

KIRJALLINEN ASiantuntijalausunto

StV@eduskunta.fi

Asia: HE 134/2024 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi terveydenhuoltolain 51 a ja 51 b §:n ja korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain 10 a ja 10 b §:n muuttamisesta

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen asiantuntijalausunto

Esityksen HE 134/2024 vp pääasiallinen sisältö

14 vuorokauden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa luovuttaisiin 23 vuotta täyttäneiden osalta ja hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettaisiin aiempi kolme kuukautta. Vastaavasti myös perusterveydenhuoltoon kuuluvassa suun terveydenhuollossa 23 vuotta täyttäneiden osalta hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettaisiin aiempi kuusi kuukautta. Kaikissa tapauksissa hoitoon tulisi kuitenkin päästä lääketieteelliset seikat ja muu potilaan yksilöllinen tilanne huomioiden kohtuullisessa ajassa. Lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten osalta säilytettäisiin perusterveydenhuollon kiireettömän hoidon hoitotakuun nykysääntely.

Esityksellä tavoitellaan vuodesta 2025 alkaen vähintään 95 miljoonan euron vuosittaisia säästöjä valtion rahoittamassa julkisessa terveydenhuollossa. Lisäksi esityksen tavoitteena on osaltaan turvata henkilöstön riittävyyttä julkisessa terveydenhuollossa sekä mahdollistaa terveydenhuollon järjestäjien nykyistä joustavammin suunnitella terveydenhuollon toimintojaan hoidon ja palvelujärjestelmän kokonaisuus huomioiden.

Lausunto

Tiivistelmä

Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus ei kannata hoitoon pääsyn enimmäisaikojen kasvattamista ehdotetulla tavalla. Ehdotettu muutos toimii vastoin sote-uudistuksen tavoitteita vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja parantaa hoidon porrastusta. Se on myös ristiriidassa hallitusohjelman, palvelureformin ja digitalisaatiostrategian tavoitteiden kanssa. Hoitoon pääsyn hidastaminen ei ratkaise henkilöstöpulaa, eikä se pysyvästi vähennä sote-palvelujen kustannuksia. Hoitoon pääsyn viiveet heijastuvat negatiivisesti väestön terveydentilaan ja toimintakykyyn. Etenkin haavoittuvassa asemassa olevien kohdalla muutos heikentäisi pyrkimystä yhdenvertaisuuteen sekä olisi omiaan vaarantamaan potilasturvallisuutta.

Hoitoon pääsyn viivästyttäminen lisää eriarvoisuutta, heikentää hoitotuloksia ja vaarantaa potilasturvallisuutta

Hoitoon pääsyn viiveet aiheuttavat asiakas- ja potilasturvallisuusriskin kaikille ikäryhmille. Sairauksien ennaltaehkäisy ja riittävän varhainen toteaminen sekä oikea-aikainen ja tarpeenmukainen hoito johtavat pidemmällä aikavälillä sairauksien parempaan hoitotulokseen ja pienempään resurssitarpeeseen kuin pitkittyneet pulmat ja hoitamattomat sairaudet sekä oireiden pahenemisesta aiheutuneet akuutit kiireellistä hoitoa vaativat tilanteet. Hoitoviiveet perusterveydenhuollossa voivat lisätä terveydenhuollon epätarkoituksenmukaista tai hukkakäyttöä, jos se johtaa potilaiden hakeutumiseen päivystykseen tai kiireellisille vastaanottokäynneille kiireettömään hoitoon odottaessa. Osa kiireellisen tai päivystyshoidon tarpeesta syntyy sairauksien edetessä ja vaatiessa välitöntä tutkimusta ja hoitoa.

Hoitoon pääsyn määräaikoja koskien on huomioitava lääketieteelliset erot kiireettömien terveysongelmien hoidon oikea-aikaisuudessa. Tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen. Suomessa on käytössä esimerkiksi Käypä hoito –suosituksia, jotka yhtenäistävät hoitokäytäntöjä. Kiireetön hoidon tarve kohdistuu erilaisiin sairausryhmiin, joissa asianmukaiseen taudinmääritykseen ja hoitoon pääsyyn viiveellä on erilaisia seurauksia. Kolmen tai kuuden kuukauden odotusaikana voi syntyä korjaamattomia seurauksia osassa sairauksia, kun joidenkin sairauksien etenemisen vaikutukset ovat hoidon aloittamisen jälkeen palautuvia.

Lisäksi suun terveydenhuollon viiveisiin liittyy kohonnut suun alueen kroonisten tulehdusten riski, joka on tunnettu tekijä monissa kansanterveyden kannalta keskeisten sairauksien kehittymisessä ja pahenemisessa. Hoitamaton suun terveys voi myös altistaa toimenpidehoitojen komplikaatioille.

Hallituksen esityksessä ei puututa voimassa olevaan säädökseen hoidon tarpeen arvioinnista laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön tekemänä vuorokauden kuluessa. Menettelystä ei ole syytä tinkiä, koska yhteydenotoista osa saattaa liittyä kiireelliseen tai jopa päivystysluonteiseen hoidon tarpeeseen, ja oikeaan hoitopaikkaan ohjaaminen on potilasturvallisuuden näkökulmasta näissä tilanteissa tärkeää. Kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen jopa kolmen kuukauden kesto pääsyssä lääkäriin aiheuttaa riskin potilasturvallisuuden vaarantumiselle. Koska taudinmääritys on ammattihenkilölain mukaan lääkärin tehtävä, muilta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä ei voi edellyttää erotusdiagnostista päättelyä taudin etenemisen nopeudesta. Ehdotettu hoitotakuu enimmäisaikojen pidentäminen voi viivyttää asianmukaista lääketieteellistä taudinmääritystä ja vaarantaa potilaiden terveydentilaa.

Hoitoon pääsyä kuvaavat tilastot osoittavat vaihtelua palvelunjärjestäjien välillä. Hyvinvointialueiden asukkaat ovat jo nyt keskenään eriarvoisessa asemassa suhteessa terveyspalvelujen saatavuuteen. Alueellisen vaihtelun lisäksi hoitoon pääsyn hidastuminen lisää eriarvoisuutta ja kasvattaa terveyseroja kohdistuessaan pääasiassa työterveyshuollon ulkopuolella oleviin ja vaikuttaessaan voimakkaimmin haavoittuviin kansalaisiin. Se asettaa

kansalaisia yhä suurempaan eriarvoisuuteen myös ohjatessaan maksukykyisiä asukkaita pois julkisen sektorin perustason palveluista yksityisen palvelutuotannon pariin, mikä voidaan nähdä myös ohituskaistana perustasoa kalliimpaan erikoissairaanhoidon.

Nopean hoitoon pääsyn tärkeys korostuu lasten ja nuorten kohdalla. Lasten ja nuorten positiivinen erityiskohtelu on perusteltua lapsen edun ensisijaisuuden vuoksi. Hoitoon pääsyn nopeutumisen on aikaisemmin arvioitu parantavan erityisesti mielenterveyden ongelmista ja oireista kärsivien lasten ja heidän perheidensä tilannetta. Lisäksi mm. hallituksen esitys lasten ja nuorten terapiatakuusta edellyttää toteutuakseen lääketieteelliseen arvioon pääsyn kohtuullisessa 14 vrk:n ajassa. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön palveluja käyttävien opiskelijoiden asettaminen eriarvoiseen asemaan syntymäajan perusteella on hankalasti perusteltavissa etenkin, jos pääsy mielenterveyteen kohdistuvissa palveluissa heikkenee.

Vaikka Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskus pitää lasten ja alle 23-vuotiaiden nuorten positiivista erityiskohtelua perusteltuna, se kiinnittää huomiota siihen, että haavoittuvia asiakasryhmiä on muitakin. Oikea-aikaisen hoidon viivästyminen aiheuttaa vakavampia seurauksia haavoittuvassa asemassa oleville kuin paremmin pärjäävälle väestönosalle. Esimerkiksi heidän alttiutensa huonompaan hoitotulokseen tai kohonnut riski hoidon haittavaikutuksille on osoitettu useissa tutkimuksissa. Heikentynyt hoitotulos ja lisääntynyt vakavien haittojen riski koskevat erityisesti sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevia henkilöitä. Heikompien hoitotulosten on osoitettu olevan yhteydessä viiveeseen hoitoon pääsyssä (O'Malley P et al. Primary Care and Patient Safety: Opportunities at the Interface. PSNet [internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services. 2022.). Haavoittuvuus voi liittyä taloudellisen aseman ohella mielenterveyden ongelmiin, päihteisiin tai muihin riippuvuuksiin, vammaisuuteen, neuropsykologisiin tai kognitiivisiin häiriöihin, ikääntymiseen ja monialaisten palvelujen tarpeeseen.

Puutteet hoitoon pääsyssä Suomen palvelujärjestelmän tunnistettu heikkous

Suomessa hoitoon pääsyn puutteet ovat olleet palvelujärjestelmän suurimpia heikkouksia kansainvälisissä vertailuissa. Suomessa on ollut OECD:n tilastojen (Health at a glance 2023, OECD) mukaan vuonna 2021 vertailumaista neljänneksi suurin vaje lääketieteelliseen hoitoon pääsyssä. Eurostatin mukaan vuonna 2022 jopa 6,3 % yli 16-vuotiaista koki hoitoon pääsyn vajetta Suomessa johtuen odotusajasta. Osuus oli suurempi vertailumaista vain Virossa.

Väärä tai puutteellinen diagnoosi ja hoitoviive ovat OECD:n selvityksen mukaan merkittävän potilasturvallisuuden poikkeamien syy perusterveydenhuollossa. OECD on parhaillaan tekemässä selvitystä diagnostisten viiveiden aiheuttamista kustannuksista. Ennakoarvioissa niiden on oletettu olevan merkittävät. Hoitoon pääsyn viive on yksi syy viivästyneen diagnoosin ja hoidon aiheuttamiin haittavaikutuksiin ja haitoista aiheutuneisiin lisäkustannuksiin.

Potilasturvallisuuden poikkeamat ja niiden korjaaminen aiheuttavat OECD:n laskelmien mukaan kehittyneissä maissa lähes 15 % terveydenhuollon kustannuksista. Valtiontalouden

tarkastusvirasto on arvioinut, että Suomessa kuluu tähän yli miljardi euroa vuosittain. Viimeisimpien hoidon haittavaikutuksiin ja vaaratapahtumiin liittyvien tutkimustulosten perusteella Suomessa haittakustannukset ovat todennäköisesti edellä arvioitua tuntuvasti suuremmat. Kustannustiedon saamista vaikeuttaa se, että hoitoviivettä tai sen aiheuttamaa haittaa kuvaavia indikaattoreita ei ole käytössä Suomessa. Pelkästään hoitotakuun keskimääräisen toteutumisen perusteella haittaa ei voi arvioida. On kuitenkin kiistatonta, että hoidon viivästyminen ei edistä vähemmän kalliiden ja kevyempien hoitomuotojen käyttöä tai vähennä viiveen aiheuttamia haittoja ja kustannuksia.

Haasteena Suomessa on paikoin pula erityisesti julkisella sektorilla perusterveydenhuollossa toimivasta lääkäri työvoimasta, mikä selittyy osittain lääkäreiden kokonaismäärällä ja terveydenhuollon rakenteella, joka tarjoaa yleislääkäreille vaihtoehtoisia työpaikkoja yksityisessä palvelutuotannossa ja työterveyshuollossa. Toisaalta Suomessa on kansainvälisesti vertailtuna paljon muita ammattihenkilöitä kuten hoitajia, ja heidän työnkuvansa on vastuullisempi kuin esimerkiksi monissa Euroopan maissa. Hoitoon pääsyn määrärajoja kuvaaviin tilastoihin tämä heijastuu siten, että perusterveydenhuollossa pääsy muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle kuin lääkärille on toteutunut hyvin. THL:n tilaston mukaan maaliskuussa 2024 kohdistui 14 vuorokauden enimmäisajan käynneistä 72 prosenttia sairaanhoitajille tai terveydenhoitajille, ja hoitajien käynneistä lähes kaikki (95 %) toteutuivat 14 vuorokauden enimmäisajassa.

Hoitoon pääsyajat uhkaavat pidentyä esityksen toteutuessa merkittävästi ilman pysyvää säästöä

THL:n tilastoraportin 4.6.2024 mukaan kiireetön hoito avosairaanhoidon lääkärille toteutui maaliskuussa 2024 kahden viikon kuluessa 71 prosentissa käynneistä, kun vuotta aiemmin 58 prosenttia käynneistä toteutui kahdessa viikossa. Hoitotakuulain muututtua 1.9.2023 lääkärille pääsi siis selvästi aiempaa nopeammin.

Tämän tiedon perusteella ja ottaen huomioon hyvinvointialueiden taloudelliset haasteet on syytä olettaa, että lainsäädännöllä on ohjaava vaikutus myös päinvastaiseen suuntaan siten, että etenkin lääkärille hoitoon pääsyn pidempien enimmäisaikojen toteuttamisesta muodostuu ainakin pidemmällä aikavälillä uusi normaali. Myös lausuntokierroksen vastaajista useimmat arvioivat hoitoon pääsyn pitkittyvän, jos lakimuutos tehdään. Yhtenä syynä pidettiin säästötoimien kohdistumista perusterveydenhuollon henkilöstöön.

Ehdotetun muutoksen tavoitteena on vähentää pysyvästi hyvinvointialueiden rahoitusta. Säästölaskelma perustuu käänteiseen summaan siitä, paljonko hoitotakuun kiristämiseen tarjottiin lisärahoitusta. Laskelman perusteella suunniteltu rahoituksen leikkaus on omiaan vaikeuttamaan oikea-aikaisen kiireettömän hoidon tarjoamista perusterveydenhuollossa niilläkin hyvinvointialueilla, joilla hoitoon pääsystä on huolehdittu. Laskelman oikeasuhtaisuuden hyvinvointialueiden säästötoimenpiteenä voi kyseenalaistaa. Toisin kuin hoitoon pääsyn parantamiseen osoitetun talouspanoksen voi katsoa välittyvän myönteisenä vaikutuksena hoitoon pääsyn nopeutumisen jälkeenkin, hyvinvointialueen pysyvää säästöä ei voi saavuttaa

hoitoon pääsyn aikarajoja pidentämällä. Jos tosiasiallista säästövaikutusta tulee, se on saavutettavissa vain tilapäisesti sillä aikavälillä, kun hoitoon pääsyä heikennetään.

Koska palvelujen tarve ei katoa hoitotakuuta väljentämällä, pysyvää kustannushyötyä ei ole odottavissa. Hoitoon tarvittava resurssi on vähintään sama kuin aikaisemminkin - ja jopa suurempi, jos viive pahentaa sairautta ja sen hoitamiseen tarvitaan kalliimpia hoitomuotoja kuin varhaisemmin diagnosoituna ja hoidettuna. Pysyvää säästöä hyvinvointialueille olisi odotettavissa siinä tapauksessa, että hoidon tarpeeseen vastataan kokonaan muuten kuin julkisesti rahoitettujen terveyspalvelujen kautta.

Hyvinvointialueilla voidaan kyllä katsoa olevan intressi hoidon porrastuksen kehittämiseen ja palveluiden kokonaisuuden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden parantamiseen. Valtion ohjauksellaan antama viesti ei kuitenkaan tue tällaista kehityssuuntaa. Hyvinvointialueilla tulisi olla taloudellinen kannuste perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn parantamiseen tai lakisääteistä paremman hoitoon pääsyn tilanteen ylläpitämiseen, jos tällaista kehitystä tosiasiassa kuitenkin odotetaan normiohjausta samanaikaisesti kevennettäessä.

Vaikutus henkilöstön saatavuuteen ja ostopalveluiden käyttöön vain vähäinen

Työ- ja elinkeinoministeriön tekemiin selvityksiin perustuva Tiekartta 2022–2027 Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden turvaaminen (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:8) sekä Hyvän työn ohjelman Toimeenpanosuunnitelma 2024–2027 (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024:11) eivät tunnista hoitotakuun määräaikojen lieventämistä keinona henkilöstön veto- ja pitovoiman lisäämiseksi. Toimenpiteet henkilöstövajeen korjaamiseksi kohdistuvat koulutukseen, työnjakoon, työn organisoimiseen ja johtamiseen työpaikoilla sekä rekrytoinnin laajentamiseen. Myöskään perusterveydenhuollon hoitoonpääsytilastojen perusteella yhteyttä työvoiman saatavuuden ongelmiin ei voi havaita.

Hoitoon pääsyn heikentäminen perusterveydenhuollossa voi parantaa henkilöstötilannetta lyhyellä aikavälillä, jos hoitoon pääsyn odotusajat pitenevät, eli palvelun saatavuutta pidennetään luomalla jonotusta. Pitkä odotusaika voi toisaalta aiheuttaa potilaille ylimääräistä tarvetta olla yhteydessä palveluantajaan, mikä lisää kontakteja ja henkilöstön työmäärää, jolloin työtaakka ei kevene. Koska hoidon tarpeeseen vastaamatta jättäminen odotusaikaa pidentämällä lisää sairauden pahenemisen riskiä, se ei ole pidemmän aikavälin ratkaisu terveydenhuollon henkilöstöpulaan. On mahdollista, että hoidon ja henkilöstön tarve siirtyy perusterveydenhuollosta erityistason palvelujen nykyistä laajempaan käyttöön.

Pääsy riittävän nopeasti perusterveydenhuollon lääkärin tutkimuksiin ja hoitoon voi puolestaan olla pidemmällä aikavälillä osa henkilöstön saatavuusongelman ratkaisua. Sairauksien ennaltaehkäisy ja riittävän varhainen toteaminen sekä oikea-aikainen ja tarpeenmukainen hoito ovat potilasturvallisuuden kannalta keskeisiä tekijöitä ja johtavat pidemmällä aikavälillä pienempään resurssitarpeeseen kuin pitkittyneet pulmat ja hoitamattomat sairaudet sekä akuutit kiireellistä hoitoa vaativat tilanteet.

Jos hoitotakuuta ei muutettaisi, on todennäköistä, että julkiset palvelunjärjestäjät joutuisivat tehostamaan työprosesseja ja panostamaan perusterveydenhuollossa työskentelevän henkilöstön tehtäviin ja työolosuhteiden kehittämiseen vielä nykyistä enemmän, jotta voimassa olevaan tiukempaan hoitotakuuseen päästäisiin käytössä olevalla työvoimalla. Ostotyövoiman käyttöä tulaisiin hallitsemaan taloudellisista syistä voimakkaammin kuin viime vuosina.

Hallituksen esityksen perusteluissa todetaan hyvinvointialueiden arvioineen, että tiukentuneeseen hoitotakuuseen on päästy sekä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa että suun terveydenhuollossa lähinnä uusia toimintamalleja käyttöön ottamalla. Lisäksi on tehty jonkin verran lisätoita ja vähäisemmässä määrin lisätty palvelujen ostoa joko ostopalveluna, vuokratyövoimana tai palvelusetelillä. Tiukentuneeseen hoitotakuuseen liittyvien kustannusten arvioitiin olevan melko vähäisiä. Viitteitä nähtiin myös päivystyskäyntien vähenemiseen.

Hoitoon pääsyn heikentäminen perusterveydenhuollossa voi vähentää jonkin verran tarvetta ostopalveluiden, vuokratyövoiman tai palvelusetelien käyttöön lyhyellä aikavälillä. Jos hoidon porrastus terveydenhuollon sisällä halutaan saada toimimaan, olisi kuitenkin perusterveydenhuoltoa vahvistettava hyödyntämällä kaikkia kustannustehokkaita palveluntuotantotapoja ja tarjolla olevia resursseja.

Koska väestön hoidon tarve ei vähene jonottamalla, hoitotakuun keventämisen tilapäinen hyöty ei ole siirrettävissä pysyväksi muutokseksi. Toimintatapoja muuttamalla ja hukkaa ja arvoa tuottamatonta työtä vähentämällä henkilöstön työpanos on suunnattava perustehtävän hoitamiseen. Hallitusohjelman mukaisesti esimerkiksi omalääkärimallia edistämällä olisi mahdollista parantaa kiireetöntä hoitoon pääsyä ja kroonisten sairauksien hoitoa.

Hoitotakuun keventäminen on ristiriidassa Orpon hallitusohjelman, palvelureformin ja digitalisaatiostrategian kanssa

Orpon hallitusohjelmassa mainitaan, että pidetään voimassa 14 vuorokauden hoitotakuu. Hallitusohjelmassa on myös useita kirjeitä, joilla vahvistetaan hoitotakuun toteutumisen edellytyksiä ja valvontaa. Lisäksi ehdotetaan esimerkiksi palveluseteliä tilanteisiin, joissa hoitotakuuseen ei muuten päästä. Hallitusohjelmaan liittyvälle kansalliselle palvelureformille on asetettu viisi tavoitetta: ennaltaehkäisyn vahvistaminen, palveluiden integraation, saatavuuden ja jatkuvuuden parantaminen, palvelujärjestelmän selkeyttäminen, vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden lisääminen sekä varautumisen ja häiriötilanteiden hoidon vahvistaminen. Ehdotettu hoitotakuun muutos on ristiriidassa palveluiden saatavuuden paranemisen kanssa.

Uusista toimintamalleista etävastaanottojen lisääntyminen on ollut yksi keino täyttää hoitoon pääsy määräajassa. Esimerkiksi THL:n tilastot maaliskuulta 2024 osoittavat, että kiireettömien lääkärikäyntien hoitoon pääsy oli nopeinta Pohjois-Karjalassa, missä ensimmäinen lääkärikontakti toteutui 93 % alle 14 vuorokaudessa ja käynneistä 70 % toteutettiin etänä. Tämä esimerkki herättää kysymyksen, onko ylipäänsä tarvetta hoitoon pääsyn määräaikaisten

väljentämiseen vai olisiko tarkoituksenmukaisempaa vahvistaa digitaalisten palvelujen käyttöönoton edellytyksiä kaikilla hyvinvointialueilla.

Digitaalisten palvelujen lisääminen on hallitusohjelman mukainen toimenpide, johon hyvinvointialueita ohjataan osana kansallista palvelureformia. Hoitoon pääsyn määräaikojen väljentäminen on ristiriidassa hallitusohjelman digitalisaatiotavoitteiden ja STM:n digitalisaatiostrategian kanssa. "Tieto ja kehittynyt teknologia mahdollistavat uudenlaisia ennakoivia ja ennaltaehkäiseviä palveluja sekä yksilö- että väestötasolla. Terveyttä tulisikin jatkossa käsitellä voimavarana ja kokonaisvaltaisena hyvinvointina, johon investoidaan...". Sääntelyllä kannattaisi ohjata hyvinvointialueita kehittämään toimintatapoja hoidon oikea-aikaisuuden lisäämiseksi.

Kehitysnäkymiä luo esimerkiksi digitalisaatiostrategian tavoite 2: Digitaalinen asiointi on ensisijaista kaikilla hyvinvointialueilla niissä palveluissa, joihin se sopii tai niille asiakkaille, jotka siihen kykenevät. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitaaliset palvelut ovat ensisijaisia niissä tilanteissa, joihin ne sopivat. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja palveluita kehitetään digitaalisiksi ja digitaalista osallistumista kannustaen. Asiakas voi hyödyntää digitaalisia palveluja ajasta ja paikasta riippumatta. Digitaalista asiakas- ja palveluohjausta on kehitetty alueellisesti yhtenäisiä, kansallisia ratkaisuja hyödyntäen (mm. yhden luukun periaate, digitaalinen sote-keskus). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2023:32

Vaikutukset palvelujärjestelmän kokonaisuuden toimivuuteen ja väestöön negatiiviset

Oikea-aikainen hoito on turvallisuuden, laadun, asiakaskeksisyyden, yhdenvertaisuuden ja vaikuttavuuden ohella laadukkaan ja kustannusvaikuttavan palvelujärjestelmän piirre. Hoitotakuun keventämisen vaikutukset ovat vastakkaisia näille tavoitteille.

Tehokkaan perusterveydenhuollon yksi mittari on matala vältettävien sairaalahoitajaksojen osuus. Perustason hoidon oikea-aikaisuuden ongelmat suurentavat mittarin arvoa ja viittaavat heikosti toimivaan ja heikkolaatuiseen palvelujärjestelmään. (Rethinking Health System Performance Assessment, OECD 2024)

Pitkittyneet pulmat ja hoitamattomat sairaudet sekä kiireellistä hoitoa vaativiin tilanteisiin päätyminen voivat aiheuttaa pitkällä aikavälillä suurempaa kalliimpien ja vaativampien hoitojen tarvetta. Tämä merkitsee erikoissairaanhoidon entuudestaan kasvavaa kuormitusta. Hoitoon pääsyn viiveet voivat myös lisätä terveydenhuollon epätarkoituksenmukaista tai hukkakäyttöä, jollaista syntyy, kun vastausta vaille jääneiden huolien vuoksi hakeudutaan esimerkiksi päivystykseen tai haetaan apua vähähyötyisistä hoitomuodoista.

Hakeutuminen satunnaisten yksityispalvelujen pariin yksittäisten terveysongelmien ratkaisemiseksi hajauttaa palvelujen käyttöä, jolloin kokonaiskuva terveydentilasta hämärtyy ja kokonaisarvio yksilöllisestä hoidontarpeesta vaikeutuu. Potilas saattaa altistua tahattomasti erilaisten hoitojen interaktioille, esimerkiksi lääkehoidoille, jotka eivät sovellu samanaikaiseen käyttöön. Myös altistuminen vähähyötyisten hoitojen kokeilulle voi lisätä haittojen syntyä.

Allekirjoitus

Tuija Ikonen
Asiakas- ja potilasturvallisuuskeskuksen johtaja

Lausunnon valmisteluun on osallistunut allekirjoittaneen lisäksi
Johtava asiantuntija Satu Koskela