

Aluevaltuustoaloite Suvi Suutarinen ja Sosiaalidemokraattinen aluevaltuustoryhmä

Pohjois-Savon hyvinvointialueella otetaan ilman tarpeetonta viiveettä käyttöön yhtenäinen toimintamalli paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ja hoidon koordinointiin ja järjestämiseen.

Pohjois-Savon hyvinvointialue on strategiassaan (2025) sitoutunut parantamaan hoidon jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuus tarkoittaa, että asiakas saa hoitoa tutulta taholta, hoitoon liittyvät tiedot kulkevat mukana ja palvelut muodostavat ehjän kokonaisuuden eli hoitosuhteen ja tiedon jatkuvuus sekä hoidon koordinointi toteutuvat. Yleisten palvelujen johtoryhmä on asettanut tavoitteeksi, että vuoden 2026 loppuun mennessä **jokaiselle paljon palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on nimetty oma-ammattilainen**, joka voi olla joko omalääkäri ja tai omahoitaja. Kaikkia pohjoissavolaisia asukkaita palvelee omatiimi. Pitkän tähtäimen tavoitteena on, että jokaisella pohjoissavolaisella asukkaalla on nimetty omalääkäri ja tai omahoitaja. Paljon palveluita tarvitsevalle tarkoitetaan a) henkilöä, jolla on kaksi tai useampi säännöllistä seurantaa ja hoitoa vaativa pitkäaikaissairaus TAI b) potilaalla on toistuvia (>12) kontakteja vuoden aikana TAI c) oma-ammattilaisen nimeäminen voi tapahtua myös ammattilaisen harkinnan mukaan.

OmaTiimi-malli on otettu käyttöön noin 70 %:lla hyvinvointialueen väestöstä. Oma-ammattilaisen nimeäminen paljon palveluja tarvitseville asiakkaille aloitettiin Oma-Tiimi Pohjois-Savossa (2024–2025) hankkeen toimesta. Vuoden 2026 maaliskuuhun mennessä omalääkäri on nimetty noin 16 %:lle ja omahoitaja noin 4 %:lle alueen väestöstä. Nimeämisessä on alueellista vaihtelua. Eteläisellä alueella omalääkäreitä on nimetty jo noin 49 %:lle ja omahoitajia noin 8 %:lle väestöstä. Omalääkärien ja omahoitajien osalta edetään vaiheittain, sitä mukaan, kun resurssit ja toimintatavat vakiintuvat.

Uudet geriatriset poliklinikat toimivat sotekeskusten tukena paljon tai etenkin monialaista sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen ja hoitoon. Iäkkäiden palveluiden piirissä olevilla kotihoidon ja asumispalveluiden asiakkailla hoivan ja hoidon jatkuvuutta turvaavat integroituna toimintamallina omat nimetyt vastuulääkärit, sairaanhoitajat, terapeutit, muistiasiantuntijat sekä sosiaalihuollon omatyöntekijät ja asiakasohjaajat.

Yhtenäisen toimintamallin saavuttamiseksi paljon palveluja tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden tunnistamiseen, hoidon koordinointiin ja järjestämiseen Pohjois-Savon hyvinvointialue on hakenut 2,6 milj € STM:n valtionavustusta omatiimi- ja omalääkärimallin käyttöönottoon vuosille 2026–2027. Julkisen omalääkäri ja -hoitajamallin rinnalle luodaan edellytykset myös omalääkäri-ammattinharjoittaja-mallin toteuttamiselle, sekä turvataan osaavien oma-ammattilaisten saatavuutta alueella. Käyttöön otettava omalääkäri- ja omahoitajamalli tukee sosiaalihuoltolain uudistuksen toteuttamista, jossa työntekijällä on velvoite tehdä ilmoitus terveydenhuoltoon asiakkaan hoidon tarpeen avioimiseksi (40 a §, ilmoitus terveydenhuoltoon asiakkaan tuen tarpeesta).

1) Toimintamallissa on määriteltävä vastuutaho, jolla on paljon palveluita tarvitsevien ja käyttävien asiakkaiden hoidon ja palvelujen kokonaisvaltainen koordinointi.

Sotekeskuksissa käyttöön otettavassa omalääkäri- ja omahoitajamallissa korostuu henkilökohtaisen hoitosuhteen jatkuvuus. Omalääkäri vastaa hoidon suunnittelusta, terveys- ja hoitosuunnitelman täydentämisestä ja pääsääntöisesti potilaan hoidosta. Omahoitaja koordinoi paljon palveluita tarvitsevan hoitoa. 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, neuvoo ja seuraa

22.5.2026

hoitoa suunnitelman mukaisesti päivittäen hoitosuunnitelmaa. Omahoitajan tehtävässä voidaan soveltaa kansallista [Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa \(STM\)](#) – ohjetta.

Tieto oma-ammattilaisesta kirjautuu potilaan tietojärjestelmään, joka helpottaa potilaan ohjautumista omalle ammattilaiselle.

lääkäiden palveluissa olevalle asiakkaalle nimetään sosiaalihuollon omatyöntekijä, joka koordinoi asiakkaan kokonaisuutta yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Lisäksi jokaisessa kotihoidon ja asumispalveluiden yksikössä on nimetyt sairaanhoitajat ja lääkäri turvaamassa lääketieteellisen hoidon oikea-aikaisuutta ja jatkuvuutta.

2) *Mallissa on määritettävä, miten kohtaamisessa varmistetaan moniammatillinen osaaminen sosiaali- ja terveydenhuollosta yhdessä sairaanhoidon kanssa.*

Sotokeskuksissa käyttöön otettavassa mallissa omalääkärin ja omahoitajan tukena toimii muita sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Pohjois-Savossa vahvistetaan erityisesti kuntoutuksen, sosiaalityön sekä mielenterveys- ja päihdetyön osaamista omalääkärin ja -hoitajan tukena. Koolle voidaan kutsua myös jo laajasti käytössä oleva MOTI-tiimi (monialaisen työn malli), kun on tarve selvittää ja sopia monialaisen tuen tarpeesta syvemmin. Hyvinvointialueitasoisesti edistetään erityispalveluiden ja peruspalveluiden välisiä konsultaatiomalleja.

Jokainen ammattiryhmä osallistuu terveys- ja hoitosuunnitelman laatimiseen omasta näkökulmastaan, täydentää ja päivittää sitä. Sähköisessä terveys- ja hoitosuunnitelmassa tieto liikkuu sujuvasti ammattilaisten sekä ammattilaisen ja potilaan välillä. Se avaa kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. OMNI360 mahdollistaa viitteellisten muistutusten lähettämisen tiimin muistilistalle.

Monialaisten vastaanottojen suunnittelussa on hyödynnetty asiakasraatia.

lääkäiden palveluissa so-te –ammattilaisten integroitu monialainen toimintamalli toteutuu asiakastarpeen mukaisesti yhdessä kehitetyillä toimintamalleilla ilman, että asiakkaan täytyisi osata hakea eri palveluita itse.

3) *Siinä on määritettävä, miten varmistetaan asiakkaan mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman päätöksentekoon ja toimien seuranta niin, että siinä yhdistyvät ammattilaisten ja asiakkaan oma arvio palvelusta ja palvelutarpeista.*

Hoidon tarpeen arvio tehdään omahoitajan toimesta. Asioiden hoito alkaa ensimmäisessä yhteydenotossa. Tiedon jatkuvuuden varmistaa potilaan ja ammattilaisen yhdessä laatima, Kantaan integroitava rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma, joka kokoaa keskeiset tiedot potilaan tilanteesta ja suunnitellusta hoidosta. Suunnitelma laaditaan kaikille, joiden hoito edellyttää koordinoitua ja jotka hyötyvät omahoidon toteuttamisesta ja hoidon suunnitelmallisuudesta.

Potilaan hoidon tukena toimivat myös digihoitopolut (valtimotauti- ja diabetespotilaat), jotka mahdollistavat yhteydenpidon ja tiedon siirtymisen sujuvasti oma-ammattilaisen ja potilaan välillä. Lisäksi ne tukevat potilaan omahoitoa. Sujuvuutta hoidon järjestämiseen ja seurantaan tuovat myös etähoitomahdollisuudet.

Yhtenäiseen hoidon tarpeen arviointiin ja terveys- ja hoitosuunnitelman laadintaan on henkilöstölle käytössä verkkokoulutus.

22.5.2026

lääkkäiden palveluissa RAI-arvioinnin avulla seurataan, miten asiakas osallistuu oman asiakassuunnitelmansa tekemiseen. Keräämme jo nyt asiakaspalautetta ja olemme aloittamassa yksikkökohtaisen asiakaspalautteen systemaattista keräämistä. Lisäksi ylläpidämme ja hyödynnämme asiakasraatia osana palvelujen kehittämistä ja arviointia.

Valtuustoaloite on ollut kommentoitavana yleisten palvelujen, ml sosiaalipalvelut, perhe- ja vammaispalvelujen sekä ikääntyvien palvelujen toimialaoilla.

Valmistelu

Eija Jestola

Minna Rytönen

Anu Rynnänen

Heli Pärnänen

Kirsi Solmari

Kati Kantanen

Mikko Korhonen

Heli Mattila

Sami Remes