydessä, jolloin suunnitelmasta saavat hyödyt ovat suuremmat. Pelkän terveys- ja hoitosuunnitelman laatiminen ilman pysyvää ja luottamuksellista potilas-lääkärisuhdetta tai sen ulkopuolella, osallistamatta potilasta, ei ole hyödyllistä. Terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisella ei voida korvata jatkuvaa potilas-lääkärisuhdetta, eikä saavuttaa sen hyötyjä.

Moniammatillisella tiimityöllä ei voida korvata potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyötyjä. **Omalääkäri-omahoitaja -työparimallilla** on - tutkimustiedon ja kehittämistyöstä ja mallikokeiluista saatujen käytännön kokemusten perusteella - erona pelkkään omalääkärimalliin ilman omahoitajaa se, että **omahoitajan ollessa potilaiden ensisijainen yhteydenottokanava ja omahoitajan hoitaessa ensisijaisesti kiireettömän hoidon tarpeen arvion** - tarvittaessa omalääkäriä konsultoiden - lääkärin työajan käyttö on kohdennetumpaa, mikä parantaa saatavuutta ja laatua. **Potilaan tarpeiden mukaan hoitoon otetaan mukaan moniammatillisen tiimin muita jäseniä.**

Tieteellisen näytön sekä yleislääkäreiden ja asiantuntijoiden kokemusten sekä yleislääketieteen ydinosaamisalueiden mukaan **etävastaanotto soveltuu terveystieteiden**

sessä yleislääkärin työssä vain aiemmin tutun potilaan tilanteen seurantaan tilanteessa, jossa seuranta ei vaadi potilaan fyysistä tutkimista. Hyvä hoidon jatkuvuus on siis edellytys sille, että etävastaanottomenetelmillä voidaan saavuttaa terveyshyötyä usein monisairaiden ja -ongelmaisten terveyskeskuspotilaiden hoitamisessa. Keskittämällä etävastaanotot, digitaalinen viestintä ja hoidon tarpeen arvio alueelliseen keskukseseen ja ammattilaisille, jotka eivät tunne potilasta, tullaan kasvattamaan häiriökysyntää ja epätarkoituksenmukaista terveyspalveluiden käyttöä. Samalla kustannukset kasvavat ja potilastyytyväisyys laskee.

Potilaiden segmentoinnin hyödyistä potilaan hoitotuloksiin ja laatuun ei ole tieteellistä tutkimusnäyttöä. Suhteessa potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyötyihin, massiivisen ja aikaa vievän segmentoinnin hyödyllisyys voidaankin siis kyseenalaistaa.

Selvitystyön myötä on käynyt ilmeiseksi, että **terminologian käyttö erilaisten perusterveydenhuollon vastaanoton toimintamallien osalta on varsin vakiintumaton**. Tämä vaikeuttaa laajan yhteisen kansallisen näkemyksen muodostumista parhaista toimintamalleista. Työajattomaan väestövastuuseen (väestövastuu-virkaehtosopimus eli VES) perustunut kunnallisten terveyskeskusten lääkäreiden työskentelyyn voimakkaasti noin vuosina 1990-2010 vaikuttanut malli tunnustetaan laajasti synonyymiksi omalääkärimallin tai omalääkäritoiminnan kanssa.

Selvityksen tekijöille kertyneen tiedon kokonaisarvioinnin perusteella on todettavissa, että väestövastuu-VES-omalääkäritoiminta työajattomuuden ja liian suurten vastuuväestöjen vuoksi on aiheuttanut ”traumatisoitumista” osalle suomalaista lääkärikuntaa. **Omalääkäritoiminnasta keskusteltaessa lääkärinkunnassa syntyy hyvin helposti pelkoa työn, erityisesti työajan, hallinnan menettämisestä.** Tämä näyttäytyy mm. selvitystyön aikana käydyssä julkisessa keskustelussa.

Tehty selvitys vahvistaa entisestään vallitsevaa käsitystä siitä, että **perusterveydenhuollon nykyinen resursointi on selvästi riittämätöntä.** Nykyisessä hallitusohjelmassakin todetaan, että perustason palvelujen riittämätön resursointi näkyy terveyskeskuksissa¹. Selvityksen osana tehtyjen kyselyjen ja haastattelujen perusteella perusterveydenhuolto tarvitsee yksiselitteisesti lisää lääkäreitä, hoitajia ja muita tarpeellisia työntekijöitä. **Minkäänlaista hyvin toimivaa ja kattavaa omalääkärijärjestelmää ei voida toteuttaa kestävästi selkeästä henkilöstövajauksesta kärsivässä terveyskeskuksessa.** Puolueiden julkisesti ilmaisemien poliittisten kantojen perusteella

¹ Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019, s. 144

terveydenhuollon resurssien painottaminen perusterveydenhuoltoon ei pitäisi olla ongelma. Terveystenhuollon resurssien allokaatioon liittyvä ongelmamme on tunnistettu myös aiemmin (Keskimäki ym. 2019).

Nykyinen lainsäädäntö¹ ei ole kyennyt riittävällä tavalla turvaamaan henkilökohtaista hoidon jatkuvuutta perusterveydenhuollossa. Myöskään vastikään hyväksyttyä uutta lainsäädäntöä² ei voida pitää yleisen jatkuvuuden varsin epätarkan käsitteen vuoksi riittävänä *henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden* turvaamiseksi ja vallitsevan selvän eriarvoisuuden vähentämiseksi.

Selvitystyöryhmän kokoonpanoon ei ole kuulunut juristeja, mutta **selvitystyöryhmän näkemyksen mukaan perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuuden nykytila vaikuttaisi olevan ongelmallinen suhteessa lainsäädännön asettamiin vaatimuksiin.** Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan selvitystyössä esiin nousseita keskeisiä ongelmakohtia.

Suomen perustuslain (731/1999) 6 §:n mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä, eikä ketään saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Perustuslain 21 §:n mukaan jokaisella on oikeus saada asiansa käsitellyksi asianmukaisesti ja ilman aiheetonta viivytystä lain mukaan toimivaltaisessa tuomioistuimessa tai muussa viranomaisessa.

Kansalaisten yhdenvertaisuuden näkökulmasta on ongelmallista, jos vain tiettyille (työssäkävylle) osalle kansaa on käytännössä järjestetty mahdollisuus samaan tuttuun lääkäriin, jonka kansalainen voi jopa usein valita. Terveyskeskuksessa mahdollisuus lääkärin valintaan ei toteudu käytännössä tällä hetkellä kirjallisuuden (Keskimäki ym. 2019, s. 104) eikä selvityksen tekijöiden arvion perusteella. On myös syytä huomioida tuomioistuinkäytäntöjä laajemminkin (Näkki ym. 2022), että perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Kansainvälisessä vertailussa **suomalainen tapa eriarvoistaa kansalaisia perusterveydenhuollon palvelujen laadussa on vertaansa vailla, jopa ainutlaatuisia.**

¹ Terveystenhuoltolaki (1326/2010) 49 §

² Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 40.1 §

Perustuslain 19 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, **jokaiselle riittävät** sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 8 §:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua.

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 3 § 1 momentin mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Lain 3 § 3 momentin **potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon.**

Nyt tehdyn selvityksen perusteella on ilmeistä, että **nykytiedon mukaan heikko potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus tarkoittaa heikkoa perusterveydenhuollon laatua.** Riittävänä ei voida myöskään tekijöiden mielestä pitää sitä, että vain perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus turvataan, vaan myös **potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus tulee turvata.** Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden heikkoa tilannetta voidaan verrata tilanteeseen, jossa potilaan tarvitseman lonkkaleikkauksen sijaan hän saakin vain tulehduskipulääkettä, tai vaikkapa tuoreen sydäninfarktin hoidoksi annettavan pallolaajennuksen sijaan vain kolesterolilääkettä. On jokaiselle selvää, ettei hoito ole riittävää. Asiantuntijanäkemyksemme mukaan tilanne on analoginen hoitosuhteen jatkuvuuden osalta hyvin usein, kun kyse on perusterveydenhuollossa annettavista yleislääketieteen alaan kuuluvista hoidoista.

Kansanterveyslain (66/1972) 2 §:n mukaan kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu STM:lle. Kansanterveystyöstä voidaan käyttää myös nimitystä perusterveydenhuolto. Kansanterveyslaki on kumottu lailla (29.6.2021/616) 1.1.2023 alkaen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 21 §:n mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yleinen ohjaus, suunnittelu, kehittäminen ja valvonta kuuluvat STM:lle. STM vastaa valtakunnallisesta sosiaali- ja terveystaloudesta, sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tavoitteiden valmistelusta ja niiden huomiointamisesta hyvinvointialueiden toiminnan ohjauksessa.

Sote-rakennemuutos ei automaattisesti korjaa esimerkiksi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudessa tällä hetkellä ilmenevää selvää heikkoutta. Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden toteutumisen seuranta eri toimintayksiköissä on nykyisen rekisteripohjainen seurantajärjestelmän (THL:n tuottama COC-indeksiluku) avulla mahdollista.

On myös merkillepantavaa, että Maailman terveysjärjestö WHO:n julkaisemassa maailmanlaajuisen potilasturvallisuuden tavoiteohjelmassa vuosille 2021–2030 käsitellään hoidon jatkuvuutta perusterveydenhuollossa osana potilasturvallisuutta (World Health Organization 2021). Suomen vastaavassa kansallisessa suunnitelmassa (STM 2022) asiaa käsitellään sote-uudistukseen viittaamalla. **Potilasturvallisuuden näkökulmasta hoidon toteuttamisen toimintamalli, jossa potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus taataan, ja joka vähentää vahvan tieteellisen näytön mukaan kuolleisuutta ja sairastavuutta, on erittäin merkityksellinen.**

Kansallisen julkisrahoitteen terveydenhuoltojärjestelmän merkittävimmät päätökset ovat väistämättä poliittisia. Kaikkien suurimpien poliittisten puolueiden nykyisessä terveyspolitiikassa korostetaan ihmisten tasa-arvoisen kohtelun merkitystä suomalaisessa terveystaloudessa.^{1 2 3 4 5 6 7 8 9} Hienoisista painotuseroista huolimatta sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen katsotaan joka tapauksessa kuuluvan yhteiskunnan tehtäväksi¹ ja tärkeänä pidetään, että ne toteutetaan lähipalveluina². Kaikilla suomalaisilla nähdään olevan oikeus hyvään terveydenhuoltoon³ asuinpaikasta², ihmisen varallisuudesta, henkisistä ja sosiaalisista resursseista tai läheisten sinnikkydestä riippumatta⁴.

Tulevaisuuden visioissa tavoitellaan hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumista, ja osa puolueista pitää nimenomaan julkisen perusterveydenhuollon vahvistamista tärkeänä⁶⁻⁸. Perusterveydenhuollon ongelmat on huomattu myös poliittisten päättäjien taholta, mikä on kiteytetty yhden puolueen toimesta näin: ”Ongelma on resurssien puute perusterveydenhuollossa. Se ei ratkea siirtämällä rahaa paikasta toiseen tai sähköistämällä palveluita tai antamalla kaikelle mahdollisimman koukeroinen byrokraattinen nimi. Perusterveydenhuolto tarvitsee lisää rahaa.”⁹ **Tämänhetkisen puoluekentän laaja-alaisesta tasa-arvoisten terveystalouden kannattamisesta ja perustalouden vahvistamisajatuksista huolimatta Suomen perusterveydenhuollon rahoitus ei ole juuri lisääntynyt 2000-luvun aikana samalla kun erikoissairaanhoidon menot ovat lähes kaksinkertaistuneet** (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2019).

¹ Kokoomuksen linjaukset suomalaisten sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseksi

² Kristillisdemokraattien aluevaaliohjelma 2022

³ Suomen ruotsalaisen kansanpuolueen puolueohjelma

⁴ Vasemmistoliiton puheenjohtaja Li Anderssonin linjapuhe 12.10.2021

⁵ Keskusta 2030 -ohjelma

⁶ Vasemmistoliiton tavoiteohjelma 2022-2025

⁷ Suomen Sosialidemokraattinen puolue. Ratkaisuja kestävään tulevaisuuteen. Poliittinen ohjelma

⁸ Vihreä sosiaali- ja terveystaloudellinen ohjelma.

⁹ Perussuomalainen sosiaalipolitiikka

7 Johtopäätökset ja suositukset

Raportin tässä osassa esitetään selvityksen tekijöiden johtopäätökset ja keskeiset suositukset toimenpiteiksi. **Keskeisimmät kohdat on korostettu tekstin lihavoinnilla.** Lopuksi esitetään hahmoteltu visio uudenlaisen omalääkärimallin perusteista (visio hoidon jatkuvuusmallista).

7.1 Keskeiset suositukset toimenpiteiksi

Resurssien allokaatiota on muutettava vahvistamaan perusterveydenhuoltoa. Hyvinvointialueiden tasolla perusterveydenhuollon rahoituksen suhteellista osuutta hyvinvointialueen kokonaisbudjetista tulee alkaa asteittain nostaa, mikäli perusterveydenhuolto halutaan todellisuudessa saada toimimaan hyvin, ja tällä tavalla optimoimaan tulevaisuudessa terveydenhuollon kokonaismenot mahdollisimman alhaiselle tasolle. Erikoissairaanhoidon resurssien lisääminen ei tuo enää terveystaloustieteellisessä mielessä lisäarvoa terveyshyötynä läheskään siinä mittakaavassa, mitä perusterveydenhuollon lisäresursointi tuo.

Hyvinvointialueiden johtamisessa tulee ottaa yhdeksi keskeiseksi perustehtäväksi potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuuden mahdollistaminen alueensa perusterveydenhuollossa. Tämä edellyttää hyvinvointialueiden johtavien viranhaltijoiden ja hyvinvointialuevaltuustojen poliittisten päättäjien strategista johtajuutta hyvinvointialueiden tasolla. Hyvinvointialueiden muodostaminen ei itsessään takaa sote-uudistuksen onnistumista.

Makrorakenteiden johtamisen näkökulmasta katsottuna voidaan todeta, että perusterveydenhuollon kansallisen tason johtamisessa aiempi valtiosuusuudistus ja informaatio-ohjaus ovat osoittautuneet riittämättömiksi (katso esim. Nissinen-Paatsamala & Kangas 2004, Tuomola ym. 2008), mistä osoituksena on tämänhetkinen perusterveydenhuollon kriisiytynyt tilanne ja heikko potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus.

Kansallisella tasolla tarvitaan järeämpiä johtamisen keinoja perusterveydenhuollon optimaalisen toiminnan turvaamiseksi. Viimeisten vuosien aikana kertynyt tutkimustieto potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuuden merkityksellisyydestä osoittaa vankasti, että kansanterveydellisen hyödyn lisäksi sillä saadaan myös kansantaloudellista hyötyä. **Tämän vuoksi selvitystyöryhmä suosittelee poliittisille päättäjille, että kansalliseksi terveystalouden tavoitteeksi nostetaan potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuuden selvä parantaminen nykytilasta.** Lisäksi esitetään, että kansalliseksi tavoitteeksi otetaan, että perusterveydenhuollossa

toimivista lääkäreistä 2/3 on yleislääketieteen erikoislääkäreitä analogisesti sairaalassa toimivien erikoisalojen erikoislääkäreiden suhteellisen osuuden kanssa. Tämä vaatii terveyskeskuksissa työskentelevien yleislääketieteen erikoislääkäreiden pitovoiman parantamista ja määrätietoista uusien yleislääketieteen erikoislääkäreiden kouluttamista, mikä täytyy huomioida tässä selvityksessä esitettävää hoidon jatkuvuusmallia kehitettäessä. Lisäksi uutta toimintamallia luotaessa on muistettava myös kaikkien erikoisalojen erikoislääkärikoulutukseen sisältyvä pakollinen yhdeksän kuukauden terveyskeskuskoulutusjakso, yleislääketieteen erityiskoulutus (YEK) ja lääketieteen perusopetus. Näiden koulutusten järjestäminen tulee myös mahdollistaa tässä selvityksessä esitettävässä hoidon jatkuvuusmallissa, ja näitä koulutuksia/ohjausta antavien kouluttaja/ohjaajalääkäreiden kouluttajaksi kouluttamisesta tulee huolehtia samoin kuin itse kouluttamisen vaatimasta aikaresurssista sekä siitä maksettavasta korvauksesta. Lisäksi työnantajan tulee huolehtia jo kouluttautuneiden lääkäreiden täydennyskoulutuksesta, koska lääketiede kehittyy koko ajan.

Perusterveydenhuollon operatiivisella tasolla ylilääkäreiden ja apulaisyllilääkäreiden toteuttamalla **johtamisella tulee varmistaa se, että tiettyä väestöä hoitavilla moniammatillisilla tiimeillä on riittävät lääkäri-hoitaja työparimallin edellyttämät työntekijät ja lisäksi riittävä määrä erityistyöntekijöitä, kuten psykiatrisia sairaanhoitajia, psykologeja ja fysioterapeutteja. Tiimin tasolla potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus toteutetaan konkreettisesti ohjaamalla potilas aina samalle lääkärille, kun se on erilaiset työpoissaolot huomioiden vain mahdollista, ja kun lääkärinvastaanotto on aiheellista.**

Suomen kestävä kasvun ohjelmalla¹ tuetaan hallitusohjelman tavoitteiden mukaisesti ekologisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä kasvua. Ohjelman neljäs pilari koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden vahvistamisesta ja kustannusvaikuttavuuden lisäämisestä. Selvitystyöryhmä suosittelee vahvasti ohjelman hyödyntämistä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta parantavien toimintamallien kehittämisessä samalla, kun perusterveydenhuoltoon kohdennetaan pysyvästi lisää resursseja. **Kansallisella tasolla tulee käyttää useita keinoja pidemmän ajan kuluessa henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden parantamiseksi.**

Mahdollisimman pitkien perusterveydenhuollon potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteiden saavuttamiseksi on syytä käyttää makrojohtamisen välineenä lainsäädäntöä. Tekijät toteavat, että selvitystyöryhmään ei ole kuulunut yhtään oikeustieteilijää, mikä on huomioitava esitettyjä sääntelyyn liittyviä toimenpiteitä arvioitaessa.

¹ <https://vm.fi/kestava-kasvu>

Sääntelyn valmistelu on syytä käynnistää viipymättä, jotta hoidon jatkuvuutta parannettaisiin samanaikaisesti hoidon saatavuuden kanssa. Ottaen huomioon 2000-luvun aikana tapahtunut potilas-lääkärisuhteen heikentyminen, **sen jatkuvuuden turvaaminen vaatii analogisia lainsäädännöllisiä muutoksia kuin mitä saatavuuden suhteen ollaan nyt tekemässä**¹. Lisäksi on huomioitava, että potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden parantaminen parantaa tieteellisen näytön ja Suomen omalääkärikokeilujen perusteella myös saatavuutta. Jos potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudesta ei huolehdita samanaikaisesti vastaavalla lainsäädännöllä kuin hoidon saatavuudesta, seuraa tiukentuvasta hoitotakuusta todennäköisesti potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden heikentyminen.

Hyvinvointialueet ja niissä vielä palveluja vuoden loppuun saakka tuottavat kunnat ovat erilaisia ja tarvittavat kehittämistoimenpiteet vaihtelevat. Toimintaympäristö myös muuttuu nopeasti, mikä edellyttää jatkuvasti uusia kehittämistoimenpiteitä ja erilaisten keinojen käyttämistä. Henkilökohtaista hoidon jatkuvuutta parantavaa sääntelyä valmisteltaessa tulee huomioida, että sääntelyn tulee olla samanaikaisesti riittävän voimakkaasti henkilökohtaisen potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden varmistamiseen velvoittavaa, moniammatillisuuden mahdollistavaa ja riittävän väljää, jotta hyvinvointialueet voivat kehittää erilaisia paikallisia sovelluksia uudenlaisista omalääkärimalleista, joihin liittyy olennaisesti myös palkkauksesta sopimisen tarve. **Työmarkkinajärjestöjen näkemys on syytä ottaa huomioon sen osalta, että onko palkkausmallien kehittämisessä selkeintä edetä paikallisten, hyvinvointialuekohtaisten sopimusten tai kokeilujen kautta. Käytännössä uusia omalääkäriyttä toteuttavia malleja olisi luontevinta kehittää edelleen erilaisten nykyisin listautumismalleiksi² kutsuttujen mallien pohjalta, joissa lääkärien työkuormitusten säätö on yleensä joustavampaa. Suomen perusterveydenhuollossa moniammatillisuus on kehittynyt jo tällä hetkellä pisimmälle maailmassa.**

Sote-rakennemuutos muuttaa palvelutuotantojärjestelmän rakenteita historiallisen paljon, ja samalla on suunniteltu muutettavan myös monien palvelujen sisältöä. Myös kiristynyt hoitotakuu asettaa perusterveydenhuoltoon huomattavia vaatimuksia. **Jos vain saatavuuden parantamiseen keskitytään, voi yhtäältä henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden parantaminen jäädä sivuun ja organisaatio voi keskittyä ensisijaisesti sääntelyn edellyttämän saatavuuden tuottamiseen, mikä voi pahentaa**

¹ HE 74/2022 vp

² Selvityksen mukaan listautumismalli-termin käyttö on vakiintumatonta ja vaihtelevaa.

perusterveydenhuollon nykyistä häiriötilaa. Kuten aiemmin on todettu, uutta jo hyväksyttyä lainsäädäntöäkään¹ ei voida pitää yleisen *jatkuvuuden* varsin epätarkan käsitteen vuoksi riittävänä *henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden* turvaamiseksi.

Lievin ja selvityksen tekijöiden arvion mukaan viiveettömin lainsäädännöllä toteutettavissa oleva tapa vaikuttaa henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden paranemiseen olisi lisätä terveydenhuollon organisaatioiden omavalvonnasta säätävään asetukseen (341/2011)² esimerkiksi *henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuus* yhdeksi niistä asioista, jotka kyseisessä suunnitelmassa on käsiteltävä.

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021) 40 §:ssä on säädetty asetuksenantovaltuutuksesta ja Valviran määräyksen antamisen mahdollisuudesta. Näiden keinojen käyttöä on syytä harkita osana valtakunnallisia toimenpiteitä henkilökohtaisen hoidon jatkuvuuden parantamisessa.

Voimakkaammin potilaan oikeutta hyvään henkilökohtaiseen hoidon jatkuvuuteen voisi vahvistaa säätämällä asiasta esimerkiksi terveydenhuoltolaissa, jonka nykyinen sääntely (terveydenhuoltolaki 49 §) on aika väljä. Lainkohtaan säädöstä jatkaen olisi mahdollista muuttaa sääntelyä velvoittavammaksi, esimerkiksi ”*Potilaan hoidossa perusterveydenhuollossa saa käyttää vain erityisestä syystä henkilöä, joka ei ole aiemmin osallistunut potilaan hoitoon*”, jolloin sääntelyn nykyinen väljyys tiukentuisi. Erityiset syyt tulisi määritellä lainvalmistelussa. Voimassa oleva nykyinen sääntely korostaa organisaation halukkuutta ja organisaation mahdollisuuksia järjestää henkilökohtaista hoidon jatkuvuutta. Nykyinen sääntely ei myöskään erottele erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon, vaikka toiseen näistä liittyy selvemmin vahva näyttö jatkuvuuden hyödyistä. **Ehdotettu tapa lain muotoilun tiukentamiseen ei rajoittuisi vain lääkärinvastaanottoihin, eikä lääkärinvastaanottojen mekanistiseen ylisuosimiseen moniammatillisuuden kustannuksella.** On kuitenkin muistettava, että lääkäripotilassuhteen jatkuvuuden osalta näyttö hyödyistä potilaalle on selvin.

Selvityksen perusteella voidaan kuitenkin todeta, että **pidemmän aikavälin tavoite tulisi olla tilanne, jossa jokainen potilas voisi itse valita suoraan häntä perusterveydenhuollossa mahdollisimman pitkäaikaisesti hoitavan lääkärin.** Tämä potilaan oikeus soveltuisi säädettäväksi lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. **Mikäli**

¹ Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) 40.1 §

² Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011)

poliittiset päättäjät näkevät mahdolliseksi resursoida pikaisesti riittävät määrärahat nyt esitetyn hoidon jatkuvuusmallin toteuttamiseen, niin tämä lakimuutos voitaisiin toteuttaa periaatteessa lyhyelläkin aikavälillä.

Todettakoon, että vapaan omalääkärin valinnan periaatetta tukee esimerkiksi maailman lääkäriliiton (WMA) kannanotto vuodelta 1981, jonka mukaan ”Potilaalla on oikeus valita lääkäriinsä vapaasti.” Tätä aiemmin ja myöhemmin tehtyjä eri tahojen kannanottoja vapaaseen lääkärinvalintaan liittyen, kuten ”Kansaisen perusoikeuksiin tulisi kuulua vapaus valita hoitava lääkäri” on käsitelty aiemmin toisaalla (esim. Nyström 2010, s. 240). Potilaat ja asiakkaat pitävät valinnanvapautta tärkeänä ja erityisesti hoitavan ammattilaisen valintaa (Sinervo ym. 2016). **Aiemman tiedon perusteella noin 90% suomalaisista pitää erittäin tai melko tärkeänä oikeutta valita tietty terveydenhuollon ammattihenkilö.** Toisaalta terveyskeskusta ei välttämättä vaihdeta tietyn ammattilaisen mukaan, vaan esimerkiksi terveysaseman maantieteellinen sijainti on tärkeämpi valintaperuste (Junnila ym. 2016).

Hoidon jatkuvuusmalli ei itsessään pyri ottamaan kantaa perusterveydenhuollon tuotantotapaan (julkinen tuotanto julkisilla työntekijöillä; julkinen tuotanto vuokratyövoimalla; pitkä ulkoistus mm. selkeillä jatkuvuuskeriteereillä; osuuskuntamalli; ammatinharjoittajamalli; laajennettu palvelusetelityyppinen tuotantotapa; edellä mainittujen yhdistelmä), vaan **keskiössä ovat potilaan oikeuksien vahvistamisen kautta tapahtuvat muutokset sekä laadun varmistaminen seurannalla.** Kehitettäessä toimintamalleja, joiden vaikuttavuudesta ei ole olemassa vielä aiempaa tutkimusnäyttöä, on varmistuttava toiminnan tulosten systemaattisesta seurannasta. **Laadun varmistamisen ja parantamisen kannalta on myös keskeistä, että potilasasiatietojärjestelmiin kerätään asianmukaista tietoa, jota myös analysoidaan. Potilastietojärjestelmien kehittämistä myös käyttäjäystävällisemmiksi on syytä jatkaa ja sote-tiedon vaikuttavaa toisiokäyttöä on syytä edistää määrätietoisesti.**

Selvityksen tekijät korostavat, että nykyisen suomalaisen perusterveydenhuollon vahvuus on moniammatillisuus ja terveyskeskusten laaja-alaisuus. Sen sijaan potilas-lääkärisuhteen jatkumattomuus on selvä heikkous. **Potilaalle ja yhteiskunnalle koituvien hyötyjen osalta selvin tieteellinen näyttö on henkilökohtaisen potilas-lääkärisuhteen hyvästä jatkuvuudesta.** Tämänkin vuoksi pidemmän aikavälin tavoitteena on pidettävä suoraan yksittäisen lääkärin valintaa, joka sääntelyn osalta voitaisiin toteuttaa potilaan oikeutena esimerkiksi potilaslaissa.

Osa selvityksen tekijöistä osallistui selvitystyön aikana myös pohjoismaiden yleislääketieteen yhdistyksen kongressiin (<https://www.nfgp.org/>), jossa selvitykseen keskeisesti liittyvää hoidon jatkuvuutta käsiteltiin. **Tuolloin annettiin myös yhteispohjois-**

mainen julkilausuma ja poliittisille sekä muille päättäjille kohdistettu toimintakehotus, joka tukee esitettyä hoitavan lääkärin vapaan valinnan mahdollisuuden lisäämistä (selvityksen liite 1).

YHTEISPOHJOISMAINEN JULKILAUSUMA JA POLIITTISILLE SEKÄ MUILLE PÄÄTTÄJILLE KOHDISTETTU TOIMINTAKEHOTUS 23.6.2022

22. Nordic Congress of General Practice, joka pidettiin Stavangerissa 21.- 23.6.2022, rohkaisee poliitikkoja ja kaikkia muita terveydenhuollon sidosryhmiä tukemaan ja edistämään kestäviä terveydenhuoltojärjestelmiä, jotka edistävät hoitosuhteiden jatkuvuutta. Tämä tarkoittaa, että kaikkien potilaiden tulee päästä valitsemaan yleislääkärille/perhelääkärille, joka tuntee heidät ja heidän tilanteensa.

Julkilausuma on käännetty englannista suomeksi selvitystyöryhmän toimesta.

7.2 Visio hoidon jatkuvuusmallista

Selvityksen toimeksiannon mukaisesti tekijät ovat määritelleet vision, hoidon jatkuvuusmallin, jolla uudenlaista omalääkäriyttä suositellaan edistettävän. Hoidon jatkuvuusmalli on operatiivisten toimintamallien osalta yläkäsite, tai sateenvarjotermi, jonka sisälle on mahdollista luoda useita hieman toisistaan poikkeavia hyvään potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuteen perustuvia toimintamalleja.

Hoidon jatkuvuusmalliin kuuluvia tunnuspiirteitä ja mallin edellytyksiä kuvataan tämän selvityksen [luvussa 7.1](#).

Hoidon jatkuvuusmallin keskeisenä elementtinä on vahvistaa lainsäädäntöteitse potilaan oikeutta henkilökohtaiseen hoidon jatkuvuuteen. Lainsäätäjän tai säädöksen antajan valitsemien sääntelykeinojen voimakkuudesta riippuen kehittämisponnistelujen tuloksena syntyvät paikalliset toimintamallit luonnollisesti vaihtelevat. Lievällä asetusmuutoksella toteutettu sääntelyn kiristäminen ei välttämättä käytännön tasolla juuri muuta nykyistä toimintaa, etenkin jos mitään muita suositeltuja kansallisen tason toimenpiteitä ei tehdä. Keskeisimpänä tekijänä onnistumisessa on tiukentuvan sääntelyn lisäksi kaikkiin muihin erikoisaloihin liittyvän lääketieteen erikoisalan, yleislääketieteen, taloudellisten toimintaedellytysten korjaaminen terveysasematasolle saakka. Perusterveydenhuolto on kärsinyt pitkään aliresursoinnista, mikä vaikuttaa yli kaksi vuotta jatkuneen koronapandemian lisäksi nykyisten organisaatioiden välittömään ke-

hittymiskykyyn. On toisaalta myös selvää, että käytettävissä ei nyt ole erityisen nopeita menettelyjä, joilla hoidon jatkuvuuden ongelma voitaisiin kokonaisuudessaan ratkaista ”yhdessä yössä”.

Terveydenhuoltoa on pyritty kehittämään ja vahvistamaan viime vuosina ja vuosikymmeninä lukuisissa kehittämishankkeissa. Ponnistelut jatkuvat¹. Tällä hetkellä olemme tilanteessa, jossa toimintaa käynnistävät hyvinvointialueet ovat erilaisia, ja perusterveydenhuollon toiminnassa on selvää vaihtelua alueittain. Toimintaympäristö myös muuttuu nopeasti, mikä edellyttää jatkuvasti uusia kehittämistoimenpiteitä ja erilaisten keinojen käyttämistä. Tämän vaihtelun vuoksi toimintamallien yliorganisoiva määrittely – niin sanotun ainoan oikean käytännön mallin kuvaaminen – ei ole tämän selvityksen puitteissa järkevää. Lisäksi on syytä huomata, että myös väestövastuuajan omalääkärimalleissa oli selvää paikallista vaihtelua (Pitkämäki 2000). Toisaalta kehitettäessä toimintamallien osia, esimerkiksi potilaiden listautumiskäytäntöjä, voivat aiemmat neuvot osoittautua käytännössä edelleen hyvin toimiviksi. Kehittämistyön tueksi soveltuvia ohjeita ja neuvoja on julkaistu jo aiemmin (mm. Omalääkäriopas 2009, Kokko ym. 2009, Seilo 2010, Yleislääketieteen perusteet 2020). Onpa moniammatillisten, itseohjautuvien tiimien lähijohtamisen ja kehittämisen osalta katseltu tuoreessa opinnäytteessä jopa antiikin aikaan, Sokrateen viisauksiin saakka (Laine ja Ylinen 2021).

Perusterveydenhuollon vastaanoton toimintamalleista on myös parhaillaan valmistu-
massa uusi Duodecim –seuran johdolla tehty konsensussuositus, jossa tullaan otta-
maan suositteluvasti kantaa moniin perusterveydenhuollon vastaanoton toimintamal-
lien yksityiskohtiin. Konsensussuositus on tätä selvitystä tehtäessä lausuntokierrok-
sella. Suositus tulee toimimaan paikallisten toimintamallien kehittämisen tukena.

Hoidon jatkuvuusmalli ei itsessään ole myöskään sidottu julkiseen palvelutuotantoon. Selvityksen tekijöiden näkemyksen mukaan vahva julkinen perusterveydenhuollon jär-
jestäjätaho on terveydenhuollon markkinoiden epäsymmetrisyys huomioiden kuitenkin
perusteltu myös tulevaisuudessa. Monimuotoistuneella palvelutuotannolla voidaan
kuitenkin tukea julkista palvelutuotantoa, kunhan potilas-lääkärisuhde on yksi keskei-
sistä palvelutuotannossa toteutuvista elementeistä.

Yhdistettynä tiukentuvan hoitotakuulainsäädännön vaikutuksiin jatkuvuusmallia käyt-
tämällä potilaan laatukokemus perusterveydenhuollosta paranee. Potilas saa myös sel-
viä mitattavia ja todennettavia hyötyjä hyvästä henkilökohtaisesta hoidon jatkuvuu-

¹ Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman ulkoinen arviointi, <https://stm.fi/-/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma-vastaa-hyvinvointialueiden-tarpeisiin-hyvin>, avattu 11.8.2022

desta, kuten pidentyneen elinajan. Saavutettavan, potilaan itse valitseman tutun lääkärin mahdollistaminen kaikille vähentää selvästi suomalaisen terveystalouden eriarvoisuutta. Henkilökohtaisen hoidon jatkuvuutta parantamalla parannetaan kansansairauksien ehkäisyä ja hoidon vaikuttavuutta, jota hallitusohjelmassakin tavoitellaan. Palveluiden parantuminen lisää luottamusta niin käyttäjien kuin sote-ammattilaisten keskuudessa.

Suomessa on tällä hetkellä vain vähemmistö sellaisia terveyskeskuksia, joissa osallaakaan väestöstä on minkäänlaista omalääkäriä. Tämän vuoksi on selvää, että järjestelmän kokonaistaloudellisuutta voidaan edelleen parantaa hoidon jatkuvuusmallilla.

Hoidon jatkuvuusmalli on aiemmin kokeilluista malleista lähimpänä sellaista sovellettua listautumismallia, jossa listautuminen tapahtuu tietyille lääkärille tai lääkäri-hoitajatyöparille. Hoidon jatkuvuusmalli ei itsessään poissulje menetelminä mitään uudemista työkaluista (esimerkiksi tekoäly, etälääketiede), mutta se vahvistaa potilaan oikeutta omaan lääkäriin, jonka eduista on nyt käytettävissä hyvin selvää tieteellistä näyttöä. **Tieteellisen näytön sekä yleislääkäreiden ja asiantuntijoiden kokemusten sekä yleislääketieteen ydinosaamisalueiden mukaan etävastaanotto soveltuu kuitenkin terveyskeskuksessa yleislääkärin työssä vain aiemmin tutun potilaan tilanteen seurantaan tilanteessa, jossa seuranta ei vaadi potilaan fyysistä tutkimista.**

Hoidon jatkuvuusmalli ei myöskään ole millään tavoin ristiriidassa sote-integraation, saati erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon integraation kanssa, koska järjestelmän palkitsemisrakenteiden ei tule perustua mekanistiseen lääkärinvastaanoton suosimiseen moniammatillisuuden kustannuksella. Järjestelmä ei vaikuta lääketieteen erikoisalojen väliseen työnjakoon epäterveellä tavalla, mutta se korjaisi vallitsevaa epäterveitä työnjakoa (kalliin erikoissairaanhoidon ylikäyttöä). Järjestelmän luontainen portinvartijuus paranee, mutta samalla paranee myös hoidon oikea-aikaisuus ja asiakkaiden laatukokemus. Moniammatillisuutta voidaan toteuttaa ja edelleen kehittää hyvin jatkuvuusmalliin perustuvissa toimintamalleissa, koska keskiössä eivät ole ammattilaisten välisestä tehtävänjaosta säättäminen, vaan potilaan oikeus pitkäaikaiseen potilas-lääkärisuhteeseen. Saatavuuslainsäädäntö takaa osaltaan toteutuessaan sen, että potilas voi toisaalta saada nopeasti jonkinlaisen lääkärin arvion tilanteestaan, mutta potilas voi myös valita mahdollisesti hieman pidemmän odotusajan päästäkseen oman lääkärin hoitoon. Visioitu hoidon jatkuvuusmalli ei ole työryhmän näkemysten mukaan ristiriidassa eduskuntakäsittelyssä olevan hoitotakuun tiukennuksen kanssa (HE 74/2022 vp), mutta tätä selvitystä tehtäessä lain eduskuntakäsittely on vielä kesken, ja lain lopullinen sisältö voi muuttua.

Lääkäri pystyy hoidon jatkuvuusmalliin perustuvassa listautumistyyppisesti toteutetussa järjestelmässä säätelemään omaa työmääräänsä ja kuormitustaan elämäntilannettaan ja kiinnostuksiaan vastaavasti, jolloin lääkärin ylikuormittumisen riski pienenee selvästi. Lääkäri voi myös toimia joustavasti työelämässä ja olla halutessaan samaan aikaan useamman eri työnantajan palveluksessa. Lääkäri voi toimia osana (lääkärijohtoista¹) moniammatillista tiimiä, ja lääkärin osaamistason perusteella potilaiden valintoihin voidaan vaikuttaa aktiivisin ja monipuolisin potilas- ja kansalaisviestinnän keinoin. Lääkärin työaika ei ole sidottu vain vastaanottopalvelujen tuottamiseen, vaan lääkäri voi käyttää osan työajastaan kiinnostuksensa ja yksikön tarpeiden mukaisesti erilaisiin sektoritöihin, joista maksettava korvaus on oikeassa suhteessa vastaanottopalvelujen tuottamisesta maksettavaan korvaukseen.

Hoidon jatkuvuusmalliin puolestaan ei kuulu lääkärin tai muiden ammattilaisten työajattomuus tai kohtuuton työkuormitus. On selvää, että työnvoimavaltainen organisaatio ei voi hyvin ilman hyvinvoivia työntekijöitä. Kuten aiemmassa kirjallisuudessaakin (Vainiomäki ym. 2015) on jo todettu, osaava ja oikein toimiva henkilökunta on terveyskeskuksen tärkein voimavara.

Ammatillinen jatkokoulutus on tärkeässä roolissa hoidon jatkuvuusmallissa. Pitkän aikavälin tavoite tulee olla, että terveyskeskuksessa työskentelevistä lääkäreistä 2/3 on pitkäaikaisessa työsuhteessa toimivia yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Yleislääketieteen erikoislääkärit toimisivat terveyskeskuksen väestön omalääkäreinä. Alkuvaiheen yleislääketieteeseen erikoistuvat lääkärit olisivat omalääkäreinä toimivien kouluttajalääkäreiden työpareina hoitamassa kouluttajalääkäreiden vastuuväestön potilaita kouluttajalääkärin ohjauksessa. Osaamisen karttumisen myötä koulutuksensa loppuvaiheessa oleva yleislääketieteeseen erikoistuva lääkäri voisi alkaa toimia pienen väestön omalääkärinä. Yleislääketieteeseen erikoistuvat lääkärit, YEK-vaiheen lääkärit ja muiden erikoisalojen terveyskeskuskoulutusjaksoa suorittavat lääkärit toimisivat omalääkäreiden poissaoloaikoina heidän sijaisinaan kouluttajalääkärin ohjauksessa. Muulloin YEK-vaiheen lääkärit ja muiden erikoisalojen terveyskeskuskoulutusjaksoa suorittavat lääkärit hoitaisivat potilaita, joiden terveysongelma on lyhytaikainen, ja joiden hoitamiseen ohjaajan tukena tämän vaiheen lääkärin ammattitaito riittää. Nykyisin kuitenkin vain 30% terveyskeskusten lääkäreistä on yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Täten välivaiheessa ennen yllä olevaan tavoitteeseen pääsemistä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on taattava myös koulutusvaiheessa olevien lääkäreiden toimimi-

¹ Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) 22.1 §: Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

sella omalääkäreinä riittävän ohjauksen tukemana. Terveysasemat ovat tämän suhteen kuitenkin vaihtelevassa tilanteessa ja osalla terveysasemista ollaan jo edellä kuvatussa pitkän aikavälin tavoitteessa.

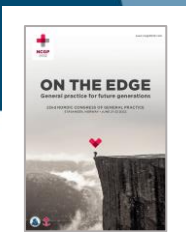
Hoidon jatkuvuusmallin osatekijät ovat:

1. Perusterveydenhuollon resurssien vahvistaminen lisäämällä perusterveydenhuoltoon huomattavasti lääkäri- ja hoitajavakansseja
2. Nykyistä voimakkaampi valtakunnallinen ohjaus ja sääntely suhteessa potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuuteen
3. Toiminnan ja siinä tehtävien hoidon jatkuvuutta parantavien muutosten johtaminen ja systemaattinen seuraaminen sekä hyvinvointialueen että terveysasemien tasolla
4. Potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuutta koskevan tieteellisen näytön mukainen toiminta
5. Suurten terveysasemien väestön jakaminen moniammatillisille tiimeille ja tiimien sisällä pysyvässä työsuhteessa oleville omalääkäreille ja omahoitajille
6. Potilaan kiireettömien yhteydenottojen ja hoidon tarpeen arvion ohjaaminen omaan tiimiin ja omalle hoitajalle
7. Aiempien pitkien hoitosuhteiden ja työntekijöiden erityisosaamisen huomioiminen
8. Ammatillisesta jatko- ja täydennyskoulutuksesta huolehtiminen ja koulutusvaiheessa olevien lääkäreiden töiden organisoiminen potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta palvelevasti
9. Yleislääketieteen erikoislääkäreiden osuuden nostaminen 2/3 tasolle terveyskeskusten lääkäreistä
10. Työssäjaksamisen tukeminen vastuuväestön riittävän pienellä koolla, työajan hallinnalla, riittäväillä sijaistuksilla ja työnohjauksella

Hoidon jatkuvuusmallilla tuetaan parhaiten meneillään olevan sote-uudistuksen tavoitteiden - kuten sote-palvelujen laadukkuuden, saatavuuden ja saavutettavuuden paraneminen, kustannusten nousun hillitseminen ja yhdenvertaisuuden paraneminen - saavuttamista terveydenhuollossa. Sote-järjestelmästä tulee kokonaistaloudellisesti edullisempi nyt esitetyn, alkuinvestointeja vaativan, strategisen muutoksen myötä.

Liitteet

Liite 1. Stavangerin julkilausuma 23.6.2022



Call for Action

Continuity of Care in General Practice/Family Medicine

The World Health Organization defines primary health care as a cornerstone of cost-effective and sustainable health care systems. General Practitioners/Family Physicians are key medical providers within the primary health care system.

In the context of General Practice/Family Medicine, we define continuity of care as *a longitudinal relationship between a patient/citizen and one General Practitioner/Family Physician of the patient's choice, backed by a team of other healthcare providers.*

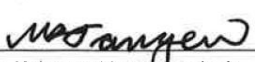
Continuity of care is an essential element of high-quality General Practice/Family Medicine. There is good evidence and growing international consensus that continuity of care entails significant health benefits, both for patients and the health care system. It increases patient satisfaction, improves uptake of preventive measures and adherence to treatment recommendations. It decreases the use of out-of-hours care, the need for acute hospitalizations and, ultimately, it is associated with lower premature mortality.

Crucially, continuity within doctor-patient relationships is also good for the wellbeing of doctors.


The above knowledge is embedded in the 2020 statement on *Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine* issued by The Nordic Federation of General Practice.

The 22nd Nordic Congress of General Practice, held in Stavanger 21st - 23rd of June 2022, encourages politicians and all other stakeholders of the health care service to support and facilitate sustainable health systems that promote relational continuity. This implies that all patients should have access to a General Practitioner/Family Physician of their own choice who knows them and their circumstances.

Stavanger, June 23rd 2022.


Marte Kvittum Tangen, chair
Norwegian College of General
Practice


Magnus Isacson, chair
Swedish College of General Practice


Bolette Friderichsen, chair
Danish College of General
Practice

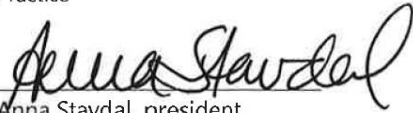

Margrét Olafía Tómasdóttir,
chair Icelandic College of Family
Physicians


Juhani Auvinen, chair
Finnish College of General Practice


Johann A. Sigurdsson, chair
Nordic Federation of General
Practice


Olav Thorsen, chair
Congress Organizing Committee


Gunnar Tschudi Bondevik, chair,
Congress Scientific Committee


Anna Stavdal, president
WONCA World

Lähteet

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019 (viitattu 9.8.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Arnberg, Janika. "Hoitohenkilökunnan kokemuksia Apotti-potilastietojärjestelmästä kirurgisella vuodeosastolla." (2022). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202205026786>

Aro, Seppo ja Matti Liukko. VPK: Väestövastuisen Perusterveydenhuollon Kokeilut 1989-1992 : Mikä muuttui? Stakes (1993).

Aro, Seppo. VPK: Väestövastuisen Perusterveydenhuollon Kokeilut : Väliraportti Lääkäreiden Ja Terveystenhoitajien Työstä, Työterveyshuollosta Sekä Sosiaali- Ja Terveystenhoollon Yhteistyöstä. Sosiaali- ja terveyshallitus : VAPK-kustannus (1991).

Aromaa, Arpo, Aarno Linnala, Timo Maljanen ja Kari Mattila. Yksityislääkärit omalääkäreinä: raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilusta. Kansaneläkelaitos, tutkimus- ja kehitysyksikkö (1998).

Back, Jorma. Yrittäjyys perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504223865>

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)

Bankart MJ, Baker R, Rashid A, et al. Characteristics of general practices associated with emergency-department attendance rates: a cross-sectional study. BMJ Qual Saf 2011; 20(11): 953–958.

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; 356: j84.

Bazemore, A, Petterson S. Peterson LE, Bruno R, Chung Y & Phillips RL (2018). Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. Annals of Family Medicine 16: 492-497.

Bentler SE, Morgan RO, Virnig BA, Wolinsky FD. The association of longitudinal and interpersonal continuity of care with emergency department use, hospitalization, and mortality among Medicare beneficiaries. *PLoS One* 2014; 9(12): e115088.

Blomgren, Jenni, & Lauri J. Virta. "Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland." *PLoS One* 15.4 (2020): e0231792.

Bodenheimer, Thomas, Edward H. Wagner, and Kevin Grumbach. "Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2." *Jama* 288.15 (2002): 1909-1914.

Cecil, Elizabeth, et al. "Factors associated with potentially missed acute deterioration in primary care: cohort study of UK general practices." *British Journal of General Practice* 71.708 (2021): e547-e554.

Chan KS, Wan EY, Chin WY, Cheng WH, Ho MK, Yu EY, Lam CL. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2021 Jul 3;22(1):145.

Chau E, Rosella LC, Mondor L, Wodchis WP. Association between continuity of care and subsequent diagnosis of multimorbidity in Ontario, Canada from 2001-2015: A retrospective cohort study. *PLoS One.* 2021 Mar 11;16(3):e0245193.

Chen CC, Tseng CH, Cheng SH. Continuity of care, medication adherence, and health care outcomes among patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a longitudinal analysis. *Med Care.* 2013 Mar;51(3):231-7.

Choi D, Choi S, Kim H, et al. Impact of continuity of care on cardiovascular disease risk among newly-diagnosed hypertension patients. *Sci Rep.* 2020;10(1):19991. Published 2020 Nov 17.

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.

Contandriopoulos, Damien, et al. "Analytical typology of multiprofessional primary care models." *BMC family practice* 19.1 (2018): 1-11.

Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Mar 3;2015(3)

Davies, Peter. "Is it time for a new definition of general practice?: General practitioners' main interest is people." *BMJ: British Medical Journal* 321.7254 (2000): 173.

De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset, C, Heyerick J (2003). Provider Continuity in Family Medicine: Does It Make a Difference for Total Health Care Costs? *Annals of Family Medicine* 1: 144-148.

Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (viitattu 9.8.2022). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Dreihier J, Comaneshter DS, Rosenbluth Y, Battat E, Bitterman H & Cohen AD (2012). The association between continuity of care in the community and health outcomes: a population-based study. *Israel Journal of Health Policy Research* 1: 21.

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.

Duodecim 2020 "Iloa terveystieteisiin". 136.4 (2020): 348-9

Durmuş A, Akbolat M. The Impact of Patient Satisfaction on Patient Commitment and the Mediating Role of Patient Trust. *Journal of Patient Experience.* December 2020:1642-1647.

Engeström, Yrjö, et al. Terveystieteiden tutkimuskeskusten työn kehittämistutkimus: LEVIKE-projektin tutkimushankkeen I väliraportti. Espoon kaupunki (1987).

Erhola, Marina, et al. "Suomen terveydenhuolto muuttuvassa toimintaympäristössä." *Yhteiskuntapolitiikka* 85.1 (2020):55-61. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202002115169>

Erikoislääkärikoulutus opinto-opas 2020. Voimassa 1.8.2022 alkaen toistaiseksi. Lääketieteen ammatillinen jatkokoulutus -verkkosivusto. Sivustoa ylläpitävät Helsingin yliopisto, Itä-Suomen yliopisto, Oulun yliopisto, Tampereen yliopisto ja Turun yliopisto. https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammatillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Opinto-opaat/Valtakunnalliset%20opinto-opaat/EL_Opinto-opas_2020-.pdf, avattu 14.8.2022.

Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1989/19891062>

Frandsen, BR, Joynt KE, Rebitzer JB & Jha AK (2015). Care Fragmentation, Quality, and Costs Among Chronically Ill Patients. *The American Journal of Managed Care* 21(5): 355-362.

Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ*. 1997 Apr 5;314(7086):1014-8.

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.

HE 264/1992 vp. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/1992/19920264>

HE 216/1991 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he_216+1991.pdf

HE 149/1996 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/he_149+1996.pdf

HE 77/2004 vp. <https://finlex.fi/fi/esitykset/he/2004/20040077>

Heikkilä, Teppo. "Suomen terveydenhuoltojärjestelmä vuonna 2020" *Yleislääketieteen perusteet* (2020): 363-366.

Helenius, Markku. Sosiaali- ja terveysministeriön omalääkärikokeilu: tutkimuksen tausta, tavoitteet ja menetelmät. *Lääkintöhallitus* (1987).

Helsingin Sanomat, Vieraskynä, 14.1.2022. <https://www.hs.fi/mielipide/art-2000008531708.html>, avattu 13.8.2022

Hellstén, Laura, and Nina Salmi. "Apotti-potilastietojärjestelmän käyttöönotkokokemuksia psykiatrisella osastolla." (2021). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202103273895>

Hetlevik, Øystein, & Sturla Gjesdal. "Personal continuity of care in Norwegian general practice: a national cross-sectional study." *Scandinavian journal of primary health care* 30.4 (2012): 214-221.

Holi, Tarja." Yli 20 vuotta terveydenhuollon valvontaa – mikä on muuttunut?" Valvojan vinkkelistä -blogi (2019). <https://www.valvira.fi/-/yli-20-vuotta-terveydenhuollon-valvontaa-mika-on-muuttunut->, vierailtu 13.8.2022

Hollander MJ & Kadlec H (2015). Financial implications of the continuity of primary care. *The Permanente Journal* 19(1): 4-10.

Holster, Tuukka, Lien Nguyen, & Unto Häkkinen. "The role of occupational health care in ambulatory health care in Finland." *Nordic Journal of Health Economics* (2021).

Hukkanen, Eija, ja Marjukka Vallimies-Patomäki. Yhteistyö Ja Työnjako Hoitoon Pääsyn Turvaamisessa. Selvitys Kansallisen Terveyshankkeen Työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2005.

Huntley A, Lasserson D, Wye L, et al. Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ Open* 2014; 4(5): e004746.

Huumonen V, Kuusela R, Eskola P, Auvinen J, Timonen M. Interpersonal Continuity of Care and Health Care Costs: a Systematic Review. Julkaisematon käsikirjoitus 2022

Isoherranen, Kaarina. "Uhka vai mahdollisuus: moniammatillista yhteistyötä kehittämässä." (2012). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>

Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *CMAJ* 2007; 177(11): 1362–1368.

Jaatinen, P., et al. "Mitä tehdä, kun terveysasemalla ei ole lääkäriä." *Toimintamallin kuvaus. Suomen Lääkärilehti* 57.7 (2002): 783-786.

Jeffers, Holly, & Maureen Baker. "Continuity of care: still important in modern-day general practice." *British Journal of General Practice* 66.649 (2016): 396-397.

Johnsen, Tor Magne, et al. "Suitability of video consultations during the COVID-19 pandemic lockdown: cross-sectional survey among Norwegian general practitioners." *Journal of medical Internet research* 23.2 (2021): e26433.

Junnila, Maijaliisa, et al. "Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa-kriittiset askeleet toteuttamisessa." (2016). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-637-7>

Kaila, Minna. "Yleislääkäri, yleislääketiede ja sote." *Duodecim* 133 (2017): 1237–8

Kallio, Johanna. "Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja ideologiset tekijät." Yhteiskuntapolitiikka 73.5 (2008): 477-493. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117519>

Kansanterveyslaki (1972/66), <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1972/19720066>

Kokko, Simo. "Special series: Integrated primary health care: Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences." International Journal of Integrated Care 9 (2009).

Kolster, Annika. "Vapaa-aika työn vastapainona" Yleislääketieteen perusteet. (2020). 329-331.

Kuntaliitto. Suomen terveydenhuollon menot kansainvälisessä vertailussa kohtuulliset. OECD Health Statistics 2021 -taloustietoja (2021). <https://www.kuntaliitto.fi/ajankoh-taista/2021/oecd-health-statistics-2021-taloustietoja>, vierailtu 9.8.2022

Kallinen, Salme. "Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015-Loppuraportti." (2016).

Kangas, M. "Onko väestövastuujärjestelmä elvytettävissä." Suomen Lääkärilehti 62.3 (2007): 207-209.

Kangas, M. "Väestövastuujärjestelmä 10 vuotta: edut ja mahdolliset haitat." Suomen Lääkäril 54 (1999): 2161.

Kangasniemi, Mari, et al. "Työn uusjako." Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiryhmien työnkuvien ja keskinäisen työnjaon kohdistaminen ja tehostaminen SOTE-reformissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 66 (2017): 40. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-452-8>

Karttunen, Aku. Perusterveydenhuollon avopalveluiden vastaanottomallien kehittämis-haasteet. MS thesis. 2016. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201603211344>

Kekki, Pertti. Neljäkymmentä vuotta terveyskeskusta: muistelmaa ja faktaa. WSOY, 2012.

Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissell E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoski L, Rechel B, Karanikolos M. Finland: Health system review. Health Systems in Transition (2019) 21.2:1-166 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327538>

Keskisuomalainen 2016 "Omalääkärijärjestelmä on häviämässä Suomesta"
<https://www.ksml.fi/paikalliset/2567977>, avattu 11.8.2022.

Keskusta 2030 -ohjelma, <https://keskusta.fi/politiikkamme/ohjelmia-ja-linjauksia/keskusta-2030/>, avattu 1.8.2022.

Kokko, Simo & Tauno Telaranta. "Perusterveydenhuollon tila 2006." Suomen Lääkärilehti 61.49-50 (2006): 5215-5218.

Kokko, Simo. "Integrated Primary Health Care: Finnish Solutions and Experiences." International Journal of Integrated Care, vol. 9, no. 2, June 2009. www.ijic.org, <https://doi.org/10.5334/ijic.310>

Kokko, Simo, Eija Peltonen, Virpi Honkanen. "Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja: Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä." (2009).

Kokoomuksen linjaukset suomalaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseksi, <https://www.kokoomus.fi/kokoomuksen-nakemys-sote-palveluiden-kehittamiseksi/>, avattu 1.8.2022.

Komulainen, Jorma, Riikka Vuokko & Matti Mäkelä. "Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma." (2011). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2012. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285>, katso myös <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/terveys-ja-hoitosuunnitelma>, vierailtu 13.8.2022.

Koponen, Päivikki. Väestövastuu henkilökunnan kokemana: VPK, Väestövastuisen Perusterveydenhuollon Kokeilut. Sosiaali- ja terveyshallitus: VAPK-kustannus (1992).

Koskela, Tuomas & Ilkka Kunnamo. "Digitaaliset työkalut yleislääkärin tukena." (2021). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202201171354>

Kristillisdemokraattien ALUEVAALIOHJELMA, <https://www.kdpuolue.fi/kd/files/2021/10/KDaluevaaliohjelma2022.pdf>, avattu 1.8.2022

Kuisma, Markku & Sanna Hoppu. "Ensihoidon tehtäväkenttä on muuttunut" Duodecim 138.15 (2022): 1273-4

Kuusela, Maisa. "Yleislääkärin vastaanottotapahtuma-näkökulmia laatuun." (2014). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5688-3>

Kuusinen-Laukkala A ym. "Perhelääkäreitä tarvitaan sote-keskuksessa" Yleislääkäri 37.2 (2022): 36-40.

Kyytsönen, Maiju, et al. "Tietojärjestelmät sairaanhoitajien työn tukena eri toimintaympäristöissä: kokemuksia tuotemerkeittäin." (2020). <https://erepo.uef.fi/handle/123456789/8847>

Kärkkäinen, J. "Löytyykö perusterveydenhuollon kriisiin ratkaisu perhelääkärimalista?." (2018).

Kärkkäinen, Maj-Lis. Työnohjaus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa: laadullinen haastattelututkimus. Diss. Itä-Suomen yliopisto, 2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1180-3>

Laine, Iina & Sari Ylinen. "Itseohjautuvan, moniammatillisen asiantuntijatiimin lähijohdaminen ja kehittäminen: perusterveydenhuollon vastaanotto toiminta." (2021). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021112120839>

Laki kuntajaosta (73/1977). <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/1977/19770073>

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007). <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920734>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (677/1982). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1992/19920733>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Larivaara, Pekka, et al. "Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto." Helsinki: Duodecim (2009).

Lastumäki, Outi. "Lääkäri-hoitajatyöparimalli Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolla." (2013). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201305189372>

Lee J, Choi E, Choo E, Linda S, Jang EJ, Lee IH. Relationship between continuity of care and clinical outcomes in patients with dyslipidemia in Korea: a real world claims database study. Sci Rep. 2022 Feb 23;12(1):3062.

Lehto, Jenna. Eriarvoisuus somaattisten terveysten palvelujen käytössä ja saatavuudessa, kandidaatintutkielma (2020). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202005044894>

Lehto, Juhani. "Mitä perusterveydenhuolto potee?." Julkisen ja yksityisen rajalla: julkisen palvelun muutos (2012). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201406091693>

Lepistö, Janette. Potilaan hakeutuminen toistuvasti päivystyspoliklinikalle : Systemaattinen kirjallisuuskatsaus (2022). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202203122492>

Lindström, Elina. Terveystenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003.

Lääkintöhallitus. Perhelääkäri- ja -terveydenhoitajaprojekti: perhelääkäri- ja -terveydenhoitajakokeilun vaikutuksia hoidon jatkuvuuteen, palvelujen käyttöön ja saatavuuteen ja äestön tyytyväisyyteen arvioiva raportti. 2.: Valtion painatuskeskus (1985).

Lääkärilehti 2018 "Omalääkäri on hoidon jatkuvuuden tae". 73.46 (2018): 2703

Lääkärilehti 2019a "Terveystasema toimii ilman ajanvarausta" Lääkärilehti 74.36 (2019): 1931-1933

Lääkärilehti 2019b " Nyt tarvitaan kokeneita yleislääkäreitä ja hoidon jatkuvuutta". Lääkärilehti 74.32 (2019): 1681

Lääkärilehti 2021 "Jatkuvuuden ylistys" Lääkärilehden verkkokommentti. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/verkkokommentti/jatkuvuuden-ylistys/>, avattu 13.8.2022

Lääkäriliitto 2016. "Lääkärit Suomessa Physicians in Finland" https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/ll16_tilasto2016_net1_170114.pdf avattu 11.8.2022

Lääkäriliitto 2019 " PERUSTERVEYDENHUOLLON PELASTAMINEN." https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/13379/perusterveydenhuollon_pelastaminen_laaja.pdf , avattu 13.8.2022

Lääkäriliitto. Suomi palautettava eurooppalaisten hyvinvointivaltioiden joukkoon nostamalla terveydenhuollon rahoitusta. 19.1.2022. <https://www.stinfo.fi/tiedote/suomi-palautettava-eurooppalaisten-hyvinvointivaltioiden-joukkoon-nostamalla-terveydenhuollon-rahoitusta?publisherId=61894012&releaseld=69930021>, avattu 10.8.2022

Lääkäripalveluyritykset ry. "LPY: Yksityisen terveydenhuollon resursseja hyödyntämättä". Tiedote 14.6.2022. <https://www.epressi.com/tiedotteet/terveys/lpy-yksityisen-terveydenhuollon-resursseja-hyodyntamatta.html>, avattu 10.8.2022

Lönqvist, Jouko. "Työnohjauksen mahdollisuudet lääkärin työssä." Duodecim 130.15 (2014): 1551-1557.

Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. Fam Med. 2001 Jan;33(1):22-7.

Marmot, Michael. "The health gap: the challenge of an unequal world." The Lancet 386.10011 (2015): 2442-2444.

Manderbacka, Kristiina, et al. Eriarvoisuus somaattisten terveysten palvelujen saatavuudessa. 2019, <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201903016714>

Medi uutiset 2021 "Terveysten keskusten tiimimalli on suistanut lääkäreitä epätoivoon" avattu 11.8.2022

Menec, Verena H., et al. "Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults?." Journal of Health Services Research & Policy 11.4 (2006): 196-201.

Mielenterveyslaki (1116/1990). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveysasetus (1247/1990). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247>

Mikkola, Ilona, et al. "Association of personalised care plans with monitoring and control of clinical outcomes, prescription of medication and utilisation of primary care services in patients with type 2 diabetes: an observational real-world study." Scandinavian journal of primary health care 40.1 (2022): 39-47.

Mikkola, Ilona, et al. "A personalized care plan is positively associated with better clinical outcomes in the Care of Patients with Type 2 diabetes: a cross-sectional real-life study." Canadian journal of diabetes 44.2 (2020): 133-138.

Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021.

Muurinen, Seija & Taina Mäntyranta. "Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa." Toimiva terveyskeskus. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Sosiaali- ja terveysministeriö (2011).

Mäkelä, Marjukka, Åström, M., Bergström, M., & Sainio, S. (1996). Terveyskeskusten alueellinen väestövastuu: Toiminta ja kustannukset 1989-1993.

Mäntyselkä, Pekka, et al. "Access to and continuity of primary medical care of different providers as perceived by the Finnish population." Scandinavian journal of primary health care 25.1 (2007): 27-32.

Niemelä, Heikki. Yhteisvastuuta ja valinnanvapautta: sairausvakuutus 50 vuotta. Kela tutkimusosasto (2014).

Niemelä, Mikko & Arttu Saarinen. "Monimutkaisen järjestelmän hidas muutos-Miten ja miksi valtiosuusjärjestelmää on uudistettu 1970-luvulta lähtien?." Hallinnon tutkimus 27.2 (2008).

Nissinen-Paatsamala Kaisa & Mikko Kangas. "Tuumasta toimeen terveyskeskuksissa!" Suomen Lääkärilehti 59.21-22 (2004): 2215

Nisula, Sara. "Sano aaa niin kuin Apotti-paraneeko tietojärjestelmä vaihtamalla?." Finnanest (2019). <http://hdl.handle.net/10138/302280>

Norful, Allison Andreno, et al. "Nurse practitioner-physician co-management of primary care patients: The promise of a new delivery care model to improve quality of care." Health care management review 44.3 (2019): 235.

Nukari, Helena. Listautumismalli voisi ratkaista monia ongelmia. Suomen Lääkärilehti 32/2007 vsk 62

Nyström, Samu (toim.). "Vapaus, terveys, toveruus: lääkärit Suomessa 1910-2010." (2010).

Nyweide, David J., et al. "Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults." JAMA internal medicine 173.20 (2013): 1879-1885.

Näkki, Kaisa ym. "Lääkärinlausunto ratkaisijan pöydällä" Yleislääkäri 37.4 (2022): 26-29.

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development. Reviews of Health Systems: FINLAND, OECD 2005.

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development. Realising the potential of primary health care. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2020.

OECD, State of Health in the EU, Suomi, Maan terveystilanne 2021. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_fi_finnish.pdf, avattu 10.8.2022

Olaisen RH, Schluchter MD, Flocke SA, Smyth KA, Koroukian SM, Stange KC. "Assessing the Longitudinal Impact of Physician-Patient Relationship on Functional Health". Ann Fam Med 18.5 (2020):422-429.

Ollikainen, Sara. "Hoitajia, onko heitä?." (2022). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202203253978>

Omalääkärijärjestelmän kustannuksia selvittävä työryhmä 1998. "Omalääkärijärjestelmä Tampereella". Tampereen Kaupunki (1998).

Omalääkäriopas. Opas omalääkärijärjestelmän kehittämiseen. päivitetty 2. painos. Kunnallinen työmarkkinalaitos (2009). ISBN 978-962-213-542-1

Oksman, E., R. Kuronen & M. Sisso. "Väli-Suomen POTKU-hankkeen loppuraportti 2010–2012." (2013).

Osler, William. The principles and practice of medicine: designed for the use of practitioners and students of medicine. Vol. 1. D. Appleton, 1910.

Paunio, Pekka. Väestövastuulääkärijärjestelmä Suomessa: väestövastuuvirkaehtosopimus ja terveyskeskuslääkärien työ. Kunnallinen työmarkkinalaitos 1997. ISBN 951-755-019-7

Pekurinen, Markku, et al. "Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet." Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 4 (2011).

Pelkonen, Risto. "Arkkiatri. Yleislääkäri pitää hoidon langat käsissään." *Yleislääkäri* 35.7 (2020): 4-5.

Peltonen, Eija. *Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa*. Kuopion yliopisto, 2009

Pelttari, Hanna & Minna Kaila. "Kiireettömään hoitoon pääsyn selvitys." *Nykytila ja toimenpide-ehdotuksia*. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 27 (2014). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3515-0>

Perusterveydenhuollon kokeilusuunnitelmatyöryhmä. *Perusterveydenhuollon kokeilusuunnitelmatyöryhmän muistio: Omalääkärikokeilusuunnitelma*. Sosiaali- ja terveysministeriö (1982).

Perussuomalainen sosiaalipolitiikka. https://www.perussuomalaiset.fi/wp-content/uploads/2019/02/PS_sosiaalipoliittinen-ohjelma_2019.pdf, avattu 1.8.2022

Pitkämäki, Timo. "Omalääkärijärjestelmän vaikutukset palveluihin". *Suomen lääkäri* (2000) 55.39:3955-3958

Portaankorva ML ja Frank J (2020). *Työnohjaus*. Kirjassa *Yleislääketieteen perusteet* (toim. Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P, Kosunen E, Mäntyselkä P ja Saloheikki P). Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: *Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta*. 10 Dec. 2019, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-808-3>

Raivio, Risto, et al. "Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care—a 14-year follow-up questionnaire study." *BMC Family Practice* 15.1 (2014): 1-7. <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-98>

Raivio, Risto. "Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa." *Yleislääkäri* 35.7 (2020): 17-19.

Raivio R. *Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa*. Tutkimus Tampereen yliopistolaisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis*: 1688, Tampere University Press, 2016.

Raivio, Risto, Doris Holmberg-Marttila & Kari J. Mattila. "Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey." *British Journal of General Practice* 64.627 (2014): e657-e663.

Raivio, Risto. "Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa." *Duodecim* 133.17 (2017): 1563-1569.

Raivio, Risto, Doris Holmberg-Marttila & Kari Mattila. "Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa on tahdon asia." *Suomen Lääkärilehti* 70.39 (2015): 2521-2527d.

Raivio, Risto, Eija Paavilainen & Kari J. Mattila. "Continuity of nursing care in Finnish primary health care settings: a 15-year follow-up." (2019).

Reddy, Ashok, et al. "Association between continuity and team-based care and health care utilization: An observational study of Medicare-eligible veterans in VA patient aligned care team." *Health services research* 53 (2018): 5201-5218.

Rice, Nigel & Peter Smith. *Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey*. The Centre for Health Economics: University of York, 1999.

Ridd, Matthew J., et al. "Patient-doctor depth-of-relationship scale: development and validation." *The Annals of Family Medicine* 9.6 (2011): 538-545.

Rieki M, Vatjus R, Vähäsarja M, Timonen M. GP-koulutusta Pohjoiseen tapaan. *Yleislääkäri*. 2022;37(2):31-3.

Romaire, Melissa A., et al. "Primary care and specialty providers: an assessment of continuity of care, utilization, and expenditures." *Medical care* 52.12 (2014): 1042-1049.

Romano, Max J., Jodi B. Segal & Craig Evan Pollack. "The association between continuity of care and the overuse of medical procedures." *JAMA internal medicine* 175.7 (2015): 1148-1154.

Ruskoaho J. Terveyskeskusten lääkäritilanne 3.10.2012 (http://www.laakari-liitto.fi/site/assets/files/1268/terveyskeskusten_laakaritilanne_2012_tulokset.pdf), viitattu Kuusela 2014.

Ryynänen, O. P., Kinnunen, J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J., & Kuusi, O. (2004). Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. Skenaariot ja strategiat palvelujärjestelmän turvaamiseksi. https://www.parliament.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/ekj_8+2004.pdf

Saarimaa, Tuukka, and Janne Tukiainen. "PARAS-hankkeen aikana toteutettujen kuntaliitosten vaikutukset." *Kansantaloudellinen aikakauskirja*, 114.2 (2018). http://www.taloustieteellinenyhdistys.fi/wp-content/uploads/2018/05/KAK_2_2018_WEB-90-105.pdf, avattu 14.8.2022

Saastamoinen, Peppiina, et al. "Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä ovat parantuneet hieman." *Suomen lääkärilehti* (2018) 73:1814–9

Salin, O. & Juujärvi, S. "Happy or not happy? Hoitajien kamppailua palvelukulttuurin paineessa." *Yhteiskuntapolitiikka* 84.4 (2019): 416–424. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091828763>

Salisbury, Chris, Mairead Murphy & Polly Duncan. "The impact of digital-first consultations on workload in general practice: modeling study." *Journal of medical Internet research* 22.6 (2020): e18203.

Sandvik, Hogne, et al. "Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway." *British Journal of General Practice* 72.715 (2022): e84–e90.

Sariola, Suvi. "Selvitysmies Jorma Back: Norjan malli ei ole todellista yrittäjyyttä." *Suomen Lääkärilehti* 59.23 (2004): 2338–2339.

Seaton, Natasha, et al. "Mental health outcomes in patients with a long-term condition: analysis of an Improving Access to Psychological Therapies service." *BJPsych Open* 8.4 (2022).

Seilo, Noora, Tuomas Koskela, Juhani Jääskeläinenym. Pirkkalan malli – Työparityöskentelyä ja potilaiden listautumista soveltava toimintatapa terveyskeskuksissa. *Suomen Lääkärilehti* (2010) 65.36:2861–2866

Seppänen, Anne. Lääkärien Apotti-kanteluun karttuu allekirjoituksia. *Lääkärilehti*. Verkkojulkaisu 10.8.2022. <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/laakarien-apotti-kanteluun-karttuu-allekirjoituksia/>, vierailtu 13.8.2022

- Shin, Dong Wook, et al. "Impact of continuity of care on mortality and health care costs: a nationwide cohort study in Korea." *The Annals of Family Medicine* 12.6 (2014): 534-541.
- Sinervo, Timo, Liina-Kaisa Tynkkynen & Tuulikki Vehko. "Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä." (2016). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9>
- Sjönell, Göran. *Husläkarfallet. Liber utbildning/Almqvist & Wiksell medicin* (1994).
- Skarshaug, Lena Janita, et al. "How does general practitioner discontinuity affect healthcare utilisation? An observational cohort study of 2.4 million Norwegians 2007–2017." *BMJ open* 11.2 (2021): e042391.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011).
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>
- Stavdal, Anna. "Hyper-specialized health services need super-generalists | Anna Stavdal | TEDxUniversityofLuxembourg." YouTube, uploaded by TEDx Talks, 30.1.2020, <https://www.youtube.com/watch?v=-JVqIbGsZqs>
- STM 1983. Työnohjaustyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö (1983)
- STM 2010. Toimiva Terveyskeskus Vahvistaa Perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010.
- STM 2012. Sosiaali- ja Terveysterveystenhuollon Kansallisen Kehittämishjelman (KASTE) 2008-2011 Arviointi: Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012.
- STM 2016a. Kallinen, Salme. "Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisselma KASTE 2012–2015-Loppuraportti." (2016).
- STM 2016b. Sosiaali- ja terveysministeriö. Hoidon saatavuuden määrääjat ja muutostarpeet. Alatyöryhmän muistio (2016). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3854-0>
- STM 2022. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026 (2022) <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>

Suomela, Tuuli, ja Ismo Linnosmaa. "Rekisteritietoa seurantaan: 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa." Lääkärilehti 75.35 (2021):1691-1700.

Suomen Lääkärilehti 1992 "Lama ja kateus eivät kaada omalääkärijärjestelmää." Suomen Lääkärilehti 47.31 (1992): 2943

Suomen Lääkärilehti 1999 "Vastine H. Tapio Hanhelan kirjoitukseen Haitat ja mahdolliset edut" Suomen Lääkärilehti 54.22-23 (1999): 2705

Suomen Lääkärilehti 2000 "Väestövastuulääkärien lisäviroista kiista Oulussa" Suomen Lääkärilehti 55.41 (2000): 4122-4124

Suomen Lääkärilehti 2003a "Väestövastuujärjestelmän ongelmat" Suomen Lääkärilehti 58.34 (2003): 3346-3347

Suomen Lääkärilehti 2003b "Tarvitaanko koulu- ja neuvolalääkäreitä?" Suomen Lääkärilehti 58.46 (2003): 4739

Suomen Lääkärilehti 2003c "Väestövastuujärjestelmä ei toimi käytännössä" Suomen Lääkärilehti 58.49-50 (2003): 5094-5095

Suomen Lääkärilehti 2006 "Suomen Lääkäriliiton valtuuskunta perusterveydenhuollosta: Listautumismallilla terveyskeskukset toimiviksi" Suomen Lääkärilehti 61.49-50 (2006): 5244

Suomen Lääkärilehti 2007 "Ratkaisevatko uudet yrittäjyyteen perustuvat toimintamallit perusterveydenhuoltommetulevaisuuden? Suomen Lääkärilehti 62.4 (2007): 317-319

Suomen Lääkärilehti 2010" Työparityö muuttaa terveyskeskuksia" Suomen Lääkärilehti 65.42 (2010): 3387-3388

Suomen Psykologiliitto ry:n lausunto 10.6.2022 Hallituksen esitykseen mielenterveys- ja päihdepalveluja koskevan lainsäädännön uudistamisesta. <https://www.lausuntopalvelu.fi> , Lausuntopyynnön diaarinumero: VN/23566/2021

Suomen ruotsalaisen kansanpuolueen (RKP) puolueohjelma, <https://sfp.fi/fi/poliitikka/paatokset-ja-poliittiset-ohjelmat/puolueohjelma/>, avattu 1.8.2022

Suomen Sosialidemokraattinen puolue. Ratkaisuja kestävään tulevaisuuteen. Poliittinen ohjelma. https://sdp.fi/wp-content/uploads/2020/08/Poliittinen_ohjelma_pk2020.pdf, avattu 1.8.2022

Suomen yleislääketieteen yhdistyksen lausunto Hallituksen lakiesitykseen perusterveydenhuollon hoitotakuun muutoksesta (HE 74/2022) 16.6.2022. Saatavissa Eduskunnasta <https://www.eduskunta.fi>, josta Asian käsittelytiedot HE 74/2022 vp

Suomi. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö (2002).

Surakka lina, Satu Pitkänen. "Hoitaja-lääkäri työpari: Hoitotyöntekijöiden ajatuksia ja odotuksia työparimallin toimivuudesta vastaanottoiminnassa." (2009). <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200905203002>

Syrjä, Vesa, Laura Parviainen, Anu Niemi. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 : Vastaanottoiminnan käytännöt. THL (2020). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-475-2>

Tanninen, Hannu & Matti Tuomala. "Nousu 1990-luvun alun lamasta. Talouspolitiikan menestystarina vai onnekas sattuma?" (2013).

Tarrant, Carolyn, Tim Stokes & Richard Baker. "Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey." The British Journal of General Practice 53.495 (2003): 798.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010). <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>, avattu 13.8.2022

Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2019: Terveydenhuollon menot kasvoivat kaikissa suurissa toiminnoissa. THL Tilastoraportti 15/2021. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021052131001>

Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositus "Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa" 1.11.2018. <https://palveluvalikoima.fi/psykoterapiat-ja-muut-psykososiaaliset-hoito-ja-kuntoutusmenetelmat-mielenterveys-ja-paihdehairioiden-hoidossa>, vierailtu 9.8.2022

Terveydenhuolto Suomessa. 2013, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3389-7>

Terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunta. Terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö (1979).

THL 2021. ” Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2019 : Terveydenhuollon menot kasvoivat kaikissa suurissa toiminnoissa” https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/142578/Tr15_21.pdf?sequence=5&isAllowed=y avattu 11.8.2022

Toikkanen, Ulla. ”Lääkärien työstressi on kasvanut” Lääkärilehti (2022). <https://www.laakarilehti.fi/kliininen-tyo/laakarien-tyostressi-on-kasvanut/?public=9b24efd6b8db1c61361cc32b529344b4>, vierailtu 10.8.2022

Torppa, Auri Martina. "Clinical supervision among medical students and general practitioners." (2017), <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-3880-4>

Tuomola Seppo, et al. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. Arviointiselvitys vuosina 2002-2007 toteutetusta Kansallisesta terveyshankkeesta. Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504227171>

Tusa, Nina, et al. "Randomized controlled study of the impact of a participatory patient care plan among primary care patients with common chronic diseases: a one-year follow-up study." BMC Health Services Research 21.1 (2021): 1-12.

Tylee, André & Paul Gandhi. "The importance of somatic symptoms in depression in primary care." Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry 7.4 (2005): 167.

Työterveyshuoltolaki (743/1978). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1978/19780743>

Vainio, Sara. Nuori lääkäri avautui uuvuttavasta työstään ja sai aikaan vastausten tulvan: ”Haluan, että ihmiset ymmärtävät, miksi lääkärit eivät jää terveyskeskuksiin” Helsingin Sanomat 20.10.2019. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006279162.html>, avattu 30.6.2022.

Vainiomäki, P., et al. "Ohjauksessa osaamista, oivallusta ja onnistumisen iloa—Opas yleislääketieteen erikoistumiseen." Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (2013). https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2015/11/ohjauksessa_osaamista_oivallusta_onnistumisen_iloa.pdf, avattu 13.8.2022

Vainiomäki, Paula, Sari Pitkänen, Markku Kero ja Merja Ellilä.” Terveyskeskuksissa opitaan ja kehitytään” Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin julkaisuja, sarjaB/nro

- 1/2015. (2015) ISBN 978-952-5142-32-9 (pdf). <https://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/julkaisut/Documents/B-nro-01-2015.pdf>, avattu 13.8.2022
- Van Loenen, Tessa, et al. "Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review." *Family practice* 31.5 (2014): 502-516.
- Van Walraven, Carl, et al. "The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review." *Journal of evaluation in clinical practice* 16.5 (2010): 947-956.
- Varmavuori M. Pitkät Kela-terapiat uhkaavat loppua, kun sote-palveluiden rahoitusta kanavoidaan uudelleen. *Helsingin Sanomat* 6.4.2022. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000008721885.html>, avattu 9.8.2022
- Vasemmistoliiton tavoiteohjelma 2022-2025, https://vasemmisto.fi/wp-content/uploads/2022/06/tavoiteohjelma_A4.pdf, avattu 1.8.2022
- Vehko, Tuulikki, et al. "Miten tietojärjestelmät palvelevat terveydenhuollon ammattilaisten työtä? Vaikutukset työhön ja työhyvinvointiin: Digityö ja stressi-hankkeen loppuraportti." (2019). <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-279-6>
- Vehviläinen, Arto, et al. "Lääkärien arviot terveyskeskusten toimivuudesta." *Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus*(2002): 5063-5067.
- Vihreä sosiaali- ja terveystoiminnan ohjelma. <https://www.vihreat.fi/ohjelmat/sote-ohjelma/>, avattu 1.8.2022
- Vohlonen, Ilkka. "Sosiaali- ja terveysministeriön omalääkärikokeilu." Tutkimuksen aineisto, tulokset ja johtopäätökset. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 50 (1989).
- von Bültzingslöwen, Inger, et al. "Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations." *Family practice* 23.2 (2006): 210-219.
- Voutilainen, Seppo, et al. "Hoidon jatkuvuus väheni tuntuvasti Oulun kaupungin perusterveydenhuollossa 1997-2012." *Suomen Lääkärilehti* 70.39 (2015): 2529-2533a.
- Voutilainen ym., 1997. "Yleissuunnitelma väestövastuiseen omalääkärijärjestelmään siirtymisestä". (Oulun Kaupunki Sosiaali- ja Terveystoimi) (1997).

Vuorilehto, Maria, Tarja Melartin & Erkki Isometsä. "Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid." *Psychological medicine* 35.5 (2005): 673-682.

Vuorma, Sirkku & Tuomas Koskela. "Väestövastuusta listautumismalliin Vantaalla." *Suomen Lääkärilehti* 67.49 (2012): 3665-3671.

Wensing, Michel, Joachim Szecsenyi & Gunter Laux. "Continuity in general practice and hospitalization patterns: an observational study." *BMC family practice* 22.1 (2021): 1-9.

World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Keskimäki, Ilmo, Tynkkynen, Liina-Kaisa, Reissell, Eeva. et al. (2019). Finland: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327538>

World Health Organization (WHO). "Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care." (2021).

World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. No. WHO/HRH/HPN/10.3. World Health Organization (2010).

World Health Organization (WHO, Wim Van Lerberghe (toim.)) The world health report 2008: primary health care: now more than ever. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>

World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe. Health for all policy in Finland (1991).

YEK opinto-opas 2020. Voimassa 1.8.2020 alkaen toistaiseksi. Lääketieteen ammatillinen jatkokoulutus -verkkosivusto. Sivustoa ylläpitävät Helsingin yliopisto, Itä-Suomen yliopisto, Oulun yliopisto, Tampereen yliopisto ja Turun yliopisto. https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammattillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Opinto-opaat/Valtakunnalliset%20opinto-opaat/YEK_Opinto-opas_2020-.pdf, avattu 14.8.2022

Yleislääketieteen perusteet. Kustannus Oy Duodecim (2020).

Yleislääketieteen ydinarvot, NFGP (2022). Julkaistu englanniksi mm. Nordic Federation of General Practice (NFGP). Scand J Prim Health Care 2021;38:4:367, ja suomeksi Yleislääkäri 37.3 (2022): 22-24. <https://edockerfiles.com/582d98b8-ba35-11ec-b4ce-00155d64030a/>, avattu 13.8.2022

