

Hoidon jatkuvuusmalli

Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti

Juha Auvinen, yleislääketieteen professori

Selvitystyöryhmän projektipäällikkö

Oulun yliopisto ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri

Juha.auvinen@oulu.fi



Hoidon jatkuvuusmalli

Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti

Selvityksen ydintulos

- Terveyskeskusten vastaanottotoiminta on potilas-lääkärisuhteen jatkumattomuuden ja aliresursoinnin vuoksi pitkäaikaisessa häiriötilassa, joka on heijastunut muiden terveydenhuollon sektoreiden kasvavina kustannuksina ja ongelmina
- **Näin ei voida enää Suomessa jatkaa** – epäyhdenvertaisuus (laki), toimitaan vastoin vahvaa tieteellistä näyttöä (laki), toiminta ei ole laadukasta (laki) ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset karkaavat käsistä
- Suositukset eivät ole 20 vuoden aikana johtaneet potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden parantumiseen
- Potilaan oikeutta omaan lääkäriin ja hoitajaan tulee vahvistaa muuttamalla lainsäädäntöä samanaikaisesti hoitotakuun tiukentaminen kanssa
- Tarvitaan huomattava määrä lisää lääkäri- ja hoitajavakansseja - kyse ei ole suurista investoinneista suhteessa terveydenhuollon menoihin ja investointi tuottaa moninkertaiset säästöt ja laadun paranemisen

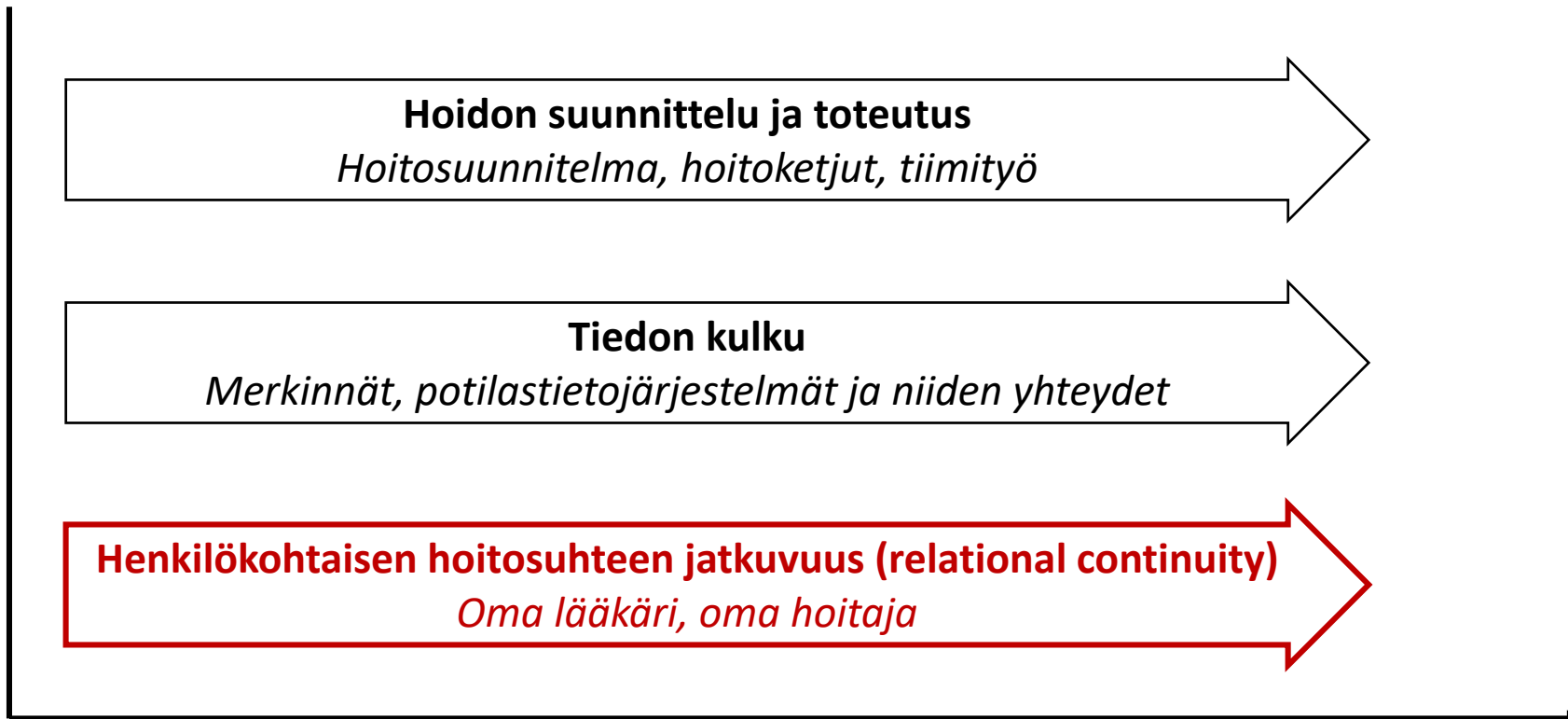
Omalääkäri 2.0 selvityksen tavoitteet

- Arvioida ja kuvata miten uudenlainen omalääkärimalli on mahdollista toteuttaa yhdessä perusterveydenhuollon tiukentuvan 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
- Nimesimme uuden mallin **Hoidon jatkuvuusmalliksi** ja sisällytimme siihen sekä makrotason että mikrotason muutostarpeet

Selvityksen menetelmät

- Selvitys toteutettiin aikavälillä 16.5.2022–15.8.2022
- Selvityksen menetelminä käytettiin
 - Narratiivista ja systemaattista kirjallisuuskatsausta
 - Eri kohderyhmille suunnattuja kyselyjä
 - Kohdennettuja ja valikoituja asiantuntijahaastatteluja
- Selvitystyöryhmä: Pasi Eskola, Waltteri Tuompo, Marianne Riekki, Markku Timonen ja Juha Auvinen

Mitä hoidon jatkuvuudella tarkoitetaan?



Suomen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan historia ja nykytila

Suomen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan historia ja nykytila

- Vuonna 1979 todettiin terveyskeskusten avosairaanhoidon **laadun paranevan hoidon jatkuvuutta ja palvelujen saatavuutta kehittämällä** (STM:n asettama terveyskeskusten avosairaanhoidon kehittämistoimikunta)
- 1980-1990-luvuilla yleislääketieteen perhelääkäri-ideologiaan perustuneet omalääkäri- ja väestövastuukokeilut osoittautuivat onnistuneiksi
- Näytti siltä, että kokeilutoiminnasta kohdatut haasteet olisivat ratkaistavissa, eikä väestövastuujärjestelmien laajemmalle leviämislle olisi estettä
- Vuoteen 1995 mennessä valtaosa terveyskeskuksista oli siirtynyt väestövastuumalliin

Suomen perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan historia ja nykytila

- Mallit kuitenkin kariutuivat 2000-luvun alussa työn hallitsemattomuuteen, mikä on aiheutunut rakenteellisesta perusterveydenhuollon heikosta resursoinnista, liian suurista vastuuväestöistä ja työsopimusten työajattomuudesta
- Tämän jälkeen kehitystyössä on korostunut hoitoon pääsyn turvaaminen ja moniammatillisuus
- Samalla pysyvien potilas-lääkäri- ja hoitaja-potilassuhteiden turvaaminen on jäänyt toissijaiseksi

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden kehitys Suomessa 1990-luvun lopulta

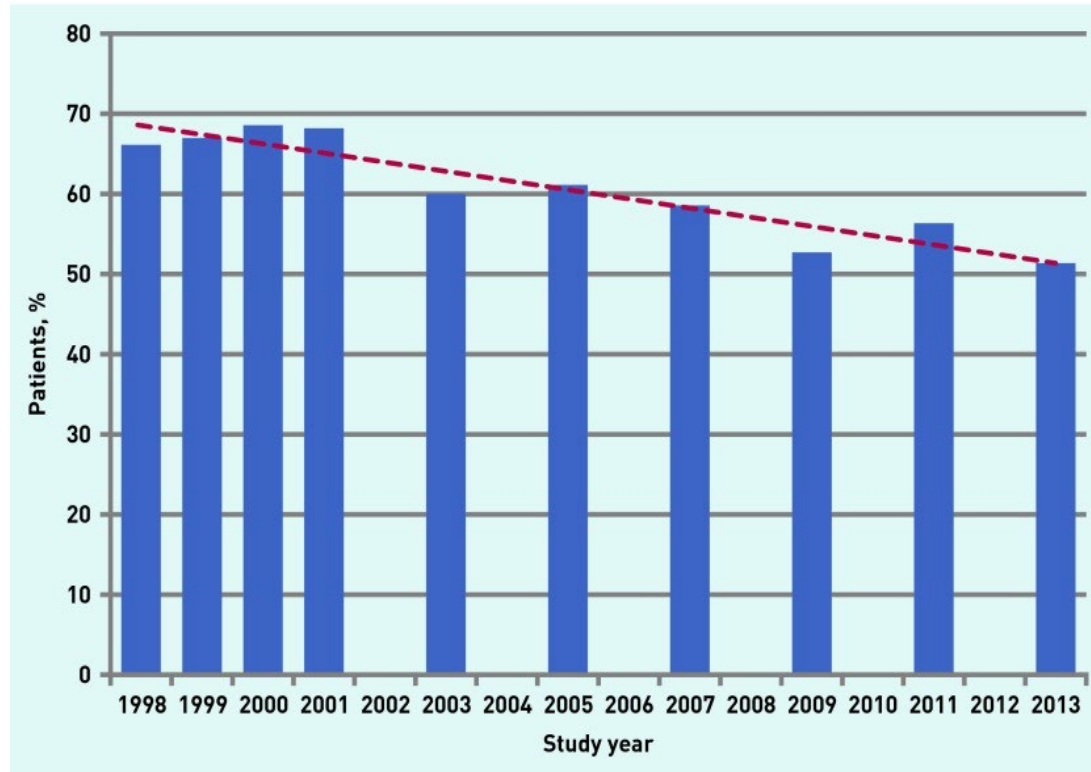


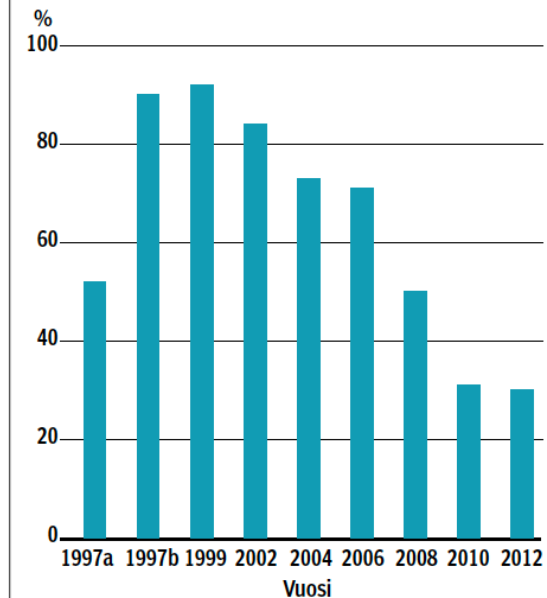
Figure 1. The percentage and trend line of patients who experienced continuity of care because they usually saw the same doctor during the study period. Continuity of care was determined by asking: 'When visiting the health centre, do you usually see the same doctor?'

Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *Br J Gen Pract.* 2014;64(627):e657-e663. doi:10.3399/bjgp14X681841

KUVIO 1.

Niiden potilaiden osuudet (%) vuosittain, jotka ilmoittivat tapaavansa terveyskeskuksessa yleensä saman lääkärin.

Vuonna 1997a alueen potilaat eivät vielä kuuluneet omalääkärijärjestelmän piiriin. Vuonna 1997b potilaat kuuluivat alueeseen, jossa oli otettu samana vuonna käyttöön omalääkärijärjestelmä.



Voutilainen S, Raivio R, Arvonen T, Mattila KJ. Hoidon jatkuvuus väheni tuntuvasti Oulun kaupungin perusterveydenhuollossa 1997-2012. *Suom Lääkäril* 2014;39:2529-33

Hoidon jatkuvuuden mittaaminen ja seuranta (COC-indeksi)

- Kansallinen tilasto julkaistiin Sotkanet-tietokannassa avoimesti saatavilla ensimmäisen kerran kesäkuussa 2022 (<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/5503>)
- Vuonna 2021 koko maan COC-indeksin keskiarvo perusterveydenhuollon kiireettömillä lääkärikäynneillä oli **0.31**, jota voidaan pitää heikkona potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutena
- Alle 10%:ssa kunnista päästään yli 0.5 tasolle ja nämäkin kaikki ovat pieniä kuntia – vrt. Norjassa ollaan n. 0.54-0.57 tasolla

Esimerkkejä (lääkärit A, B, C, D, E, F, G, H)

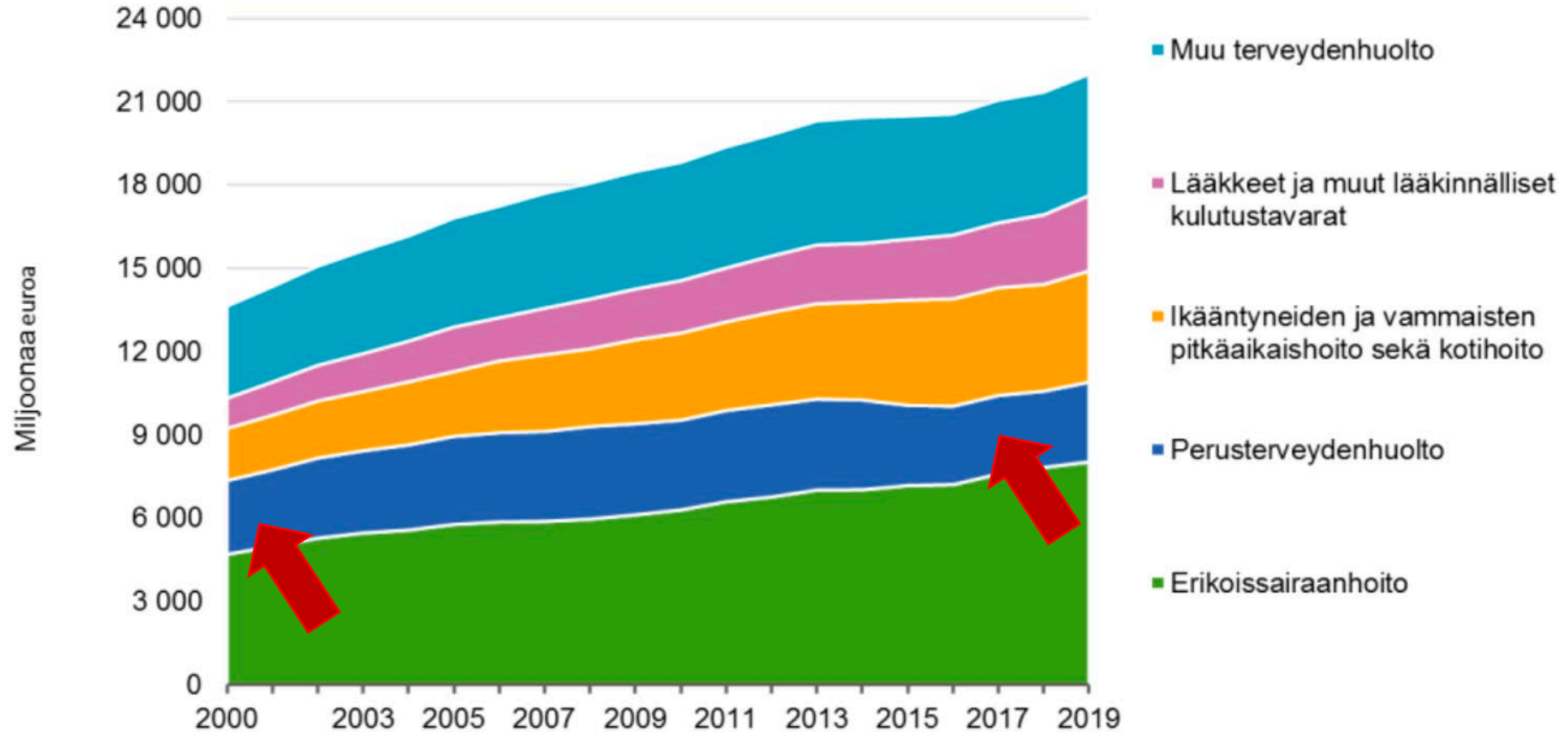
Käynnit lääkärin vastaanotolla:

- AAAAAAAAA, COCI = 1.0
- AAAABAAA, COCI = 0.75
- ABAABAAA, COCI = 0.57
- ABCBAEDA, COCI = 0.14
- ABCDEFGH, COCI = 0

Perusterveydenhuollon lääkäreiden koulutustaso

- Vain 30% perusterveydenhuollon lääkäreistä on yleislääketieteen erikoislääkäreitä
- 70% on pääasiassa nuoria kouluttautumisvaiheessa olevia lääkäreitä, jotka yrittävät parhaansa mukaan suoriutua yleislääketieteen erikoislääkärikoulutusta vaativasta työstä
- Vrt. Sairaaloissa 70% on erikoislääkäreitä, samoin kuin Norjan perusterveydenhuollossa

Kuvio 1. Terveysthuollon menot vuosina 2000–2019 vuoden 2019 hinnoin, miljoonaa euroa



Tieteellinen näyttö hoidon jatkuvuudesta

2000-luvulla kertynyt vahva tieteellinen näyttö osoittaa, että saman yleislääkärin hoitaessa potilasta

- a) Terveysthuollon kokonaiskustannukset ovat pienemmät
- b) Päivystyskäyntien ja ennaltaehkäistävässä olevien sairaalajaksojen määrä on pienempi
- c) Kuolleisuus on vähäisempää
- d) Sairauksien hoitotasapaino on parempi
- e) Liitännäissairauksien ja komplikaatioiden, kuten sepelvaltimotaudin, aivoverenvuotojen, sydäninfarktien riski pienenee
- f) Potilasturvallisuus paranee
- g) Potilastyytyväisyys, potilaan turvallisuuden tunne ja luottamus lääkäriä kohtaan paranevat

Esim. Norjalaistutkimus: potilas-lääkärisuhteen pidentyessä kuolleisuus laskee, päivystyskäyntien ja ennaltaehkäistäväissä olevien sairaalajaksojen määrä on pienenee

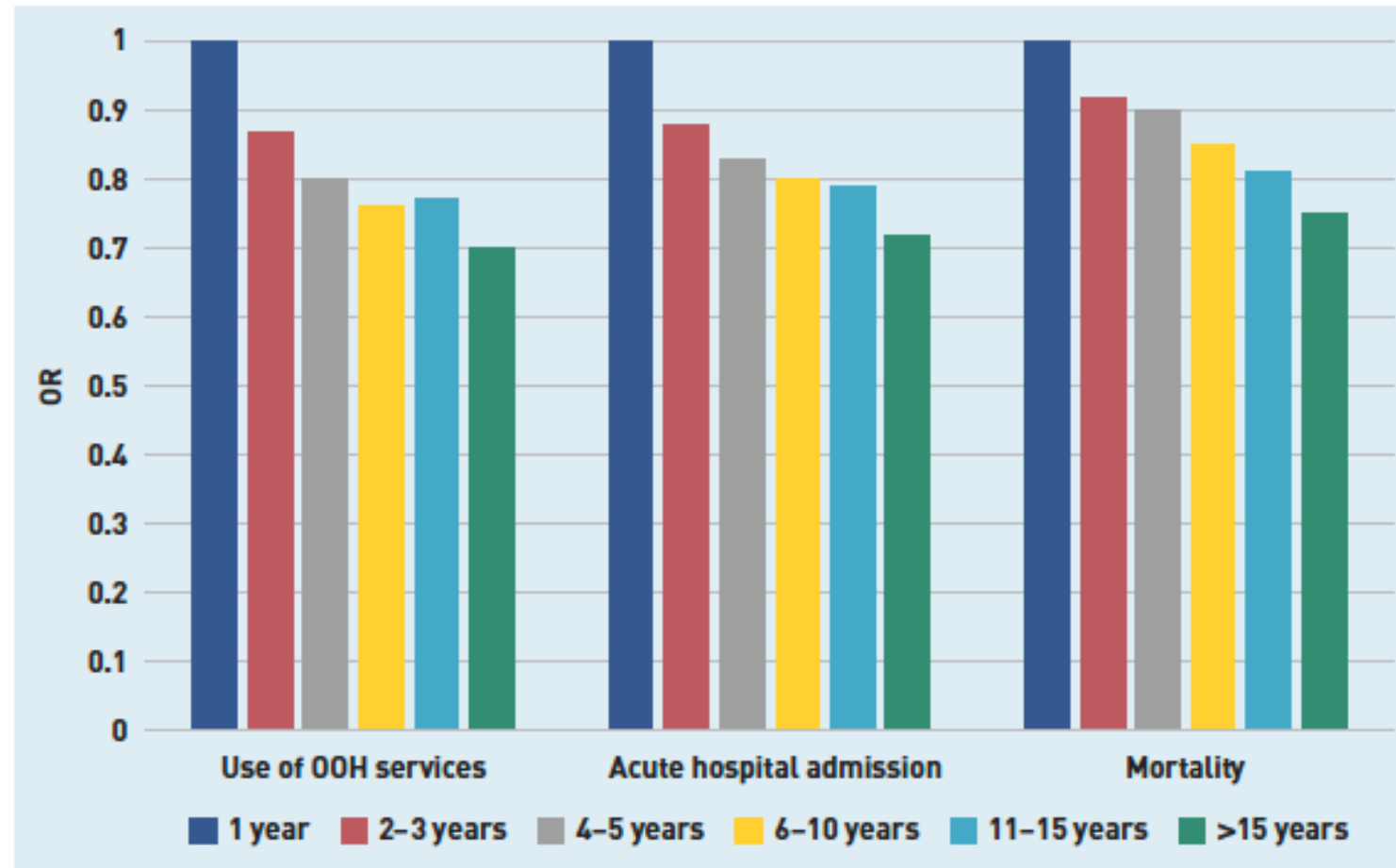


Figure 1. Associations between continuity measured as years with the same RGP and odds for use of OOH services, acute hospital admissions, and mortality during 2018. OOH = out-of-hours. OR = odds ratio.

Hoitosuunnitelma

- Hoitosuunnitelman laatiminen auttaa tiedon kulkuun liittyvän hoidon jatkuvuuden parantamisessa ja sen tulisi perusterveydenhuollossa integroitua osaksi pysyviä potilas-lääkärisuhteita
- Hoitosuunnitelman laatimisella ei voida korvata jatkuvaa potilas-lääkärisuhdetta, eikä saavuttaa sen hyötyjä

Moniammatillisuus ja lääkäri-hoitaja -työparimalli

- Suomalaisen järjestelmän vahvuus kansainvälisestäkin vertaillen on laaja moniammatillisuus
 - Potilaan tarpeiden mukaan hoitoon otetaan mukaan moniammatillisen tiimin muita jäseniä
 - **Moniammatillisella tiimityöllä ei voida kuitenkaan korvata potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyötyjä**
- Omalääkäri-omahoitaja -toimintamalli on osoittautunut toimivaksi
 - Potilaan yhteydenottojen ja hoidon tarpeen arvion ohjaaminen omahoitajalle, omalääkäriä tarvittaessa konsultoiden
 - Hoidon suunnitelmallisuus lisääntyy, toiminta suuntautuu tarkoituksenmukaisemmin ja yhteistyö paranee

Etävastaanotto ja hoidon jatkuvuus

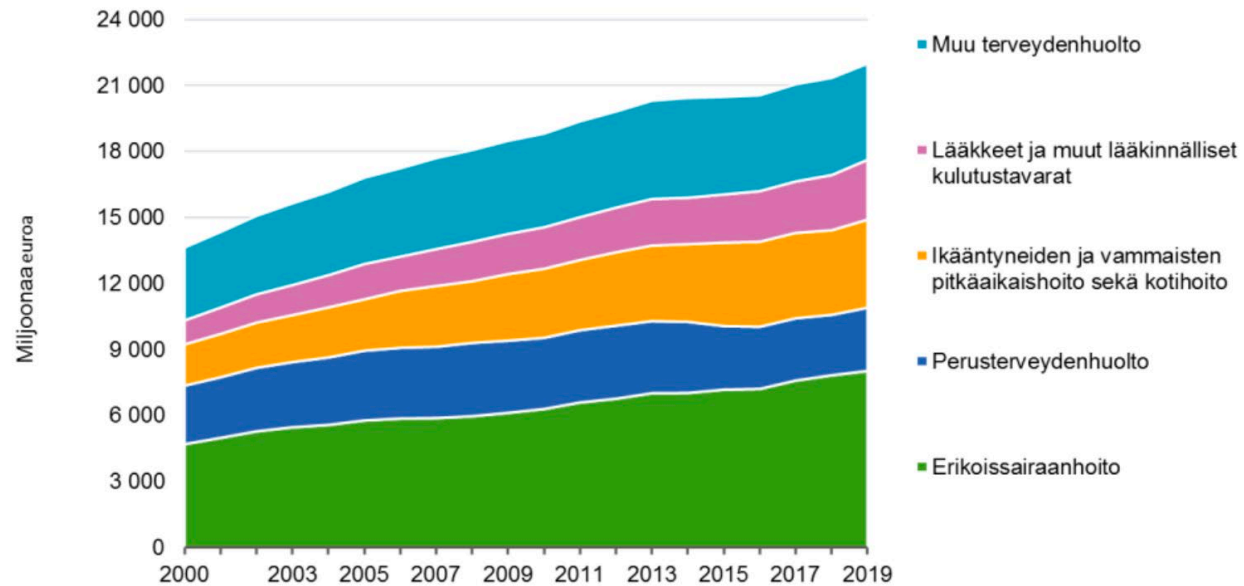
- Keskittämällä etävastaanotot, digitaalinen viestintä ja hoidon tarpeen arvio alueelliseen keskukseseen ja ammattilaisille, jotka eivät tunne potilasta, tullaan kasvattamaan häiriökysyntää ja epätarkoituksenmukaista terveystalveluiden käyttöä
- Etävastaanotto soveltuu terveyskeskuksessa yleislääkärin työssä vain aiemmin tutun potilaan tilanteen seurantaan tilanteessa, jossa seuranta ei vaadi potilaan fyysistä tutkimista

Selvityksen johtopäätökset

Selvityksen johtopäätökset

- **Näin ei voida enää Suomessa jatkaa** – epäyhdenvertaisuus (laki), toimitaan vastoin vahvaa tieteellistä näyttöä (laki), toiminta ei ole laadukasta (laki) ja terveydenhuollon kustannukset ja kuormitus karkaavat käsistä
- Terveyskeskusten vastaanottotoiminta on hoidon jatkumattomuuden ja aliresursoinnin vuoksi kriisissä, joka on heijastunut muiden terveydenhuollon sektoreiden kasvavina kustannuksina ja ongelmina
- Suositukset eivät ole johtaneet potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden parantumiseen - tarvitaan vahvempaa ohjausta
- Hoitotakuun tiukentaminen ilman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta ohjaavaa lainsäädäntöä johtaisi jatkuvuuden edelleen heikentymiseen
- Potilaan oikeutta omaan lääkäriin ja hoitajaan tulee vahvistaa muuttamalla lainsäädäntöä
- Tarvitaan huomattava määrä lisää lääkäri- ja hoitajavakansseja - kyse ei ole suurista investoinneista suhteessa terveydenhuollon menoihin ja investointi tuottaa säästöjä

Kuvio 1. Terveysthuollon menot vuosina 2000–2019 vuoden 2019 hinnoin, miljoonaa euroa



Vuonna 2019 yhteensä 22,0 miljardia €

- Erikoissairaanhoito 8,0 miljardia €
- Perusterveydenhuolto 3,4 miljardia €
 - Pth:n vastaanottotoiminnan lääkärinkustannukset 0,6 miljardia €
 - Esim. 1000 lääkärintehtävän lisäys kustantaisi n. 0,1 miljardia €
 - Vrt. Esh-kustannukset, jotka nousseet 3,4 miljardia 2000-2019

Hoidon jatkuvuusmalli

Hoidon jatkuvuusmalli

- 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

Hoidon jatkuvuusmallin osatekijät ovat:

- a) Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan resurssien vahvistaminen lisäämällä huomattavasti lääkäri- ja hoitajavakansseja
- b) Nykyistä voimakkaampi valtakunnallinen ohjaus ja sääntely suhteessa hoitosuhteen jatkuvuuteen - potilaan oikeutta omaan lääkäriin ja hoitajaan tulee vahvistaa muuttamalla lainsäädäntöä
- c) Toiminnan ja siinä tehtävien hoidon jatkuvuutta parantavien muutosten johtaminen ja systemaattinen seuraaminen sekä hyvinvointialueen että terveysasemien tasolla
- d) Potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuutta koskevan tieteellisen näytön mukainen toiminta
- e) Suurten terveysasemien väestön jakaminen moniammatillisille tiimeille ja tiimien sisällä pysyvässä työsuhteessa oleville omalääkäreille ja omahoitajille

Hoidon jatkuvuusmallin osatekijät ovat:

- f) Potilaan kiireettömien yhteydenottojen ja hoidon tarpeen arvion ohjaaminen omaan tiimiin ja omalle hoitajalle
- g) Aiempien pitkien hoitosuhteiden ja työntekijöiden erityisosaamisen huomioiminen
- h) Ammatillisesta jatko- ja täydennyskoulutuksesta huolehtiminen ja koulutusvaiheessa olevien lääkäreiden töiden organisoiminen potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta palvelevasti
- i) Yleislääketieteen erikoislääkäreiden osuuden nostaminen 2/3 tasolle terveyskeskusten lääkäreistä
- j) Työssäjaksamisen tukeminen vastuuväestön riittävän pienellä koolla, työajan hallinnalla, riittäväillä sijaistuksilla ja työnohjauksella