

Perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuus ja saatavuus -työryhmän linjaukset -

Omalääkärimalli toteutettava NYT

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus ja vastaanottoaikojen saatavuus ovat toimivan perusterveydenhuollon ydin. Väestövastuumallien purkautuminen 2000-luvun alkupuolella ja kansallisen ohjauksen keskittyminen vain perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuteen ovat heikentäneet potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta. Lääkäriliitto esittää, että pitkän aikavälin tavoitteena tulee olla koko maassa toimiva omalääkärijärjestelmä vuoteen 2030 mennessä. Ja, että sen toimeenpano on käynnistettävä NYT.

TIIVISTELMÄ

Julkisen perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaa on aliresursoitu viimeisten vuosikymmenten aikana. Potilas-lääkärisuhteiden jatkuvuus ja vastaanottoaikojen saatavuus on heikentynyt kestävämpään tilaan. Suomea on toistuvasti huomautettu epäyhtenäisestä perustason palveluiden saatavuudesta.

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyödyistä on vahva tieteellinen näyttö. Parhaiten hoidon jatkuvuutta, saatavuutta, laatua ja potilastyytyväisyyttä tukee omalääkärijärjestelmä. Se on kustannusvaikuttavuudeltaan ylivoimainen tapa tuottaa perusterveydenhuollon vastaanottopalvelut.

Perusterveydenhuollon vahvistaminen on noussut tavoitteeksi 2000-luvun hallitusohjelmissa, mutta vakavissa rahoitusvajeissa vuoden 2023 alussa työnsä aloittaneet hyvinvointialueet ovat joutuneet karsimaan terveysasemaverkkojaan. Perusterveydenhuollon hoitotakuu on säästötavoitteiden vuoksi päätetty palauttaa 14 vuorokaudesta 3 kuukauteen. Yksityisten yleislääkäreiden Kela-korvauksia puolestaan on nostettu tarkoituksena perusterveydenhuollon hoitojonojen purkaminen. Kuitenkin vähävaraisten mahdollisuudet käyttää yksityisiä palveluita pysyvät heikkoina. Hoidon jatkuvuus, saatavuus ja yhtenäisyys eivät parane. Nämä toimenpiteet eivät lisää uskoa hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon vahvistamiseen.

Lääkäriliitto vaatii kansallisen vision luomista ja toimenpiteitä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ja vastaanottoaikojen saatavuuden parantamiseksi perusterveydenhuollossa. Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudessa on omalääkärin käyttöönotolla mahdollista saavuttaa lyhyellä aikavälillä kohtuullinen taso jo nykyisessä järjestelmässä. Sen sijaan yhtenäisen järjestelmän luomiseksi tarvitaan pidemmällä aikavälillä suurempia muutoksia.

Lyhyen aikavälin tavoitteet vuoden 2025 loppuun mennessä

- Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta parannetaan terveysasemilla nimeämällä kullekin alueen asukkaalle omalääkäri ja omahoitaja vakituisesta henkilökunnasta. Nykyisellä keskimääräisellä terveysasemien perusterveydenhuollon lääkäri- ja hoitajaresurssilla ja

heidän pysyvyydellään noin puolet yhteydenotoista ja käynneistä voidaan ohjata heille. Jo tämä parantaa potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta nykyisestä kansallisesta keskiarvosta.

- Asetetaan kansalliseksi ja hyvinvointialueen tavoitteeksi hoidon jatkuvuutta kuvaavan COC (Continuity of Care) -indeksin nosto nykyisestä 0.30 tasosta 0.50 tasolle. Pohjois-Suomen kokemusten perusteella muutos on mahdollinen terveysasemilla, joilla tyypillisesti noin puolet lääkäreistä on vakituisia. Muutos voidaan siis tehdä viiveettä valtaosalla Suomen terveysasemista.

Pitkän aikavälin tavoitteet vuoteen 2030 mennessä

- Pitkän aikavälin kansallinen ratkaisu tulee olla kestävä ja yhdenvertainen jatkuvuuden ja saatavuuden takaava perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan järjestämisen malli.
- Lääkäriliitto esittää kansalliseksi tavoitteeksi, että vuoteen 2030 mennessä jokaiselle suomalaiselle taataan omalääkäri, johon saa helposti yhteyden ja jonka vastaanotolle tarvittaessa pääsee kahdessa viikossa.
- Omalääkärin väestön tulee olla kooltaan hallittava, korkeintaan 1200 asukasta, huomioiden väestön ikärakenne ja sairastavuus. Potilaalla tulee olla oikeus vaihtaa hänelle nimetty omalääkäri.
- Hyödynnetään kaikkia terveyspalvelujen perustasolla toimivia lääkäreitä omalääkäriratkaisussa. Suomessa on perustasolla riittävästi lääkäreitä, kun rinnakkaiset järjestelmät huomioidaan.
- Omalääkärin työn tulee olla hallittava ja monipuolinen, ja lääkärin ammatillisen autonomian tulee säilyä. Tämä parantaa houkuttelevuutta toimia omalääkärinä ja lisää omalääkärin pysyvyyttä. Omalääkärinä voi toimia joko hyvinvointialueella virkasuhteessa (yleislääketieteen erikoislääkäri, kokenut yleislääkäri tai loppuvaiheen yleislääketieteen erikoistuva lääkäri), palveluntuottajaan työsuhteessa (yleislääketieteen erikoislääkäri, kokenut yleislääkäri tai loppuvaiheen yleislääketieteen erikoistuva lääkäri) tai ammatinharjoittajana (yleislääketieteen erikoislääkäri).

LINJAUS KOKONAISUUDESSAAN

Omalääkärimalli toteutettava NYT

Lääkäriliitto edistää terveydenhuollon toimivuutta ja oikeudenmukaisuutta ja on useissa aiemmissa linjauksissaan vedonnut omalääkärijärjestelmän ja kansalaisille yhdenvertaisen perusterveydenhuollon puolesta. Vahva perusterveydenhuolto on toimivan, yhdenvertaisen ja kustannustehokkaan terveydenhuollon edellytys. Perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa ei ole kyetty kansallisesti resursoimaan riittävästi viimeisten vuosikymmenten aikana. Se on ajautunut kestävämpään tilanteeseen potilas-lääkärisuhteiden jatkuvuuden, vastaanottoaikojen saatavuuden ja yhdenvertaisuuden heikennyttä.

Toimimme Suomen perusterveydenhuollossa valtaosin vastoin vahvaa tieteellistä näyttöä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden hyödyistä: Saman yleislääkärin hoitaessa pitkäaikaisesti potilasta hoidon laatu paranee, sairastuvuus ja kuolleisuus vähenevät merkittävästi, terveydenhuollon palveluiden kokonaistarve ja -kustannukset pienenevät ja tuottavuus ja potilastyytyväisyys paranevat (Eskola ym. 2022, Kajaria-Montag ym. 2024).

Terveyskeskuslääkäreiden työn kasvanut kuormittavuus on heikentänyt työn mielekkyyttä. Julkisessa terveydenhuollossa koulutetuista noin 2000:sta työikäisestä yleislääketieteen erikoislääkäristä vain noin 1200 on edelleen terveystieteissä töissä. Moni siirtyy erikoistumisen jälkeen työterveyshuoltoon, yksityissektorille tai erikoistuu muille erikoisaloille hallittavamman työnkuvan toivossa.

Yleislääkärin vastaanotolle pääsyn kynnys on noussut heikon saatavuuden vuoksi. Perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden varassa ovat monisairaat ja -ongelmaiset eläkeikäiset ja työttömät. Heidän hoitamisensa pitkän vastaanotolle pääsyn odottamisen jälkeen ja kontrolliaikojen heikon saatavuuden takia vaatii paljon aikaa. Jos potilas on entuudestaan tuntematon, vastaanotosta valtaosa kuluu hänen tietoihinsa tutustumiseen ja hoitosuhteen luomiseen. Parempi potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus nopeuttaa lääkärin työtä, edistää tarkoituksenmukaisempaa terveystieteiden käyttöä sekä parantaa potilaan luottamusta ja hoitoon sitoutumista.

Etävastaanoista on kansallisesti toivottu apua perusterveydenhuollon saatavuuteen. Sekä tieteellisen näytön että käytännön kokemusten mukaan niistä saatava hyöty on kuitenkin suurempi ja potilasturvallisuus parempi, jos etävastaanon hoitaa potilaan tunteva omalääkäri (Lapointe-Shaw ym. 2023). Etävastaanotto sopii parhaiten tilanteeseen, jossa potilas on tuttu, eikä oire tai ongelma edellytä potilaan tutkimista (Duodecim konsensusuudistus 2022). Digitaalisen asioinnin ja hoidon tarpeen arvioinnin keskittäminen alueellisiin keskuksiin, potilasta ennestään tuntemattomille ammattilaisille voi kasvattaa häiriökysyntää.

Kansainväliset kokemukset omalääkärimalleista ovat myönteisiä

Suomea ja Ruotsia lukuun ottamatta perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta Euroopassa pohjautuu ammatinharjoittajina tai yrittäjinä toimiviin yleislääkäreihin. Kukin kansalainen listautuu

valitsemaalleen yleislääkärille, jota voi halutessaan vaihtaa. Tämä on taannut potilas-lääkärisuhteiden jatkuvuuden sekä riittävän ja yhdenvertaisen vastaanottoaikojen saatavuuden. Näissä maissa yleislääkärit ottavat vastaan ennestään tuttuja potilaita, mikä vaikuttaa suoraan työn tehokkuuteen ja vastaanottoaikojen saatavuuteen. (Kajaria-Montag ym. 2024)

Suomessa seuraava saatavilla olevan vastaanottoaika venyy tyypillisesti 1–2 kuukauden päähän ja vastaanotolla on yritettävä hoitaa kaikki asiat kerralla. Yleislääkäri laatii seuraavaa lääkäriä varten pitkiä tekstejä vastaanottokäynnin päätteeksi, kun käyntitekstit oman väestön tutuista potilaista voisivat olla lyhyempiä. Suomessa terveysasemien lääkäreistä noin 1200 eli vain 30 % on yleislääketieteen erikoislääkäreitä ja loput yleislääketieteen tai muiden alojen erikoistuvia lääkäreitä tai vastavalmistuneita lääkäreitä. Tanskassa ja Norjassa potilaan omalääkärinä voi toimia vain yleislääketieteen erikoislääkäri.

Omalääkärimallista hyviä kokemuksia myös Suomesta 1980–1990-luvuilta

Suomessa kehitettiin 1980-luvulla omalääkäri- ja väestövastuumalleja, jotka levisivät koko Suomeen 1990-luvun loppuun mennessä. Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus parani huomattavasti, vastaanottoaikojen saatavuus oli hyvä ja potilaat ja lääkärit olivat tyytyväisiä malliin. 2000-luvulle tultaessa terveyskeskuslääkäreiden työtehtävät lisääntyivät, sijaisia ei palkattu ja työkuormitus kasvoi. Työajan puuttuminen väestövastuumallissa teki työstä monelle mahdottoman. Lisäksi lääkäreiden siirtyessä muualle töihin väestöt kasvoivat hallitsemattomiksi. Väestövastuumalleja purettiin 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Omalääkärimallia kokeiltiin myös yksityislääkärien tuottamana Kelan rahoituksella 1980–1990-luvuilla. Mallin tulokset olivat erinomaiset, mutta siitäkin luovuttiin kansallisten päätösten ohjaamana (Eskola ym. 2022).

Hoidon jatkuvuusmallin toteuttaminen

STM:n elokuussa 2022 julkaisemassa Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportissa kuvattu hoidon jatkuvuusmalli on otettu käyttöön Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin hyvinvointialueiden terveysasemilla. Hoidon jatkuvuusmallin keskeisenä elementtinä on potilaan ja lääkärin sekä potilaan ja hoitajan välisen hoitosuhteen jatkuvuus. Hoidon jatkuvuusmallin tavoitteena on parantaa erityisesti potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta ja säilyttää samalla työajan hallinta. Muutos voidaan toteuttaa Tuompon ym. kuvaamalla tavalla (kts. Laatikkoteksti alla).

Hoidon jatkuvuusmallin toteuttaminen (Tuompo ym. 2024)

- Parannetaan ammattilaisten välistä yhteistyötä jakamalla suuret (yli 12 yleislääkärin) terveysasemat pienempiin (6-8 lääkäryövuotta) työyhteisöihin ja kullekin työyhteisölle lääkäryövuosien mukaisesti oma väestö.
- Parannetaan potilas-lääkäri- ja potilas-hoitajasuhteiden jatkuvuutta jakamalla työyhteisön sisällä kaikki terveysaseman alueen asukkaat pysyville lääkäreille (yleislääketieteen erikoislääkärit ja erikoistuvat lääkärit, virkalääkärit) ja vastaavasti pysyville sairaanhoitajille/terveydenhoitajille, joista syntyvät omahoitaja-omalääkäri - työparit. Lyhytaikaiset sijaiset (yleislääketieteen erityiskoulutus eli YEK-vaiheen lääkärit ja hoitajien sijaiset) toimivat omalääkäreiden ja omahoitajien ohjauksessa ilman omaa väestöä.
- Jakamisessa huomioidaan kunkin ammattilaisen työaika ja aikaisemmat hoitosuhteet. Tieto tästä saadaan helpoiten ajamalla tietojärjestelmästä viimeisen kahden vuoden kiireettömät käynnit suhteessa ammattilaisiin.
- Jaon tekemisen jälkeen potilastietojärjestelmään ajetaan kaikkien alueen asukkaiden asiakirjoihin omalääkärin ja omahoitajan nimi (ja suurilla terveysasemilla työyhteisön nimi).
- Lääkäreillä ja hoitajilla on omat työkuvasa ja työtehtävänsä, eikä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta siksi voida korvata potilas-hoitajasuhteen jatkuvuudella tai toisinpäin.
- Kullakin terveysasemalla tiiviisti samassa työyhteisössä toimii psykologeja, fysioterapeutteja ja mielenterveyshoitajia, joilla voi olla myös suoravastaanottoa.
- Parannetaan hoidon tarpeen arvioita ohjaamalla väestön kiireettömät yhteydenotot suoraan omalle terveysasemalle tai suuren terveysaseman omaan työyhteisöön ja mahdollisuuksien mukaan omahoitajalle. Hän konsultoi tarvittaessa ennen ajanvarausta omalääkäriä tai jossain tapauksissa laittaa potilaan omalääkärin hoidon tarpeen arvioinnin listalle.
- Jos omalääkärin resurssi ei riitä kokonaan oman väestön hoitamiseen, hänelle priorisoidaan pitkäaikaissairaiden kontaktit. Ei-pitkäaikaissairaiden kevyemmin hoidettavat ongelmat ohjataan lyhytaikaisille sijaisille (YEK-vaiheen lääkärit). Näin YEK-vaiheen lääkärit toimivat paremmin oman osaamistasonsa mukaisesti.
- Terveysaseman päivystyksellinen toiminta rajataan hoidon jatkuvuusmallin ulkopuolelle lukuun ottamatta omalääkärin konsultaatioita. Kukin lääkäri ja hoitaja hoitaa päivystyksellistä vastaanottoa vuorollaan.
- Yhteistyötä sosiaalipuolen kanssa tiivistetään sisällyttämällä sosiaalipuolen ammattilaisia terveysaseman työyhteisöön mukaan.
- Kotisairaanhoidon ja palvelukotien potilaiden hoito sisällytetään hoidon jatkuvuusmalliin niin, että ko. potilaiden sama omalääkäri kohtaa potilaat sekä vastaanotolla että yksiköissä ja vastaa konsultaatioihin.
- Neuvolat ja kouluterveydenhuolto voidaan pitää työn hallittavuuden vuoksi erillään. Kuitenkin omalääkärin hoitaessa oman väestönsä neuvolat ja kouluterveydenhuollon, perheen ja ympäristön tuntemus paranee. Tästä on hyötyä sekä tavanomaisissa tarkastuksissa että haasteellisimmissä tilanteissa.

Hoidon jatkuvuusmallilla on Pohjois-Pohjanmaan terveysasemilla saatu parannettua potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta kuvaavaa 'continuity of care' (COC-) indeksiä Suomen keskiarvoisesta noin 0.30 tasosta noin 0.45 tasolle. Muutos on mahdollinen terveysasemilla, joissa noin puolet lääkäreistä on pysyvämpiä. Näin ollen muutos voidaan tehdä viiveettä valtaosalla Suomen terveysasemista. Norjassa COC-indeksi on noin 0.54–0.57 tasolla, jolloin noin kolme neljäsosaa kiireettömistä käynneistä kohdentuu omalääkärille.

Ammatinharjoittaja omalääkärinä

Syksyllä 2024 Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue on juridisten selvitysten jälkeen ottamassa käyttöön mallia, jossa ammatinharjoittajaomalääkärinä terveysaseman tiloissa toimiva yleislääketieteen erikoislääkäri vastaa määritetyn väestön kiireettömästä ja kiireellisestä vastaanottotoiminnasta. Hyvinvointialue osoittaa omahoitajan hänen työparikseen. Myös Keski-Suomen ja Päijät-Hämeen hyvinvointialueet ovat päättäneet aloittaa ammatinharjoittajamallin kokeilun.

Perusterveydenhuollon vastaanottotyötä tekevien lääkärin määrä Suomessa

Suomessa on eurooppalaisessa ja pohjoismaisessa mittakaavassa riittävästi lääkäreitä terveydenhuollon perustason vastaanottopalveluissa. Terveyskeskuksissa toimivien yleislääkärin työpanos on noin 3750 henkilötyövuotta. Ammatinharjoittajina yksityisvastaanotoilla osa- tai täysiaikaisesti toimii satoja yleislääketieteen erikoislääkäreitä. Lisäksi perustasolla lääkäreitä työskentelee Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön ja työterveyshuollon sairausvastaanotoilla eri lähteistä arvioiden noin tuhannen vuosityöpanoksen verran. Järjestämällä eri perustason sektoreilla työskentelevien lääkäreiden toiminta kannustavalla tavalla kokonaisuudeksi, saataisiin perustason lääkäri työvoima riittämään hyvin koko väestön tarpeisiin.

Omalääkärin hallittavan kokoiseksi väestöksi Lääkäriliitto on arvioinut enintään 1200, jolloin noin 4700 omalääkäri työvuotta kattaisi Suomen perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan tarpeet. Mikäli perustasolla eri sektoreilla työskenteleviä lääkäreitä ei kyetä kansallisin ratkaisuin kattavasti hyödyntämään omalääkäreinä, on julkisen perusterveydenhuollon lääkäreitä muilla keinoin lisättävä vastaava määrä.

Norjassa keskimääräinen väestön koko omalääkäreillä on pitkään ollut noin 1080, mutta vuonna 2024 väestön koko on pienentynyt keskimäärin 990:een. Tanskassa väestön koko on noin 1600.

Viimeaikainen kehitys ja tulevaisuuden näkymä

Perusterveydenhuollon vahvistaminen on noussut tavoitteeksi 2000-luvun hallitusohjelmissa. Kuitenkin vakavissa rahoitusvajeissa vuoden 2023 alussa aloittaneet hyvinvointialueet karsivat terveysasemaverkkojaan. Perusterveydenhuollon hoitotakuu on säästötavoitteiden vuoksi on päätetty palauttaa 14 vuorokaudesta 3 kuukauteen. Yksityisten yleislääkäreiden Kela-korvauksia puolestaan on nostettu tarkoituksena perusterveydenhuollon hoitojonojen purkaminen. Kuitenkin

vähävaraisten mahdollisuudet käyttää yksityisiä palveluita pysyvät heikkoina. Nämä toimenpiteet eivät vielä luo uskoa hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon vahvistamiseen niin, että hoidon jatkuvuus, saatavuus ja yhdenvertaisuus paranisivat tasavertaisesti.

Työterveyshuollon ja julkisen perusterveydenhuollon yhteistyötä tarvitaan

Työterveyshuollon rahoittavat pääasiassa työnantajat, työntekijät ja pieneltä osin valtio. Lakisääteinen työterveyshuolto on ennaltaehkäisevää toimintaa. Omalääkärin toimenkuvaan kuuluvaa yleissairaanhoitoa toteutetaan nykyisin paljon työterveyshuollossa. Työterveyshuollon piirissä olevat henkilöt ovat järjestelmään tyytyväisiä, eivätkä toivo siihen muutoksia.

Työterveyshuollon ja julkisen perusterveydenhuollon yhteistyötä voidaan parantaa jo nykyisin, mm. konsultaatiota helpottamalla. Erityisesti työttömien terveystarkastukset työkyvyn arvioimiseksi tulisi toteuttaa yhteistyössä työterveyshuollon kanssa.

Lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet

Lääkäriliitto vaatii kansallista visiota ja toimenpiteitä potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuden ja vastaanottoaikojen saatavuuden parantamiseksi perusterveydenhuollossa. Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuudessa on omalääkärimallin käyttöönotolla mahdollista saavuttaa lyhyellä aikavälillä kohtuullinen taso jo nykyisessä järjestelmässä. Sen sijaan yhdenvertaisen järjestelmän luomiseksi tarvitaan pidemmällä aikavälillä suurempia muutoksia.

Lyhyen aikavälin tavoitteet vuoden 2025 loppuun mennessä

- Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta parannetaan terveysasemilla nimeämällä kullekin alueen asukkaalle vakituisesta henkilökunnasta omalääkäri ja omahoitaja. Nykyisellä keskimääräisellä terveysasemien perusterveydenhuollon lääkäri- ja hoitajaresurssilla ja heidän pysyvyydellään noin puolet yhteydenotoista ja käynneistä voidaan ohjata heille. Jo tämä kuitenkin parantaa potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta nykyisestä kansallisesta keskiarvosta. (Katso tarkemmin kohta Hoidon jatkuvuusmallin toteuttaminen)
- Asetetaan kansalliseksi ja hyvinvointialuetason tavoitteeksi hoidon jatkuvuutta kuvaavan COC (continuity of care) -indeksin nosto nykyiseltä vuoden 2024 tasolta 0.30 tasolle 0.50. Pohjois-Suomen kokemusten perusteella muutos on mahdollinen terveysasemilla, joilla tyypillisesti noin puolet lääkäreistä on vakituisia. Muutos voidaan siis tehdä viiveettä valtaosalla Suomen terveysasemista.

Pitkän aikavälin tavoitteet vuoteen 2030 mennessä

- Pitkän aikavälin kansallinen ratkaisun tulee olla kestävä ja yhdenvertainen jatkuvuuden ja saatavuuden takaava perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan järjestämisen malli.
- Lääkäriliitto esittää kansalliseksi tavoitteeksi, että vuoteen 2030 mennessä jokaiselle suomalaiselle taataan omalääkäri, johon saa helposti yhteyden ja jonka vastaanotolle tarvittaessa pääsee kahdessa viikossa.
- Omalääkäriin väestön tulee olla kooltaan hallittava, korkeintaan 1200 asukasta, huomioiden väestön ikärakenne ja sairastavuus. Potilaalla tulee olla oikeus vaihtaa hänelle nimetty omalääkäri.
- Hyödynnetään rinnakkaisissa järjestelmissä toimivia lääkäreitä omalääkäriratkaisussa. Suomessa on perustasolla riittävästi lääkäreitä, kun rinnakkaiset järjestelmät huomioidaan.
- Järjestelmästä tulee luoda sellainen, että työ on hallittavaa ja monipuolista, ja lääkärin ammatillinen autonomia säilyy. Tämä parantaa houkuttelevuutta toimia omalääkäriin ja lisää omalääkäreiden pysyvyyttä. Omalääkäriin voi toimia joko hyvinvointialueen palveluksessa (yleislääketieteen erikoislääkäri tai loppuvaiheen yleislääketieteen erikoistuva lääkäri) tai ammatinharjoittajana (yleislääketieteen erikoislääkäri).

Viitteet

Eskola P, Tuompo W, ym. Hoidon jatkuvuusmalli: Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9884-1>

Kajaria-Montag H, Freeman M, Scholtes S. Continuity of Care Increases Physician Productivity in Primary Care. Management Science 2024. Continuity of Care Increases Physician Productivity in Primary Care | Management Science (informs.org). <https://doi.org/10.1287/mnsc.2021.02015>

[Koponen P, Tynkkynen L-K. \(toim.\) Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut: Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen. THL työpapereita 2023. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-040-8](https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-040-8)

Lapointe-Shaw L, Salahub C, Austin PC, et al. Virtual Visits With Own Family Physician vs Outside Family Physician and Emergency Department Use. JAMA Netw Open. 2023;6(12):e2349452. [doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.49452](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.49452)

Mikkola I, Riekkö M, Sipilä R. Perusterveydenhuollon avovastaanotto toiminnan mallit sote-järjestelmässä Hyvä käytäntö -konsensus suositus. Duodecim 2022.

Suomen Lääkäriliiton linjaus reunaehdoista hoidon jatkuvuuden varmistavalle omalääkärimallille julkisesti järjestetyssä perusterveydenhuollossa (14.6.2023). [Lääkäriliitto - Suomen Lääkäriliiton linjaus reunaehdoista hoidon jatkuvuuden varmistavalle omalääkärimallille julkisesti järjestetyssä perusterveydenhuollossa \(laakariliitto.fi\)](https://www.laakariliitto.fi/linjaus-reunaehdoista-hoidon-jatkuvuuden-varmistavalle-omalaaekarimallille-julkisesti-jarjestetyssa-perusterveydenhuollossa)

Tuompo Waltteri, Ruotsalainen Keijo, Timonen Markku, Auvinen Juha. Hoidon jatkuvuuden mallintaminen: hyvä hoitosuhteen jatkuvuuden taso on perusterveydenhuollossa saavutettavissa Hoidon jatkuvuusmallilla. Julkaisematon käsikirjoitus, 2024.