

Maamme lääkäritilanteesta ja toimenpiteistä sen parantamiseksi

Pääjohtaja NIILO PESONEN
Lääkintöhallitus

Jonkin maan lääkäritarpeen yksityiskohtainen määrittäminen ei ole helppo tehtävä. On hyvin ymmärrettävää, että yleisesti hyväksytyä menetelmää, jota siinä suhteessa voitaisiin käyttää, ei ole esitetty. Kaikki ne laskelmat, joita tähän asti on käytetty ja jotka perustuvat eri lääkintähuollon alojen tarpeen yksityiskohtaiseen arviointiin, ovat osoittautuneet epäonnistuneiksi. Jos maan lääkäritarvetta laskettaessa otetaan huomioon vain jo perustetut ja lähitulevaisuudessa perustettaviksi suunnitellut virat, jää arviointi peräti yksipuoliseksi ja johtaa vääriin tuloksiin. Niin on käynyt meillä samoin kuin muuallakin maailmassa, missä laskelmia on tältä pohjalta suoritettu. Perusvirheenä niissä on otaksuta, että jos koulutettujen lääkäreiden määrä on niin suuri, että kaikki lääkintähuollon eri aloilla olevat ja lähiaikoina perustettaviksi suunnitellut lääkärinvirat saadaan täytetyiksi, ei lääkärinpulaa synny; ikäänkuin lääkintähuollon mitä erilaatuisimpien palvelusten kysyntä olisi tyydytettävissä vain virkoja perustamalla. Samalla on jätetty kokonaan otamatta huomioon yhteiskunnan rakenteessa, sosiaalisessa lainsäädännössä sekä väestön sivistystasossa ja varallisuudessa tapahtuvat muutokset. Lääketieteen, sairaanhoidon ja terveydenhoidon kehitys on niissä niinkään unohdettu. Ja kuitenkin nämä ovat juuri niitä tekijöitä, jotka erittäin suurella määrällä vaikuttavat kunkin maan lääkäritarpeeseen.

Esimerkkinä siitä, miten karkeasti voidaan erehtyä, jos edellä mainittua menetelyä lääkäritarvetta laskettaessa nouda-

tetaan, huomioonottamatta viimeksi mainittuja näkökohtia, voidaan mainita Suomen Lääkärilehdessä sekä suomen- että ruotsinkielisenä vuonna 1950 julkaistu tutkielma »Suomen lääkäritilanne vuoden 1950 alussa sekä lähivuosisikymmenien lääkäritarpeesta». Tuossa tutkimuksessa päädytään siihen tulokseen, että meillä nyt kymmenen vuoden kuluttua tutkimuksen ajankohdasta ei enää olisikaan lääkäreistä puutetta, vaan että meillä pikemminkin olisi liikaa lääkäreitä. »Nykyinen valmistuvien lukumäärä on ilmeisesti riittävä lähivuosisikymmenen tarpeen tyydyttämiseksi», sanoo tutkimuksen tekijä vuonna 1950. Julkaisun ruotsintaja on ollut asiasta vieläkin vakuuttuneempi, koskapa hän on kääntänyt sanat »ilmeisesti riittävä» sanoilla »säkert tillräckligt» (varmasti riittävä)! Kun meillä tällä hetkellä, siis juuri edellä mainitussa tutkimuksessa kosketeltuna ajankohtana, lääkärripula on kipeimpiä lääkintähuollollisia probleemiamme, osoittaa se, miten edellä mainittu arviointitapa on johtanut harhaan. Olen maininnut näistä tutkimuksista siksi, että vieläkin saattaa kuulla ajatuksia siitä, että todellisen lääkäritarpeen arvioiminen olisi suoritettava edellä mainittua menetelytapaa käyttäen.

Ruotsissa on aivan äskettäin ilmestynyt komiteanmietintö »Om läkarbehov och läkartillgång» (Statens offentliga utredningar 1961: 8, Stockholm 1961), jossa kootaan selvittää Ruotsin lääkäritarve vuoteen 1980 mennessä. Tässä tutkimuksessa on pyritty mahdollisimman perusteellisesti ottamaan huomioon kaikki ne tekijät, joi-

Taulu 1. Lääkäritiheys eräissä maissa 1950-luvun lopulla.

Vuosi	Valtio	Asukkaita yhtä lääkäriä kohden
1958	Neuvostoliitto	601
1958	Itävalta	607
1958	Tšekkoslovakia	615
1958	Sveitsi	688
1958	Länsi-Saksa	725
1959	Tanska	750
1958	USA	790
1958	Uusi Seelanti	796
1958	Belgia	835
1956	Norja	850
1956	Australia	854
1958	Hollanti	880
1958	Englanti ja Wales	900
1960	Ruotsi	1 060
1960	Suomi	1 527

den on arveltu voivan tavalla tai toisella vaikuttaa lääkäritarpeeseen. Komitea tulee siihen tulokseen, että vuonna 1980 tarvittaisiin Ruotsissa 15 000—16 000 lääkäriä, mikä merkitsisi sitä, että maassa tulisi silloin olemaan noin 1 lääkäri 550 asukasta kohti. Komitean arvioima tarve ylittää runsaasti useimmissa maissa vallitsevan tilanteen. Se merkitsee Ruotsin osalta nykyisen lääkärimäärän runsasta kaksinkertaistumista.

Suomessa oli vuoden 1960 lopussa 2 915 lääkäriä, joista tosin 88 oli ulkomailla. Suhteessa asukasmäärään meillä oli tuona ajankohtana 1 lääkäri 1 527 asukasta kohden. Millainen vastaava tilanne on muissa maissa, ilmenee oheisesta taulukosta (taulu 1). Niinkuin taulukosta näkyy, oli Skandinavian maista Norjassa 1 lääkäri 850 asukasta kohden ja Tanskassa 1 lääkäri 750 asukasta kohden. Ruotsissa oli sanottuna ajankohtana 1 lääkäri noin 1 060 asukasta kohden. Taulukossa esitettyjä lukuja arvosteltaessa on otettava huomioon eri maissa vallitsevat erilaiset olosuhteet, mm. muun sairaanhoitoenkilökunnan käyttömahdollisuudet, sairaanhoitoenki-

lökunnan koulutuksen taso yms. seikat. Mutta joka tapauksessa vertailusta käy erittäin selvästi ilmi, että meidän maassamme on lääkäritiheys huonompi kuin missään taulukossa mainituista maista. Kuvaavaa tilanteelle muissa Skandinavian maissa on, että sekä Norjassa että Tanskassa lääkintäviranomaisten käsityksen mukaan ei vallitse lääkäreiden yliuutantoa, vaan kaikille lääkäreille riittää työtä. Jos edellä olevien lukujen perusteella haluaa vetää jonkinlaisia johtopäätöksiä meidän lääkäritarpeestamme ja jos otetaan huomioon, että meilläkin lähitulevaisuudessa toteutetaan sairausvakuutusjärjestelmä, voisi lähinnä asettaa tavoitteeksi Tanskan olosuhteet. Ruotsin lääkintäviranomaiset kamppailevat parhaillaan lääkärripulan kimpussa.

Miltä sitten näyttävät meidän mahdollisuutemme lääkäritilanteen parantamiseksi? Meillä on vuodesta 1955 lähtien korotettu lääketieteellisiin tiedekuntiin otettavien opiskelijoiden määrää aluksi 180:een vuodessa ja vuodesta 1958 lähtien 200:aan. Kun Oulun yliopisto saattoi syksyllä 1960 ottaa ensimmäiset ylioppilaat lääketiedettä opiskelemaan, nousi lääkäriksi opiskelemaan kotimaisissa yliopistoissamme vuosittain otettavien lukumäärä 250:een. Nyt on Helsingin yliopiston lääketieteellinen tiedekunta päättänyt ottaa syksyllä 1961 lisää 30 opiskelijaa ja vuoden 1962 alusta niinkään 30 opiskelijaa, joten yhteensä maamme lääketieteellisiin tiedekuntiin voidaan ottaa vuosittain vuodesta 1962 lähtien 310 opiskelijaa. Edelleen on pidettävä mielessä, että me olemme syksystä 1960 lähtien voineet lähettää opiskelijoita ulkomaisiin lääketieteellisiin tiedekuntiin. Vuoden 1960 aikana heidän määränsä ylitti 50:n ja näyttää siltä, että vuonna 1961 voidaan ulkomaille lähettää noin 75 opiskelijaa. Jos niinä neljänä vuonna, jotka lain mukaan vielä ovat käytettävissä, onnistutaan lähettämään vuosittain 75 opiskelijaa ulkomaisiin yliopistoihin, merkitsee se sitä, että meillä vuodesta 1962 lähtien alkaa vuosittain opiskella lääketiedettä 385 opiskelijaa.

Edellä selostettu opiskelutahdi merkitsee sitä, että meillä vuonna 1970, siis 9 vuo-

Taulu 2. Arviointi lääkäritiheyden kehityksestä Suomessa vuoteen 1980 mennessä.

Vuosi	Tiedekuntiin otetaan		Lääkäreitä valmistuu	Lääkäreitä kuolee	Lääkäreiden lukumäärä	Väkiluvun todennäköinen kehitys	Asukkaita yhtä lääkäriä kohden	Vuosi
	Suomessa	ulko-mailla						
1957	180							
1958	200							
1959	200							
1960	250	50			2 915		1 527	1960
1961	280	75	142	30	3 027			1961
1962	310	75	171	30	3 168			1962
1963	310	75	171	40	3 299			1963
1964	310	75	171	40	3 430			1964
1965	310		190	40	3 580	4 659 500	1 302	1965
1966	310		190	40	3 730			1966
1967	310		284	40	3 974			1967
1968	310		337	45	4 266			1968
1969	310		365	45	4 586			1969
1970	310		365	45	4 906	4 889 300	997	1970
1971	310		365	45	5 226			1971
1972	310		294	45	5 475			1972
1973	310		294	55	5 714	5 036 600	881	1973
1974	310		294	55	5 953			1974
1975	310		294	55	6 192	5 134 600	829	1975
1976	310		294	55	6 431	5 184 600	806	1976
1977	310		294	55	6 670	5 234 600	785	1977
1978	310		294	60	6 904	5 284 600	765	1978
1979	310		294	60	7 138	5 334 600	747	1979
1980	310		294	60	7 372	5 384 600	730	1980

den kuluttua, olisi 1 lääkäri noin 1000 asukasta kohden (taulu 2). Tällöin on tietysti otettu huomioon väestön lisäys. Ja mitä kehityksen jatkumiseen tulee, nousee meidän lääkärimäärämme lähes kaksinkertaiseksi vuoteen 1973 mennessä, jolloin meillä on 1 lääkäri noin 880 asukasta kohden. Jos edelleen pidetään yllä samaa opiskelutahtia ja otetaan huomioon väestön lisäys, joka vuoteen 1980 mennessä tilastollisen päätoimiston laskelmien mukaan nousee 5 384 600:aan, tulisi meillä vuonna 1980 olemaan 1 lääkäri 730 asukasta kohden. Tällöin ei lääkäripulasta varsinaisessa mielessä enää voitane puhua.

Näitä laskelmia suoritettaessa on otettu huomioon opiskelijoiden keskuudessa tapahtuva kato, joka on kokemusperäisesti arvioitu 5 %:ksi, samoin on tietysti otettu huomioon kuoleman kautta poistuvat lääkärit. Sen sijaan tilastossa ei ole kiinnitetty huomiota eläkeiän sivuuttaneisiin

lääkäreihin, vaan tilasto koskee lääkärikuntaa kokonaisuudessaan.

Niinkuin edellä olevasta selostuksesta käy ilmi, alkaa meidän lääkäritilanteesamme tuntua helpotusta varsinaisesti vasta vuonna 1970 ja sen jälkeen. Jossain määrin sitä voinee todeta jo aikaisemmin, sillä esim. vuonna 1965 on meillä nykyisellä koulutustahdilla jo 1 lääkäri 1 300 asukasta kohden, mikä merkitsee huomattavasti suurempaa lääkäritiheyttä kuin nykyinen.

Edellä esitetystä lääkäritilanteen kehityksessä on tietysti eräitä epävarmoja tekijöitä, joihin mm. kuuluu kysymys siitä, miten runsaasti ulkomaisissa yliopistoissa voidaan saada koulutetuksi lääkäreitä. Tässä suhteessa tuottaa suuria vaikeuksia se, että lääkäripula ei ole vain yksinomaan meitä koskeva kysymys, vaan se on monissa osissa maailmaa vallitseva ilmiö, ja ns. kehitysmaiden tarve siinä suhteessa on

mittaamaton. Tästä syystä eri puolilla Eurooppaa olevat lääketieteelliset tiedekunnat työskentelevät suuren paineen alaisina. Opiskelijoiden määrää ei taas voida rajattomasti lisätä vaarantamatta koulutuksen tasoa. Sveitsin yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien menettely niiden ottaessa vastaan suomalaisia opiskelijoita, osoittaa siellä tunnettavan suurta ymmärtämystä meidän tilapäisiä vaikeuksiamme kohtaan. Samanlaisista myötemielisyyttä on myös Tanskan taholta osoitettu, Aarhusin yliopistohan on luvannut ottaa viiden vuoden aikana 5 opiskelijaa vuosittain. Niinkään eräät Englannin yliopistot ovat suurista vaikeuksistaan huolimatta olleet valmiit ottamaan muutamia suomalaisia opiskelijoita.

Ulkomaisten lääketieteellisten tiedekuntien apuun maamme lääkäripulan poistamiseksi on turvaututtu väliaikaisena toimenpiteenä. On selvää, että meidän on pystyttävä itse huolehtimaan normaalin lääkäritarpeen tyydyttämisestä. Sen sijaan voitaneen pitää asiallisenä ja maamme sairaan- ja terveydenhoidolle hyödyllisenä sellaista järjestelyä, että osalle lääkäreistämme jatkuvasti tarjoutuisi mahdollisuus saada opetusta myös ulkomaisissa yliopistoissa. Täydellinen omaan kuoreen sulkeutuminen ei tässäkään asiassa ole maallamme, ei sen sairaanhoidolle enempää kuin sen lääketieteelliselle tutkimuksellekaan, eduksi.

Tarkasteltaessa nyt käyntiin pannun lääkärikoulutuksen jatkuvaa kehitystä mainittiin, että ulkomainen koulutus on tarkoitettu vain viideksi vuodeksi. Laki

opintolainan myöntämisestä lääkärintutkinnon suorittamiseksi ulkomailla tuli voimaan 1 päivänä heinäkuuta 1960, joten sen nojalla tulevat viimeiset opiskelijat lähetettäväksi vuonna 1964. Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, että lääketiedettä opiskelevien määrä tuona ajankohtana kokonaisuudessaan vastaavasti vähenisi, sillä pian sen jälkeen voi Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta kohottaa vuosittain otettavien opiskelijoittensa määrän kaksinkertaiseksi eli 50:stä 100:aan. Tätä opiskelijamäärän lisäystä ei taulukossa 2 ole otettu huomioon. Sen toteutuminen merkitsee sitä, että taulukossa esitetyt tavoitteet saavutetaan vastaavasti aikaisemmin.

Me voimme siis todeta, että ne toimenpiteet lääkärin kouluttamiseksi, jotka nyt ovat käynnissä, johtavat siihen, että me vähitellen pääsemme erittäin valitettavana pidettävästä lääkäripulasta. Meillä ei toisaalta ole pienintäkään syytä pelkoon, että tämä koulutus merkitsisi ylituotantoa lääkärinkunnan keskuudessa. Koulutuksen tason korkeana pitäminen edellyttää, että lääketieteellisessä tiedekunnassa opiskelevien määrä on oikeassa suhteessa koulutusmahdollisuuksiin. Me olemme siinä suhteessa jo saavuttaneet Helsingin ja Turun yliopistojen lääketieteellisissä tiedekunnissa ylärajan. Jos parinkymmenen vuoden kuluttua havaitaan lääkärimäärä valtakunnassa riittäväksi, voidaan suurella tyydytyksellä vain todeta, että opiskelijoiden määrää eri tiedekunnissa voidaan pienentää ja siten nostaa koulutuksen tasoa.