



Järjestelmän potilas ei voi hyvin

Sote-uudistus, siihen liittyvä kriisiviestintä ja poliittis-ideologinen lainsäädäntötempoilu on siirtänyt huomion ihmisten terveyden- ja sairaanhoidosta palvelujärjestelmään ja sen ongelmiin. Hoidamme nyt erilaisia jonoja, ja toiminnan tulosten seurannassa käytämme määräaikoja. Hoidon vaikuttavuudesta puhutaan (onneksi), mutta sen mitaamiseen on käytettävissä vain vähän työkaluja. Potilaasta on tullut järjestelmän rattaissa välttämätön paha, häiriötekijä, ja käytämme valtavasti aikaa ja voimavaroja potilaiden torjumiseen. Yleislääketieteen professorin Päivi Korhosen sanoin ”olemme luoneet kaiken maailman vippaskonstein potilaan torjuntajärjestelmän” (2). Puheet potilaslähtöisyydestä ovat jääneet pölyttymään seminaarisalien nurkkiin, ja organisaatiolähtöinen toimintakulttuuri elää hyvinvointialueilla uutta kukoistuskauttaan.

Työikäinen sai avun pitkittyneeseen poskiontelotulehdukseensa vasta yhdeksännen hoitokontaktin ja lukuisten sairauspoissaolojen jälkeen. Kahden kuukauden ajanjaksoon sisältyi hoidonarviopuheluja, päivystyskäyntejä, etähoitoa ja vastaanottokäyntejä työterveydenhuollossa ja omalla terveysasemalla. Samaan aikaan tarjoamme hoitoja satumanvaraisesti sen mukaan kuin niitä on omassa organisaatiossa tarjolla. Ikäihminen päätyi aivan toisesta syystä tehdyn lähteen seurauksena kaihileikkaukseen, koska niitä sattui olemaan tuolloin saatavilla. Varsinaisen vaiva jäi hoitamatta ja kaihileikkauksessa tuli komplikaatio, mutta tilastoihin saatiin useita toimenpidekirjauksia. Kun perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuu kiristyi, erikoissairaanhoidon alkoi tulla entistä enemmän läheteitä, joiden tekijä ei ollut nähnyt potilaita, saati tutkinut heitä itse. Nuori mies lähetettiin korvatautien poliklinikalle ”videokuvassa näkyvän tumman läikän” vuoksi. Tutkittaessa potilaan nielussa ei ollut mitään poikkeavaa, tumma läikkä paljastui videokameran aiheuttamaksi varjoksi. Järjestelmä on tyytyväinen, kun tilastoihin saadaan suoritekirjauksia. Järjestelmä ei ole kiinnostunut siitä, saiko potilas vaivaansa avun.

Potilaista on tullut järjestelmän potilaita, jolloin konkreettinen hoitovastuu on hämärtynyt. Ei-kenenkään potilaita on myös helppo siirrellä paikasta toiseen. Tämä ei johdu hyvinvointialueista vaan on pitkän kehityskaaren tulos. On totta, että hoidon saatavuus on meillä iso, perustavaa laatua oleva ongelma, joka lisää terveyden eriarvoisuutta. Tilannetta ei helpota se, että järjestelmää on lähdetty korjaamaan

lainsäädännön avulla yksi nurkka kerrallaan ottamatta huomioon kokonaisuutta. Hoidon saatavuuden parantaminen ”vippaskonsteilla”, kuten etähoidolla ja chat-palveluilla, lisää pahimmillaan häiriökysyntää ja kuormittaa lopulta niin avun tarpeessa olevaa potilasta kuin palvelujärjestelmääkin.

Hoidon saatavuutta vielä paljon suurempi ongelma on hoidon jatkuvuuden puute. Pysyvän potilaslääkärisuhteen on osoitettu vähentävän paitsi päivystyskäyntejä myös kuolleisuutta (2). Ehkä emme tarvitsisi perusterveydenhuollon hoitotakuuta, jos lailla säädettäisiin siitä, että jokaisella kansalaisella tulee olla nimettynä oma lääkäri. Jokainen haluaisi olla mieluummin tutun lääkärin kuin kasvottoman järjestelmän potilas. Ja aivan samalla tavalla lääkärin on helpompi hoitaa omia, tuttuja potilaitaan, joiden kanssa ei tarvitse aloittaa aina alusta. Digiasiointikin muuttuu, kun siihen tulee inhimillinen ulottuvuus. On eri asia chatilla tutun lääkärin tai hoitajan kanssa kuin kohdata aina uusi ammattilainen. Pitkäaikainen ja luottamuksellinen hoitosuhde on ensiarvoisen tärkeä myös elämäntapaohjauksen ja ennaltaehkäisevän työn onnistumisen kannalta. Omalääkärijärjestelmä keventäisi myös erikoissairaanhoidon painetta,

kun yleislääkäri ei olisi enää pelkkä lähete-automaatti vaan potilaansa tunteva hoitava lääkäri, joka vastaisi hoidon kokonaisuudesta. Omalääkärijärjestelmä mahdollistaisi paluun lähemmäs lääkärin työn ydintä, toimivaa potilas-lääkärisuhdetta, mikä voisi lisätä

yleislääkärin työn vetovoimaa. Jotta järjestelmä saataisiin toimimaan, vastuuväestön koon pitäisi olla kohtuullinen ja sen hoidosta saatavan korvauksen kilpailukykyinen.

Hoidon jatkuvuuden puute ei ole ainoastaan perusterveydenhuollon ongelma. Myös erikoissairaanhoidossa on siirryttävä jonojen hoidosta ihmisten hoitoon. Potilaan hoito ei voi olla pelkkä tilastotapahtuma, vaan hoidon laadun ja vaikuttavuuden pitäisi nousta kaiken toiminnan keskiöön. Seurannan painopiste tulisi siirtää jonotusajoista hoidon tulosten järjestelmälliseen seurantaan. Se auttaisi kohdentamaan käytettävissä olevat resurssit niihin hoitoihin, jotka hyödyttävät potilaita – myös heidän omasta mielestään.

1. Anni Teppo. ”Olemme luoneet potilaan torjuntajärjestelmän”. Mediutiset 7/2024.

2. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2022;72(715).