

PIITU PARMANNE
VTM, tutkija
Suomen Lääkäriliitto
piitu.parmanne@fimnet.fi

SANNA-MARI SAUKKONEN
TtM, erikoissuunnittelija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos,
Tieto

JUHO RUSKOAHO
VTM, tutkija
Suomen Lääkäriliitto

SATU VUORIO
YTM, suunnittelija
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos,
Tieto

Lääkärivaje hidastaa hoitopääsyä terveyskeskuksissa

Lähtökohdat

Vuonna 2005 potilaiden oikeus kiireettömään hoitoon turvattiin hoitotakuuta koskevalla lainsäädännöllä. Hoitopääsyn toteutumista on siitä lähtien seurattu puolivuositain. Samaan aikaan terveyskeskuksissa on ollut lääkärivajetta, jonka on oletettu vaikuttavan hoitopääsyyn. Tässä selvityksessä tutkittiin lääkäritilanteen ja hoitopääsyn välistä yhteyttä sekä sitä, miten muut terveyskeskukseen liittyvät tekijät vaikuttivat hoitopääsyyn perusterveydenhuollossa.

Menetelmät

Selvityksessä yhdistettiin lokakuussa 2009 toteutettujen perusterveydenhuollon hoitopääsyä koskevan kyselyn ja terveyskeskusten lääkäritilanne -tutkimuksen tiedot. Niihin liitettiin Tilastokeskuksen ja Kelan tietoja kuntakohtaisista taustamuuttujista. Aineisto analysoitiin ristiintaulukoimalla, χ^2 -testillä ja logistisella regressiolla.

Tulokset

Lääkäritilanne vaikuttaa vastaanottoaikojen riittävyyteen ja potilaiden jonotusaikaan. Lääkärille pääsyn ongelmia oli vähiten terveyskeskuksissa, joissa oli riittävästi lääkäriyövoimaa. Välitön yhteydenaanti ja hoitajan vastaanotolle pääsy toteutui parhaiten pienissä terveyskeskuksissa. Niissä lääkärivaje haittaa kuitenkin toimintaa monin verroin enemmän kuin suurissa terveyskeskuksissa.

Päätelmät

Riittävä lääkäriyövoima on tärkein tekijä hoitopääsyssä. Terveyskeskuksen pieni koko ei ole este terveyskeskuksen tehokkaalle toiminnalle, jos sen lääkäritilanne on hyvä. Hoitopääsyä tulisi seurata nykyistä tarkemmin toimintayksiköiden ja alueiden tasolla.

Terveyskeskuksissa pitkään jatkunut lääkäri- vaje on viimein hellittänyt. Suomen Lääkäriliiton selvityksen mukaan lokakuussa 2009 täyt- tämättömiä lääkärintehtäviä oli 6,8 %, kun vuotta aikaisemmin terveyskeskusten lääkäri- vaje oli yli 10 prosenttia. Muutoksen taustalla vaikuttivat sijaisten parempi saatavuus, osto- palvelujen käyttö sekä lääkärintehtävien aikai- sempaa suurempi ulkoistaminen (1).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen samaan aikaan toteuttaman hoitopääsyä koskevan selvityksen mukaan terveyskeskusten vas- taanottoaikojen saatavuus oli myös parantu- nut. Selvityksen mukaan kolmasosa väestöstä asui sellaisen terveyskeskuksen alueella, jossa lääkärin vastaanotolle pääsi kahden viikon ku- luessa (2). Alueelliset erot sekä hoitopääsyt- sä että lääkärivajeessa olivat kuitenkin edel- leen suuria.

Hoitotakuun mukaan terveyskeskukseen tu- lee virka-aikana saada välitön yhteys, hoidon

tarve on arvioitava kolmen arkipäivän kules- sa yhteydenotosta ja tarpeellinen hoito on jär- jestettävä viimeistään kolmen kuukauden si- sällä. Hoitotakuulain tarkoituksena on parantaa oikeudenmukaisuutta ja kansalaisten yhenvertaisuutta hoitopääsyssä (3,4). Lisäksi määriteltiin kiireettömän hoidon perusteet, mutta perusterveydenhuollossa ne laadittiin ainoastaan suun terveydenhuoltoon (5).

Hoitotakuulaki edellytti hoitopääsyn odo- tusaikojen seuranta ja julkaisemista. Toteutu- mista valvovat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira ja aluehallintovirastot (ennen lääninhallitukset) (6). Valvonta perus- tuu THL:n kahdesti vuodessa keräämiin tietoi- hin. Kriittisimpien arvioiden mukaan tavoite- ajat perusterveydenhuollon kiireettömälle hoi- toonpääsulle eivät toteudu eikä lääkärin vas- taanottoajan saaminen ole lain johdosta paran- tunut (7). Terveyskeskusten ongelmien syynä on pidetty erityisesti lääkäripulaa. Lääkäriti-

VERTAISARVIOITU



Kirjallisuutta

- 1 Suomen Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2009. www.laakariliitto.fi/tilastot/tutkimuksi_a/tktilanne.html (päivitetty 10.12.2009).
- 2 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Perusterveydenhuollon hoidon saatavuus. www.thl.fi/fi/tilastot/hoitopaasy/pth (päivitetty 27.5.2010).
- 3 Kansanterveyslaki 66/1972 (muutos-säädäntö: 17.9.2004/855). www.finlex.fi.
- 4 Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (VnA 1019/2004).
- 5 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2009. STM selvityksiä 2009:5.
- 6 Valvira. Hoitotakuun valvonta [http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/organisaatioiden_valvonta/hoitotakuun_valvonta](http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/) (siteerattu 9.9.2010).
- 7 Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toimintakertomukset 167/2008. Helsinki 2008.
- 8 Vänskä J, Kangas M. Lääkärivajeen taustalla paikalliset ongelmat. Suom Lääkäril 2008;63:4436–40.
- 9 Saxén U, Jaatinen P T, Isoaho R, Kivellä S-L. Lääkärivaje Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskuksissa. Suom Lääkäril 2005;60:1437–41.
- 10 Viisainen K, Saalasti-Koskinen U, Perälä M-L. Ei-kiireelliseen hoitoon pääsy terveyskeskuslääkärille. Suom Lääkäril 2003;58: 2209–15.
- 11 Valtiovarainministeriö. Kunta- ja palvelurakennemuutostus. www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_usi_usi_paras/02_kuntarakenne/Uudistus_sen_eteneminen.pdf (siteerattu 10.9.2010).
- 12 THL. Perusterveydenhuollon AvoHILMO. www.thl.fi/avohilmo (päivitetty 9.9.2010).

lanne on perinteisesti ollut huonoin syrjäisissä terveyskeskuksissa, jotka sijaitsevat kaukana lääkäreitä kouluttavista yliopistoista.

Alueellisten erojen taustalla ovat olleet myös paikalliset ongelmat (8). Ennen hoitotakuuta tehdyissä tutkimuksissa havaittiin lääkäri-vajeen aiheuttavan potilasjonoja ja vaikeuttavan vastaanotolle pääsyä (9). Vuonna 2003 julkaistun tutkimuksen mukaan hoitoonpääsyn todettiin toteutuvan kolmen päivän sisällä niissä terveyskeskuksissa, joissa noudatettiin väestövastuujärjestelmää ja joissa lääkäri-voimien täyttöaste oli korkea(10).

Perusterveydenhuollon järjestämistapoja on 2000-luvulla muuttanut myös kunta- ja palvelurakennemuutos eli PARAS-hanke. Hankkeella halutaan ehkäistä väestörakenteen muutoksista ja kuntien toimintaresurssien eriarvoistumisesta aiheutuvia haittoja. Tavoitteena on pienten kuntien yhdistäminen ja yhteistoiminnan lisääminen. Tämän toivotaan parantavan terveyspalvelujen järjestämisen edellytyksiä ja vähentävän alttiutta henkilöstövajaukselle. Yli 250 kuntaa on jo perustanut tai on perustamassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistoiminta-alueen, jossa lain edellyttämä yli 20 000 asukkaan minimi täyttyy. Uudistushankkeen ulkopuolella on vielä 50 pientä kuntaa, joissa sitä koskevia päätöksiä ei ole tehty (11).

Tässä selvityksessä tutkittiin terveyskeskusten lääkäritilanteen ja hoitoonpääsyn välistä yhteyttä terveyskeskusten tasolla. Lääkärintehtävien täyttöasteen vaikutuksia terveyskeskuksen toimintaan ei ole tarkasteltu hoitotakuuta koskevan lainsäädännön voimaantumisen jälkeen. Lisäksi haluttiin selvittää, onko PARAS-hankkeessa määritellyn 20 000 asukkaan väestöpohjalla tai muilla kuntakohtaisilla tekijöillä vaikutusta terveyskeskuksen lääkäritilanteeseen ja hoidon saatavuuteen.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineistona on Suomen Lääkäriliiton selvitys terveyskeskusten lääkäritilanteesta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) selvitys perusterveydenhuollon hoitoonpääsystä.

Lääkärivajetta tutkittiin yhtenä päivänä 7.10.2009. Tiedot koskevat terveyskeskusten päiväaikaista toimintaa ja sisältävät myös työterveyshuollon virat. Tiedot kerättiin johtavilta lääkäreiltä postikyselyllä ja tiedonkeruuta täydennettiin puhelinhaastatteluilla tarvittavin osin. Vastaus saatiin kaikista maan 195 terveyskeskuksesta. Lääkärivajeeksi laskettiin kaikki tutkimuspäivänä hoitamattomat lääkärintehtävät, joihin oli haettu, mutta ei ollut saatu lääkäreitä.

Hoitoonpääsyä lokakuussa 2009 koskevat tiedot saatiin 183 Manner-Suomen terveyskeskuksesta. Tiedot kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella terveyskeskusten johtavilta lääkäreiltä, jotka arvioivat hoitoonpääsyn toteutumista omassa terveyskeskuksessaan. Tiedot koskevat terveyskeskusten perusterveydenhuollon avohoidon kiireettömää toimintaa.

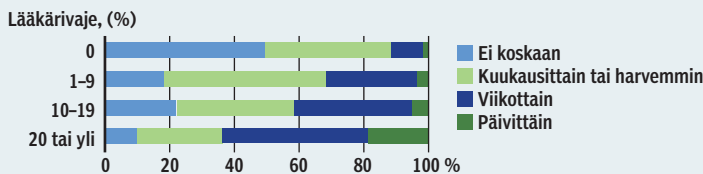
Tutkimusaineisto saatiin yhdistämällä tiedot molempiin kyselyihin vastanneista terveyskeskuksista. Aineistossa terveyskeskusten lukumäärä oli 182, josta puuttuivat 13 terveyskeskusta, mutta niiden ei havaittu olevan valikoituneita keskeisten muuttujien suhteen. Tutkimusaineistoon liitettiin Tilastokeskuksen tiedot terveyskeskuksen toiminta-alueen väestöstä, väestöllisestä ja taloudellisesta huoltosuhteesta sekä Kelan Terveyspuntarin kuntakohtaiset indeksit sairastavuudesta, kansantautien, diabeteksestä, astmasta, sepelvaltimotaudin ja verenpainetaudista.

Aineisto analysoitiin ristiintaulukoimalla ja ryhmien välistä tilastollista merkittävyyttä arvioitiin χ^2 -testillä. Lääkärille pääsyyn vaikutta-

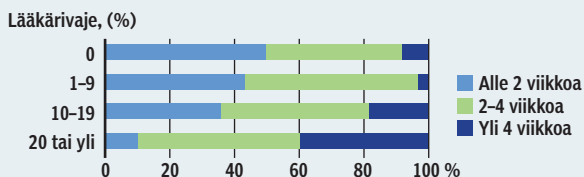
KUVIO 1.

Lääkärivajeen vaikutus hoitoonpääsyyn terveyskeskuksissa.

Kuinka usein on tilanne, jolloin potilaalla on todettu lääkärin hoidon tarve, mutta vastaanottoaika lääkärielle ei ole antaa? n = 182



Kuinka pitkä jonotusaika on keskimäärin lääkärin vastaanotolle? n = 182



TAULUKKO 1.

Vastaanottoaikojen riittävyys lääkäri- ja -virkojen ja väestön mukaan lokakuussa 2009.

Kuinka usein on tilanne, jolloin potilaalla on todettu lääkärin hoidon tarve, mutta vastaanottoaikaa lääkäri- ja -virkoille ei ole annettu?

	Terveyskeskukset		Lääkäri- ja -virat		Väestö Milj.
	Lkm	%	Lkm	%	
Ei koskaan	60	33,0	811,0	4,1	1,2
Kuukausittain tai harvemmin	69	37,9	1276,0	5,4	1,7
Viikoittain	43	23,6	1200,5	9,0	1,8
Päivittäin	10	5,5	275,5	11,8	0,4
Yhteensä	182	100,0	3563,0	6,8	5,1

TAULUKKO 2.

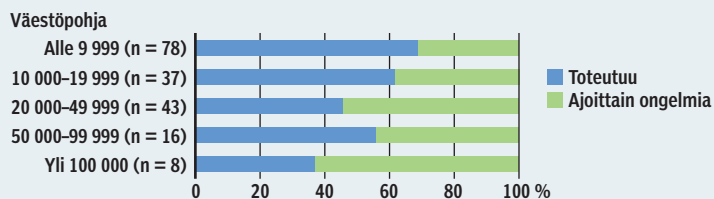
Odotusaika lääkäri- ja -virkoille lokakuussa 2009.

Odotusaika lääkäri- ja -virkoille	Terveyskeskukset		Lääkäri- ja -virat		Väestö Milj.
	Lkm	%	Lkm	%	
Alle 2 viikkoa	71	39,0	1261,0	4,6	1,7
2-4 viikkoa	84	46,2	1896,5	5,8	2,9
Yli 4 viikkoa	27	14,8	405,5	18,4	0,5
Yhteensä	182	100,0	3563,0	6,8	5,1

KUVIO 2.

Välitön yhteydenaanti ja hoitajan vastaanotolle pääsy terveyskeskuksen väestöpohjan mukaan.

Miten välitön yhteydenaanti toteutuu terveyskeskuksessanne? n = 182



Kuinka pitkä jonotusaika on keskimäärin hoitajan vastaanotolle? n = 182



via tekijöitä tutkittiin logistisella regressiolla. Kaikki analyysit tehtiin SPSS Statistics 17.0 -tilasto-ohjelmalla.

Tulokset

Terveyskeskuksen lääkäritilanne vaikuttaa lääkärin vastaanottoaikojen riittävyyteen ja potilaiden odotusaikaan lääkärin vastaanotolle (kuvio 1). Tutkimusajankohtana noin joka kolmannessa terveyskeskuksessa oli yli 10 prosentin lääkäri- ja -virkojen puute. Hoitoonpääsyn ongelmia oli tavallista useammin terveyskeskuksissa, joissa oli lääkäri- ja -virkojen puute.

Neljännes terveyskeskuksista ilmoitti vähintään viikoittain esiintyvän tilanteita, joissa vastaanottoaikaa lääkäri- ja -virkoille ei voitu antaa, vaikka potilaalla oli todettu hoidon tarve. Näistä terveyskeskuksista yli 80 prosentilla oli samaan aikaan vajausta lääkäri- ja -virkoista, ja yli puolella lääkäri- ja -virkojen puute oli vähintään 10 prosenttia (taulukko 1).

Yli neljän viikon keskimääräinen odotusaika lääkärin vastaanotolle oli 27 terveyskeskuksessa. Näistä 74 prosentissa oli samaan aikaan vajausta lääkäri- ja -virkoista ja 70 prosentilla lääkäri- ja -virkojen puute oli vähintään 10 prosenttia (taulukko 2). Sekä pitkä jonotusaika että vastaanottoaikojen loppuminen kesken koskivat 17 terveyskeskusta. Niistä neljällä viidestä oli yli 10 prosentin vajaus lääkäri- ja -virkoista.

Hoitotakuu edellyttää, että potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen. Syksyllä 2009 välittömässä yhteydenaannissa ajoittaisia ongelmia oli 40 prosentilla terveyskeskuksista, joiden palveluiden piiriin kuuluu 57 prosenttia koko maan väestöstä. Välitön yhteydenaanti toteutui parhaiten pienissä, alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksissa (kuvio 2). Yli puolessa kaikkein suurimmista eli yli 100 000 asukkaan terveyskeskuksista oli ajoittaisia ongelmia yhteyden saamisessa. Ongelmia aiheuttivat eniten suuret puhelumäärät ja puutteet puhelintekniikassa.

Hoidon tarpeen arviointi onnistui hyvin kolmen arkipäivän kuluessa. Hoitajan vastaanotolle pääsi kolmen vuorokauden kuluessa neljässä viidestä terveyskeskuksesta. Nopeimmin hoitajalle pääsi alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksissa, joista 85 prosentissa odotusaika hoitajan vastaanotolle oli alle kolme päivää. Alle 10 000 asukkaan terveyskeskuksissa hoita-

- 13 Tuominen U, Mikkola H. Kansainvälisiä kokemuksia hoitotakuusta – vertailussa Suomi, Ruotsi ja Iso-Britannia. Kirjassa Pekurinen M, Mikkola H, Tuominen U. Hoitotakuun talous –Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakes, Raportteja 5/2008:13–6.
- 14 Regeringskansliet. Vårdgarantins innehåll. www.regeringen.se/sb/d/11870/a/124455 [päivitetty 26.8.2010].
- 15 Sveriges Kommuner och Landsting. Vantetider i värden www.vantetider.se. [siteerattu 3.2.2010].
- 16 NHS Primary Care Commissioning. Benchmarking primary care 2009. www.pcc.nhs.uk/449 [siteerattu 3.2.2010].

Sidonnaisuudet

Piitu Parmanne,
Sanna-Mari Saukkonen,
Juho Ruskoaho, Satu Vuorio:
Ei ilmoitettuja sidonnaisuuksia.

jan vastaanotolle pääsi kolmessa päivässä vielä tätäkin useampi (kuvio 2). Joka neljännessä yli 20 000 asukkaan terveyskeskuksessa odotusaika hoitajalle oli yli kolme päivää.

Noin joka kolmannessa terveyskeskuksessa hoitajan vastaanotolle pääsi kolmen vuorokauden ja lääkärielle kahden viikon sisällä. Vain alle viidessä prosentissa terveyskeskuksista joutui lääkärielle pääsyä odottamaan yli 4 viikkoa ja hoitajan vastaanotolle pääsyä yli kolme vuorokautta.

Kolmasosassa terveyskeskuksista oli viikoittain tai useammin tilanne, jossa vastaanottoaika lääkärielle ei voitu tarpeesta huolimatta antaa. Useimmiten potilas asetettiin jonoon, ja häneen otettiin yhteyttä heti kun vastaanottoaika järjestyi tai häntä pyydettiin myöhemmin ottamaan uudelleen yhteyttä terveyskeskukseen. Useimmiten potilas ohjattiin päivystykseen tai toisen ammattihenkilön vastaanotolle. Joissakin tapauksissa potilas ohjattiin ostopalvelusopimuksella yksityiselle palveluntuottajalle.

Nopeasti lääkärin vastaanotolle

Selvityksessä tarkasteltiin lääkärielle pääsyn kokonaisuutta, minkä takia odotusaikojen pituutta ja vastaanottoaikojen loppumista kuvaavat muuttujat yhdistettiin. Hoitotakuun kannalta ongelmiksi määriteltiin tilanteet, joissa keskimääräinen odotusaika lääkärin vastaanotolle oli yli neljä viikkoa ja vastaanottoajat loppuivat kesken viikoittain. Tällaisia terveyskeskuksia oli aineistossa 55 eli yhteensä 30 prosenttia kaikista terveyskeskuksista (taulukko 3) ja ne tuottavat palveluja noin 34 prosentille väestöstä.

Terveyskeskuksen lääkärielle pääsyä kuvaavan yhdistetyn muuttujan ja terveyskeskuksen lääkärivajeen välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Mitä suurempi lääkäri työvoiman vajuus terveyskeskuksessa oli, sitä useammin esiintyi ongelmia lääkärin vastaanotolle pääsyssä.

Nopeimmin lääkärielle pääsi alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksissa, jos kaikki tai lähes kaikki lääkärintehtävät oli täytetty. Hyvä tilanne oli myös isoissa terveyskeskuksissa, joissa lääkäri työvoiman vajuus ei ylittänyt 10 prosenttia. Eniten ongelmia oli pienissä lääkärivajeesta kärsivissä terveyskeskuksissa. Vaikka hoitotakuun pääsy oli vaikeaa joka kolmannessa alle 20 000 asukkaan ja joka neljännessä yli 20 000 asukkaan toimipaikassa, yhteys terveyskeskuksen väestökoon ja lääkärielle pääsyn ongelmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Ongelmat näyttävät kasautuvan joissakin yli 20 000 asukkaan terveyskeskuksissa. Niistä, joissa oli ongelmia lääkäriin pääsyssä, oli kolmessa neljäsosassa myös ongelmia välittömän yhteyden saamisessa terveyskeskukseen. Terveyskeskuksissa, joissa oli vaikea päästä lääkärielle, oli useammin pitkä odotusaika myös hoitajan vastaanotolle.

Lääkärielle pääsy oli helpompaa terveyskeskuksissa, jotka olivat ulkoistaneet lääkärintehtäviä. Ulkoistaminen oli yleisintä isoissa terveyskeskuksissa, kun taas lääkäri työvoiman vuokrausta oli suhteellisesti enemmän pienissä terveyskeskuksissa. Lääkärielle pääsyn ongelmia eivät selittäneet maantieteelliset tai palveluiden järjestämisen hallintoon liittyvät tekijät. Ongelmia esiintyi riippumatta terveyspalveluiden tuottajasta niin kuntayhtymillä kuin itsenäisenä kuntana tai isäntäkuntamallilla toimivilla terveyskeskuksilla. Hoitotakuun pääsy onnistui keskimääräistä paremmin toimipaikoissa, jotka sijaitsivat lähellä lääkäreitä kouluttavia yliopistoja.

Logistisella regressiolla selvitettiin eri teki- jöiden samanaikaista vaikutusta lääkärielle pääsyyn. Koska terveyskeskuksen koko vaikuttaa lääkärivajeen prosenttilukuun siten, että pienessä terveyskeskuksessa yhdenkin lääkärin poissaolosta seuraa iso vajeprosentti, muodostettiin terveyskeskuksen koosta ja lääkärivajeesta yhdistetty neljäarvoinen muuttuja. Muuttujassa käytettiin Paras-hankkeen mu-

TAULUKKO 3.
Terveyskeskuksen lääkärielle pääsyn ongelmat (yhdistetty muuttuja) väestöpohjan ja lääkärivajeen mukaan.

Väestö	Lääkärivaje	Ongelmia		Ei ongelmia		Yhteensä	
		Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
Alle 20 000	Alle 10 %	10	13,9	62	86,1	72	100,0
(p < 0.001)	10 % tai yli	28	65,1	15	34,9	43	100,0
20 000 tai yli	Alle 10 %	9	18,0	41	82,0	50	100,0
(p = 0.017)	10 % tai yli	8	47,1	9	52,9	17	100,0
Yhteensä		55	30,2	127	69,8	182	100,0

TAULUKKO 4.

Terveyskeskuksen lääkärille pääsyn ongelmien ristitulosuhde ja luottamusväli.

Vertailuryhmässä väestö yli 20 000, lääkärivaje alle 10 %, lääkärintehtäviä on ulkoistettu ja sairaanhoitopiirissä järjestetään lääkärinkoulutusta.

	n	OR	95 %:n luottamusväli		p-arvo
Väestö alle 20 000, lääkärivaje alle 10 %	72	0,591	0,214	1,635	0,311
Väestö alle 20 000, lääkärivaje yli 10 %	43	6,288	2,325	17,007	0,000
Väestö yli 20 000, lääkärivaje yli 10 %	17	3,362	0,983	11,501	0,053
Ei ulkoistettuja lääkärintehtäviä terveyskeskuksessa	139	2,449	0,906	6,617	0,077
Sairaanhoitopiirissä ei lääkärinkoulutusta	93	1,669	0,788	3,532	0,181

kaista väestöpohjaa ja 10 prosentin lääkärivajetta.

Pienessä terveyskeskuksessa yli 10 prosentin lääkärivaje nostaa ongelmien riskin yli kuusinkertaiseksi verrattuna suurempiin terveyskeskuksiin, joiden työvoimatilanne on hyvä. (taulukko 4). Isossakin terveyskeskuksessa lääkärille pääsyn ongelmien riski kasvaa yli kolminkertaiseksi, jos lääkärivaje on yli 10 prosenttia. Lääkärintehtävien ulkoistaminen vähentää kuitenkin näitä ongelmia. Muut terveyskeskukseen liittyvät tekijät, kuten alueen väestön huoltosuhde ja sairastavuus, eivät selittäneet eroja terveyskeskusten lääkärille pääsyssä.

Pohdinta

Selvityksessä yhdistettiin Suomen Lääkäriliiton terveyskeskusten lääkärtilannetta ja THL:n hoitotakuun toteutumista lokakuussa 2009 koskevien kyselyiden tiedot. Selvitys

osoitti, että hoitoonpääsyn ongelmia esiintyi eniten terveyskeskuksissa, jotka kärsivät lääkärivajeesta. Väestön sairastavuudella tai ikärakenteella ei ollut vaikutusta hoitoonpääsyn ongelmiin. Tämä viittaa siihen, että terveystalvet on mitoitettu vastaamaan hyvin paikallisen väestön tarpeita.

Selvityksessä ilmeni, että pienet terveyskeskukset toimivat kokonaisuudessaan hoidon saatavuuden kannalta hyvin, jos niissä on riittävästi lääkärityövoimaa. Kaikista terveyskeskuksista 60 % oli vuonna 2009 pieniä, väestöpohjaltaan alle Paras-lain mukaisen 20 000 asukkaan yksiköitä. Niissä välitön yhteyden saanti terveyskeskukseen toteutui jopa paremmin ja keskimääräiset odotusajat hoitajan ja lääkärin vastaanotolle olivat lyhyemmät kuin isommissa terveyskeskuksissa. Tämän perusteella yksistään toimintayksiköitä kasvattamalla ei voida turvata hyvää hoitoonpääsyä. Ongelmiin vaikuttavat muut tekijät, kuten lääkärityövoiman riittävyys ja terveyskeskuksen sijainti.

Pienet terveyskeskukset ovat kuitenkin kaikkein haavoittuvimpia työvoimavajeelle. Niissä lääkärivaje vaikeuttaa potilaiden hoitoonpääsyä tuntuvasti enemmän kuin suurissa terveyskeskuksissa. Tällöin jo yhden lääkärin poissaolo voi heikentää merkittävästi terveyskeskuksen toimintaa. Lääkärityövoiman saatavuus onkin tärkein tekijä hoitoonpääsyn turvaamisessa.

Selvityksen valossa terveyskeskuksen toimintojen ulkoistaminen näyttää vähentävän lääkärille pääsyn ongelmia. Ulkoistaminen oli yleisempää isoissa, yli 20 000 asukkaan terveyskeskuksissa niin toimipaikkojen kuin vir-

Tästä asiasta tiedettiin

- Hoitotakuu asettaa rajat kiireettömälle hoitoonpääsulle.
- Lääkärivaje on ollut terveyskeskusten toiminnan haaste viime vuosina.
- Hoitoonpääsyä ja lääkärtilannetta seurataan säännöllisin kyselyin.

Mitä tutkimus opetti

- Lääkärivaje heikentää hoitoonpääsyä terveyskeskuksissa.
- Paras hoitoonpääsy on pienissä terveyskeskuksissa, joiden lääkärtilanne on hyvä.
- Terveyskeskuksen hallinnollisella mallilla tai väestön sairastavuudella ei ollut yhteyttä hoitoonpääsyyn.

Terveyskeskuksen iso koko ei takaa hyvää hoitopääsyä.

kojen tasolla tarkasteltuna. Tulosta on kuitenkin arvioitava kriittisesti, koska tiedot hoitopääsystä on kerätty terveystakeskustasolla, eikä ole varmuutta siitä, kuinka vastauksissa on huomioitu ulkoistettujen terveysasemien tilanne. Toisaalta terveysasemien ulkoistaminen on joissain tapauksissa ollut ainoa ratkaisu pitkään jatkuneeseen lääkärivajeseen ja sen myötä on saatu riittävästi työvoimaa terveyskeskuksen omaan toimintaan. Tämä voi olla selitys ulkoistamisen hoitopääsyä edistävälle vaikutukselle selvityksessä.

Tämän selvityksen aineisto on ainutlaatuinen, mutta kooltaan pieni, minkä takia myös tuloksia on arvioitu varovaisesti. Tutkimuksen onkin luonteeltaan esiselvitys, jonka tarkkuus aineiston kertymisen myötä kasvaa.

Hoitopääsyä on tutkimuksessa tarkasteltu koko terveyskeskuksen tasolla, jolloin esi-

merkiksi terveysasemakohtaiset erot ovat jääneet havaitsematta. Tämä ongelma koskee erityisesti suuria kaupunkeja, joissa asemien välillä voi olla isojakoin eroja. Toimintayksiköitä yhdistettäessä ongelma tulee koskemaan yhä useampia terveyskeskuksia. Jatkossa olisi myös tärkeää saada tietoa ulkoistettujen terveysasemien lääkäritilanteesta ja hoitopääsystä.

Tulevaisuudessa tietoja hoitopääsystä tullaan keräämään tarkasti ja ajantasaisesti THL:n perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusjärjestelmällä (AvoHILMO) (12). Tiedot kerätään kattavasti koko maasta ja sisältö tulee olemaan kansainvälisestikin (13,14,15,16) ainutlaatuinen. Tietojen avulla voidaan parantaa niin palvelujen saatavuuden seurantaa kuin tutkia terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa. ■

PIITU PARMANNE
M.Soc.Sc., Researcher
Finnish Medical Association
piitu.parmanne@fimnet.fi

SANNA-MARI SAUKKONEN
JUHO RUSKOAHO
SATU VUORIO

■ ENGLISH SUMMARY

Lack of physicians delaying treatment in health centres

Background In 2005, the right of patients to receive non-urgent treatment was ensured by care guarantee legislation. Access to treatment has since been followed over six-month periods. At the same time, the numbers of physicians in health centres have been insufficient, and this has been thought to affect access to treatment. The present survey deals with a possible connection between availability of physicians and access to treatment and the effect on access to primary health care of other factors related to health centres.

Methods For the present survey, data from an inquiry concerning access to primary health care performed in October 2009 and from a study concerning the availability of health centre physicians were combined. Data on municipal background variables obtained from Statistics Finland and the Social Insurance Institution were also included. The material was analysed by cross tabulation, ² test and logistic regression test.

Results The availability of physicians affects waiting times and the sufficiency of consulting hours. Access to a physician was least complicated in health centres with sufficient physician resources. Immediate contact and access to a nurse were best realised in small health centres. In these, however, lack of physicians was a clearly bigger problem than in large health centres.

Conclusions Sufficient physician resources are the most important factor in access to treatment. Being small is not an impediment to effective health centre operation if there are enough physicians available. Access to treatment should be followed more closely on operational unit and regional levels.