

Suomen kestävän kasvun ohjelma

Hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamalli (RRP4-LUVN) Hankesuunnitelma

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
13.2.2024

Päivitetty 17.5.2024
Päivitetty 14.11.2024



Euroopan unionin rahoittama –
NextGenerationEU

Sisällysluettelo

1	Hankkeen tarve ja suhde muuhun kehittämiseen	3
2	Hankkeen toteutus	5
2.1	Investointi 1: Hoidon jatkuvuusmalli	5
2.2	Investointi 4: Hoidon jatkuvuusmallin digiratkaisut	8
3	Riskit ja niihin varautuminen	14

1 Hankkeen tarve

Perusterveydenhuollon vahvistaminen edellyttää hoidon saatavuuden ja ennen kaikkea hoidon jatkuvuuden parantamista. Hoidon jatkuvuuden hyödyt on vakuuttavasti osoitettu, mutta pitkään jatkuneista yrityksistä huolimatta hoidon katkonaisuuden korjaamisessa ei ole onnistuttu. Tämä hanke pyrkii parantamaan hoidon jatkuvuutta sitouttamalla yleislääketieteen erikoislääkäreitä pitkäaikaiseen väestövastuuseen.

Hoidon jatkuvuus ei voi toteutua ilman pysyviä lääkäreitä. Vakituisten virkalääkäreiden osuus perusterveydenhuollon lääkäreistä on laskenut 68 %:sta 48 %:iin vuosien 2005 ja 2022 välillä¹. Samaan aikaan osa-aikaisesti työskentelevien määrä on kasvanut nopeasti: 20 % virkalääkäreistä työskenteli osa-aikaisesti vuonna 2012, mutta vuonna 2023 osa-aikaisten osuus oli jo 35 %². Jatkuessaan kehitys romuttaa yritykset parantaa hoidon jatkuvuutta virkatyöhön perustuvassa järjestelmässä.

Omalääkäri 2.0 -raportissa ehdotetaan ratkaisuksi huomattavaa lääkäri- ja hoitajavakanssien lisäämistä perusterveydenhuoltoon sekä sitä, että terveyskeskuksissa työskentelevistä lääkäreistä kaksi kolmasosaa olisi pitkäaikaisissa työsuhteessa toimivia yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Vuonna 2022 perusterveydenhuollon 4 070 lääkäriavustajasta vain 1 990 oli täytetty vakituisella viranhaltijalla. Kun viransijaiset, ostopalvelut ja ulkoistukset huomioidaan, kokonaan täyttämättä oli 320 vakanssia. Vakituisten viranhaltijoiden rekrytoiminen perusterveydenhuoltoon on osoittautunut erittäin vaikeaksi.

Suomessa on noin 1 900 työikäistä yleislääketieteen erikoislääkäreitä, joista noin 70 % työskentelee hyvinvointialueilla. Yksityisessä terveydenhuollossa ja muissa tehtävissä siis työskentelee useita satoja yleislääketieteen erikoislääkäreitä.

Tästä syystä Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue on kehittänyt hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin, joka:

- 1) sitouttaa yksityissektorilla toimivia lääkäreitä pitkiin hoitosuhteisiin hyvinvointialueen järjestämisvastuun piirissä,
- 2) sisältää hoidon jatkuvuutta ja saatavuutta edistävät sekä lääkärintyön tehokasta organisointia tukevat kannustimet.

Ammatinharjoittajuuteen perustuvaa mallia on pidetty esimerkiksi Kelan yksityislääkärit omalääkäreinä -kokeilussa sekä lääkäreiden että potilaiden kannalta houkuttelevana, mutta juridisesti vaikeana³. Hyvinvointialue on selvittänyt malliin liittyviä juridisia kysymyksiä ja rakentanut muun muassa vero-, eläke- ja hankintalainsäädännön näkökulmista toteuttamiskelpoisen mallin.

Hyvinvointialue on joutunut hankkimaan noin 10 % lääkäreiden työpanoksesta vuokratyönä. Hoidon saatavuus on parantunut hyvinvointialueen toiminnan käynnistymisen jälkeen, mutta hoitotakuussa pysyminen on useammalla terveysasemalla vaikeaa. Erityisesti hoidon jatkuvuudessa on parannettavaa: vuonna 2022 hoidon jatkuvuutta kuvaava COC-indeksi oli Länsi-Uudenmaan kuntien alueella 0,29⁴.

Länsi-Uudellamaalla toimii paljon yksityislääkäreitä, minkä vuoksi Länsi-Uusimaa on otollinen ympäristö ottaa hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamalli käyttöön. Tehdyn markkinakartoituksen perusteella ammatinharjoittajat ovat kiinnostuneita hyvinvointialueen ehdottamasta mallista toimia yleislääkärinä perusterveydenhuollossa.

Onnistuessaan hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamalli hyödyttää koko suomalaista palvelujärjestelmää. Riittävän laajana ja pitkäkestoisena toteutettuna mallista saadaan yleistettävää tietoa esimerkiksi vaikutuksista hoidon jatkuvuuteen ja laatuun, toimivista kannustimista sekä markkinoiden

¹ Suomen Lääkäriliitto: Terveyskeskusten lääkäritilanne 2022 -tutkimus.

https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/2022_terveyskeskusten_laakaritilanne_final3.pdf

² Suomen Lääkäriliitto. Hyvinvointialueiden lääkärin osa-aikatyö. Ennakkotuloksia Lääkäri 2023 -tutkimuksesta.

https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/laakari_2023_tutkimus_tietoja_osa-aikatyosta.pdf

³ STM. Yrittäjyys terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:9.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70697/Selv200409.pdf>

⁴ THL. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa 2022. Tilastoraportti 16/2023.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146496/Hoidon%20jatkuvuus%20perusterveydenhuollossa_Tilastoraportti_TV2022_final_s_aavutettava.pdf?sequence=1&isAllowed=y

syntymisestä. Mallin toteutuminen voi auttaa myös sairausvakuutusjärjestelmän kehittämisessä koko väestön tarpeita vastaavaksi siten, että Kela-korvausjärjestelmä sovitettaisiin yhteen hyvinvointialueiden järjestämisvastuun kanssa. Hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin ohessa Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue soveltaa kehitettyä mallia myös virkasuhteisilla lääkäreillä. Yhdelle terveysasemalle muodostetaan tiimi, jossa on 4-5 lääkärinä, joilla on vastuuväestöt ja sairaanhoitajat työpareinaan. Kokeilun ensisijainen tarkoitus on tutkia miten väestövastuulliset työparit toimivat toisiaan tukien tiimissä ja miten mm YEK-vaiheen lääkärit voidaan huomioida työskentelyssä. Tämänkaltaisen järjestely on tavallinen muualla Euroopassa. Kokeilu tapahtuu virkasuhteisilla lääkäreillä, sillä vain heillä on tällä hetkellä nuorempien lääkäreiden koulutusoikeudet ja hyvinvointialueella on tiedossa lukuisa joukko kokeiluun halukkaita henkilöitä.

Hankkeen suhde muuhun kehittämiseen

Hanke jatkaa hyvinvointialueen RRP2-hankkeen kehittämistyötä liittyen terveysaseman vastuuväestömalliin monituottajatoimintana. RRP2-hankkeen osana on selvitetty hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin toteuttamisen juridiset edellytykset, lääkäreiden näkemykset, kannustinmallit, hankintatapa, kansainväliset verrokkit sekä järjestelmätarpeet. RRP2-hankkeessa toteutetaan myös yhden ammatinharjoittajalääkärin pilotti, joka on tarkoitus käynnistää marraskuussa 2024.

Nyt haettavalla RRP4-hankeavustuksella varmistetaan, että pilotoitu ammatinharjoittajamalli vakiintuu osaksi hyvinvointialueen toimintaa ja laajenee huomattavasti. Myös muualla Suomessa hyödynnettävien tulosten saaminen edellyttää mallin laajentamista. Valtionavustusten käyttö hankkeissa eroaa sekä ajallisesti että sisällöllisesti. RRP2-hanke sisältää valmistelut (mm. juridiset selvitykset) ja pilotin vuosina 2023–24, ja RRP4-hanke laajentaa ja vakiinnuttaa mallin vuoden 2025 aikana.

Hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin lisäksi hyvinvointialueella kehitetään sekä RRP2- että omalla rahoituksella muun muassa tiimi- ja omalääkärimalleja, jotka parantavat hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta terveysasemilla. Näillä kehittämishankkeilla ja -toimenpiteillä ei ole päällekkäisyyksiä RRP4-hankkeen kanssa. Hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin integroinnissa hyvinvointialueen palvelukokonaisuuteen hyödynnetään kokemuksia palveluseleleistä sekä ulkoistetuista terveysasemista.

Hankkeen hallinnointi

Hanke etenemistä seurataan ja ohjataan hyvinvointialueen valtionavustushankkeiden yhteisessä ohjausryhmässä, jossa käsitellään myös RRP2-hankkeen asioita. Ammatinharjoittajamallin (investointi 1) osalta omistajana toimii avosairaanhoidon linjajohtaja, ja investoinnin oman ohjausryhmän puheenjohtajana toimii palvelualuejohtaja. Ohjausryhmä tukee omistajaa ja projektijohtajaa. Projektijohtajana toimii hyvinvointialueelle rekrytoitu ylilääkäri, jolla on laaja kokemus julkisesta perusterveydenhuollosta sekä yksityisestä sektorista. Ammatinharjoittajamallia tukevien digitaalisten ratkaisujen kehittäminen tapahtuu tiiviissä yhteistyössä avosairaanhoidon palvelulinjan, hyvinvointialueen tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoiminnon (TKI-yksikkö) sekä digipalveluiden kesken.

Kestävän kasvun ohjelman rahoituksella toteutettavan kehittämisen (tällä hetkellä RRP2 ja RRP3) hallinnointi on keskitetty hyvinvointialueen TKI-yksikköön ja maksatusten osalta taloushallintoon. Keskitetty hankehallinto ja kehittämisen tuki varmistavat kehittämistyön hanke-ehtojen toteutumisen ja ohjelman useiden rahoitusten erillään pitämisen. Valtionavustusten käyttö ja hankkeet eriytetään, eikä päällekkäisyyksiä ole. Hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta parantavasta kehittämistoiminnasta viestitään ymmärrettävästi kokonaisuutena, ja hankkeiden vaikuttavuutta arvioidaan mahdollisimman usein samoilla mittareilla.

2 Hankkeen toteutus

2.1 Investointi 1: Hoidon jatkuvuusmalli

TAVOITTEET

Potilaan omalääkäri- ja omahoitajasuhteen jatkuvuus on hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin ja virkasuhteisilla lääkäreillä kokeiltavan omalääkärimallin keskeiset elementit. Malli kannustaa ammattilaisia pitkiin hoitosuhteisiin, ja toisaalta pitkien hoitosuhteiden uskotaan houkuttelevan ammattilaisia mallin piiriin.

Potilailla on nimetty omalääkäri ja omahoitaja, jolle potilaan kiireettömät ja virka-aikaan myös kiireelliset yhteydenotot ohjataan. Sitouttamisen onnistumiseksi omalääkäri-omahoitajatyöparille annetaan tavallista enemmän päätösvaltaa keskinäisestä työnjaostaan ja työnteen tavastaan. Työparityöskentelyn ja pitkien hoitosuhteiden myötä potilasta koskeva tieto välittyy omalääkärille potilastietojärjestelmään kirjattuja tietoja syvällisemmin ja tehokkaammin.

Hyvinvointialue määrittää ammatinharjoittajan kanssa tehdyssä sopimuksessa palvelun laatukselle, joita on noudatettava. Hoitoon pääsyä koskevat laatukselle määritellään siten, että valtaosa käynneistä toteutuu seitsemän vuorokauden sisällä. Tavoite on, että vähintään 80 % käynneistä toteutuu seitsemän vuorokauden sisällä. Hoitotakuulainsäädännön mukaista 14 vuorokauden hoitoon pääsyä edellytetään ammatinharjoittajan kanssa tehtävässä sopimuksessa joka tapauksessa. Sopimussuhde vahvistaa hyvinvointialueen mahdollisuuksia edellyttää ammatinharjoittajalta laatukselle täyttymistä. Vastaavasti ammatinharjoittajalle jää mahdollisuus tuottaa laadukasta palvelua eri tavoin. Virkasuhteisten lääkäreiden osalta selvitetään mahdollisuutta maksaa heille vastaaviin laatumittareihin perustuvaa palkanlisää. Virkasuhteisten kohdalla heikkoutena voidaan nähdä se, että mm hoitotakuulainsäädännön noudattamatta jättäminen ei ole irtisanomisperuste kun taas ammatinharjoittajien kohdalla tätä voidaan pitää sopimuksen irtisanomisperusteena.

Hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamalli integroituu osaksi hyvinvointialueen järjestämisvastuuta ja moniammatillista palvelukokonaisuutta, mihin sekä ammatinharjoittajat että hyvinvointialueen työntekijät ja johto sitoutuvat. Mallissa toimivilla lääkäreillä ja hoitajilla on samat oikeudet ohjata potilaita hyvinvointialueen tai erikoissairaanhoidon palveluihin kuin palvelussuhteessa olevilla ammattilaisilla. Ammatinharjoittajat käyttävät hyvinvointialueen tietojärjestelmiä ja kaikki hyvinvointialueen digitaaliset ratkaisut ovat mallissa toimivien ammattilaisten käytettävissä. Investoinnissa 4 on kuvattu, miten hyvinvointialueen digipalveluita kehitetään vastaamaan mallin tarpeisiin.

Ammatinharjoittajiksi hyväksytään ensisijaisesti yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Toissijaisesti voidaan hyväksyä yleislääkäreitä, joilla on osoitustusti vähintään 3 vuoden työkokemus perusterveydenhuollosta. Hankinnassa tavoitellaan erityisesti yksityissektorilla toimivia lääkäreitä. Sopimuksissa kannustetaan hoitosuhteiden jatkuvuuteen muun muassa sitomalla osa korvauksesta hoitosuhteiden pituuteen. Tämä on merkittävä ero niin virka- kuin vuokralääkäreidenkin palkkiomalleihin, jotka eivät sisällä jatkuvuuteen liittyviä kannustimia. Virkasuhteisten lääkäreiden kokeiluun lääkärit rekrytoidaan nykyisestä henkilöstöstä, jolloin toiminta saadaan käyntiin nopeasti.

Tavoitteena on sijoittaa omalääkäri-omahoitajatyöpareja eri terveysasemille, jotta mallin kokemukset tukisivat toiminnan kehittämistä laajasti. Malli ei korvaa virkalääkärijärjestelmää, vaan täydentää sitä. Tulevaisuudessa on mahdollista, että työparit työskentelevät myös alueilla, joilla ei ole laajempia palveluita tarjoavaa terveysasemaa.

TOIMENPITEET

Molemmissa malleissa tietylle hyvinvointialueen osoittamalle väestölle nimetään omalääkäri ja omahoitaja. Työpari vastaa yhdessä väestönsä perusterveydenhuollon vastaanottopalveluista. Hyvinvointialueen työparille osoittama väestö on mahdollisimman edustava otos terveysasemalla asioivasta väestöstä, mikä mahdollistaa toimintamallin vertailun muuhun palvelutuotantoon.

Omalääkäri vastaa hoidon kokonaisuuden suunnittelusta, koordinaatiosta ja toteutuksesta. Omahoitaja vastaa potilaiden hoidon tarpeen arviosta, ohjaamisesta oikean ammattilaisen hoitoon potilaan hoidon tarpeen mukaan sekä hoidosta sovittuun työnjaon mukaisesti. Omalääkäri ja omahoitaja hoitavat samaa väestöä pitkäaikaisesti, jolloin hoidon jatkuvuus on mahdollisimman hyvä ja oma väestö tulee kummallekin tutuksi. Parempi hoidon jatkuvuus tekee myös hoitajan vaativasta työstä perusterveydenhuollon etulinjassa vähemmän kuormittavaa. Ammatinharjoittajalle tulee antaa laaja vapaus määritellä työtapsansa, mutta se kuvataan sopimuksessa riittävän yksityiskohtaisesti, jotta hyvinvointialue voi varmistua palvelun riittävästä saatavuudesta ja saavutettavuudesta sekä sovittaa muun toiminnan työtapaan sopivaksi. Ammatinharjoittajalle tarjotaan työtilat terveysasemalta, mutta esimerkiksi etäkontaktit voidaan toteuttaa myös muualta.

Omalääkäri-omahoitajatyöpari pystyy tarjoamaan oikeat ja oikea-aikaiset palvelut suurimmalle osalle potilaista, mutta tarvittaessa omatiimiin liittyy myös muiden alojen ammattilaisia. Tässäkin pyritään hyvään hoidon jatkuvuuteen niin, että vastuuväestön hoitoon osallistuvat mahdollisimman laajalti aina samat ammattilaiset. Ammatinharjoittajan työn integroituminen osaksi muun muassa sosiaalipalveluiden, mielenterveyspalveluiden ja kuntoutuksen kanssa luotuja palveluketjuja varmistetaan sopimuksella ja sopimusohjauksella. Hyvinvointialueella palvelussuhteessa oleva omahoitaja sekä hyvinvointialueen tietojärjestelmien käyttö parantavat palveluintegraation onnistumisen edellytyksiä.

Ammatinharjoittajan korvausmalli perustuu vastuuväestön kokoon ja ikärakenteeseen perustuvaan kapitaatiokorvaukseen, asiointiperusteiseen suoritepalkkioon sekä vuosittain nousevaan jatkuvuuslisään. Näiden lisäksi korvausmalli sisältää laatupalkkion, jossa huomioidaan hoidon saatavuus ja jatkuvuus. Korvausmalli on rakennettu ammatinharjoittajalääkäreille suunnatun kyselyn, juridisen selvityksen sekä kansainvälisen katsauksen perusteella. Lopullinen korvausmalli päätetään pilotista saatujen kokemusten perusteella. Ammatinharjoittajien sopimusohjausta ja mallin jatkokehittämistä varten on palkattu ylilääkäri, jolla on laaja kokemus sekä julkisesta perusterveydenhuollosta että ammatinharjoittajien ohjaamisesta yksityissektorilla. Virkasuhteisten lääkäreiden osalta sovelletaan nykyistä virkaehtosopimusta.

Yhteydenotto ja digitaaliset ratkaisut

Potilaiden yhteydenotot ohjataan ensisijaisesti omahoitajalle, mutta työparin on mahdollista suunnitella työnjakoa parhaaksi katsomallaan tavalla ja potilaskohtaisesti niin, että potilas voi sovitusti olla yhteydessä myös suoraan omalääkäriin. Kaikki potilaat saavat omahoitajan puhelinnumeron, johon he voivat olla yhteydessä hoidon tarpeen arviota varten ja muissa terveyteen liittyvissä asioissa. Kiireellisiä ja kiireettömiä yhteydenottoja varten potilaille voidaan suositella tiettyjä soittoajankohtia. Potilaat voivat olla omahoitajaan yhteydessä kiireettömässä asioissa myös digitaalisen kanavan kautta. Potilastietojärjestelmässä on tieto omalääkäri-omahoitajatyöparista sekä ohjeet toimintamallin huomioimisesta esimerkiksi silloin, kun kiireellinen yhteydenotto on ohjautunut jollekulle muulle kuin omahoitajalle. Korvausmalli ohjaa ammatinharjoittajaa vähentämään potilaiden ohjautumista päivystykseen ja muille ammattilaisille jolle se ole tarkoituksenmukaista.

Digitaaliset palvelut mahdollistavat esimerkiksi etävastaanotot sekä kiireettömän viestinnän. Ammattilaisten käytettävänä on monipuoliset digitaaliset työvälineet, jotka mahdollistavat potilaan asioiden nopean ja tarkoituksenmukaisen hoidon. Puhelinpalvelun rinnalle otetaan käyttöön myös kiireettömät viestit. Potilas voi olla ammattilaisiin yhteydessä digitaalisen kanavan kautta. Omahoitaja arvioi saapuvat viestit ja määrittelee, kuka on oikea ammattilainen vastaamaan potilaan viestiin. Omalääkärimallissa digitaalisia ratkaisuja, kuten etävastaanottoja, on mahdollista hyödyntää laajasti ja turvallisesti, koska potilas ja ammattilaiset ovat toisilleen tuttuja. Omahoitaja pystyy arvioimaan luotettavasti jo hoidon tarpeen arvion yhteydessä, mikä palvelukanava sopii parhaiten asian hoitoon.

Toteutussuunnitelma ja viestintä

Lähtötilanne hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin laajentamiselle on kypsä: laajentaminen perustuu RRP2-pilotissa rakennettuun toimintamalliin sekä dynaamiseen hankintajärjestelmään, jonka

valmistelu on pitkällä. Sopimuksen yksityiskohtia ja korvausmallia todennäköisesti kehitetään pilotin kokemusten perusteella. Ammatinharjoittajia sijoitetaan useille eri terveysasemille, jotka ovat sitoutuneet mallin mukaisen toiminnan johtamiseen omassa palvelutuotannossa. Mallissa yhdellä terveysasemalla työskentelee useita ammatinharjoittajia, jotka voivat sopia keskenään esimerkiksi loma-aikojen toiminnasta. Ammatinharjoittajamallin valmistelevaa työtä voidaan soveltaa suoraan virkalääkäreillä tehtävään omalääkärimalliin.

Investoinnin omistaa avosairaanhoidon linjajohtaja, ja palvelualuejohtaja toimii puheenjohtajana sen ohjausryhmässä, joka tukee omistajaa. Projektijohtajana toimii hyvinvointialueelle rekrytoitu ylilääkäri, jolla on laaja kokemus julkisesta perusterveydenhuollosta sekä yksityisestä sektorista. Hankehallinto toteutuu hyvinvointialueen TKI-yksikössä.

Malleista on käyty laajaa vuoropuhelua muun muassa hyvinvointialueiden, sosiaali- ja terveysministeriön, Kelan, Lääkäriliiton ja ammatinharjoittajana toimivien lääkäreiden kanssa. Mallin kansallinen laajentaminen edellyttää tiivistä yhteistyötä muiden hyvinvointialueiden sekä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Valtionhallinnon kanssa tehtävässä yhteistyössä keskeisiä kysymyksiä ovat mallin tulevaisuuden rooli hyvinvointialueiden järjestämisvastuun piirissä, tarvittavat lainsäädäntömuutokset ammatinharjoittajien panoksen tehokkaaksi hyödyntämiseksi sekä toiminnan erilaiset rahoitusmallit. Mallin kehittämisestä on viestitty myös julkisuudessa mm. useissa mediahaastattelussa. Riittävä näkyvyys on edellytys sille, että tieto mallista saavuttaa ammatinharjoittajat.

Hankkeen viestintäsuunnitelman mukaisesti sidosryhmä- ja ammatinharjoittajaviestintää jatketaan koko ajan. Sidosryhmä- ja ammatinharjoittajaviestinnästä ovat vastuussa projektijohtaja, projektin omistaja ja ohjausryhmän puheenjohtaja, jotka voivat tarvittaessa hankkia viestinnän asiantuntijapalveluita. Pilotin käynnistyessä asiakasviestintä nousee keskeiseen asemaan: potilaille on viestittävä mallista ymmärrettävällä tavalla. Tämä edellyttää tiedottamista muun muassa medioissa, sosiaalisessa mediassa, terveysasemilla sekä asiakastilaisuuksissa. Asiakasviestinnästä on vastuussa projektijohtaja, joka hankkii asiakasviestinnän tueksi viestinnän asiantuntijapalveluita.

TUOTOKSET

Hankkeen tuotoksena on laajasti koeteltu ja vakiintunut, sopimusperusteinen hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamalli ja virkalääkäreillä tehty omalääkärimallikokeilu. Tavoitteena on, että hankkeen myötä alueelle syntyy riittävää lääkäripalveluiden tarjontaa ja markkinaehtoista kilpailua. Tämä on edellytys mallin juurtumiselle ja jatkuvuudelle. Hyvinvointialueella on vahva tahtotila jatkaa sekä laajentaa mallia tulevaisuudessa omalla rahoituksella. Mallin juurtuminen ja jatkuvuus varmistetaan sillä, että ammatinharjoittajien sopimukset ovat voimassa toistaiseksi, ja osa ammatinharjoittajan saamasta korvauksesta on sidottu jatkuvuuteen. Virkasuhteisessa omalääkärimallissa työntekijät ovat toistaiseksi voimassa olevissa virkasuhteissa, Laajana toteutuessaan hankkeen tulokset ja kokemukset ovat välittömästi muiden hyvinvointialueiden hyödynnettävissä.

KARKEA AIKATAULU

Vaihe	Ajankohta
Lopullisen mallin muodostaminen ja terveysasemakohtainen suunnittelu	8–9/2024
Ammatinharjoittajien kilpailutus, virkalääkärien rekrytointi malliin ja omahoitajien rekrytointi	8–12/2024
Käytännön järjestelyt terveysasemilla (mm. IT- ja tilajärjestelyt)	8–12/2024
Mallin käynnistys, laajentaminen, seuranta ja arviointi sekä jatkuva kehittäminen	2025
Vaikuttavuusarviointi, jatkokehitys ja mahdollinen laajentaminen (omalla rahoituksella)	2026–

RESURSSIT JA KUSTANNUSARVIO

Koska hanke perustuu vuosina 2023–24 toteutettuun selvitykseen ja pilottiin, kehittämisen tarve suhteessa jo tehtyyn työhön on pienempi, ja resurssit voidaan ohjata pääosin mallin laajentamiseen. Keskeistä on mallin riittävän laaja käyttöönotto, jotta sen toimivuus ja vaikuttavuus voidaan osoittaa luotettavasti. Tämä edellyttää, että mallin laajuus on vähintään 10 omalääkäri-omahoitajatyöparia.

Tarvittavat resurssit	Kustannukset
Noin 5 ammatinharjoittajana toimivan lääkärin hankinta ajalle 1.1.–31.12.2025	900 000 €
Noin 10 omahoitajan palkkakustannukset (sisäinen siirtyminen tai rekrytointi)	540 000 €
Noin 5 virkasuhteisen lääkärin rekrytointi ajalle 1.1.-31.12.2025	900 000 €
Projektin hallinnointikulut (sis. projektijohtajan palkkakustannukset)	200 000 €

Asiantuntijaosaaminen (hankinnan valmistelu, kehittäminen, muutosjohtaminen ja viestintä)	82 000 €
Yhteensä	2 622 000 €

MITTARIT JA VAIKUTUKSET

Vertailun mahdollistamiseksi mallin onnistumista mitataan samoilla mittareilla kuin hyvinvointialueen muita hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden parantamiseen tähtääviä hankkeita. Tuloksia käydään säännöllisesti läpi sekä omalääkäri-omahoitajatyöparin kanssa että järjestämistä vastuullisessa johdossa.

Mittari	Seurannan sykli
Hoidon saatavuus: Ensikontaktista hoitoon työparille mediaani vuorokausissa, sekä 7 ja 14 vuorokauden hoitoon pääsy (%)	Kuukausittain
Hoidon jatkuvuus: Usual Provider of Care (UPC)-indeksi	Kuukausittain
Omalääkärin tai -hoitajan toteuttama osuus kiireettömistä vastaanotoista (%)	Kuukausittain
Omalääkärin tai -hoitajan toteuttama osuus kiireellisistä vastaanotoista (%)	Kuukausittain
Yhteispäivystyksen käyttö (käynnit ja kustannukset / 1000 potilasta)	Kvartaaleittain
Asiakastytyväisyys (sis. hankeilmoituksen mukaiset vaatimukset)	Puolivuositain
Lääkäreiden ja hoitajien tyytyväisyys	Kvartaaleittain

Mallin tieteellinen arviointi suunnitellaan Oulun yliopiston professori Juha Auvisen tutkimusryhmän kanssa. Mallia tutkitaan potilaan, ammatinharjoittajan ja palvelujärjestelmän näkökulmista. Potilaan näkökulmasta oleellisia tutkimuskysymyksiä ovat potilaan kokemus, palveluiden saatavuus ja jatkuvuus sekä luottamus palveluihin. Ammatinharjoittajan näkökulmasta oleellisia tutkimuskysymyksiä ovat ammatinharjoittajan kokemus mallista ja väestövastuusta, työn hallinta sekä työssä jaksaminen. Palvelujärjestelmän näkökulmasta oleellisia tutkimuskysymyksiä ovat palveluiden laatu ja yhdenvertaisuus, järjestämisen hallinta sekä kustannukset. Arviointiin pyritään liittämään myös potilailta saatavaa tietoa hoidon vaikuttavuudesta sekä hoidon laatua kuvaavia rekisteritietoja, kuten diabeteksen tai hyperkolesterolemian hoitotuloksia. Tieteelliseen arviointiin ei käytetä RRP-rahoitusta.

Hyvinvointialue on käynnistänyt yhteistyön myös Aalto-yliopiston Design for Government -kurssin kanssa. Kelan Innovaatio- ja kasvuyksikkö sekä STM ovat mukana yhteistyössä. Hankkeen tarkoituksena on tuottaa tietoa ja kehittää hoidon jatkuvuutta potilaiden käyttäytymisen muutoksen ja sen ennakkoinnin näkökulmista.

Hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin käyttöönoton välittömiä vaikutuksia ovat hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden paraneminen. Hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden parantuessa on odotettavissa, että hoidon tulokset paranevat, sairastavuus ja kuolleisuus vähenevät, asiakastytyväisyys paranee, häiriökysyntä vähenee ja kokonaiskustannukset pienenevät.

Tärkeä vaikutus palvelujärjestelmän kannalta on uudenlaisen, virkalääkärimallia täydentävän toimintamallin kehittäminen. Tavoitteena on kääntää kehitys, jonka myötä pysyvissä perusterveydenhuollon lääkärintehtävissä olevien lääkärin osuus on nopeasti pienentynyt. Odotuksena on, että hankkeen kautta julkisen perusterveydenhuollon houkuttelevuus kasvaa, ja yhä useampi yksityissektorille tai työterveyshuoltoon siirtynyt yleislääkäri sitoutuu väestövastuulliseen työhön hyvinvointialueen järjestämistä vastuun piirissä.

2.2 Investointi 4: Hoidon jatkuvuusmallin digiratkaisut

Työpaketti 1: Kansalaisen digitaaliset palvelut hoidon jatkuvuuden tukemisessa ja ammatinharjoittajamallissa

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella kehitetään digitaalista asiointia hoidon jatkuvuuden tukemiseksi. Ammattilaisten käyttöön tarjotaan edistykselliset digitaaliset työkalut toteutettavassa ammatinharjoittajamallissa sekä koko hyvinvointialueella. Asukkaiden ja ammattilaisten digitaalisten palveluiden käyttöönotto tukee merkittävästi omalääkärimallien onnistunutta laajentamista ja tavoitteisiin pääsemistä. Digitaalinen asiointi soveltuu nimenomaan pitkiin hoitosuhteisiin.

Keskeisiä hoidon jatkuvuutta tukevia digitaalisia toiminnallisuuksia ovat kiiretön viestintä, digitaaliset lomakkeet, videovastaanotot, sähköinen ajanvaraus, ammattilaisten väliset konsultaatiot ja asiointikohtaiset palautteet. Nämä toiminnallisuudet tukevat tiiviisti myös ammatinharjoittajamallia. Työpaketissa 1 keskitytään asiakkaan ja ammattilaisen väliseen vuorovaikutukseen liittyviin digitaalisiin ratkaisuihin.

Hyvinvointialueen avosairaanhoidon digitaalisen asioinnin toiminnallisuudet rakennetaan tukemaan hyvinvointialueen digitaalisen asioinnin visiota. Omalääkärimallien tarpeet huomioidaan keskeisesti digitaalisen asioinnin kehittämisessä niin, että omalääkärit toimivat digitaalisen asioinnin kehittämisen ketteränä kärkenä soveltuvilta osin. Laadukkaasti rakennettu digitaalinen asiointi parantaa asiakas- ja ammattilaiskokemusta sekä tehostaa hoitoa. Vaikutukset ovat linjassa ammatinharjoittajan palkkiomallin kanssa, mikä auttaa mallin laajentamisessa ja jatkuvuuden turvaamisessa. Myös ammatinharjoittajia kannustetaan digitaalisen asioinnin mahdollistamiseen asukkaille aina kun se on lääketieteellisesti perusteltua. Tarkemmat tavoitteet ja mekanismit on kuvattu myöhemmin tässä hakemuksessa.

Hyvinvointialueella on toteutettu syksyllä 2023 laaja digitaalisen asioinnin määrittely, jonka seuraava vaihe on käynnistymässä. Digitaaliseen asiointiin käytetään jatkossa yhtä nykyaikaista asiointialustaa, jonka kilpailutus käynnistetään rinnakkain asiakas- ja potilastietojärjestelmän kilpailutuksen kanssa keväällä 2024. Digitaalisen asioinnin edistäminen on hyvinvointialueen palvelustrategian ytimessä: hyvinvointialue tavoittelee, että yli puolet kaikista asioinneista ovat digitaalisia vuoteen 2026 mennessä.

Digitaalisen asioinnin tuominen osaksi omalääkärimalleja sopii erinomaisesti osaksi laajempaa hyvinvointialueen digitaalisen asioinnin kehittämiskokonaisuutta. Omalääkärimallien aikataulu ja pilotin koko mahdollistavat ketterät ensivaiheen määrittelyt ja käyttöönotot. Työssä hyödynnetään kattavaa valmistelutyötä, joka tehtiin RRP2-hankkeessa Terveysaseman vastuuväestömalli monituottajatoimintana. RRP4-hankeavustuksella tehtävä työ luo pohjaa tulevaisuuden käyttöönotoille, ja opit ovat myös kansallisesti hyödynnettävissä muiden hyvinvointialueiden ammatinharjoittajamalleissa. Hankkeen käynnistyessä tehty kehittämistyö ammatinharjoittamallin digiasointiin liittyen on täysin hyödynnettävissä virkalääkäripohjaisen omalääkärimallin käyttöön ja laajemmin muussa vastaanottotoiminnassa.

TAVOITTEET

Potilaan omalääkäri-, omahoitaja- tai omatiimisuhteen jatkuvuus on hoidon jatkuvuuden ja omalääkärimallien keskeisin elementti. Digitaaliset työkalut tukevat hoidon jatkuvuutta ja saatavuutta. Digitaalisella asiointilla tavoitellaan parempaa asiakaskokemusta, parempaa ammattilaiskokemusta sekä toiminnan tehostumista laadun kärsimättä.

Asiakkaan näkökulmasta tavoitteena on mahdollistaa ajasta ja paikasta riippumaton nykyaikaisella, asiakaslähtöisesti suunnitellulla digitaalisella alustalla toteutettu palvelu. Hoito- ja palvelupolut suunnitellaan lääketieteellisin perustein, mutta suunnittelussa hyödynnetään myös palvelumuotoiluosaamista. Myös tämä parantaa asiakaskokemusta ja ehkäisee häiriökysyntää.

Kiireetön viesti on takaisinsoittojärjestelmää asiakaslähtöisempi yhteydenottotapa. Asiakas voi ottaa yhteyttä ja lukea ammattilaisten viestit oman aikataulunsa mukaan. Viestiin voi myös liittää esimerkiksi kuvia tuomaan ammattilaiselle lisäinformaatiota. Asiakkaat voivat olla yhteydessä myös puhelimitse. Kiireetön digitaalinen viestintä sopii erityisen hyvin omalääkärimalleihin, sillä tuttu lääkäri pystyy ottamaan kantaa lääketieteellisiin kysymyksiin suppeampien esitietojen perusteella. Kiireetön viestintä parantaa asiakastyytyväisyyttä ja sujuvoittaa hoitoon pääsyä heikentämättä lääketieteellistä laatua.

Digitaalisia lomakkeita hyödynnetään ensisijaisesti esitietolomakkeina, oirekyselyinä (esimerkiksi BDI, GAD, DAN-PSS-1) tai oireseurantana (esimerkiksi päänsärkypäiväkirja). Sujuvasti toimiva digitaalinen lomake on helppo täyttää rauhassa ennen vastaanottotilannetta. Tiedot siirtyvät integraatioiden kautta suoraan potilastietojärjestelmään, mikä sujuvoittaa vastaanottotilannetta ja vapauttaa aikaa kohtaamiselle. Digikanavan käyttäminen oireiden seurannassa mahdollistaa hoito-ohjeiden antamisen ilman erillistä ajanvarausta.

Videovastaanotto soveltuu hyvin korvaamaan lähivastaanoton silloin, kun potilaan fyysinen tutkiminen ei ole tarpeen. Esimerkkejä näistä tilanteista ovat esimerkiksi mielenterveyden ongelmiin liittyvät käynnit ja pitkäaikaisten sairauksien kontrollikäynnit. Videovastaanotto on asiakkaalle vaivattomampi, kuin lähivastaanotto, mutta henkilökohtaisempi kuin esimerkiksi puhelu tai kiireetön viesti.

Sähköinen ajanvaraus on asiakaskokemuksen näkökulmasta merkittävä parannus puhelimitse tehtävään ajanvaraukseen. Ajanvarauksen voi tehdä ja sitä voi muuttaa milloin tahansa. Omalääkäri tai omahoitaja voi määrittellä, missä tilanteissa asiakas voi varata itse ajan.

Digitaalinen asiointi tehostaa toimintaa automatisoimalla ja siirtämällä osan hoitoon liittyvistä tehtävistä ammattilaisilta asiakkaille. Toiminnan tehostuminen mahdollistaa väestön entistä paremman hoitamisen ja vapauttaa aikaa kohtaamisille lähivastaanotoilla.

Hyvinvointialue asettaa kansalaisen digitaalisille palveluille useita tavoitteita, joiden toteutumista odotetaan viimeistään vuoden 2025 viimeisenä neljänneksenä. Ammatinharjoittajan toiminnassa tavoite 1 on sitova, mutta muita tavoitteita on tarkasteltava ammatinharjoittajan yrittäjäasemaan liittyvän vapauden näkökulmasta:

- 1) Osuus yli 20-vuotiaista, jotka ovat asioineet digitaalisesti: vähintään 35 %
- 2) Digitaalisen asiointin osuus kaikista kontakteista: vähintään 50 %
- 3) Etävastaanottojen osuus kaikista vastaanotoista: vähintään 20 %
- 4) Digitaalisten esitietolomakkeiden osuus kaikista lomakkeista: vähintään 50 %
- 5) Etävastaanottojen PROM-mittari: vähintään 60 % pärjäsi paremmin vastaanoton jälkeen
- 6) Digitaalisen asiointin suositteluindeksi (NPS): vähintään 80
- 7) Muut kansallisesti sovitut asiakaspalautteen mittarit

TOIMENPITEET

Digitaalisen asiointin kehittämiseksi sekä hoidon jatkuvuuden että omalääkärimalleihin tueksi rakennetaan seuraavat digitaalisen asiointin toiminnallisuudet: **kiireetön viestintä, digitaaliset lomakkeet, videovastaanotot ja asiointikohtaiset palautteet**. Asiointikohtainen palaute kerätään kansallisesti sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Omalääkärimalleihin liittyvät kokeilut ja käyttöönotot eriytetään muusta hyvinvointialueen digitaalisen asiointin toiminnan muutoksesta omaksi kokonaisuudekseen. Uudet toiminnallisuudet tuodaan ensivaiheessa omalääkärimalleissa toimivien ammattilaisten käyttöön soveltuville osin.

Omalääkärimalleiden digitaalisen asiointin rakentaminen koostuu seuraavista toimenpiteistä, joiden aikataulu on kuvattu omassa osiossaan:

- 1) Hyvinvointialueen digitaalisen asiointin toiminnan muutoksen suunnittelu omalääkärimalleiden huomioiden
- 2) Keskeisten hoito- ja palvelupolkujen tunnistaminen, suunnittelu sekä sopivien asiointikanavien hahmoittaminen
- 3) Väestön segmentoinnin toteuttaminen hoidon jatkuvuudesta hyötyvän väestöryhmän tunnistamiseksi
- 4) Henkilöstön kouluttaminen ja muutosjohtaminen
- 5) Viestintä ja markkinointi
- 6) Käytön tuki

Digitaalinen asiointi rakennetaan alusta asti erottamattomaksi osaksi hoidon jatkuvuutta ja omalääkärimalleja. Ammatinharjoittajamallin korvausmalli perustuu kapitaatiokorvaukseen, suoritepalkkioon, jatkuvuuslisään ja laatupalkkioon. Digitaalinen asiointi tukee kaikkia osa-alueita korvausmallissa, joten kannustimet ohjaavat oikeaan suuntaan ja varmistavat digitaalisen asiointin integroitumisen osaksi ammatinharjoittajamallia.

Potilaiden ja ammattilaisten laadukkaat digitaaliset työkalut tehostavat työtä ja mahdollistavat suoritteiden lisäämisen (suoritepalkkio ↑). Tämä vuorostaan parantaa hoidon saatavuutta ja mahdollistaa suuremman väestön hoitamisen (laatupalkkio ↑, kapitaatiokorvaus ↑).

Digitaalinen asiointi on erottamaton osa koko hyvinvointialueen toimintaa tulevaisuudessa. Muutosvaiheessa vuosina 2024–2026 työhön on varattu investointirahaa, minkä jälkeen toiminta on osa hyvinvointialueen käyttötaloutta.

Kuten koko digitaalisen asiointin laajentaminen hyvinvointialueella, myös omalääkärimalleiden digitaalisen asiointin toteuttaminen edellyttää onnistunutta viestintää ja markkinointia. Viestinnässä painotetaan alusta saakka digitaalisen asiointin tuomia etuja, mikä valmentaa niin asiakkaita kuin henkilöstöäkin muutokseen.

Tässä osiossa on kuvattu asiakasviestintää. Ammatilaisviestintää ei toteuteta tämän hankkeen puitteissa. Viestinnän painopiste on asiakkaissa, sillä heidän on tehtävä aktiivinen valinta asioida digitaalisesti. Viestinnän suunnittelussa hyödynnetään hyvinvointialueella vuonna 2023 tehtyjä digitaalisen asiointin osallisuuskyselyitä (Q3/2023 ja Q1/2024). Viestintä käynnistyy jo vuonna 2024 eli

ennen ammatinharjoittajamallin laajentamista. Soveltuvilta osin, asiakkaille mahdollistetaan digitaalisen asiointin suunnitteluun osallistuminen.

Omalääkärimalleista ja niihin liittyvistä digitaalisista palveluista viestitään ensisijaisesti kohdennetusti sosiaalisessa mediassa, (sähkö)postitse, hoitokontaktien yhteydessä ja terveyskeskuksen tiloissa. Viestinnässä hyödynnetään myös kohdentamatonta viestintää, kuten yleistä sosiaalisen median mainontaa, lehdistötiedotteita, asiakasohjausta verkkosivuilla sekä printtimainontaa.

Digitaalisen asiointin viestinnästä vastaavat yhdessä omalääkärimalleista, digitaalisesta asiointista sekä hyvinvointialueen viestinnästä vastaavat tahot. Näin varmistetaan, että kokonaisuus näyttäytyy asiakkaille selkeänä sekä hyvinvointialueen että ammatinharjoittajamallin näkökulmasta.

TUOTOKSET

- 1) Digitaalinen asiointialusta omalääkärimallien potilaiden käytössä (Q2/2025 mennessä).
- 2) Kiireetön viestintäkanava toimii potilaiden ja ammattilaisten välillä (Q2/2025 mennessä).
- 3) Videovastaanotot ovat osa ammatinharjoittajan palvelua (Q2/2025 mennessä).
- 4) 10 digitaalista esitietolomaketta on käytössä (Q2/2025 mennessä).
- 5) Sähköinen ajanvaraus toimii (Q4/2025 mennessä).
- 6) Asiointikohtainen palautekanava on käytössä (Q2/2025 mennessä).

KARKEA AIKATAULU

Vaihe	Ajankohta
Digitaalisen asiointialustan kilpailutus	4-11/2024
Toiminnallisuuksien määrittelytyö	4-11/2024
Keskeisten hoito- ja palvelupolkujen suunnittelu	8/2024-4/2025
Henkilöstön kouluttaminen	12/2024-4/2025
Viestintä ja markkinointi	6/2024 – 12/2025
Käytön tuki	1/2025 – 12/2025

RESURSSIT JA KUSTANNUSARVIO

Tarvittavat resurssit	Kustannukset
Digitaalisen asiointin projektipäällikkö	120 000 €
Palveluostot – Omalääkärimallien asiakkaiden digitaalisten järjestelmien edellyttämät digitaalisen asiointialustan muokkaukset, integraatiot ja muu kehitystyö	100 000 €
Palveluostot – Tukea digitaalisen asiointin kehittämiseen ja suunnitteluun koko hyvinvointialueella ja ammatinharjoittajamallissa	157 000 €
Yhteensä	377 000 €

MITTARIT (tavoitetasot kohdassa "Tavoitteet")

- 1) Osuus yli 20-vuotiaista, jotka ovat asioineet digitaalisesti (%)
- 2) Digitaalisen asiointin osuus kaikista kontakteista (%)
- 3) Etävastaanottojen osuus kaikista vastaanotoista (%)
- 4) Digitaalisten esitietolomakkeiden osuus kaikista täytetyistä lomakkeista (%)
- 5) Etävastaanottojen PROM-mittari (% pärjäsikin paremmin vastaanoton jälkeen)
- 6) Digitaalisen asiointin NPS
- 7) Muut kansallisesti sovitut asiakaspalautteen mittarit

VAIKUTUKSET

Digitaalinen asiointi tukee investoinnin 1 kohdalla kuvattuja omalääkärimallien tavoitteita. Hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden odotetaan paranevan. Muita välittömiä vaikutuksia on kuvattu kohdassa *Tavoitteet ja Mittarit*. Pidemmällä aikavälillä odotuksena on sairastavuuden sekä kokonaiskustannusten väheneminen, sillä palveluiden saatavuus ja saavutettavuus paranevat sekä ammattilaisten työ tehostuu entisestään. Etäpalvelut helpottavat arkaluontoisten asioiden käsittelyä, mikä madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnyksiä esimerkiksi mielenterveysongelmissa. Työn tehostumisen myötä ammattilaisten aikaa vapautuu enemmän myös niille potilaille, joiden hoito tai elämäntilanne edellyttävät paikan päällä kohtaamista. Näin jokainen potilas saa paremmin itselleen kohdennetun palvelun, millä on hoitoa tasa-arvoistava vaikutus. Mallin tieteellinen arviointi suunnitellaan Oulun yliopiston professori Juha Auvisen tutkimusryhmän kanssa. Tieteelliseen arviointiin ei käytetä RRP-rahoitusta.

Työpaketti 3: Johtamisen ratkaisut ammatinharjoittajamallissa

Omalääkärimallien johtaminen, arvioiminen ja kehittäminen edellyttävät tiedonhallinnan sekä tiedolla johtamisen ratkaisuja. Riittävän kattava ja ajantasainen tietopohja on ammatinharjoittajamallin ja virkalääkäripohjaisen omalääkärimallin vaikuttavuuden ja laadun seurannan varmistamisen perusta. Ilman luotettavaa tietoa ei voida tehdä johtopäätöksiä mallin toimivuudesta eli siitä, ovatko hoidon jatkuvuus ja saatavuus tosiasiallisesti parantuneet. Myös selittävien tekijöiden, kuten vastuuväestön koostumuksen, merkityksen arviointi sekä mallille asetettujen muiden tavoitteiden seuranta edellyttävät luotettavaa tietoa. Ratkaisuna omalääkärimallien seurantaan varten rakennetaan oma seurantanäkymä (Power BI -raportti), jossa keskeisiä malleille määriteltyjä mittareita voidaan tarkastella ja verrata muuhun terveysasematoimintaan reaaliaikaisesti.

Hyvinvointialueella kehitetään jatkuvasti kattavampia tiedolla johtamisen ja raportoinnin kyvykkyyksiä sekä seurantanäkymiä moderneja työkaluja hyödyntäen. Aiempaa työtä on mahdollista käyttää kehitettävien ratkaisujen tukena. Omalääkärimallien seurantaan liittyy kuitenkin useita nykyisestä poikkeavia tarpeita, joiden huomioiminen edellyttää räätälöityjä tiedonhallinnan ratkaisuja. Poikkeavat tarpeet johtuvat muun muassa siitä, että omalääkärimalleissa tietoa ja mittareita on tarkasteltava yksilötasolla eikä terveysaseman tarkkuudella. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että on kyettävä vertaamaan esimerkiksi yksittäisen ammatinharjoittajan vastuuväestön UPC-indeksiä tai asiakastytyväisyyttä muun väestön vastaaviin tuloksiin. Myös väestön tehokas jakaminen omalääkäriille sekä korvausmallin kehittäminen monipuolisemmin erilaisia laatu- ja vaikuttavuustekijöitä huomioivaan suuntaan edellyttävät tietopohjan ja raportointinäköymien kehittämistä.

Omalääkärimallit edellyttää tuekseen myös muutoksia asiakas- ja potilastietojärjestelmiin. Kaikki mallin toteuttamisessa tarvittava tieto ei ole vielä rakenteisessa muodossa, joten ilman muutoksia tietorakenteisiin ei ole mahdollista hyödyntää tarvittavia tietoja tehokkaasti. Käytännön esimerkki on omalääkäri- ja omahoitajatietokenttien puutteet potilastietojärjestelmissä. Lisäksi vastuuväestön osoittamiseen potilastietojärjestelmässä tarvitaan ratkaisuja, jotta vältetään manuaaliselta työltä. Muutokset rakenteisiin ja mahdolliset tukevat työkalut toteutetaan pelkästään omalääkärimallien laajennuksen toteuttamisen ja seurannan tukemiseksi.

Koko hyvinvointialueen strategia nojaa siihen, että strategian mukaisia toimenpiteitä tehdään kerätyn tiedon pohjalta. Strategiaan on kirjattu johtamisen perustaksi se, että johdolla on tiedossa toiminnan avainluvut ja selkeät tavoitteet, joiden toteutumista seurataan aktiivisesti. Näin ollen riittävän kattava tiedonhallinnan ratkaisu on mallin vaikuttavan toteutuksen lisäksi edellytys myös sille, että omalääkärimalleja voidaan toteuttaa hyvinvointialueen strategian mukaisesti.

TAVOITTEET

- 1) Vaikuttavuutta tukevan korvausmallin edellyttämät tiedot ovat saatavilla.
- 2) Raportti sisältää kaikki alkuvaiheessa määritellyt keskeiset mittarit ja tarjoaa työkalut/näkymät sekä omalääkäri-omahoitajatyöparin että johdon käyttötarkoituksiin.

TOIMENPITEET

Omalääkärimallien vaikuttavan toteuttamisen tueksi rakennetaan tarvittava tietopohja ja tiedolla johtamisen seurantanäkymä sekä tehdään tarvittavia muutoksia tietojärjestelmiin. Edellä kuvatut ovat tiivis osa ammatinharjoittajamallin laajentamista. Lisäksi ammatinharjoittajamalliin liittyvää tietoa analysoidaan tarpeiden mukaan mm. osana yliopistoyhteisön kanssa yhteistyössä toteutettavaa tieteellistä arviointia. Hankkeen jälkeinen ylläpito ja jatkokehitystarpeet toteutetaan ammatinharjoittajamallia tukien omalla rahoituksella.

Tiedonhallinnan ratkaisujen rakentaminen koostuu seuraavista toimenpiteistä, joiden aikataulu on kuvattu omassa osiossaan:

- 1) Tietotarpeiden määrittely, raportin 1. version suunnittelu, saatavilla olevan tiedon tunnistaminen sekä tietopuutteiden kartoitus
- 2) Tarvittavan tiedon mallintaminen (käsitelmallinnus ja tekninen mallinnus)
- 3) Muutokset APTJ-järjestelmiin
- 4) Seurantanäkymän 1. version kehitys ja julkaisu
- 5) Analyysit ja seurantanäkymän jatkokehitys

Tiedonhallinnan ratkaisujen osalta viestintä on rajallisempaa, sillä ratkaisut on suunnattu mallin parissa työskentelevälle johdolle sekä osittain mallissa työskenteleville ammattilaisille. Rajattu joukko pidetään

ajan tasalla etenemisestä sisäisiä kanavia hyödyntäen. Tiedotus ja riittävä käyttöönoton tuki tapahtuvat kehityksen rinnalla. Ratkaisuiden kautta saatavaa tietoa voidaan kuitenkin hyödyntää viestinnän sisällöissä osana asiakas- ja henkilöstöviestintää.

TUOTOKSET

- 1) Ammatinharjoittajamallin keskeiset mittarit sisältävä 1. versio raportista julkaistu.
- 2) Raportin jatkokehitystarpeet määriteltä.
- 3) Raportin viimeistely versio julkaistu. (Q4/2025 mennessä)

KARKEA AIKATAULU

Vaihe	Ajankohta
Tietotarpeiden määrittely, raportin 1. version suunnittelu, saatavilla olevan tiedon analysointi tunnistaminen sekä tietopuutteiden kattava kartoitus	7–10/2024
Tarvittavan tiedon mallintaminen	8–11/2024
Muutostyöt APTJ-järjestelmiin	9/2024–12/2025
Seurantanäkymän 1. version kehitys ja julkaisu	9–12/2024
Analysit ja seurantanäkymän jatkokehitys	1–12/2025

RESURSSIT JA KUSTANNUSARVIO

Tarvittavat resurssit	Kustannukset
Tietoasiantuntija 100 % 20 kk ajaksi	111 000 €
Tekninen mallinnus, raporttien rakentaminen (data engineering, Power BI -kehittäminen) (hankinta)	69 000 €
Ammatinharjoittajamallin toteuttamisen ja seurannan APTJ-muutostyöt ja mahdolliset rinnakkaisratkaisut (hankinta)	43 000 €
Yhteensä	223 000 €

MITTARIT

- 1) Vaikuttavuutta tukevan korvausmallin edellyttämät tiedot ovat saatavilla (kyllä/ei)
- 2) Raportti sisältää kaikki alkuvaiheessa määritellyt keskeiset mittarit ja tarjoaa työkalut/näkymät sekä omalääkäri-omahoitajatyöparin että johdon käyttötarkoituksiin (kyllä/ei)

VAIKUTUKSET

Tiedolla johtamisen ratkaisut ovat edellytys investoinnin 1 ja investoinnin 4 kohdalla kuvattujen vaikutusten ja tavoitteiden toteutumisen todentamiselle sekä viime kädessä myös niiden saavuttamiselle. Omalääkärimalleja ei voida arvioida ilman dataa ja seurantaa. Mallin vaikutusten todentamisen lisäksi toteutettavat ratkaisut mahdollistavat ammatinharjoittajamallissa mahdollisesti ilmenevien poikkeamien tunnistamisen sekä niiden vaatimien toimenpiteiden toteuttamisen eli mallin jatkuvan tietoon pohjautuvan kehittämisen.

3 Riskit ja niihin varautuminen

Riskin kuvaus	Todennäköisyys (1 – 5)	Vaikutus (1 – 5)	Riskipisteet (todennäköisyys x vaikutus)	Toimenpiteet riskin vähentämiseksi	Vastuutaho
Ammatinharjoittaja-hankintaan ei osallistu riittävästi kiinnostuneita ammatinharjoittajia	3	4	12	Ammatinharjoittajamallin suunnittelussa keskeiseksi tekijäksi on asetettu houkuttevuus ammatinharjoittajien näkökulmasta. Lisäksi hankintamenettelyksi on valittu dynaaminen hankintarekisteri, jonka ansiosta ammatinharjoittajahankintoja voidaan tarvittaessa tehdä useita kertoja joustavasti, mikäli ensimmäiseen hankintaan ei osallistu riittävästi ammatinharjoittajia.	Hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin projektijohtaja
Ammatinharjoittajamalli vaikuttaa negatiivisesti terveysaseman muuhun toimintaan	2	3	6	Ammatinharjoittajia sijoitetaan vain terveysasemille, jotka ovat sitoutuneet mallin mukaisen toiminnan johtamiseen omassa palvelu-tuotannossaan. Mallin käyttöönottovaiheen suunnitteluun sisältyy myös terveysasemakohtaisten huomioitavien tekijöiden läpikäynti ja mallin mukauttaminen tarvittaessa soveltuvilta osin.	Hyvinvointialueen avosairaanhoidon johto, hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin projektijohtaja
Digiratkaisujen käyttöönotto viivästyy	3	3	9	Digiratkaisut tukevat merkittävästi ammatinharjoittajamallin tavoitteisiin pääsemistä. Tästä syystä digitaalisten ratkaisujen käyttöönottoaikataulu sidotaan mallin laajentamisen aikatauluun ja suunnitellaan huolellisesti. Viivästyminen pystyttäisiin kuitenkin huomioimaan laajentamisen alkuvaiheessa siten, että alkuvaiheessa käytettäisiin pelkästään perinteisiä asiointin kanavia.	Digitaalisen asiointin projektipäällikkö, Hoidon jatkuvuuden ammatinharjoittajamallin projektijohtaja