



Omatiimiopas

v2

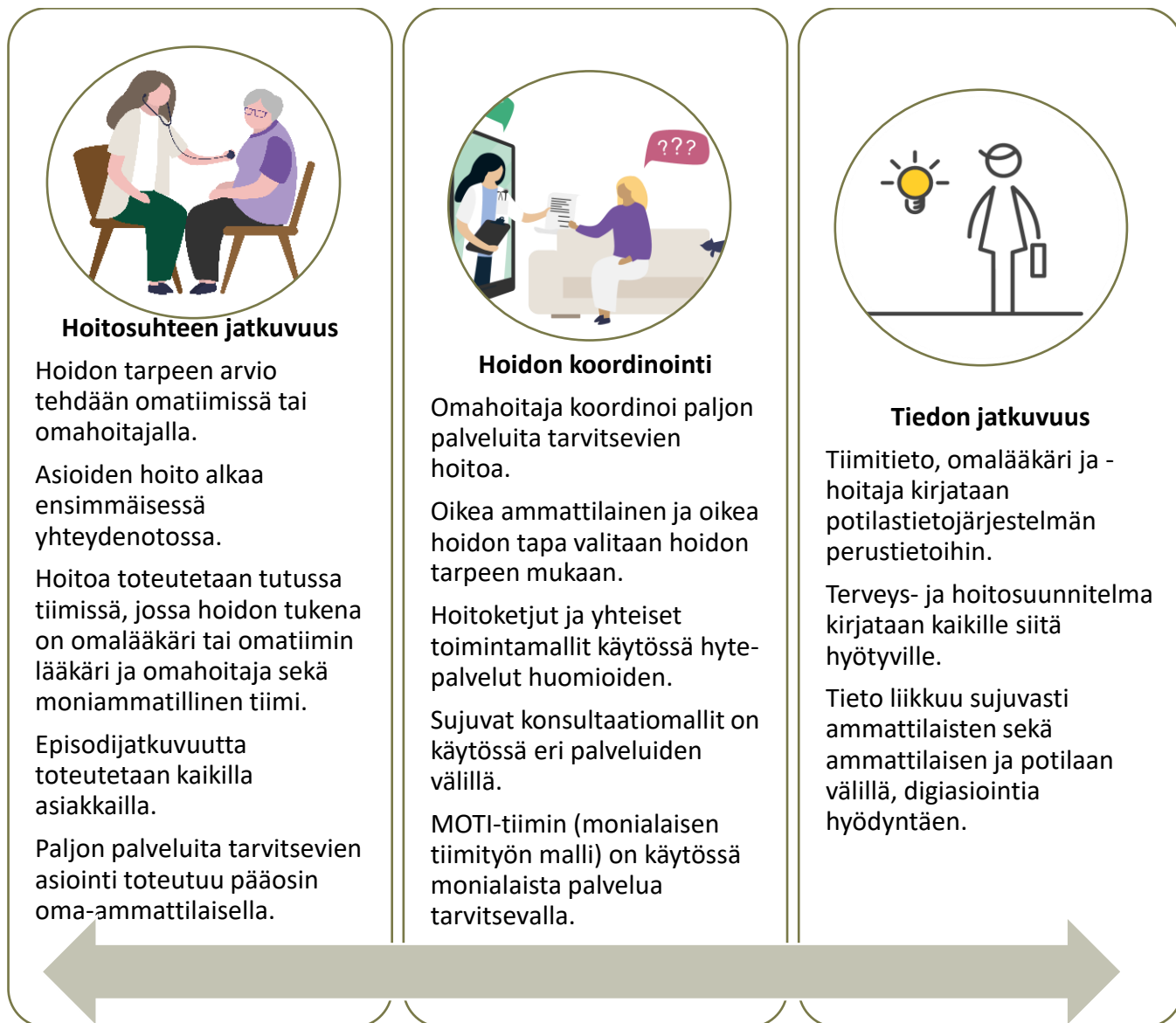
Sisällys

1 PSHVA:n OmaTiimi-malli	3
1.1 OmaTiimi-mallin hyödyt	4
1.2 OmaTiimi-mallin käynnistäminen.....	4
1.3 Omatiimin muodostaminen ja väestön jako	4
1.4 Omatiimin ja oma-ammattilaisen kirjaaminen potilastietojärjestelmään	5
1.5 Hoidon jatkuvuuden edistäminen omatiimeissä vaiheittain	6
1.6 Paljon/ pitkään palveluita tarvitseva (PPT).....	6
2 OMATIIMIEN TOIMINTA.....	7
2.1 Omalääkäri, potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus	7
2.2 Omahoitaja, hoidon koordinoija, potilas-hoitajasuhteen jatkuvuus	8
2.3 Muiden ammattilaisten rooli omatiimissä.....	8
2.4 Lääkkeenmääräämishoitajan rooli omatiimissä	8
2.5 Fysioterapeutin rooli omatiimissä	9
2.6 MiePä-hoitajien rooli omatiimissä	9
2.7 Sosiaalityön ammattilaisen rooli tiimien tukena	10
2.8 Omatiimien viestintä ja konsultaatiot	10
2.9 Hoidon jatkuvuutta edistävät toimintamallit	10
2.10 Hoidon saatavuutta edistävät toimintamallit	11
2.11 Opetusvastaanotto Osmo	11
3 TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA OSANA HOIDON JATKUVUUTTA	13
3.1 Kenelle hoitosuunnitelma laaditaan?	13
3.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman toimintamalli.....	14
4 OMATIIMIEN TAVOITTEET, MITTARIT, JOHTAMINEN ja kehittäminen	15
5 Hyödyllisiä LINKKEJÄ	15
6 TIEKARTTA: OMATIIMI-MALLIIN SIIRTYMISEN TARKASTUSLISTA.....	17

1 PSHVA:N OMATIIMI-MALLI

Pohjois-Savon hyvinvointialueella otetaan käyttöön OmaTiimi-malli hoidon jatkuvuuden parantamiseksi. Hoidon jatkuvuusmalli perustuu Omalääkäri 2.0 selvitykseen. OmaTiimi-mallin kehittämistä ohjaa kansallisesti [Omalääkäriohjelma - Sosiaali- ja terveysministeriö](#).

Hoidon jatkuvuutta toteutetaan OmaTiimi-mallissa edistämällä hoitosuhteen jatkuvuutta, hoidon koordinointia sekä tiedon jatkuvuutta.

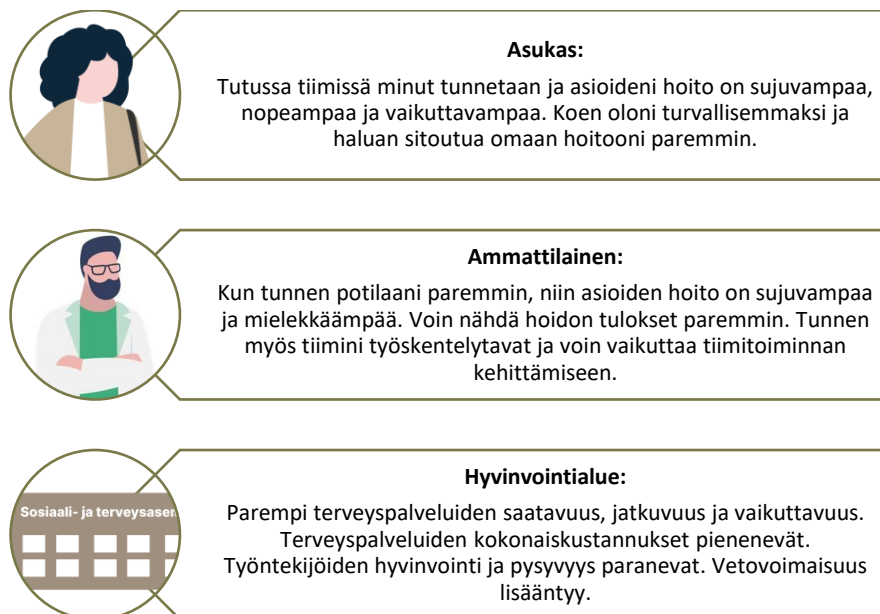


Kuva 1: Hoidon jatkuvuuden osa-alueet OmaTiimi-mallissa

OmaTiimi-mallissa asukas tietää, missä tiimissä häntä hoidetaan. Mallissa korostetaan omahoitaja-potilas ja omalääkäri-potilas välisen hoitosuhteen jatkuvuutta erityisesti paljon ja pitkään palveluita tarvitsevilla. Keskeistä on moniammatillisen tiimin tuki hoidon toteutuksessa. Kun potilaan hoidosta vastaa rajattu määrä ammattilaisia, hoidon jatkuvuus toteutuu paremmin. Lähtökohtaisesti tavoitteena on ohjata potilas vähintäänkin kiireettömissä asioissa aina tutulle ammattilaiselle. Potilaan hoidossa ja seurannassa sekä

hyvinvoinnin tukena hyödynnetään digitaalisia ratkaisuja sekä hyvinvointia- ja terveyttä edistävää (HYTE) -palvelutarjontaa.

1.1 OmaTiimi-mallin hyödyt



Kuva 2: OmaTiimi-mallin hyödyt asukkaalle, ammattilaiselle ja hyvinvointialueelle

1.2 OmaTiimi-mallin käynnistäminen

OmaTiimi-mallin käynnistäminen tehdään suunnitelmallisesti ja vaiheistetusti tiiminjohtajan ja palveluesihenkilön johtamana. Kehittämiseen osallistuu koko henkilöstö ja suositeltavaa on, että henkilöstöstä ja lähiesihenkilöistä muodostetaan kehittämistiimi, jonka toimintaa ohjaa alue-esihenkilö ja -ylilääkäri. Seuraavissa kappaleissa esitetään OmaTiimi-mallin pääperiaatteet ja 6 tarkastuslista, jonka mukaan kehittämistä toteutetaan.

1.3 Omatimien muodostaminen ja väestön jako

Väestö jaetaan tasaisesti omatiimeihin. Tiimissä on eri ammattiryhmät edustettuina, erityisosaajia hyödynnetään yli tiimirajojen ja tarpeen mukaan sote-keskusten välillä.

Taulukko 1 Omatimien muodostaminen

PSHVA:n raamit	Paikallisesti sovittavat käytännöt
- Isot terveysasemat tai tiimit, joissa yli 10 000 asukasta jaetaan tarvittaessa pienempiin omatiimeihin. - Alle 10 000 asukasta palvelevat terveysasemat muodostavat yhden omatiimin - Asiakkaiden jako omatiimeille - väestö jaetaan omatiimille osoitteen perusteella karttaohjelmaa hyödyntäen	- miten ja milloin väestö jaetaan omatiimeihin, tekninen väestöjako karttaohjelmalla - miten ja milloin ammattilaiset jaetaan omatiimeihin - miten erityisosaaminen hyödynnetään tarvittaessa yli tiimirajojen

- erikseen sovitusti potilaat voidaan jakaa omatiimiin muulla tapaa yhteydenottojärjestyksessä - asiakas voi vaihtaa omatiimiä kerran vuodessa - Ammattilaiset jaetaan tiimeihin siten, että osaamista on tasaisesti kaikissa tiimeissä - Erityisosaamista ja sijaisjärjestelyjä hyödynnetään yli tiimirajojen	- miten lyhytaikaiset sijaiset tai YEKit sijoittuvat tiimeihin - miten hoivakoti/ palvelukotiasukkaiden asiointi järjestetään omatiimissä
---	--

1.4 Omatiimin ja oma-ammattilaisen kirjaaminen potilastietojärjestelmään

OMNI360 Tiimityökalussa potilaalle valitaan hoitava tiimi sekä omalääkäri ja/tai omahoitaja. Väestövastuualueiden päivittämisessä hyödynnetään karttaohjelmaa, joka jakaa väestön osoitteen perusteella terveysasemalla/ tiimille. Poikkeava väestövastuu valitaan, jos potilaan tiimi on valikoitunut muuten kuin osoitteen perusteella. Valitse poikkeava vv ja kirjaa TK:n vaihtopäivä.

Asiakkaan perustiedot

Hallinta Etsi Muokkaa

Valitse Oma hoitaja ja/ tai Oma lääkäri

Perusv.väestöä

Oma hoitaja P00000 Omni Omahoitaja

Oma lääkäri OMAOM

Vv-alue VAVO1

Poikkeava vv K Kyllä TK-vaihtopäivä 03.10.2025

Oma muu

Tiimit VAVO1 (Lääkäri- ja hoitajavastaanotto)

Kuva 3: Omahoitaja ja -lääkäri, VV-alue ja Tiimit asiakkaan perustiedot näkymässä

Asiakkaan tiimien ylläpito (Omatiimin Potilas, 010101-123A)

Tiimi

Tiimin rooli

Lisää tiimilistalle

Lääkäri- ja hoitajavastaanotto

Lääkäri- ja hoitajavastaanotto 10.9.2025 12:51

Valitse Tiimi ja määrittele Tiimin rooli

Asiakkaalla voi olla useampi tiimi, mihin hän kuuluu

Kuva 4: Tiimin ja tiimin roolin valinta

Kuva 5: Tiimin ja omalääkärin tiedot asiakkaan yhteydenotto näkymässä

1.5 Hoidon jatkuvuuden edistäminen omatiimeissä vaiheittain

Hoidon jatkuvuutta edistetään sekä episodijatkuvuutta parantamalla että oma-ammattilaisia nimeämällä.

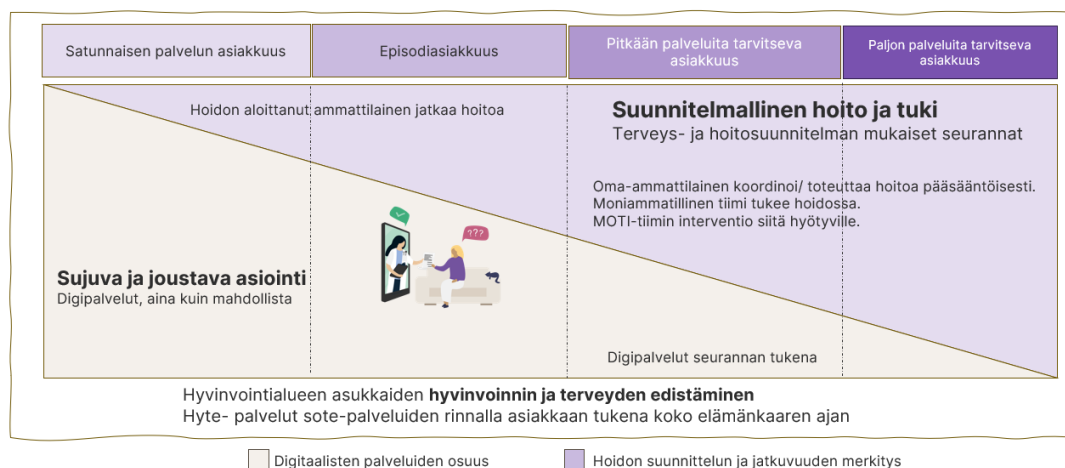
Taulukko 2 Hoidon jatkuvuuden edistäminen vaiheittain

PSHVA:n raamit	Paikallisesti sovittavat käytännöt
Askel 1: Omatiimeissä edistetään episodijatkuvuutta. Sama ammattilainen hoitaa aloittamansa hoidon valmiiksi. Askel 2: Paljon palveluita tarvitsevalle nimetään oma-ammattilainen (lääkäri ja/tai hoitaja). Omatiimi tukee ja osallistuu hoidon toteutukseen. Askel 3: Kaikille potilaille nimetään oma-ammattilainen. Omatiimi tukee ja osallistuu hoidon toteutukseen.	Arvioitava nykytila ja asetettava tavoitetila sekä vaiheistettava kehittämistyö: - Kuvattava, miten episodijatkuvuutta toteutetaan yksikössä, ohjata ja kouluttaa henkilöstöä. - Paljon palveluita tarvitsevien määritelmän ohjaaminen henkilöstölle sekä oma-ammattilaisen kirjaamisen käytänteiden kouluttaminen tiimeissä. - Asukkaille viestintä ja ammattilaisille ohjeistukset, missä tilanteissa nimetyt ammattilaiset hoitavat ja milloin muut tiimin ammattilaiset. Sovittava, miten seurataan nimeämistähtia ja ammattilaisten työkuormaa.

1.6 Paljon/ pitkään palveluita tarvitseva (PPT)

- Potilaalla on kaksi tai useampi säännöllistä seurantaa ja hoitoa vaativa pitkäaikaissairaus TAI
- Potilaalla on toistuvia (> 12) kontakteja (käynti, puhelu, etäasiointi, konsultaatio) vuoden aikana TAI
- Ammattilaisen harkinnan mukaan

Asiakkaita voidaan segmentoida palvelutarpeiden mukaisesti satunnaisesti, episodimaisesti ja pitkään/ paljon palveluita tarvitseviin asiakkuuksiin. Satunnaisesti palveluita tarvitsevan hoidossa korostuu sujuvat ja joustavat asiointimahdollisuudet, jossa digiasiointi on tärkeä vaihtoehto; paljon palveluita tarvitsevilla, suunnitelmallisen hoidon, tuen ja läsnäolon tarve korostuu. Hyvinvointipalvelut ovat asiakkaan tukena koko elämänkaaren ajan.



Kuva 6: Asiakassegmentoinnin malli

2 OMATIIMIEN TOIMINTA

Omatiimi vastaa potilaidensa kokonaisvaltaisesta hoidosta ja hoidon koordinoinnista eri ammattilaisten kesken. Omatiimin ammattilaisia sekä tiimien yhteisiä ammattilaisia hyödynnetään potilaan tarpeiden mukaisesti. Paikallisesti sovitaan konsultaatiomalleista kiireettömien ja kiireellisten potilaiden hoidossa sekä eri ammattiryhmien välisistä konsultaatioista.

Hyvinvointialueelle laaditut [hoitoketjut](#) (PSHVA) ja [pitkäaikaissairauksien seurantamalli](#) (IMS) otetaan terveysasemilla aktiiviseen käyttöön, hyödynnetään hoidon suunnittelussa ja hoidon porrastuksessa tiimin eri ammattiryhmien välillä.

2.1 Omalääkäri, potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden on todettu olevan yhteydessä parempaan potilasturvallisuuteen, pienempään sairastavuuteen ja kuolleisuuteen sekä tarkoituksenmukaisempaan palveluiden käyttöön. Potilas ohjataan omalääkärille/ aiemmin hoitaneelle lääkärille aina kun se on mahdollista. Omalääkäri / omatiimin lääkäri vastaa hoidon suunnittelusta, terveys- ja hoitosuunnitelman täydentämisestä ja pääsääntöisesti potilaan hoidosta. Omatiimin muut ammattilaiset toimivat lääkärin tukena.

Taulukko 3 Omalääkäri-käytännöt

Paikallisesti sovittavat käytännöt
• Terveysasema/tiimi laatii ohjeet, millä periaatteella omalääkäri nimetään potilaalle. • Terveysasemalla sovitaan, mitkä asiat hoidetaan omalääkärillä/ omatiimin lääkärillä ja missä asioissa tiimien muut lääkärin hoitavat potilasta. • Sovitaan, kuinka paljon omalääkärillä on kiireettömiä ja akuutteja konsultaatio- ja vastaanottoaikoja ja mihin niitä käytetään. • Sovitaan, miten seurataan potilaiden jakautumista omalääkäreille sekä heidän työkuormaansa

2.2 Omahoitaja, hoidon koordinoija, potilas-hoitajasuhteen jatkuvuus

Potilaan tarpeen mukaan nimetään hoidon koordinaatiosta vastaava omahoitaja. Omahoitajan työssä korostuu kohtaava ja luottamusta rakentava yhteys potilaaseen, ennakoiva hoito, hoitotapaamisen valmistelu, hoidon koordinaatio ja yhteydenpito asiakkaaseen. Kiireettömässä hoidossa hoitaja hoitaa potilaita itsenäisellä vastaanotolla, ohjaa, neuvoa ja seuraa hoitoa suunnitelman mukaisesti päivittäen hoitosuunnitelmaa. Omahoitajan tehtävässä voidaan soveltaa kansallista [Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa \(STM\)](#) – ohjetta.

Taulukko 4 Omahoitaja-käytännöt

Paikallisesti sovittavat käytännöt
• Terveysasema laatii ohjeet, millä periaatteella omahoitaja nimetään potilaalle. • Missä asioissa potilas ohjataan ensisijaisesti omahoitajalle, missä asioissa muille tiimiläisille. • Kuinka paljon omahoitajalla on kiireettömiä / akuutteja vastaanottoaikoja ja mihin niitä käytetään. • Miten omahoitaja koordinoi hoitoa ja on yhteydessä potilaaseen • Miten PPT potilaiden tarkennettu hoidon tarpeen arvio ja hoidon suunnittelu omahoitajan toimesta järjestetään ja ohjeistetaan esimerkiksi keskitetyille palveluille (puhelinpalvelu ja digisotekeskus) • Sovitaan, miten seurataan potilaiden jakautumista omahoitajille sekä heidän työkuormaansa

2.3 Muiden ammattilaisten rooli omatiimissä

Paikallisesti on sovittava, ketä kuuluu omatiimin ammattilaisiin ja ketkä ammattilaiset ovat tiimien yhteisiä ammattilaisia. Tiimien yhteisiä ammattilaisia voivat olla lähihoitaja, lääkintävahtimestari, sihteeri, fysioterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, LÄMÄ-hoitaja (rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaava sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja), sosiaalityöntekijä, suun terveydenhuollon työntekijä tai muu ammattilainen elleivät he ole omatiimin ammattilaisia. Erityisosaajat voivat toteuttaa mm. ryhmäohjauksia (esim. diabeteksen ensiohjaus), jonne potilas ohjataan.

Hoidon jatkuvuutta toteutetaan jokaisessa ammattiryhmässä, aloitettua hoitoa jatketaan ja kontrollikäynnit/- kontaktit toteuttaa sama ammattilainen. Muut ammattilaiset osallistuvat mahdollisen MOTI-tiimin yhteisvastaanotolle. Jokainen ammattiryhmä osallistuu terveys- ja hoitosuunnitelman laatimiseen omasta näkökulmastaan, täydentää ja päivittää sitä.

2.4 Lääkkeenmääräämishoitajan rooli omatiimissä

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaava sairaanhoitaja tuo lisäarvoa OmaTiimi-malliin vahvistamalla hoidon jatkuvuutta ja sujuvoittamalla palveluprosesseja. Hänen osaamisensa mahdollistaa potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon tukemisen esimerkiksi pitkäaikaissairauksien seurannassa, äkillisten infektioiden hoidossa ja lääkeshoidon optimoinnissa.

Lääkkeenmääräämishoitaja (LÄMÄ-hoitaja) toimii yhteistyössä omatiimin lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Tavoitteena on potilaiden ohjautuminen oikealle ammattihenkilölle oikea-aikaisesti, hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja lääkkeenmääräämishoitajien osaamisen hyödyntäminen. LÄMÄ-hoitajan tehtäväkuva, hoitajalle ohjautuvat potilasryhmät ja konsultaatiokäytänteet päivitetään [Sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmäärääminen IMS-ohjeessa](#).

Paikallisesti sovittavat käytännöt
- Miten ohjataan paikallisesti eri ammattilaisten välinen työnjako pitkäaikaissairauksien ja akuuttitilanteiden hoidossa LÄMÄ-hoitajan osaaminen hyödyntäen

2.5 Fysioterapeutin rooli omatiimissä

Fysioterapian avovastaanotolla tehdään lääkärin läheteellä laaja-alaista eri diagnoosiryhmiin liittyvää fysioterapiaa/ lääkinnällistä kuntoutusta polikliinisesti tai kotikäynteinä sekä fysioterapeutin suoravastaanottoa. Ensimmäisenä yhteydenoton saanut terveydenhuollon henkilö tekee hoidon tarpeen arvion, jonka perusteella on mahdollista antaa suoraan aika fysioterapian suoravastaanotolle. Suoravastaanotolle ohjautuvat akuutit tuki- ja liikuntaelinoireiset 16 v (-18 v) täyttäneet asiakkaat, joilla on äkillisesti mm. ilman tapaturmaa tai kuumeilua alkanut tules-oireilu [kts. erilliset kriteerit](#). Alueellisesti on tarpeellista tarkentaa 1) millaiset fysioterapiapalvelut kuuluvat eri terveysasemille 2) millaista erikoisosaamista tuotetaan omana toimintana (esim. lantionpohja, psykofyysinen, omt).

Taulukko 5 Fysioterapeutin toimintakäytänteet

Paikallisesti sovittavat käytännöt
• Miten FT suoravastaanottoja edistetään terveysasemalla ja voidaanko potilas ohjata muihin tiimeihin /-keskuksiin tarvittaessa • Koska ikärajassa ja muissa kriteereissä on eroja paikkakuntaakohtaisesti (osassa alle 18-vuotiaat kuuluvat perhekeskuksen asiakkaaksi), tulee suunnitella, miten omat ammattilaiset ja keskitetyt palvelut informoidaan hoidon järjestämisestä • Millaiset konsultaatiomallit fysioterapeuttien ja tiimien välillä tukevat sujuvaa palvelupolkua • Miten hoidon jatkuvuutta edistetään fysioterapiassa (mikäli asiakkaalla on kontakti säännöllisemmin/aiemmin tiettyyn fysioterapeuttiin, hänet pyritään ohjaamaan suoraan kyseiselle fysioterapeutille)

2.6 MiePä-hoitajien rooli omatiimissä

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaille on käytössä keskitetty puhelinpalvelu. Palvelu toteutetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Palvelu on tarkoitettu aikuisille (yli 18-vuotiaille) sekä heidän läheisilleen. Ammattilaisille tarkoitettu Miepä-palvelualusta kokoaa tietoa työikäisille tarkoitettuihin mielenterveys- tai päihdepalveluihin ja mielenterveyttä ja/tai päihteettömyyttä tukeviin palveluihin.

Palvelualusta on tiedosto, johon on koottu hyvinvointialueen palveluiden yhteystietoja, joitakin kolmannen sektorin tai seurakunnan palveluita.

[Miepä-palvelualusta työikäisille](#)

[Mielenterveys- ja päihdepalvelut aikuisille - Pohjois-Savo](#)

Taulukko 6: MiePä-työn käytänteet omatiimin potilailla

Paikallisesti sovittavat käytännöt
• Miten MiePä-palvelun asiakkaalle määräytyy omalääkäri • Millaiset konsultaatiomallit Miepä-palveluiden ja tiimien välillä tukevat sujuvaa palvelupolkua • Ovatko Miepä-hoitajat osana omatiimiä vai tiimien yhteisiä ammattilaisia

2.7 Sosiaalityön ammattilaisen rooli tiimien tukena

[Sosiaalipalveluiden](#) ammattilaisten kanssa sovitaan toimivat konsultaatiomallit ja hyödynnetään sähköisiä ilmoitus- sekä asiointikanavia. [Gerontologinen sosiaalityö ja -ohjaus](#) (Pulssi) sivuilta löytyy päivitetyt gerontologisen sosiaalityön alueet ja yhteystiedot sisäiseen käyttöön sekä työikäisten asiakaspalvelunumerot. [MOTI-tiimi - Pohjois-Savossa](#) -mallissa sosiaalityöntekijä on osa asiakkaan monialaista tiimiä.

2.8 Omatiimien viestintä ja konsultaatiot

- OMNI360 mahdollistaa viitteellisen muistutusten lähettämisen tiimin muistilistalle
- Tiimit sopivat sisäisistä konsultaatiomalleista kiireettömien ja kiireellisten potilaiden asioissa.
- Paikallisesti voidaan sopia toimivista konsultaatiokäytännöistä eri toimialueiden välillä.
- Hyvinvointialuetasoisesti edistetään erityispalveluiden ja peruspalveluiden välisiä konsultaatiomalleja.
- Monialaisen tuen tarpeessa olevien asiakkaiden auttamiseksi kootaan [MOTI-tiimi \(IMS\)](#)

2.9 Hoidon jatkuvuutta edistävät toimintamallit

- Kirjataan omahoitaja- ja/tai -lääkäri potilastietojärjestelmään sovitun mallin mukaisesti
- Huomioidaan tehty hoitosuunnitelma hoidon tarpeen arviota tehdessä ja päivitetään suunnitelmaa säännöllisesti.
- Kirjataan potilaalle diagnoosit, lääkitys sekä terveys- ja hoitosuunnitelma.
- Tiimissä on riittävästi yhteydenottomahdollisuuksia oman alueen kokeneelle/omahoitajalle esim. varattavien soittoaikojen avulla.

- Potilaan seurantakäynnit toteutetaan tarvittaessa kutsujärjestelmän kautta (valtimotauti, diabetes)
- Varataan aika omalle työlistalle, jos hoito jatkuu.

2.10 Hoidon saatavuutta edistävät toimintamallit

- Aloitetaan asioiden hoito ensikontaktissa. Asian hoitaminen loppuun saakka ja jatkokontrollin varaaminen valmiiksi.
- Hyödynnetään konsultointia tehokkaasti (kollegan, omahoitajan, LÄMÄ-hoitajan, FT:n tai lääkärin konsultaatio)
- Hyödynnetään hoidon järjestämisessä hoidon porrastusta hoitoketjujen mukaisesti.
- Vähennetään turhaa puhelinkysyntää: jatkohoidon kirjaus OmaKantaan, josta ohjataan potilas katsomaan vastaus. Kannustetaan potilasta oma-asiointiin ja omahoitoon. Varmistetaan, että potilas ymmärtää jatkosuunnitelman.
- Hyödynnetään etähoitoa: digisotekeskus, puhelinaika, etävastaanotto. Arvioidaan kevyin menetelmä toteuttaa hoitoa, esim. digihoitopolun kautta määräaikaiseurannat valtimotauti- ja diabetespotilaille.
- Tarkistetaan hoitokontaktissa potilaan jonotustilanne ja poistetaan potilas tarvittaessa jonosta, jos asia hoidettu.

2.11 Opetusvastaanotto Osmo

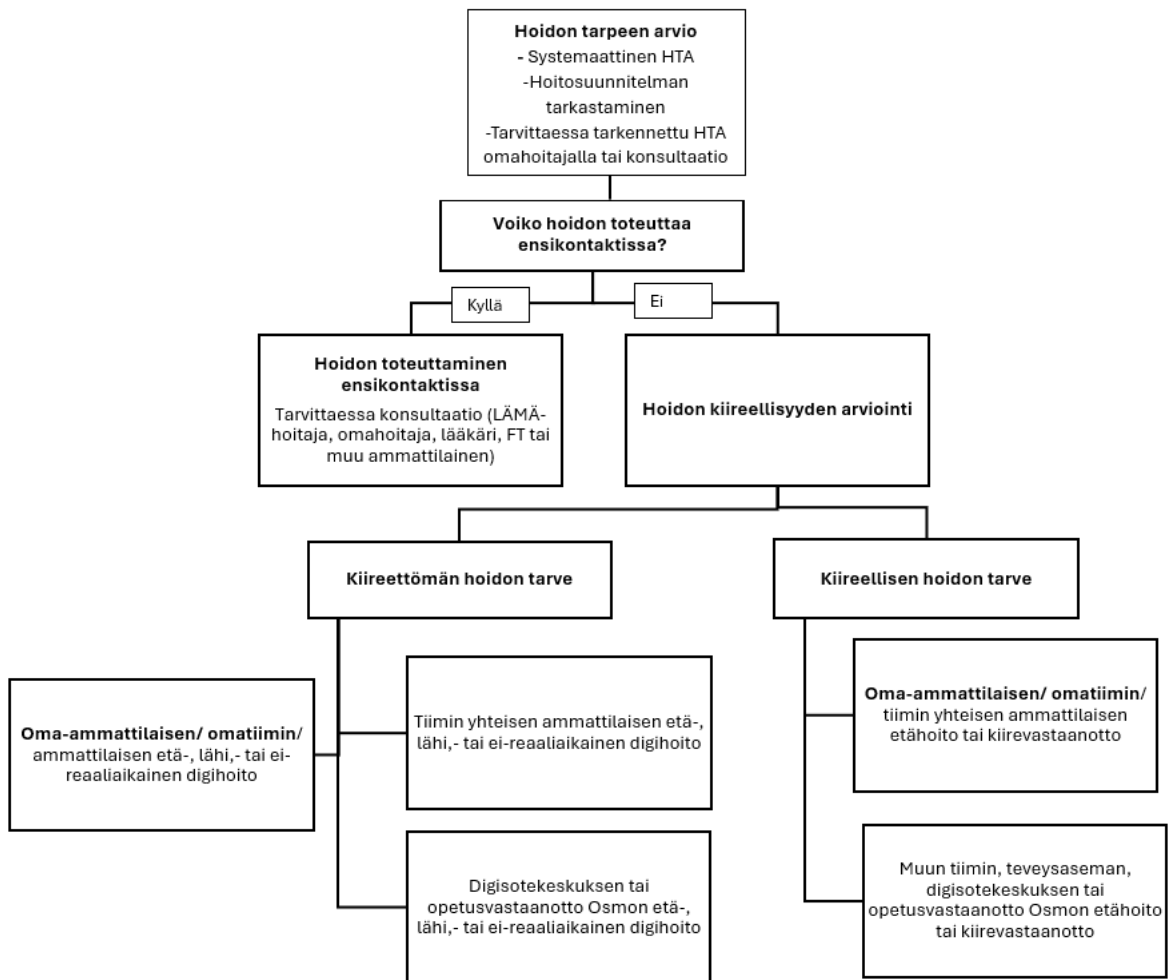
Opetusvastaanotolla pyritään toteuttamaan hoidon jatkuvuutta, vähintään episodijatkuvuutta ja kouluttamaan opiskelijoita hoidon jatkuvuuden periaatteisiin.

Erittäin paljon palveluita tarvitsevat potilaat, monimutkaiset kokonaisuudet (esim. monia vaativia sairauksia, paljon palveluita käyttävät, jotka hyötyvät pysyvästä omalääkäristä/omahoitajasta), ohjataan omatiimiin, omalle ammattilaiselle eikä opetusvastaanotolle.

Opetusvastaanotolle on erilliset ohjautumiskriteerit opetukseen soveltuvien potilaiden valintaan ja ajanvaraukseen, joista ohjeet löytyvät Hoidonperusteet.fi -palvelusta hakusanalla Opetusvastaanotto.

[Opetusvastaanotto Osmo - Pohjois-Savo](#)

Potilaan ohjautuminen hoidon tarpeen arviosta hoitoon OmaTiimi-mallissa



Kuva 7: Potilaan ohjautuminen hoitoon omatiimissä

Digitaalisuus osana asiakaspolkua

Tiimit voivat hyödyntää digitaalisia palveluita väestönsä hoidossa. Sähköisesti varattavat ajat, sähköiset esitetolomakkeet rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma, digipolut sekä etähoitomahdollisuudet tuovat sujuvuutta hoidon järjestämiseen ja seurantaan. (kts.

[OmaSavon koulutukset ja ohjeet](#))



3 TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA OSANA HOIDON JATKUVUUTTA

Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaan ja ammattilaisen yhdessä laatima suunnitelma, joka kokoaa keskeiset tiedot potilaan terveysongelmista sekä hänelle suunnitellusta hoidosta. Suunnitelma määrittelee hoidon tarpeen, tavoitteet ja keinot, ja sen lähtökohtana ovat potilaan yksilölliset tarpeet, tavoitteet ja voimavarat. Hoitosuunnitelma toimii omahoidon tukena ja edistää potilaan osallisuutta hoitoprosessissa.

Suunnitelma tukee moniammatillista yhteistyötä, hoidon jatkuvuutta ja erityisesti paljon palveluita tarvitsevien sekä pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon koordinointia.

Hoitosuunnitelman yhteydessä voidaan hyödyntää kansallisesti kehitettyjä Käypä hoito -suosituksiin perustuvia pitkäaikaissairauksien seurantaohjeita ja PSHVA:n

[Pitkäaikaissairauksien laboratoriotutkimusten seurantamallia](#) (IMS).

Tavoitteet

- Turvata hoidon ja tiedon jatkuvuus
- Koota keskeiset tiedot terveysongelmista ja suunnitelluista hidoista
- Laatia potilaan kanssa yhdessä suunnitelma, jossa tunnistetaan hänen yksilölliset tarpeensa, asetetaan yhteiset tavoitteet ja sovitaan potilaan roolista ja vastuusta
- Varmistaa, että potilas tulee kuulluksi ja kohdatuksi siten, että hänelle tärkeät asiat huomioidaan
- Ymmärtää potilaan tila kokonaisvaltaisesti
- Parantaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta
- Edistää palveluiden ja resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä
- Vähentää tarpeettomia käyntejä ja yhteydenottoja
- Hyödyntää eri ammattiryhmien osaamista

Tavoiteltu hyöty

- Hoidon ja palvelun sujuvuus
- Potilasturvallisuuden parantaminen
- Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen
- Tiedon saatavuuden parantaminen eri järjestelmistä

3.1 Kenelle hoitosuunnitelma laaditaan?

Hoitosuunnitelma laaditaan kaikille potilaille, joiden hoito edellyttää koordinointia ja jotka hyötyvät omahoidon toteuttamisesta ja hoidon suunnitelmallisuudesta.

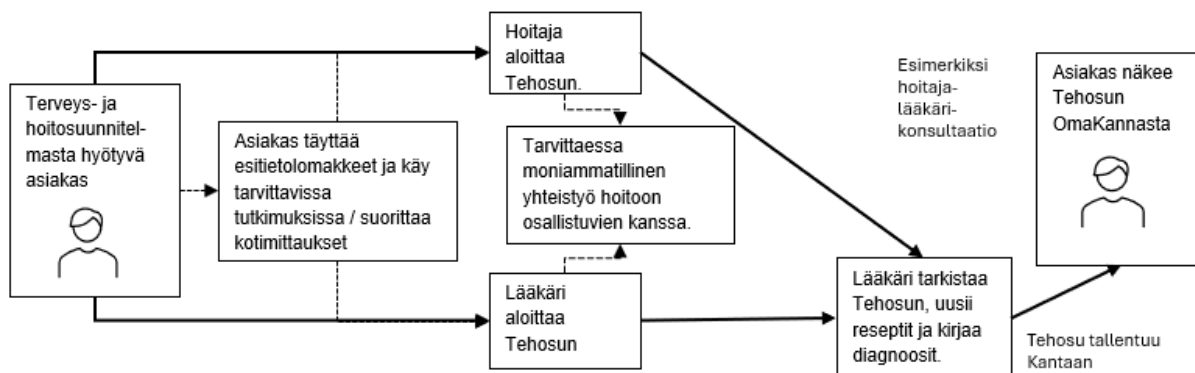
1. Potilaat, joilla on pitkäaikaista seuranta, hoitoa tai kuntoutusta vaativa sairaus tai terveydentila
2. Potilaat, jotka käyttävät paljon palveluja
3. Potilaat, joilla akuutti vaiva ja edellyttää useamman asiantuntijan tutkimuksia tai hoitoa

3.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman toimintamalli

Duodecim Oppiportin verkkokurssilla **Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset** käydään läpi, miten hoitosuunnitelma voidaan aloittaa eri tilanteissa, miten se laaditaan ja kuinka hoitosuunnitelmaa käydään läpi yhdessä potilaan kanssa (kurssin kesto on n. 30 min).

Linkki: [Hoitosuunnitelma ja hoidon linjaukset - Duodecim Oppiportti](#) Julkaistu 30.6.2020 Päivitetty 15.8.2023

1. Ennen määräaikaistarkastusta, hoitaja lähettää potilaalle *omahoitolomakkeen* ja tarvittavat *mittauslomakkeet* (jatkossa sähköisenä), tekee lähetteet tarvittaviin tutkimuksiin. Mittaukset ja vointitiedot voidaan tarkastaa myös etänä.
2. *Potilas täydentää lomakkeen tiedot kotona* ja toteuttaa tarvittavat mittaukset ja välittää tiedot hoitoyksikköön. Potilas *käy tutkimuksissa* ennen määräaikaistarkastusta.
3. Esitietojen perusteella arvioidaan *hoidon tarve ja toteutustapa* (digi-, soitto- tai vastaanottoaika, jossa keskustellaan mm. terveys- ja hoitosuunnitelmasta).
4. *Terveys- ja hoitosuunnitelma* aloitetaan. Ammattilainen kirjaa potilaan omat tavoitteet, kyvyt, tahtotilan ja keinot sekä ammattilaisen näkemyksen (medisiiniset tavoitteet). Hoitosuunnitelmaan on tärkeä kirjata, jos on selkeä näkemys, mistä hoidoista tulee pidättäytyä tai ei voida edetä esim. operatiivinen hoito.
5. Hoitosuunnitelmassa tulisi olla aina *yksi askel edellä* (esim. miten toimitaan oireiden vaikeutuessa tai lääkevasteen heikentyessä).
6. Suunnitelmaan kirjataan *seuraava hoidon seuranta-ajankohta* ja mahdolliset esitutkimukset mutta ei kenelle ja missä muodossa seuranta toteutetaan. Suunnitelmaan tulee kirjata harvakseltaan otettavat verikokeet esim. 3–5 vuoden välein tarkistettavat asiat ja näiden tulos.
7. Ammattilainen konsultoi tarvittaessa muita ammattilaisia, jotka voivat *täydentää hoitosuunnitelmaa*.
8. Potilaalla tiedot ovat luettavissa OmaKannassa.
9. Ammattilainen tarkastaa, onko potilaalla voimassa oleva terveys- ja hoitosuunnitelma hoidon tarvetta arvioidessa, järjestäessä ja toteuttaessa jatkohoitoa.
10. Potilaalla voi olla vain yksi terveys- ja hoitosuunnitelma käytössä, jota ammattilaiset muokkaavat ja päivittävät.



Kuva 8: Terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisen toimintamalli

4 OMATIIMIEN TAVOITTEET, MITTARIT, JOHTAMINEN JA KEHITTÄMINEN

Päivittäisjohtamisesta vastaavat tiiminjohtaja lääkärit ja palveluesihenkilöt suunnittelevat, miten lainsäädännön, sotekeskuksen ja tiimin asettamia tavoitteita tarkastellaan työntekijöiden kanssa sekä toimenpiteet, miten tilanteet hallitaan lyhyellä aikajänteellä kts [Päivittäisjohtaminen](#) (Pulssi). Poikkeamat ja havainnot kirjataan ylös ja jatkokehittämistoimista tehdään suunnitelma erillisen kehittämismallin mukaisesti kts. [Jatkuva kehittäminen](#) (Pulssi).

Tiimitasolla mitataan säännöllisesti hoidon saatavuutta ja hoidon jatkuvuutta vuonna 2026 käyttöön otettavilla mittareilla. Muut seurattavat mittarit kuten paljon palveluita tarvitsevien osuus kaikista hoidetuista, määritellään vuoden 2026 aikana.

Taulukko 7: Tiimien päivittäiset tavoitteet ja mittarit (12/2025)

Tavoite	Mittari ja tietolähde	Seurantaväli
Hoidon tarpeen arvio tehdään samana arkipäivänä yhteydenotosta	Hoidon tarpeen arvion toteutuminen, <i>MICC-järjestelmä</i>	Useamman kerran päivässä
Kiireellisten oireiden vuoksi annetaan vastaanottoaika HTA:n yhteydessä (100 %)	Potilaat (lkm.), jotka eivät saaneet kiireellistä aikaa HTA:ssa	Päivittäin
Kiireettömät asiat hoidetaan alle 23-vuotialla 14 vrk:ssa ja 23 vuotta täyttäneillä 3 kk:ssa (6vkoa)	Kiireettömään hoitoon pääsy alle 23-vuotialla ja 23 vuotta täyttäneillä ja jonotiedot	Viikoittain
Joka päivä tunnistetaan hoidon jatkuvuudesta hyötyviä potilaita, joille nimetään oma-ammattilainen	Oma-ammattilaisten määrä <i>Omni-raportointi v. 2026</i>	Kuukausittain (toiminnan käynnistyessä viikoittain)
Suurin osa potilaan kiireettömistä kontakteista kohdistuu oma-ammattilaiselle	Potilaan kontaktien kohdistuminen oma-ammattilaiselle % (SLICC), <i>Tableau-raportointi v. 2026</i>	
Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan kaikille pitkäaikaissairaille tai erityistä tukea tarvitseville potilaille.	Suunnitelmien määrä	

5 HYÖDYLLISIÄ LINKKEJÄ

[Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa \(STM\)](#)

[Fysioterapeutin suoravastaanotto-kriteerit \(Rankapotilaan hoitoketju\)](#)

[Hoitoketjujen hakemisto - Hoitoketjut - Pohjois-Savo](#)

[Jatkuva kehittäminen](#) (Pulssi)

[Omalääkäriohjelma - Sosiaali- ja terveysministeriö](#)

[OmaTiimi-malli, Pohjois-Savon hyvinvointialue \(RRP4, INV1\) | Innokylä](#)

Pitkäaikaissairauksien laboratoriotutkimusten seurantamalli (IMS)

Pitkäaikaissairauksien seurantasuositus, Pirkanmaan HVA (RRP, P4, I1) | Innokylä

Päivittäisjohtaminen (Pulssi)

Sosiaalityö ja sosiaaliohjaus - Pohjois-Savo ja sähköiset asiointikanavat

Sotokeskuksen vastaanottoprosessi (IMS)

Tietopaketti MOTI-tiimin toiminnasta (IMS)

6 TIEKARTTA: OMATIIMI-MALLIIN SIIRTYMISEN TARKASTUSLISTA

VAIHE / SISÄLTÖ	SUUNNITELMAN KUVAUS, VASTUUHENKILÖT JA AJOITTAMINEN
OmaTiimi-malli projektin käynnistäminen ja tiedottaminen tiimissä (palveluesihenkilö ja tiiminjohtaja lääkäri)	
Kehittämistiimin jäsenten nimeäminen ja työajasta sopiminen	
Kehittämistiimin ja keskJohdon palaverikäytännöistä sopiminen	
Muiden kehittämistiimien kontaktointi ja säännölliset tapaamiset yhteisen oppimisen tueksi	
OmaTiimi-malliin perehtyminen	
Muutostoimenpiteet	
Väestön jako omatiimeille (tarvittaessa) MediGIS karttaohjelmaa hyödyntäen	
Ammattilaisten jako omatiimeihin, yhteisten ammattilaisten määrittäminen	
Hoidon jatkuvuustavoitteen asettaminen ja vaiheistus	
Omalääkäreiden – ja hoitajien nimeämisperiaatteista sopiminen, ohjeen laatiminen yksikölle, koulutus ja toteutus	
Potilaan ohjautuminen oikealle ammattilaiselle hoidon jatkuvuuden mukaan (esim. konsultaatiot, vastaanotot, jonotiedot) periaatteista sopiminen, ohjeet ja toteutus	
Terveys- ja hoitosuunnitelmaan liittyvä koulutus (Moodle) ja käyttöönotto yksikössä	
Monialaisen tiimin (MOTI) toimintamallin käynnistäminen	
Toimintamallin muutoksen seuranta, tiimin mittareiden käyttöönotto ja jatkuva kehittäminen	