

Lausunto Pohteen sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämissuunnitelman luonnoksesta 2027–2030, syksy 2026

Vastaaja:

-

Vastaus:

14.10.2026, 13.34 - 14.10.2026, 13.41

1. Lausuntoa antavan rooli *

Organisaation puolesta, organisaation nimi:

Oulun yliopisto

2. Lausuntoa antavan yhteystiedot *

Etunimi	Juha
Sukunimi	Auvinen
Sähköposti	juha.auvinen@oulu.fi

3.

Oulun yliopiston lausunto Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen järjestämissuunnitelmaan

Keskitymme lausunnossamme perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestämiseen. Lausunnon asiantuntijoina ovat toimineet yleislääketieteen professori Juha Auvinen ja yleislääketieteen professori Markku Timonen.

Pidämme myönteisenä, että järjestämissuunnitelmassa korostetaan hoidon jatkuvuutta, omalääkäri- ja omahoitajamallin kehittämistä, palvelujen integraatiota sekä perustason palveluiden vahvistamista. Nämä tavoitteet ovat linjassa kansainvälisen ja kotimaisen tutkimusnäytön kanssa, jonka mukaan hoidon jatkuvuus on yhteydessä parempiin terveysvaikutuksiin, vähäisempään päivystys- ja sairaalapalvelujen käyttöön, parempaan potilaskokemukseen sekä alempaan kuolleisuuteen (Baker ym. 2020; Kartikapallil ym. 2026).

Pidämme kuitenkin merkittävänä puutteena sitä, että hoidon jatkuvuudelle asetettujen tavoitteiden toteuttamista ei ole sidottu konkreettisiin omalääkärijärjestelmän rakenteisiin, riittäviin henkilöstöresursseihin eikä väestövastuuta koskeviin tavoitteisiin.

1. Omalääkärimallille tulee asettaa numeeriset tavoitteet

Suunnitelmassa omalääkäri- ja omahoitajamallin käyttöönotto tunnistetaan tärkeäksi tavoitteeksi, mutta mallille ei aseteta mitattavia tavoitteita omalääkärien määrästä, väestövastuista eikä omalääkärin piirissä olevan väestön osuudesta.

Tämä poikkeaa suunnitelman muista osa-alueista, joissa tavoitteita kuvataan yksityiskohtaisesti numeerisin mittarein. Mikäli Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella omalääkärimalli nähdään strategisesti tärkeänä keinona vahvistaa hoidon jatkuvuutta, sille tulee asettaa yhtä konkreettiset tavoitteet kuin muillekin kehittämistoimenpiteille.

Kansallisesti 1990-luvun erinomaisesti toiminut väestövastuinen omalääkärimalli kaatui 2000-luvun alkupuolella perusterveydenhuollon aliresursoinnin seurauksena liian suuriksi kasvaneisiin vastuuväestöihin. Tieteellisen näytön mukaisten hyötyjen saavuttamisen edellytyksenä on 1990-luvun kaltainen kokonaisvaltainen omalääkärimalli, jossa omalääkärillä on vastuu ja insentiivit väestönsä jatkuvuudesta ja lääkärinvastaanotolle pääsystä ja autonomia työn järjestämisestä kustannustehokkaalla tavalla. Vastuun kantaminen yhdessä työn hallitsemisen kanssa tulee olla mahdollista, jotta hyvin alkanut kehittäminen ei törmää uudelleen 2000-luvun alussa kohdattuihin haasteisiin. Tämän välttämiseksi ja perusterveydenhuollon todelliseksi vahvistamiseksi ehdotamme, että järjestämissuunnitelmaan kirjattaisiin:

- tavoitteeksi vähintään 1 omalääkäri 1 500 asukasta kohden vuoteen 2028 mennessä
- tavoitteeksi vähintään 1 omalääkäri 1 200 asukasta kohden vuoteen 2030 mennessä

Omalääkärikohtaisen väestön koko tulee sekä siirtymä- että loppuvaiheessa suhteuttaa omalääkärin oman väestön ikävakioimattomaan sairastavuusindeksiin ja terveyskeskuslääkärikontaktien peittävyys väestössä. Sairastavuus vaihtelee valtavasti Pohteen alueen eri kunnissa, Limingan 80,3 tasosta Pyhäjärven 168,8 tasoon. Tähän väliin jää mm. Oulu 102,5 tasollaan. Vastaavasti työterveyshuollon, yksityissektorin ja YTHS:n lääkärivastaanottojen määrän suhde terveyskeskuksen lääkärivastaanottojen määrään vaihtelee kuntien välillä valtavasti. Näitä tulee mitata muutoksen edetessä ja tarvittaessa säätää omalääkärikohtaisen väestön kokoa tasolle, jolla todellinen mahdollisuus väestön hoitamisesta on mahdollista. Vastuulla oleva väestön koko on paitsi laadun mutta myös omalääkärien työn hallinnan ja pysyvyyden kannalta merkityksellistä.

2. Pelkkä omalääkärin nimeäminen ei riitä

Lausunnon keskeinen viesti on, että omalääkärin nimeäminen ei ole tavoite sinänsä.

Tutkimusnäyttö osoittaa, että jatkuvuuden hyödyt syntyvät vasta silloin, kun potilas tosiasiallisesti pääsee asioimaan saman lääkärin kanssa toistuvasti. Pelkkä hallinnollinen omalääkärin nimeäminen ei tuota tavoiteltua jatkuvuutta, mikäli lääkärikapasiteetti, henkilöstön pysyvyys tai toimintaprosessit eivät mahdollista asiointia oman lääkärin kanssa (Baker ym. 2020; Burch ym. 2024).

Erityisen huomionarvoista on suomalainen tutkimus, jossa todettiin, että saman omalääkärimallin toteutus johti hyvin erilaisiin tuloksiin eri organisaatioissa. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että jatkuvuuden toteutuminen edellyttää lääkärin pysyvyyttä, riittäviä resursseja ja organisaation toimintatapojen yhteensopivuutta omalääkäriyön kanssa (Tuompo ym. 2026).

Tämän vuoksi suunnitelmaan tulisi kirjata, että nykyisessä murrosvaiheessa, kun omalääkäreitä ei vielä ole riittävästi:

- väestö pyritään ohjaamaan ensisijaisesti omalle omalääkärille
- ajanvarausjärjestelmät tukevat omalle lääkärille ohjautumista
- omalääkäreille varataan riittävä työpanos oman väestönsä hoitamiseen
- hoidon jatkuvuutta seurataan erillisillä mittareilla

3. Jatkuvuustavoitteiden ja rakenteellisten ratkaisujen välillä on jännite

Suunnitelmassa asetetaan kunnianhimoinen tavoite hoidon jatkuvuuden parantamiselle. Samalla kuitenkin järjestämissuunnitelmassa on kirjauksia keskittämisestä, liikkuvien palveluiden lisäämisestä ja palvelutuotannon hajauttamisesta useisiin kanaviin.

Nämä muutokset voivat olla perusteltuja, mutta ne lisäävät samalla palvelujen pirstaloitumisen riskiä. Tämän vuoksi suunnitelmassa tulisi kuvata nykyistä selkeämmin, miten hoidon jatkuvuus turvataan tilanteessa, jossa palveluja tuotetaan useissa eri kanavissa ja eri organisaatioiden toimesta (Burch ym. 2024).

4. Useita suunnitelmassa kuvattuja tehtäviä tulisi sitoa vahvemmin omalääkärimalliin

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, mielenterveys- ja päihdepalvelut, ikääntyneiden palvelut sekä kotisairaala hyötyvät pitkäjänteisestä lääkärisuhteesta ja hoidon jatkuvuudesta (Baker ym. 2020; Kartikapallil ym. 2026):

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Työttömien terveystarkastukset, elintapaohjaus, diabeteksen ehkäisy sekä alkoholin riskikäytön tunnistaminen ovat esimerkkejä tehtävistä, jotka hyötyvät pitkäjänteisestä hoitosuhteesta.

Oppiala ehdottaa, että nämä toiminnot kuvataan omalääkärin vastuulle kuuluvina tehtävinä aina kun se on mahdollista.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Perustason mielenterveys- ja päihdehoidon keskeinen haaste on jatkuvuuden puute.

Suunnitelmassa kuvattu palveluiden integraatio toteutuu käytännössä parhaiten silloin, kun asiakkaalla on nimetty lääkäri, joka tuntee hänen tilanteensa pitkäjänteisesti ja organisoi potilaan hoitoa liittäen siihen tarvittaessa mukaan muita asiantuntijoita.

Ikääntyneiden palvelut

Ikääntyneiden palveluissa korostuvat monisairaudet, lääkitysten hallinta, toimintakyvyn arviointi sekä ennakkoiva hoidon suunnittelu.

Näissä tehtävissä jatkuva omalääkärisuhde tuottaa erityisen paljon hyötyä. Omalääkärin rooli tulisi tuoda näkyvästi esiin kotihoidon, kotisairaalan, omaishoidon tuen sekä muiden ikääntyneiden palveluiden yhteydessä.

5. Mittaristo ei vielä riittävästi kuvaa omalääkärimallin toteutumista

Pidämme myönteisenä sitä, että suunnitelmassa seurataan hoidon jatkuvuutta SLICC-mittarilla. Yksinään tämä ei kuitenkaan riitä kuvaamaan omalääkärijärjestelmän toteutumista. Lisäksi on realistista esittää kysymys, että onko SLICC 70 %:n jatkuvuustavoitteena realistinen ilman kuvausta pysyvän lääkärikapasiteetin kasvusta? Lisäksi esitämme, että tulisi mitata omalääkärilistakohtaisesti sitä osuutta vastaanottokäynneistä, jotka toteutuvat omalle omalääkärille.

Yhteenveto

Kannatamme järjestämissuunnitelman tavoitetta vahvistaa hoidon jatkuvuutta ja omalääkärimallia. Tavoitteiden uskottava toteutuminen edellyttää kuitenkin nykyistä konkreettisempia rakenteellisia linjauksia.

Lähteet

1. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract. 2020;70(698):e600-e611.
2. Kartikapallil N, Caicedo Arroyave N, Taylor J, Sanghera I, Alam MR, Lines A, et al. Continuity of care in UK primary care: a scoping review of measures, challenges, and future interventions. Prim Health Care Res Dev. 2026.
3. Tuompo W, Makela J, Timonen M, Auvinen J. Sustaining named GP continuity requires organisational change: a comparative implementation analysis in Finland. Br J Gen Pract. 2026;76(771):e818-e827.
4. Burch P, Whittaker W, Bower P, Checkland K. Factors affecting the experience of joined-up, continuous primary care in the absence of relational continuity: an observational study. Br J Gen Pract. 2024;74(742):e300-e306.