

Löytyykö perusterveydenhuollon kriisiin ratkaisu perhelääkärimallista?

Suomen perusterveydenhuoltojärjestelmä on kehittynyt 1960-luvun kunnanlääkärikeskeisyydestä heikosti koordinoituksi ja toimimattomaksi terveyskeskusmammutiksi, jota nyt sote-uudistuksen hengessä ollaan romuttamassa. Millainen olisi palvelun käyttäjän kannalta ideaalinen toimintamalli? Miksi kukaan ei ole tosissaan ehdottanut Suomeen perhelääkärimallia, jota on kokeiltu hyvin tuloksin monissa Euroopan maissa. Mikä on vinouttanut suomalaisen perusterveydenhuoltokulttuurin nykyiseen? Miksi Suomessa haikaillaan suurien toimijoiden hallitsemaan palvelumalliin? Onko ainoastaan suuri kaunista perusterveydenhuoltokakun jaossa vai voidaanko myös pienet palvelun tarjoajat huomioida tulevassa sote-uudistuksessa kehittämällä toimiva perhelääkärimalli?

Edellisessä OPTIMI- uutiskirjeessä 19.12.2017 pohdittiin, sopiiko Suomeen Hollannin kaltainen yksityiseen ammatinharjoittamiseen perustuva perhelääkärimalli (1). Seuraavassa aihetta tarkastellaan myös Suomen terveydenhuollon historiallisen kehityksen valossa.

Hollannin ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmät ovat kehittyneet erilaisiksi. Hollannissa on vahva perhelääkäri-instituutio järjestelmän perustana. Sairausvakuutuksella rahoitettu terveydenhuolto ei sisällä rinnakkaisia julkisen, yksityisen ja työterveyshuollon järjestelmiä kuten Suomessa. Hollannissa perhelääkärit tuottavat palvelun, joka on väestölle nopeasti saatavilla, tasa-arvoinen ja maksuton. Suomessa terveyskeskuksen asema on jäänyt heikoksi ja aliresursoituksi, lääkäreistä on pulaa ja jonotusajat ovat usein pitkiä. Kehityksen seurauksena työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ovat laajentuneet voimakkaasti ja tarjoavat tällä hetkellä noin 1,4 miljoonalle työntekijälle maksuttoman yleislääkäri- ja osalle myös erikoislääkäripalvelun. Lisäksi noin 1,2 miljoonalla suomalaisella on yksityinen sairauskuluvakuutus.

Aikoinaan kunnanlääkärit, oman aikansa ”perhelääkärit” tuottivat potilaille yksityisinä ammatinharjoittajina sairaanhoidon palveluja ja vastasivat lisäksi virkatehtävinä alueensa ehkäisevistä palveluista, esimerkkinä koulu- ja neuvolaterveydenhuollosta. Kunnanlääkäreiden lisäksi kättilöt ja terveystalot toimivat kunnissa, joihin perustettiin terveystaloja heidän ja lääkäreiden yhteisvastaanottoiloiksi ja myös kunnansairaaloita. Kunnanlääkärijärjestelmä lakkautettiin vuoden 1972 kansanterveyslailla, ja Suomeen

rakennettiin terveyskeskusjärjestelmä. Lisäksi terveyskeskuksia kehitettiin 1980-luvulta alkaen omalääkäri- ja väestövastuutoimintamallin mukaisiksi tavoitteena pitkäjänteiset potilas-lääkärisuhteet.

Kela toteutti vuosina 1985-1993 omalääkärikokeilun neljässä kaupungissa, Helsinki, Tampere, Turku ja Lahti. Kokeiluun osallistui 40 000 asukasta ja 17 yksityistä ammatinharjoittajalääkäriä, ja tulokset olivat hyviä (2). Verrattuna tavalliseen terveyskeskukseen hoitoon pääsy ja hoitosuhteen jatkuvuus paranivat, potilaat olivat tyytyväisempiä palveluihinsa kuin vertailuväestö ja palvelujen käyttö lisääntyivät varsinkin eniten hoitoa tarvitsevilla. Kokeilun välittömät kustannukset olivat samaa tasoa kuin terveyskeskuksissa ja kokonaiskulut mukaan lukien lähetteet ja sairaanhoitopäivät selvästi alhaisemmat kuin terveyskeskuksissa. Uudistus ei edennyt kokeilua pidemmälle, koska poliittista tahtoa ei löytynyt.

Miksi perhelääkärimalli ei kehittynyt Suomessa kuten monissa Länsi-Euroopan maissa (esim. Belgia, Hollanti, Iso-Britannia, Norja, Ranska, Ruotsi, Saksa, Tanska jne.), joissa perhelääkärit edelleen muodostavat terveydenhuoltojärjestelmän perustan? Suomessa kehitystä ohjasi 1950-luvulta alkaen voimistuva keskussairaalahjärjestelmä (maakunnalliset keskussairaalakuntayhtymät, 1990-luvulta sairaanhoitopiirit), jonka tuloksena Suomeen on rakentunut verraten hyvin toimiva ja kustannustehokas erikoissairaanhoitojärjestelmä. Pirstoutunut terveyskeskusjärjestelmä ei kyennyt vastaavaan kehitykseen. Erityisesti valtion ohjauksen heikentyminen 1990-luvun alun valtionosuusuudistuksesta alkaen aiheutti sen, että terveyskeskusten kehittäminen ja resursointi jäi jälkeen erikoissairaanhoidosta. Suomeen ei koskaan kehittynyt perhelääkäri- tai yleislääkäri-instituutiota, joka olisi kyennyt vahvistamaan erikoissairaanhoitokeskeisessä järjestelmässä, jota ovat myös tukeneet ammatilliset intressit ja erikoissairaalakeskeinen lääkärikoulutus.

Sote-uudistuksen keskeinen tavoite on vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Uuteen sote-järjestelmään tulee varmistaa riittävän hyvin resursoitu ja myös pitkäjänteisiin potilas-lääkärisuhteisiin kykenevä perusterveydenhuoltomalli. Vahvaan yleislääkäriosaamiseen perustuva terveydenhuolto on myös edellytys hyvin toimivalle kokonaisuudelle. Yliopistojen lääketieteellisiin tiedekuntiin tarvitaan myös hyvin resursoidut yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon yksiköt tuottamaan perus- ja täydennyskoulutusta ja tutkimusta tukemaan perusterveydenhuollon kehittämistä ja vahvistamista.



Jukka Kärkkäinen
ylilääkäri
Reformit, THL
etunimi.sukunimi@thl.fi

Lisää tietoa:

- (1) Kärkkäinen J. [Mallia Hollannin terveydenhuoltojärjestelmästä](#). OPTIMI 4/2017.
- (2) [Yksityislääkärit omalääkäreinä](#). Kansaneläkelaitoksen tutkimuksia 39, 1998.