



Selvitys Viron omalääkärijärjestelmästä ja sen oppien soveltamisesta hyvinvointialueilla

Selvitys Viron omalääkärijärjestelmästä ja sen oppien soveltamisesta hyvinvointialueilla

Madis Tiik, Liisa Hyssälä & Antti Kivelä

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Julkaisumyynti

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston
verkkokirjakauppa**

Statsrådets
nätbokhandel

vnjulkaisumyynti.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö

CC BY-NC-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-00-6863-9

ISSN pdf: 2242-0037

Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto

Helsinki 2023

Selvitys Viron omalääkärijärjestelmästä ja sen oppien soveltamisesta hyvinvointialueilla

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2023:10

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

Tekijä/t Madis Tiik, Liisa Hyssälä & Antti Kivelä

Kieli suomi

Sivumäärä 48

Tiivistelmä Selvityksen taustana on keskustelu omalääkärijärjestelmästä ja hyvinvointialueet, joissa pohditaan tapoja järjestää palveluita. Selvityksessä kuvataan Viron omalääkärijärjestelmän kehitys perinteisestä omalääkärijärjestelmästä hoidon jatkuvuuden turvaavaan asiakaskeskeiseen toimintamalliin. Erityisesti valotetaan digitaalisuuden ja taloudellisen kannustavuuden roolia. Selvityksessä kuvataan, miten Viron järjestelmästä saatuja oppeja voidaan hyödyntää hyvinvointialueilla. Ratkaisumallit ovat kannanottoja suunnittelun avuksi ja edustavat vain tekijöiden näkemyksiä.

Viron perusterveydenhuolto on rakennettu keskieurooppalaisen perhelääkärijärjestelmän pohjalta. Perhelääkärijärjestelmän rinnalle on tuotu kansallinen digitaalinen infrastruktuuri palvelemaan asiakkaita ja perhelääkäreitä. Digitaalisuus perustuu koko Viron valtion digitaalisuuteen. Merkittävä havainto on taloudellisten kannustimien käyttö järjestelmän ohjaamisessa. Viro kuuluu EU:hun ja terveydenhuolto on samojen lainsäädäntökehikkojen piirissä kuin Suomi. Suomessa järjestelmän ohjaus on tapahtunut pääosin normi- ja informaatio-ohjauksella. Taloudellista kannustinta ei ole käytetty samassa määrin kuin Virossa. Opeiksi Viron mallista jää kolme asiaa: järjestäjän ja tuottajan erottaminen, taloudellisten kannustimien käyttö tuottajien ohjauksessa ja asiakkuudenhallinta järjestäjän puolella sisältäen digitaaliset kanavat.

Asiasanat omalääkärijärjestelmä, Viro, perusterveydenhuolto, digitaalisuus, taloudelliset kannustimet, perhelääkäri, digitaaliset alustat, terveystietojärjestelmä, terveystietojärjestelmä, terveystietojärjestelmä, hyvinvointialueet, Oma Tiimi-malli, ammatinharjoittajamalli

ISBN PDF 978-952-00-6863-9

ISSN PDF 2242-0037

Asianumero VN/22558/2022

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6863-9>

Utredning om Estlands husläkarsystem och tillämpning av lärdomar av det i välfärdsområdena

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2023:10

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Författare Madis Tiik, Liisa Hyssälä & Antti Kivelä

Språk Finska **Sidantal** 48

Referat Bakgrunden till utredningen är att det har förts diskussion om ett husläkarsystem och att det i välfärdsområdena har dryftats olika sätt att organisera tjänsterna. I utredningen beskrivs utvecklingen av Estlands husläkarsystem från ett traditionellt husläkarsystem till en kundorienterad verksamhetsmodell som tryggar vårdkontinuiteten. Särskilt belyses digitaliseringens och de ekonomiska incitamentens roll. I utredningen beskrivs hur lärdomar från det estniska systemet kan utnyttjas i välfärdsområdena. Lösningmodellerna är ställningstaganden till stöd för planeringen och representerar endast författarnas synpunkter.

Primärvården i Estland har byggts upp utifrån det centraleuropeiska husläkarsystemet. Vid sidan av husläkarsystemet har det införts en nationell digital infrastruktur för att betjäna kunderna och husläkarna. De digitala lösningarna baserar sig på digitaliseringen i hela den estniska staten. En betydande observation är användningen av ekonomiska incitament i styrningen av systemet. Estland är en del av EU, och dess hälso- och sjukvård omfattas av samma regelverk som Finland. I Finland har styrningen av systemet huvudsakligen bestått av regel- och informationsstyrning. Ekonomiska incitament har inte använts i samma utsträckning som i Estland. Den estniska modellen ger tre lärdomar: åtskiljandet av organiseringsansvarig och producent, användningen av ekonomiska incitament vid styrningen av producenter samt hanteringen av kundrelationerna hos den organiseringsansvariga, inklusive digitala kanaler.

Nyckelord husläkarsystem, Estland, primärvård, digitalisering, ekonomiska incitament, familjeläkare, digitala plattformar, hälsodatasystem, hälsoanalytiker, välfärdsområden, vårdteam, yrkesutövarmodell

ISBN PDF 978-952-00-6863-9 **ISSN PDF** 2242-0037

Ärendenr. VN/22558/2022

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6863-9>

Study of Estonia's personal doctor scheme and applying the lessons learned for wellbeing services counties

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2023:10

Publisher The Ministry of Social Affairs and Health

Author(s) Madis Tiik, Liisa Hyssälä & Antti Kivelä

Language Finnish **Pages** 48

Abstract The study is based on a discussion on the personal doctor scheme and wellbeing services counties where ways to organise services are being considered. The report studies the development of Estonia's system from the traditional personal doctor scheme to a client-centred operating model that safeguards the continuity of treatment. Special attention is paid to the role of digitalisation and economic incentives. The report describes how the lessons learned from the Estonian system can be used in the wellbeing services counties in Finland. The solution models are positions that support planning and represent the views of the authors only.

Estonia's primary health care has been built on the Central European family doctor system. Alongside the family doctor system, a national digital infrastructure has been introduced to serve clients and family doctors; digitalisation is based on the digitalisation of the Estonian state as a whole. It is significant to note the use of financial incentives in steering the system. Estonia is part of the EU, and its health care is within the same legislative frameworks as that of Finland, where the system has mainly been steered by norms and information management. Financial incentives have not been used to the same extent in Finland as in Estonia. The lessons learned from the Estonian model are the following: separating organisers and providers, using financial incentives for producer guidance, and customer relationship management on the organiser's side, including digital channels.

Keywords personal doctor scheme, Estonia, primary health care, digitalisation, financial incentives, family doctor, digital platforms, health information system, health analyst, wellbeing services counties, My Tiimi model, model for self-employed persons

ISBN PDF 978-952-00-6863-9 **ISSN PDF** 2242-0037

Reference no. VN/22558/2022

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6863-9>

Sisältö

1	Tausta.....	8
2	Johdanto	9
3	Tapauskuvaus: Viron perusterveydenhuolto nyt ja tulevaisuudessa	10
	3.1 Perusterveydenhuolto	12
	3.2 Muutokset perhelääkäriin listoissa	18
	3.3 Työvoiman saatavuus	19
	3.4 Muutoksia tulossa.....	22
	3.5 Perusterveydenhuollon rahoitus.....	23
	3.6 Laatu järjestelmä	25
	3.7 Perusterveydenhuoltoon vaikuttavat tekijät.....	26
	3.8 Viron sairaalaverkoston kehittämissuunnitelma HVA 2040.....	27
	3.9 HVA 2040-toteutussuunnitelma.....	28
4	ICT-ratkaisut tukemaan perusterveydenhuollon muutoksia.....	30
	4.1 Kansallinen taso – Digilugu 2.0.....	30
	4.1.1 Miten upTIS toimii?.....	31
	4.1.2 Mitä tarvitsemme	32
	4.2 Ennakkokäynti.....	32
	4.2.1 Miten ennakkokäynti toimii?	32
	4.2.2 Ennakkokäynnin hyödyt?.....	33
	4.3 Terveystieteen profiili ja pätevyysvaatimukset	34
	4.4 Esimerkki valtion tason interventtiosta	35
	4.5 Viron perhelääkäriyhdistyksen (EPS) näkemyksiä tulevaisuuden ratkaisuksista	36
	4.6 EPS: Potilaan henkilökohtainen terveystietosuunnitelma	36
5	Johtopäätökset ja suositukset	38
6	Opit Suomen hyvinvointialueille	39
	6.1 Hyvinvointialueiden tulevaisuuteen vaikuttavat megatrendit	39

6.2	Mahdollinen ratkaisu – Oma Tiimi-malli	40
6.3	Oma Tiimi-malli asiakkaan näkökulmasta eli asiakaslähtöisyys.....	40
6.4	Oma Tiimi-malli järjestäjän näkökulmasta	41
6.5	Oma Tiimi-malli tuottajan näkökulmasta	41
6.6	Oma Tiimi-malli henkilöstön näkökulmasta	42
6.7	Oma Tiimi-malli valtakunnan tason näkökulmasta	42
6.8	Oma Tiimi ja sairaalat.....	44
6.9	Oma Tiimi-malli – eteneminen.....	44
7	Loppuhuomioita Viron ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmän eroista	45
8	Ammatinharjoittajamalli	46
8.1	Jorma Back: ammatinharjoittajamalli.....	46
	Lähteet	48

1 Tausta

Tämän selvityksen taustana on laaja keskustelu omalääkärijärjestelmästä ja vuoden 2023 alussa aloittavat hyvinvointialueet, joissa parhaillaan pohditaan erilaisia tapoja järjestää palveluita. Tavoitteena on kuvata Viron omalääkärijärjestelmän kehitys perinteisestä omalääkärijärjestelmästä uuteen, hoidon jatkuvuuden turvaavaan asiakaskeskeiseen toimintamalliin. Erityisesti pyritään valottamaan digitaalisuuden ja taloudellisen kannustavuuden roolia kokonaisuudessa.

Osana tätä selvitystä lääketieteen tohtori, Viron perhelääkäriyhdistyksen entinen puheenjohtaja, Madis Tiik luennoi syksyllä 2022 etäyhteyden välityksellä Suomen sosiaali- ja terveysministeriön lääketieteellisille asiantuntijoille Viron terveydenhuollosta. Luentojen yhteydessä asiantuntijoilla oli mahdollisuus kysyä tarkemmin Viron omalääkärijärjestelmästä.

Tässä selvityksessä pyritään kuvaamaan, miten Viron järjestelmästä saatuja oppeja on mahdollista hyödyntää hyvinvointialueiden palvelujen järjestämisessä. Esitetyt ratkaisumallit ovat tekijöiden kannanottoja suunnittelun pohjaksi ja edustavat vain tekijöiden näkemyksiä. Lisäksi liitteessä esitetään lyhyt katsaus aiemmin tehtyyn ammatinharjoittajamalliin.

2 Johdanto

Tämä selvitys on oma kokonaisuutensa, mutta sosiaali- ja terveysministeriön tilaama Oma-lääkäri 2.0 -selvitys antaa hyvän kokonaiskäsityksen hoidon jatkuvuuden merkityksestä koko järjestelmän toimivuudelle. Selvityksen tiivistelmä kiteyttää hyvin lähtötilanteen:

”Vahva tieteellinen näyttö osoittaa, että saman yleislääkärin hoitaessa potilasta

- a) hoidon laatu paranee,*
- b) sairastuvuus ja kuolleisuus vähenevät merkittävästi,*
- c) terveydenhuollon palveluiden kokonaistarve ja -kustannukset pienenevät ja*
- d) potilastyytyväisyys paranee.*

Suomen aikaisemmat omalääkärimallit ovat kariutuneet työn hallitsemattomuuteen, mikä on aiheutunut rakenteellisesta perusterveydenhuollon heikosta resursoinnista, liian suurista vastuuväestöistä ja työ sopimusten työajattomuudesta. Suomen perusterveydenhuolto on hoidon jatkumattomuuden ja aliresursoinnin vuoksi kriisissä, joka on heijastunut muiden terveydenhuollon sektoreiden kasvavina kustannuksina ja ongelmina. Kriisin ratkaisuna on terveydenhuollon resurssien allokaation korjaaminen lisäämällä perusterveydenhuoltoon huomattavasti lääkäri- ja hoitajavakansseja sekä hoitosuhteiden jatkuvuuden varmistaminen. Potilaan oikeutta omaan lääkäriin ja hoitajaan tulee vahvistaa muuttamalla lainsäädäntöä.

Selvityksessä kuvataan hoidon jatkuvuusmalli, jonka keskeisenä elementtinä on potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus, jossa potilaan hoidon tukena on omahoitaja ja tarvittaessa moniammatillisen tiimin muita jäseniä. Hoidon jatkuvuusmallilla tuetaan parhaiten meneillään olevan sote-uudistuksen tavoitteiden - kuten kustannusten nousun hillitseminen ja yhdenvertaisuuden paraneminen – saavuttamista terveydenhuollossa. Sote-järjestelmästä tulee kokonaistaloudellisesti edullisempi nyt esitetyn, alkuinvestointeja vaativan, strategisen muutoksen myötä.”

Palvelujärjestelmän uudistaminen on vaativa ja jatkuva prosessi. Asiakkuuden merkitys ja muuttuva rooli on keskeinen uudistamisen voima. Hyvinvointialueilla tämä on mahdollisuus ja velvollisuus jatkuvasti kehittää ja arvioida nykyistä toimintatapaa sekä näyttää suuntaa parempaa palvelutoimintaa kohden.

Tämä selvitys on tehty toiminnallisista lähtökohdista. Viron ja Suomen lainsäädännön erilaisuuksista ei ole tehty arviota.

3 Tapauskuvaus: Viron perusterveydenhuolto nyt ja tulevaisuudessa

Viron terveydenhuoltojärjestelmää on uudistettu perusteellisesti 1990-luvun alusta lähtien. Terveydenhuollon uudistuksen päätavoitteita ovat olleet julkisen rahoitusjärjestelmän ja yli-kuormitetun sairaalajärjestelmän uudelleenjärjestely, yleissairaanhoitopalvelujen laadun ja saatavuuden parantaminen sekä resurssien tehokkaampi käyttö. Viron perusterveydenhuollon uudistus käynnistettiin vuonna 1998 ja saatiin päätökseen vuoteen 2003 mennessä. Perhelääkäriin (FD) koulutus ja mallin käyttöönotto olivat uudistuksessa keskeisessä asemassa. Vuonna 2015 Virossa oli 806 perhelääkärinä (52 perhelääkärinä 100 000:ta asukasta kohti).

Virossa perhelääkäri tekee yhteistyötä perhehoitajan kanssa ja on itsenäinen yrittäjä. Viron sairausvakuutuskassan (EHIF) ja perhelääkäriin välillä on käytössä sopimus. Perhelääkäriin sopimus sisältää eri osia: maksu asukasta kohti (viisi ikäryhmää), perusavustus laitteista ja huoneistoista, rahasto lääketieteellisiin tutkimuksiin ja testeihin, erillinen "terapeuttinen" raha, maksu etäisyydestä lähimpään sairaalaan, maksu toisesta sairaanhoitajasta ja maksu laadusta jne. Virossa perhelääkärit toimivat portinvartijoina vähentämässä käyntejä erikoissairaanhoitoon. Jokainen perhelääkäri on vastuussa listallaan olevista potilaista, joita voi olla 1 200–2 400. Jos listalla on yli 2 000 potilasta, on palkattava toinen lääkäri apulaislääkäriksi. Vuonna 2015 44,1 prosenttia työskenteli perhelääkäriinä yksin (yhden lääkärin vastaanotto) ja 55,9 prosenttia ryhmänä (useampi kuin yksi perhelääkäri yhdessä).

Perhelääkärin lista

Perhelääkärin lista on luettelo henkilöistä, joita perhelääkäri palvelee. Jokaisella perhelääkärillä on yksi lista. Jokaisella Viron kansalaisella, oleskeluluvan tai oleskeluoikeuden perusteella Virossa asuvalla henkilöllä ja Virossa laillisesti oleskelevalla henkilöllä on oikeus rekisteröityä perhelääkärin listaan ja vaihtaa perhelääkäriä kirjallisen hakemuksen perusteella. Henkilön siirto uuden perhelääkärin listalle lasketaan sen kalenterikuukauden ensimmäisestä päivästä, joka seuraa henkilön tietojen siirtämistä Viron sairausvakuutuskassan tietokantaan.

Perhelääkärin lista koostuu henkilöistä, jotka ovat ilmoittautuneet perhelääkärille.

Perhelääkärin listan raja on:

1. 1 200–2 000 henkilöä;
2. 2 001–2 400 henkilöä, jos luettelossa olevat henkilöt saavat yleissairaanhoidon perhelääkärin lisäksi vähintään yhden lääkäriksi pätevöityneen terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta.

3.1 Perusterveydenhuolto

Taulukko 1. Perhelääkärien listojen määrä, vakuutettujen lukumäärä sekä aukioloaikojen ulkopuolella olevien käyntien määrä.

	2020 varsinainen	2021 varsinainen	Muutos verrattuna v. 2020
Listojen määrä	786	786	0 %
Etäisyyssisämaksua saavien määrä	397	396	0 %
Toisen perhehoitajan palkkion saaneiden määrä	544	594	9 %
Listan keskipöytä (vakuutettujen lukumäärä)	1 589	1 597	0 %
VAKUUTETTUIJEN HENKILÖIDEN LUKUMÄÄRÄ			
Niiden henkilöiden kokonaismäärä, joista on maksettu palkkio	1 249 050	1 255 167	0 %
alle 3-vuotiaat vakuutetut	41 473	40 706	-2 %
3–6-vuotiaat vakuutetut	56 119	56 794	1 %
7–49-vuotiaat vakuutetut	644 725	647 975	1 %
50–69-vuotiaat vakuutetut	316 354	317 302	0 %
70 vuotta täyttäneet vakuutetut	190 379	192 390	1 %
Perhelääkäriin aukioloaikojen ulkopuolella olevien käyntien tuntimäärä*	12 158	7 029	-42 %
Perhehoitajakäyntien tuntien määrä	10 894	7 830	-28 %
Perhelääkäriin neuvontapuheluun soitetujen puhelujen määrä**	324 235	521 400	61 %

*Perhelääkäriin vastaanoton aukioloajat ovat klo 8 ja 16 välillä neljänä päivänä viikossa, ja kello 18 asti yhtenä päivänä viikosta. Muutama perhelääkäri on valinnut laajentaa vastaanottoaikaansa myös iltoihin ja siitä maksetaan erikseen.

**Virossa on käytössä valtakunnallinen neuvova puhelinpalvelu 1220, joka on auki vuorokauden ympäri. 1220 toimii itsenäisenä palveluna, jota ei ole integroitu perhelääkäreiden kanssa. Neuvonta on useimmiten anonyymiä, eikä siitä jää merkintää potilastietoihin.

Viron väkiluku oli vuoden 2021 lopussa 1,331 miljoonaa.

Vuoden 2021 lopussa sairausvakuutusrahastolla oli sopimus 416 perusterveydenhuollon tarjoajan kanssa, joilla oli 786 listaa.

Vuonna 2020 etäisyysismaksujen valikoima laajennettiin koskemaan kaikkia suurten keskusten ulkopuolella toimivia yleislääkäreitä ja etäisyysmaksu moninkertaistettiin. Vuoden 2021 keskiarvo oli 396 listaa, jotka saivat etäisyysisän.

Kahden perhehoitajan listat ovat kasvaneet vuosittain. Vuonna 2021 sairauskassa rahoitti toisen perhehoitajan 594 listalla, mikä on kasvanut 9 % edelliseen vuoteen verrattuna.

Perhelääkärin tutkimusraha on osoitettu perhelääkäreille tarvittavien tutkimusten ja toimenpiteiden suorittamiseksi potilaille. Tutkimusrahaston rahoitus kasvoi 17 % vuonna 2021 edellisvuoteen verrattuna.

Toimintarahän tavoitteena on tukea perhelääkäreitä pysymään perusterveydenhuollon piirissä, toimivaltansa puitteissa. Raha rahoittaa pääasiassa päiväkirurgia- ja naistentautipalveluja. Toimintaraha rahoitetaan palvelukohtaisesti, joten myös perhelääkäreiden määräämät sähköiset konsultaatiopalvelut näkyvät toimintarahän kustannuksissa. Toimintarahän palveluiden rahoitus kasvoi 49 % edellisvuoteen verrattuna. Toimintarahän rahoituksen kasvu johtuu kahden uuden kohdunkaulan syövän seulontaan liittyvän palvelun lisäämisestä toimintarahaan vuonna 2021.

Sähköisen konsultaation tarkoituksena on parantaa perhelääkäriltä erikoislääkärille siirtyvän tiedon laatua ja siten säästää potilaiden aikaa, koska erikoislääkärille ei aina tarvitse mennä itse – perhelääkäri konsultoi erikoislääkärää sähköisesti ja kaikki hoito tapahtuu perhelääkärin koordinoimana. Vuonna 2021 sähköiseen konsultaatioon oli saatavilla 29 erikoisalaa. Palvelua tarjottiin 1,9 miljoonalla eurolla. Eniten konsultaatioita oli neurologiassa (13 %), seuraavaksi eniten ortopediassa (11 %), endokrinologiassa (6 %), kardiologiassa (6 %) ja allergologia-immunologiassa (6 %).

Terapiarahän tavoitteena on vahvistaa perhelääkärin roolia potilaan hoitoprosessin koordinaattorina alusta loppuun. Terapiarahän avulla perhelääkäri voi tarvittaessa hakea klinisen psykologin, puheterapeutin ja fysioterapeutin palveluita listansa potilaille ja maksaa niistä palveluntarjoajalle. Vuonna 2021 terapiarahän mahdollisuutta käytti 400 perheterveysasemaa ja palveluja tarjottiin lähes 21 900 ihmiselle 2 miljoonalla eurolla. Eniten käytetty palvelu oli vuonna 2021 yksilöllinen fysioterapiapalvelu vuonna (62 560 henkilöä), seuraavaksi psykoterapia (20 007 henkilöä) ja puheterapeuttipalvelu (13 251 henkilöä).

Terveyskeskuksen kotisairaanhoido lisättiin vuonna 2020 uutena palveluna, joka laajentaa perhelääkäreiden tarjoamaa palveluvalikoimaa. Vuonna 2021 terveyskeskuksen kotisairaanhoidoa käytti lähes 2000 henkilöä, mikä on 54 % edellisvuotta enemmän.

Perhelääkäreiden **laatu järjestelmän** kehittämistä on jatkettu, jotta perhelääkäreitä motivoidaan sairauksien ehkäisyyn ja pitkäaikaissairaiden seurantaan.

Sairausvakuutuskassan aloitteesta perhelääkäreille kehitettiin **mentorointiohjelma**, joka antoi 15 perhelääkärille eri puolilta Viroa työn hallintaa tukevan mentorin. Mentorointiohjelma tukee lääkäreitä kehittämään itseään ja johtamistaan.

Perhelääkärin neuvontapuhelimeen soitettujen puheluiden määrä kasvoi 61 prosenttia viime vuoden vastaavaan ajankohtaan verrattuna. Vuonna 2021 neuvontalinjaan soitettiin 521 400 puhelua, mikä on lähes 197 000 puhelua enemmän kuin vuonna 2020. Suurin kasvu kirjattiin lokakuussa verrattuna samaan ajanjaksoon vuonna 2020 (33 125 puhelua), jota seurasi helmikuu (22 978 puhelua enemmän kuin vuonna 2020). Puheluiden määrän kasvu liittyi pääasiassa COVID19-pandemiaan, joka lisäsi perhelääkärien työmäärää. Joulukuusta 2020 alkaen ihmisiä ohjattiin koronavirustestiin myös viikonloppuisin, jolloin perhelääkärit eivät yleensä ole töissä. Neuvontalinjan henkilökunta jatkoi reseptien uusimista viikonloppuisin.

Taulukko 2. Perhelääkäri- ja perhehoitajakäyntien määrä 2017–2021.

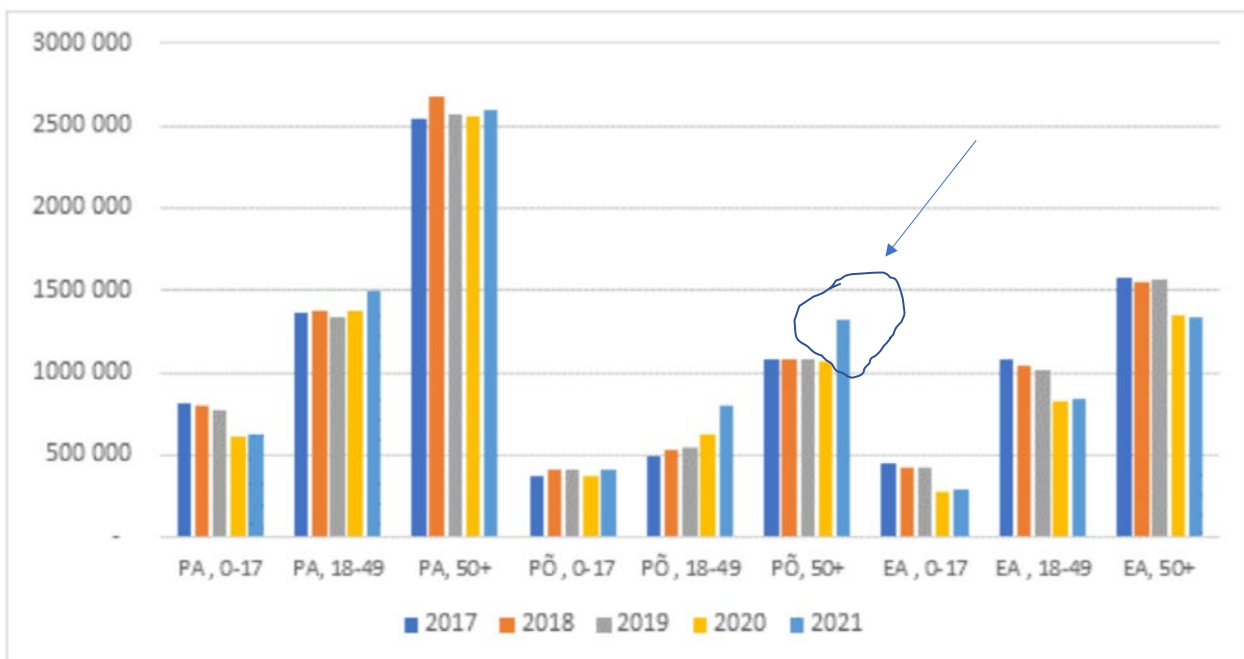
	2017	2018	2019	2020	2021
Perhelääkärin vastaanotot	4 710 294	4 961 469	4 867 540	4 723 332	5 048 907
Perhehoitajan vastaanotot	1 494 205	1 635 461	1 726 106	2 020 657	2 954 519
Mm. perhelääkärien ja perhehoitajien etävastaanotot	2 086 631	2 476 701	1 645 907	3 975 216	5 233 709
Profylaktiset vastaanotot	368 735	358 428	348 207	320 736	390 820
Vastaanotot yhteensä	6 573 234	6 955 358	6 941 853	7 064 725	8 394 246
Vastaanotolla käyneet henkilöt	1 024 118	1 031 449	1 033 047	1 025 967	1 093 870
Perhelääkärin listoilla olevien henkilöiden määrä	1 234 046	1 238 045	1 246 402	1 265 601	1 273 743
Perhelääkärillä kävijät, % perhelääkärilistoilla olevista	83 %	83 %	83 %	81 %	86 %

Perhelääkärien ja sairaanhoitajien vastaanotolla oli vuonna 2021 yhteensä 8,4 miljoonaa käyntiä, mikä on miljoona tapaamista eli 19 % enemmän kuin vuonna 2020. Samaan aikaan perhelääkärikäyntien määrä kasvoi 7 % ja perhehoitajakäyntien määrä 46 %. Perhehoitajakäyntien määrä kasvoi merkittävästi, koska COVID-19:n aiheuttama suuri lisätaakka lankesi pääsääntöisesti perhehoitajien harteille. Vuonna 2021 perhelääkäreiden ja -hoitajien etävastaanottoja oli yhteensä 5,2 miljoonaa, mikä on lähes 1,3 miljoonaa käyntiä eli 32 % enemmän kuin edellisenä vuonna. Etävastaanotot ovat joko puhelimitse tai sähköpostitse tapahtuneita vastaanottoja, joita käytettiin tavallista enemmän COVID-19:n laajan leviämisen aikana.

Suurin muutos viimeisen viiden vuoden aikana on potilaskontaktien määrän kasvu. Tämän takia perusterveydenhuollon työmäärä on kasvanut (+27 %) ja erikoissairaanhoidossa puolestaan laskenut (-12 %). Erikoislääkärikäyntien määrä on vähentynyt (-21 %). Tämä tarkoittaa sitä, että yhä useampi potilas hoidetaan perusterveydenhuollossa. Eniten on lisääntynyt perusterveydenhuollon hoitajakäyntien määrä (97 %). Taulukossa esitetään muutokset viimeisten viiden vuoden ajalta.

Kuormituksen kasvu on ollut erityisen suurta kahden viime vuoden aikana. Tämä johtuu pääasiassa koronapandemiasta. On myös huomionarvoista, että 62 % kaikista perusterveydenhuollon kontakteista tehdään etäpalveluna, pääasiassa puhelimitse.

Kuvio 1. Hoitokäynnit yhteensä ikäryhmittäin hoidon suorittaneen ammattilaisen mukaan.



Kuvan lyhenteiden selitykset: PA - perhelääkäri, PÖ - perhehoitaja, EA - erikoislääkäri

Huolimatta uudistuksista voidaan sanoa, että terveydenhuolto on edelleen hyvin lääkärikeskeistä.

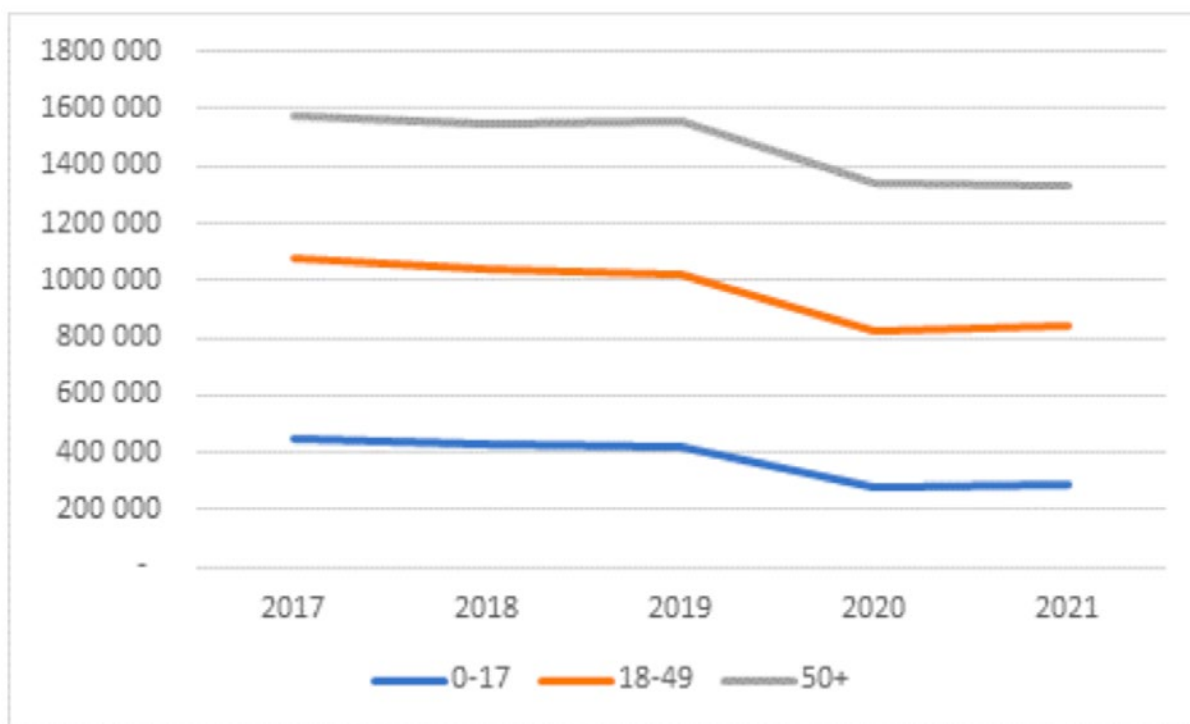
Taulukko 3. Perhelääkäri vs. erikoislääkäri.

	2017	2019	%
0-17	1,7	2,2	29
18-49	1,2	1,7	40
50+	1,6	1,9	19

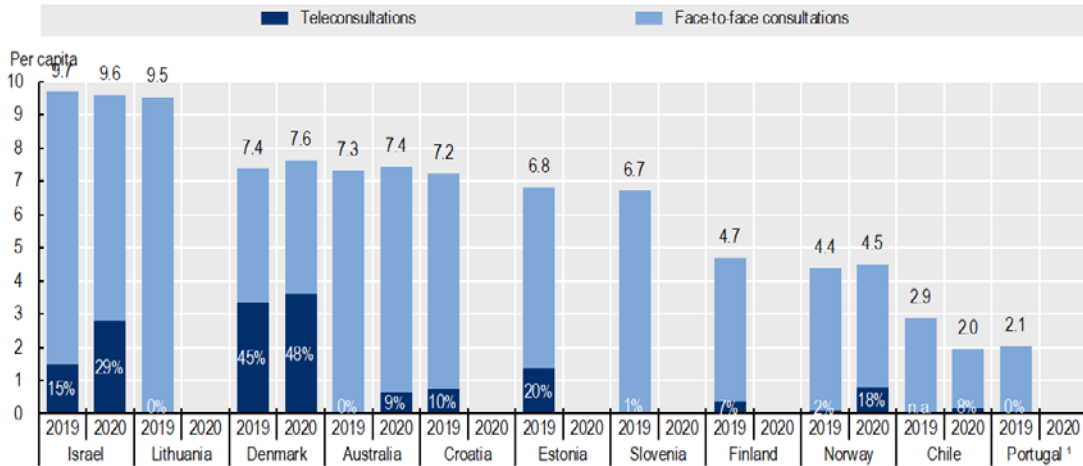
Jokaista erikoissairaanhoidon käyntiä kohden oli 50+ ikäluokassa 1,9 käyntiä perhelääkärille (2019) ja kasvua verrattuna vuoteen 2017 oli 19%.

Jos verrataan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaon lukuja, huomataan, että yhä useampi saa terveydenhuoltoa perusterveydenhuollon kautta.

Kuvio 2. Erikoissairaanhoidon käyntimäärät 2017-2021 ikäluokittain



Kuvio 3. Käyntimäärien kansainvälinen vertailu (lähi- ja etävastaanotot).

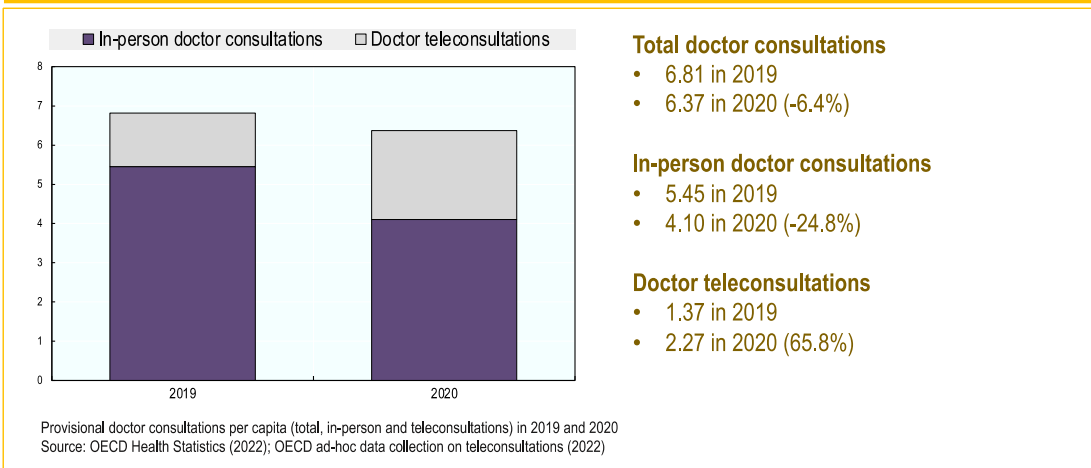


Source: 2021 Joint Questionnaire on Non-Monetary Health Care Statistics.

Teknologia ja etäpalveluiden käyttö ovat lisääntyneet merkittävästi.

Kuvio 4. Etävastaanottojen määrä Virossa

Access + Utilisation



3.2 Muutokset perhelääkäriin listoissa

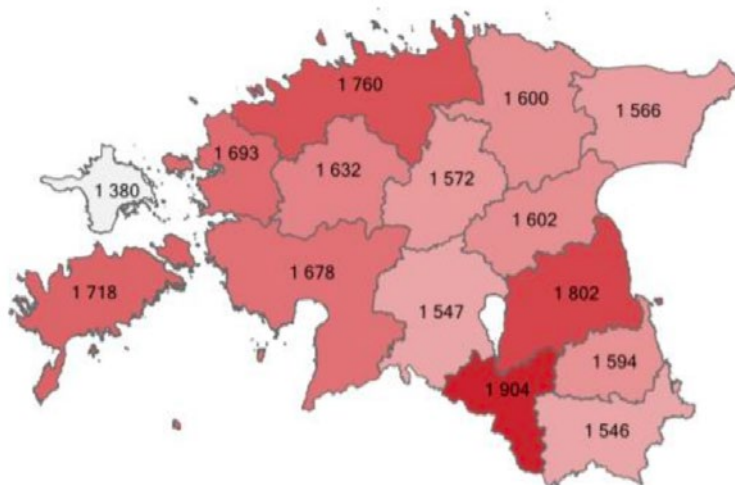
Jotta lääkäri olisi oikeutettu listaan, hänellä on oltava erikoistumiskoulutus perhelääkäriyöhön. Keskimääräinen listan koko on 1597 henkilöä.

Taulukko 4. Perhelääkärien listojen koko ja niiden määrä.

Listan koko	Listojen määrä
Alle 1 200	78
1 201–2 000	569
2 001–2 400	126
Yli 2 400	13

Perhelääkäriin rahoituksen perustana on lista (nimistusta) ja Viron sairausvakuutuskassan kanssa tehty sopimus. Rahoitus on moniosaista, tärkein lähde on *per capita* maksettava palkkio, peruspalkkio ja erilaiset bonukset. Palkkiot riippuvat potilaan iästä. Lisämaksua maksetaan myös maaseudulla toimiville perhelääkäreille ja normaalin työajan ulkopuolella tehdystä työstä. Yleislääkärit eivät ole velvollisia päivystämään, vaan päivystys järjestetään ambulanssi- ja ensiapukäynneillä. Suurissa kaupungeissa päivystykset ovat ylikuormittuneita. Päivystykset maksetaan sairaaloille sopimuksen ulkopuolella sairausvakuutuskassasta. Terveystenhuollon järjestämisen kannalta nämä käynnit ovat sairausvakuutuskassalle kalliimpia kuin saman ongelman ratkaiseminen perhelääkäriin vastaanotolla.

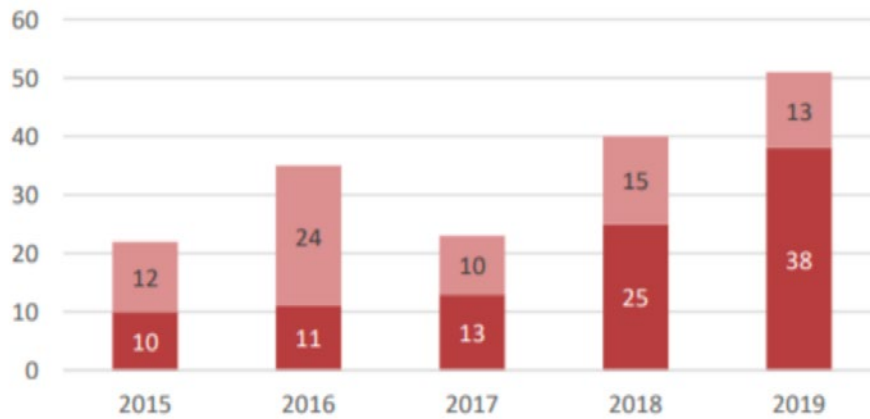
Kuvio 5. Listojen keskipakko maakunnittain vuonna 2021.



3.3 Työvoiman saatavuus

Vapaita listoja on joka vuosi yhä enemmän, mutta niiden kilpailuttaminen uuden perhelääkärin löytämiseksi on yhä useammin epäonnistunut. Tämän seurauksena listoja katetaan väliaikaisilla korvauksilla. Lääkärin sijaisuuden voi täyttää myös lääkäri, joka ei ole erikoistunut perhelääkäriksi.

Kuvio 6. Perhelääkärin ammattioikeuden kilpailutukset 2015–2019.

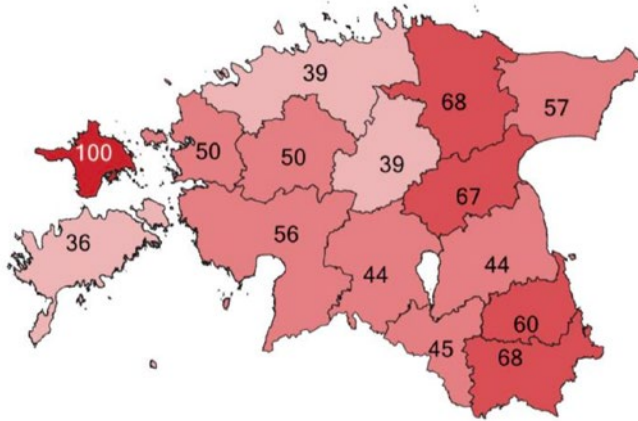


Kuvassa vaaleampi punainen kuvaa onnistuneita kilpailutuksia, tummempi punainen epäonnistuneita kilpailutuksia.

Taulukko 5. Sijaisuudet.

Maakunta	Sijaisuuksilla hoidettuja listoja		
	Listojen määrä	Listojen määrä	Osuus%
Harju	345	9	3
Hiiu	6	-	-
Ida-Viru	89	3	3
Jõgeva	17	2	12
Järva	19	2	11
Lääne	12	2	17
Lääne-Viru	37	9	24
Põlva	16	1	6
Pärnu	52	7	13
Rapla	19	4	21
Saare	18	4	22
Tartu	91	-	-
Valga	14	2	14
Viljandi	30	3	10
Võru	21	2	10

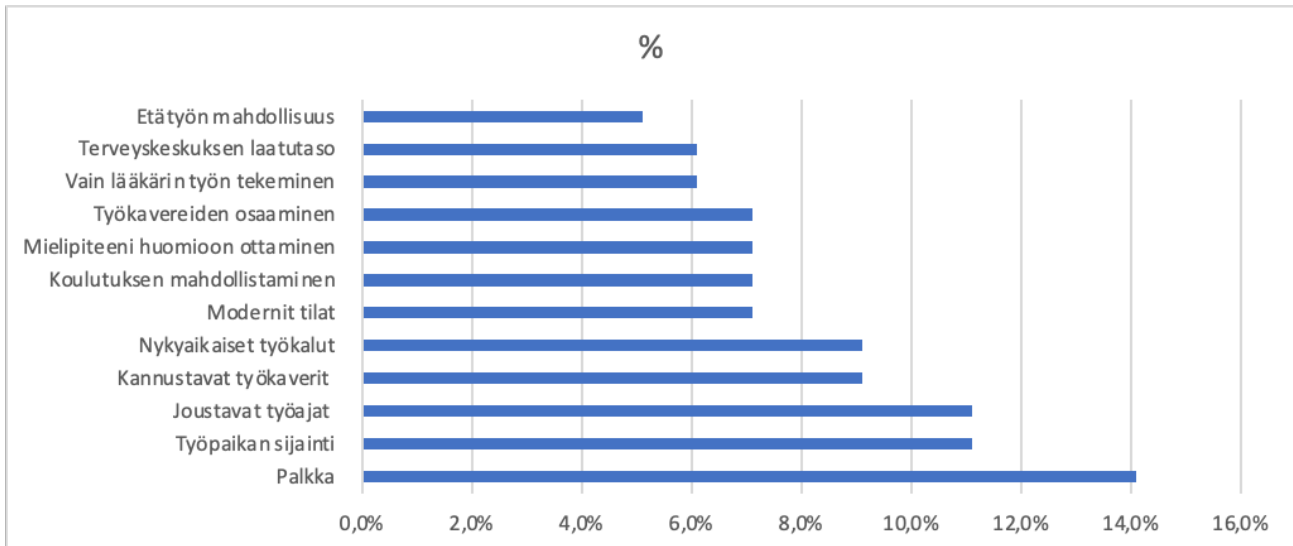
Kuvio 7. Yli 60-vuotiaitten perhelääkäreiden osuus maakunnittain (vuonna 2020).



Jos tarkastelemme molempia indikaattoreita (keski-ikä ja sijaislääkäreiden lukumäärää), saamme tarkemman kuvan työvoiman saatavuudesta. Melko usein väliaikainen korvaaminen tarkoittaa, että yhden perhelääkäriin on katettava kahden perhelääkäriin listan työmäärä. Näin ollen tämä tarkoittaa työmäärän merkittävää kasvua.

Lääkäreiden keski-ikä on korkein Hiidenmaalla, jossa kaikki perheenlääkärit ovat 60+-vuotiaita.

Perhelääkäriksi erikoistuminen kestää neljä vuotta. Tutkittaessa nuorten perhelääkäreiden työmotivaatiota kävi ilmi, että hyvän palkan lisäksi listan sijainti ja dynaaminen työn organisointi olivat korkealla sijalla. Monet nuoret yleislääkärit suosivat vapautta, eivätkä halua sioutua listaan.

Kuvio 8. Nuorten perhelääkäreiden työpaikanvalintaan vaikuttavat tekijät .

3.4 Muutoksia tulossa

Perusterveydenhuoltoa johdetaan eri organisaatioiden toimesta. Aluksi se oli maakuntien sosiaali- ja terveysosastoilla, jonka jälkeen johtovastuu siirrettiin valtakunnalliselle terveyslautakunnalle ja 1.7.2022 alkaen perusterveydenhuollon ohjaus siirtyi Viron sairausvakuutuslaskalle (EHK).

- Perusterveydenhuollon ohjaus siirtyi Viron sairausvakuutuslaskalle (EHK)
 - Hautomo: valmistuva lääkäri työskentelee eläkkeelle siirtyvän perhelääkärin seurana 1–2 vuotta, jonka jälkeen lista siirtyy suoraan nuorelle perhelääkärille.
 - Mentori: kokenut perhelääkäri mentoroi nuorta perhelääkäriä, joka on saanut listan, mutta tarvitsee neuvoja (lähinnä hallinnollisissa asioissa).
 - Fyysinen vastaanotto ja etävastaanotto samantarvoisia (tulossa 2023 sopimukseen).
 - Vastaanotto (lääkärin) minimissään neljä tuntia päivässä ja voi olla kokonaan etävastaanotto. Tästä huolimatta terveyskeskuksessa pitää olla jokaisena päivänä tarjolla vastaanottoaikoja, jotka voi toteuttaa myös hoitaja.
 - Ketteryyttä sopimukseen: sovitaan sijaisuuksien ajaksi eri säännöt (esimerkiksi vähennetään pakollisia lääkärin vastaanoton tuntimääriä).
 - Teknologian tukeminen.

- Perhelääkärin aloituspalkkio 15 000 > 45 000 (maksetaan sosiaali- ja terveysministeriön kautta).
 - Enintään 5 vuotta valmistumisesta.
 - Tallinnan, Harjunmaan ja Tarton ulkopuolella.
- Kuntien tukipaketit aloittavalle perhelääkärille.
 - Saarenmaa, Hiidenmaa, Haapsalu – ilmoittaneet maksavansa 25 000 € lisäpalkkion aloittavalle lääkärille.
 - Kehtnan kunta antaa omakotitalotontin, sekä maksaa tarvittavat asumiseen liittyvät kustannukset (sähkö-, vesi- ja viemärimaksut).

Näiden muutosten tavoitteena on parantaa nuorten perhelääkäreiden siirtymistä työskentelemään suurten kaupunkien ulkopuolelle.

3.5 Perusterveydenhuollon rahoitus

Taulukko 6. Viron terveydenhuollon kokonaiskulut.

Terveyspalvelujen toteutuminen talousarviossa (tuhansia euroja)	2020 varsinainen	2021 talousarvio	2021 varsinainen	Talousarvion toteutuminen
Sairauksien ehkäisy	14 450	17 918	16 198	90 %
Perusterveydenhuolto	159 889	178 021	179 396	101 %
Erikoissairaanhoito	771 596	835 549	849 579	102 %
Sairaanhoito	45 485	53 772	49 090	91 %
Hammashoito	54 831	64 744	61 978	96 %
Ambulanssi	57 771	61 021	61 392	101 %
Välttämätön hoito henkilölle, jolla ei ole sairausvakuutusta	7 942	9 380	9 263	99 %
Henkilönsuojaimet	17 473	39 000	22 757	58 %
Reservi	0	6 250	5 622	90 %
Yhteensä	1 129 437	1 265 655	1 255 275	99 %

Perusterveydenhuollon osuus on noin 14 % kokonaiskuluista.

Taulukko 7. Perusterveydenhuollon rahoitus.

(tuhansia euroja)	2020 varsinainen	2021 talousarvio	2021 varsinainen	Talousarvion toteutuminen
Peruspalkkio	20959	21379	23843	112 %
Etäisyyden lisämaksu	3489	4427	4764	108 %
Lisämaksu toisesta perhehoitajasta	11677	12804	13159	103 %
Palkkio yhteensä (per capita palkkiot)	82489	86688	86877	100 %
Palkkio alle 3-vuotiaille vakuutetuille	4 875	5 135	5 023	98 %
Palkkio 3–7-vuotiaille vakuutetuille	4 843	5 141	5 146	100 %
Palkkio 7–49-vuotiaille vakuutetuille	32 978	34 564	34 718	100 %
Palkkio 50–69-vuotiaille vakuutetuille	22 939	24 240	24 121	100 %
Palkkio yli 70-vuotiaille vakuutetuille	16 854	17 608	17 869	101 %
Tutkimusraha	27 320	35 542	31 999	90 %
Toimintaraha	4 415	4 746	6 561	138 %
Terapiaraha	1 454	1 857	2 014	108 %
Kotisairaanhoido terveyskeskuksissa	1 018	1 360	1 223	90 %
Suolistosyövän varhainen havaitseminen (perhelääkärit)	433	509	415	82 %
Kohdunkaulan syövän varhainen havaitseminen (perhelääkärit)	–	256	32	13 %
Normaalin työajan ulkopuolinen työ	371	513	431	84 %
Laatupalkkio	5 316	5 868	6 089	104 %
Korvaavan palveluntarjoajan matkakulut	–	749	344	46 %
Lisämaksu terveyskeskuksen muulle henkilökunnalle	–	403	180	45 %
Perhelääkäriin neuvontalinja 24/7 (1220 numero)	948	920	1 465	159 %
Yhteensä	159 889	178 021	179 396	101%

1. Kapitaatiomaksut riippuvat perhelääkärin listalla olevien potilaiden määrästä. Kapitaatiomaksun tarkoituksena on kattaa tärkeimmät palvelut ja menot, kuten kalusteet, käytännön palkkavarat ja päivittäiset tarvikkeet.
2. Peruspalkkio maksetaan jokaista listaa kohden. Palkkio toimii kuukausimaksuna, jonka tarkoituksena on kattaa käytännön kiinteät käyttökustannukset: tietokoneet, ohjelmat, tilojen vuokrat ja muut maksut, kuten ajoneuvomaksut tai kuljetus.
3. Lääkärintarkastuksiin ja -testeihin tarkoitettua rahaa pidetään kannustimena tarjota palveluja, jotka eivät kuulu asukasmaksun piiriin, ja se maksetaan laskuihin perustuen palvelujen tarjoamisen jälkeen.
4. Erillinen "terapeuttinen raha", joka on enintään kolme prosenttia kapitaatiosta (kattaa psykologien ja puheterapeuttien tarjoamat palvelut) ja toimintaraha ilman ylärajaa, mukaan lukien pienet leikkaukset ja gynekologiset toimenpiteet, jotka perhelääkäri voi tehdä itse.
5. Matkakorvaus tarjoaa lisätuloja riippuen etäisyydestä lähimpään sairaalaan. Korvaus maksetaan perhelääkärille, joka työskentelee yli 20 kilometrin päässä lähimmästä sairaalasta. Etäisyyspalkkio maksetaan kaikille listoille Tallinnan, Tarton ja Harjun maakunnan ulkopuolella.
6. Tammikuussa 2006 otettiin käyttöön tulosperusteinen (P4P) maksujärjestelmä, jonka tarkoituksena on parantaa ennaltaehkäisevän hoidon laatua ja tehokkuutta sekä kroonisten sairauksien seuranta.
7. Toisen sairaanhoitajan maksu. Vuodesta 2013 lähtien perhelääkärillä on ollut mahdollisuus palkata toinen sairaanhoitaja.
8. Maksu myöhäisestä aukioloajasta. Perusterveydenhuollon keskuksilla on mahdollisuus pidentää aukioloaikojaan ja ansaita lisätuloja.
9. Muut lisämaksut. Tähän sisältyy lisäosaaminen, perusterveydenhuollon erinomaiset tulokset ja syöpäseulontaohjelman hyvät tulokset (ei sisälly P4P:hen).

Kapitaatiomaksun suuruus riippuu potilaan iästä.

3.6 Laatu järjestelmä

Vuonna 2006 Viro aloitti P4P (pay for performance) järjestelmän. P4P:n tarkoituksena on saada perhelääkärit kiinnittämään enemmän huomiota kroonisten sairauksien ehkäisyyn, ja tavoitteena oli myös edistää perheterveydenhuollon palvelujen laatua, kannustaa perhelääkäreitä tarjoamaan yhä enemmän ja laajempia palveluja ja vähentää erikoissairaanhoidon taakkaa. Nyt on kulunut yli 10 vuotta siitä, kun tämä järjestelmä on ollut käytössä. Viimeaikaiset tutkimuksemme tulevat antamaan tietoa onnistumisesta.

3.7 Perusterveydenhuoltoon vaikuttavat tekijät

- Sairaalaverkon uudistus
- ICT vahvistaminen – tiedolla johtaminen
- Teknologian ja tekoälyn käyttö
- Sairauksien hoidosta terveyden edistämiseen

Viron terveydenhuollon suurimmat odotettavissa olevat haasteet tulevana vuosikymmeninä ovat seurausta Viron tähänastisesta menestyksestä yhteiskuntana ja erityisesti terveydenhuollossa. Virossa asuvien keskimääräinen elinajanodote on kasvanut eniten Euroopan unionissa tällä vuosisadalla. Vuodesta 1990 lähtien yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on kasvanut keskimäärin 1,4 prosenttia vuodessa, ylittäen 20 prosentin (266 000 henkeä) rajan vuonna 2020, ja Viron tilastokeskuksen ennusteen mukaan se kasvaa 26 prosenttiin (jopa 332 000 henkeä) vuoteen 2040 mennessä. Terveydenhuollossa tällainen väestörakenteen muutos merkitsee paitsi terveyspalvelujen kasvavaa kysyntää, myös merkittävää muutosta sairauksien esiintyvyydessä. Useista samanaikaisista kroonisista sairauksista kärsivien ihmisten määrä on kasvussa. Huolimatta virolaisten terveystietoisuuden lisääntymisestä ja terveellisten tapojen yleistymisestä, Viron terveydenhuollon strategisessa suunnittelussa on otettava huomioon pitkäaikaishoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien ihmisten määrän huomattava kasvu.

Tärkeä edellytys sille, että terveydenhuoltojärjestelmä pystyy vastaamaan terveyspalvelujen kasvavaan kysyntään, on reaaliaikainen ja standardoitu digitaalinen terveysdata, joka luo mahdollisuuden erilaisiin digitaalisiin ratkaisuihin (henkilökohtaisten sairauksien riskiarviointi, digitaalinen kliininen päätöksenteon tuki, etäkartoitus ja neuvonta jne.).

Viron sairaalajärjestelmä on liian lääkärikeskeinen. Esimerkiksi OECD-maiden keskiarvo on 2,6 sairaanhoitajaa ja Alankomaissa 3,4 sairaanhoitajaa lääkäriä kohti, kun taas Viron sairaaloissa vastaava luku on 1,9. Lääkäreiden hälyttävän korkea ja jatkuvasti nouseva keskiikä yleissairaaloissa, joissa yhä useammat lääkärit työskentelevät osa-aikaisesti, huonontaa lisäksi erikoislääkäripalvelujen saatavuutta.

Virossa käytössä olevat erikoissairaanhoidon korvausmallit edistävät palvelujen tarjontaa ja sairaalahoitojaksoja, sen sijaan, että priorisoisivat terveystuloksia ja sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdistämistä. Pienimmät yleissairaalat, joiden vaikutusalue on alle 20 000 asukasta, kohtaavat vakavia kestävyysaasteita, jos nykyinen palvelu- ja rahoitusmalli jatkuu.

3.8 Viron sairaalaverkoston kehittämissuunnitelma HVA 2040

Viron sairaalaverkoston kehittämissuunnitelma 2040 (HVA 2040):n tavoitteena on tarjota poliittisille päättäjille optimaalinen sairaalajärjestelmän kehittämisstrategia ja organisaatiota-kenne, joka edistää virolaisten parhaiden mahdollisten terveystulosten saavuttamista kestäväällä ja kustannustehokkaalla tavalla. Tämä tarkoittaa perusterveydenhuollon sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen integroinnin korostamista, ja nämä tavoitteet on otettava huomioon terveydenhuoltojärjestelmää ja sairaalaverkosta suunniteltaessa.

Optimaalisin ratkaisu terveydenhuoltojärjestelmän kestävään toimintaan on lisätä merkittävästi perustason koordinoitiroolia terveyden ylläpitämisessä, sairauksien ehkäisyssä ja kroonisten sairauksien hoidossa ja siten vähentää sairaalahoidon tarvetta.

HVA 2040:n tavoitteena on auttaa löytämään ratkaisuja, joilla Viron terveydenhuoltojärjestelmä pystyy vastaamaan väestön ikääntymisestä johtuvaan kroonisista ja monista sairauksista kärsivien potilaiden määrän kasvuun.

Terveydenhuoltopalveluiden kysynnän noustessa ratkaisun on oltava maantieteellisesti saavutettava, kohtuuhintainen ja ihmiskeskeinen. **Tarjottavien terveydenhuoltopalvelujen on oltava näyttöön perustuvia ja turvallisia, sairauksia ehkäiseviä ja innovatiivisia. Terveystuloksiin keskittyvän järjestelmän on perustuttava perusterveydenhuollon koordinoitirooliin ja annettava ihmisille mahdollisuus edistää terveyttä parantamalla terveyslukutaitoa ja digitaalisia palveluja, sekä kykyä hallita omaa matkaansa terveys- ja sosiaalijärjestelmässä, arvostaen samalla potilaspalautetta, potilasturvallisuutta ja tyytyväisyyttä.**

Muutoksilla pyritään optimoimaan sairaalaverkoston kuormitusta lisäämällä perusterveydenhuoltoa ja integroimalla sosiaali- ja terveyspalvelut. Tämä tehtäisiin erityisesti vähentämällä päivystyspoliklinikoille ja sairaalahoittoon ohjaamista, lyhentämällä sairaalajaksojen keskimääräistä kestoja sekä lisäämällä avohoidon ja kotipalvelujen määrää.

Tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan strategisia toimia, joiden on johdettava perhelääkärijärjestelmän kapasiteetin kasvuun, digitaalisten, standardoitujen ja standardoitujen terveystietojen reaaliaikaiseen saatavuuteen sekä digitaalisten ratkaisujen laajaan käyttöönnottoon.

Lääketieteellisten palvelujen kustannusten nousun hillitsemiseksi on tarpeen löytää tapoja vähentää sairaalahoidon käyttöä olosuhteissa, jotka kansainvälisen käytännön mukaan voidaan hoitaa enimmäkseen avohoidossa (vältettävissä olevat sairaalahoidot). Sama koskee erikoislääkärin avohoitokäyntejä monien kroonisten sairauksien kohdalla, joiden hoidosta ja

seurannasta suurelta osin tulisi huolehtia perhelääkäri ja hänen tiimensä. Tärkeintä on tiiviimpi yhteistyö sairaalassa työskentelevien asiantuntijoiden ja perusterveydenhuollon välillä sairaalahoitoa edeltävän diagnostiikan ja sairaalan jälkeisten kuntoutussuunnitelmien suunnittelussa.

Tällainen integroitu ennaltaehkäisy ja hoito on tehokkaasti mahdollista vain digitaalisella alustalla, joka mahdollistaa reaaliaikaisen potilastietojen käytön, erilaiset tekoälypohjaiset digitaaliset diagnostiset tukijärjestelmät ja reaaliaikaisen viestinnän.

3.9 HVA 2040-toteutussuunnitelma

Kehittämissuunnitelmaan ehdotetuissa muutoksissa ennakoidaan perusterveydenhuollon kapasiteetin merkittävää määrällistä ja laadullista kasvua, mikä ei perhelääkärijärjestelmän nykytila huomioon ottaen ole realistista lähitulevaisuudessa. Terveystuotojärjestelmän vahvistaminen on mahdollista vain pitkäaikaisella ja määrätietoisella poliittisella sitoutumisella useiden parlamenttivaalien kautta. Voi kestää vuosia, ennen kuin saavutetaan poliittinen konsensus ja sovitaan toimintasuunnitelmasta.

Ensimmäinen askel ja tärkein edellytys HVA 2040:n toteuttamiselle on kattavan pitkän aikavälin perusterveydenhuollon kehittämissuunnitelman laatiminen, jonka on sisällettävä kaikki tarvittavat näkökohdat yhteisösairaalajärjestelmän käynnistämiseksi. **Yhteisösairaala** on ehdotettu uusi elementti Viron terveydenhuoltojärjestelmässä. Yhteisösairaala tarjoaisi mahdollisuuden sairaalahoitoon kroonisten sairauksien pahenemisen aikana sekä subakuutteihin jaksoihin.

Yhteisön sairaalat olisivat osa integroitua perusterveydenhuollon verkostoa, eivätkä ne olisi osa aktiivisen hoidon sairaalajärjestelmää. Yhteisösairaaloiden tehtävänä on tarjota kotihoitoa kroonisten sairauksien akuutissa tai subakuutissa vaiheessa, kuntoutuksessa ja palliativisessa hoidossa. Hoitoa johtavat paikallisten sairaaloiden potilaiden perhelääkärit, jotka myös tekevät päätöksen sairaalahoidosta. Itse hoidon suorittaa moniammatillinen tiimi, johon kuuluu tarpeen mukaan sairaanhoitajia, kättilöitä, fysioterapeutteja ja muita terveydenhuollon ammattilaisia. Myös sosiaalityöntekijät ovat mukana joko tiimin jäsenenä tai tiiviistä yhteistyötä tekevinä osapuolina. Vaikka yhteisösairaalat eivät tarjoa kiireellistä tai sairaalahoitoa eikä niillä ole päivystystä yleis- tai keskussairaalan merkityksessä, sairaala voi tarvittaessa ja mahdollisuuksien mukaan tarjota suunniteltua avohoitoa tai päivähoitoa vieraillevien asiantuntijoiden avulla. Sairaalan hoito- ja tukihenkilökunnasta sekä hallinnosta huolehtii sairaalan johto.

HVA 2040 -suunnitelman pohjalta on kehitettävä ja toteutettava sääntely- ja rahoitusmalleja uudelle organisaatorakenteelle. Toinen perusedellytys tämän kehityssuunnitelman täytäntöönpanolle on terveystietojen standardointi ja normalisointi, mikä mahdollistaisi korkealatuisten digitaalisen datan suoran reaaliaikaisen käytön diagnostisessa- ja hoitoprosessissa, sekä terveystietojen toissijaisen käytön tilastoissa, päätöksenteossa, tutkimuksessa ja kansanterveydessä.

Normalisoidun datan saatavuus mahdollistaa tulosperusteisten rahoituskäytäntöjen soveltamisen terveydenhuollon toteutuksessa ja tukee hoitopalveluiden integraation kehitystä sekä henkilökohtaisten sairauksien riskien arviointia sekä tekoälyratkaisujen käyttöä sähköisessä luokittelussa ja diagnostiikassa. Terveystietojen normalisointi on tärkeää myös Euroopan komission käynnistämässä yhteisessä eurooppalaisessa terveysdata-avaruuudessa.

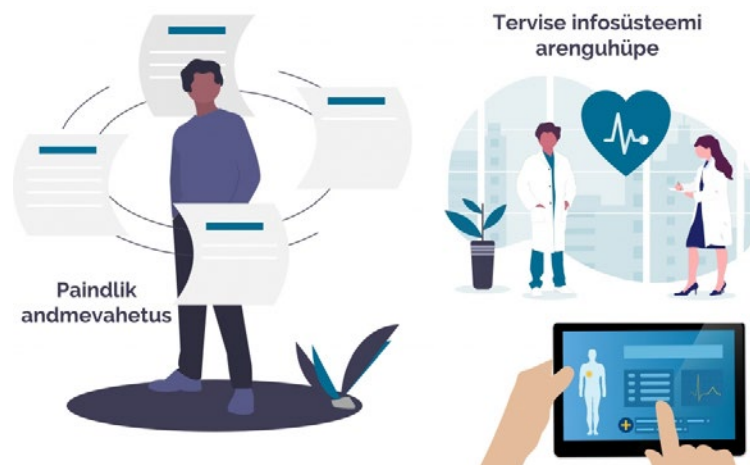
4 ICT-ratkaisut tukemaan perusterveydenhuollon muutoksia

4.1 Kansallinen taso – Digilugu 2.0

Terveystietojärjestelmä (Digilugu) on yksi Viron digivaltion lippulaivoista, perustettu 14 vuotta sitten. Näiden vuosien aikana digitaalisista ratkaisuista on tullut olennainen osa jokapäiväistä terveyttä. Tietojen jakaminen, olipa kyse sitten sähköisestä konsultaatiosta, sähköisestä reseptistä, etäpalveluista tai muista ratkaisuista, on muuttanut täysin terveydenhuollon toimintaa. Kun otetaan huomioon digitaalisen kehityksen yleinen nopeus, terveystietojärjestelmän (Digilugu) ikä on alkanut rajoittaa sähköisen terveydenhuollon kehityspotentiaalia Virossa.

UpTIS (Upgrade TIS) on seuraava suuri harppaus terveystietojärjestelmän kehittämisessä. Tavoitteena on varmistaa terveystietojärjestelmän kehittäminen tukemaan kestävästi terveysalan toimintaa. Tätä varten terveystietojärjestelmä saatetaan uudelle laadulliselle tasolle: uuden terveystietojärjestelmän tiedonvaihtolustan kehittäminen ja toteuttaminen, joka tukee digitaalisen terveydenhuollon avaamista joustavampaan tiedonvaihtoon, innovatiivisten ratkaisujen käyttöönottoa ja tehokkaampaa kehitys- ja hallintamallia.

Kuvio 9. Digilugu 2.0 - Joustavaa tiedonvaihtoa ja harppaus tietojärjestelmän kehittämisessä



Paindlik andmevahetus= joustava tietojenvaihto

Tervise infosüsteemi arenguhüpe= terveystietojärjestelmän kehittämiskeskus

4.1.1 Miten upTIS toimii?

Uuden sukupolven terveystietojärjestelmää luotaessa painopiste on yhteistyössä. Haluamme yhdessä terveydenhuollon asiantuntijoiden kanssa päivittää terveystietojärjestelmän teknistä puolta sekä sähköisen terveydenhuollon yleistä toimintalogiikkaa ja dokumentointiperiaatteita niin, että se tukee parhaalla mahdollisella tavalla heidän työprosessejaan. Tavoitteena on tehdä tietojen toimittamisesta terveystietojärjestelmään ja niiden käytöstä mahdollisimman kätevää, turvallista ja tehokasta, jotta digitaaliset ratkaisut antavat hoitotiimille mahdollisuuden käyttää enemmän aikaa hoitotyöhön ja potilaskontakteihin. Tarjotaan kohdennettuja ja yksilöllisiä palveluja.

Tavoitteet ja suunnitelmat

- Tarkistaa terveystietojärjestelmään liittyvät oikeudelliset kysymykset terveydenhuollon ammattilaisen päivittäisen työn tarpeiden tukemiseksi.
- Perustuu yhden luokun periaatteeseen, päällekkäisten ja muiden kuin terveyteen liittyvien tietojen keräämisen minimoimiseksi.
- Analysoidaan tapoja tehdä sääntelystä joustavampaa, jotta uudet teknologiset ratkaisut voidaan ottaa käyttöön nopeammin.
- Luodaan uusia ratkaisuja, jotta sekä henkilö itse että terveydenhuollon ammattilainen voivat saada yksinkertaisen, nopean ja ymmärrettävän yleiskuvan päätöksentekoa tukevasta terveyshistoriasta.
- Uutta alustaa luotaessa kiinnitetään huomiota myös dokumentoinnin perussääntöihin ja terveystiedon datan hallintaan – esimerkiksi on tarkoitus luoda järjestelmä luokitusten ja terminologian hallintaan.
- Terveystietojärjestelmän nykyinen teknologinen alusta korvataan asteittain uusilla tiedonvaihtoperiaatteilla, jotka helpottavat terveydenhuollon ja lääketieteellisten rekisterien ohjelmistojärjestelmien kehittämistä.
- Luodaan selkeät, ymmärrettävät ja asianmukaiset ohjeet standardien täytäntöönpanolle sekä uusille että olemassa oleville palveluille.
- Sen sijaan, että luotaisiin suuria tiedonsiirtostandardeja, keskitytään monimutkaisempien tietoryhmien luomiseen.

Uudella terveystietojärjestelmällä haluamme myös lisätä terveysrekisterien, tutkijoiden ja muiden tahojen parissa työskentelevien määrää. Jotta saataisiin yleiskuva terveystietojärjestelmässä käytetyistä standardeista, luokituksista ja luetteloista, nykyisen julkaisukeskuksen tilalle perustetaan nykyaikainen tietokeskus, joka on käyttäjäystävällisempi ja laajempi. Tietokeskukseen on suunnitteilla CIS-aineiston kattavampi ja yksityiskohtaisempi julkaiseminen.

4.1.2 Mitä tarvitsemme

Terveystietojärjestelmä perustuu edelleen pitkälti paperimaailman prosesseihin, minkä vuoksi on vaikeaa ja usein käytännössä mahdotonta tarjota hoitotiimien odottamia moderneja ja käteviä ratkaisuja ilman kohtuuttomia kustannuksia. On välttämätöntä toteuttaa kehityshanke, eli tarkastella terveydenhuoltojärjestelmää laajemmin, uudistaa työprosesseja ja siten myös nykyaikaistaa sähköisen terveydenhuollon koko digitaalinen infrastruktuuri.

Data Viewer palvelu mahdollistaa Digiluku (Viron KanTa) kerätyn tiedon kuvaamisen terveyspalvelujen tuottajille yhdessä palvelussa. Esitettävää tietoa voi muokata ja suodattaa halutulla tavalla.

4.2 Ennakkokäynti

Eelvisiit (ennakkokäynti) on Viron sairausvakuutuskassan tukema digitaalinen palvelu, jonka avulla potilas voi kääntyä terveystarkastuksessa perhelääkäriin puoleen 24/7.

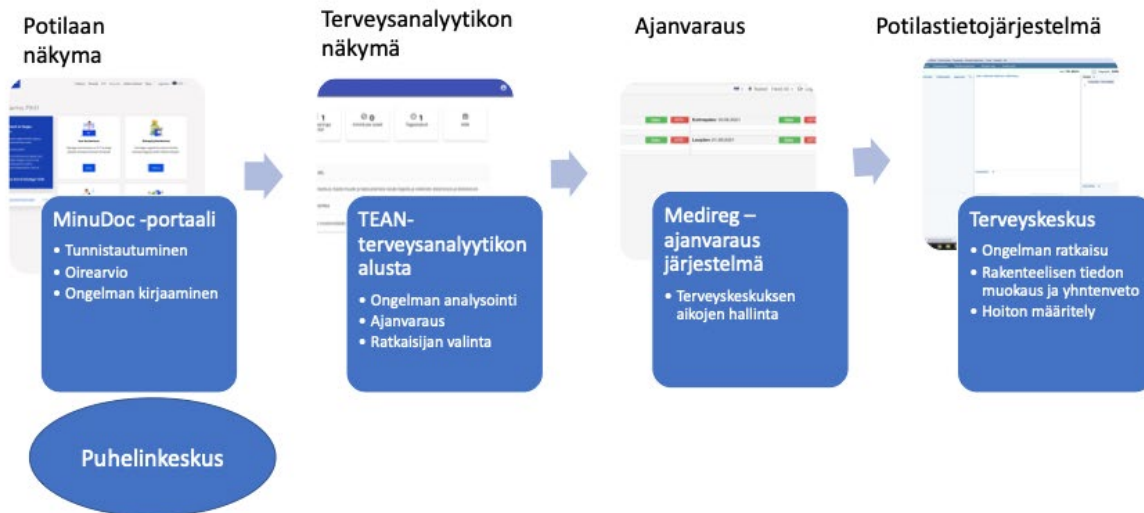
Ennakkokäynti on palvelu, joka

1. antaa potilaalle mahdollisuuden aloittaa terveysongelmansa ratkaisemisen itsenäisesti
2. antaa alustavan arvion uuden terveysongelman vakavuudesta ja kiireellisyydestä
3. välittää terveysongelman terveyskeskukselle ratkaistavaksi
4. välittää reseptien uusimispyynnöt
5. välittää krooniseen sairauteen liittyvän vastaanottoajanvarauksen
6. välittää terveystodistus- ja rokotuspyynnöt sekä lasten terveydenhoidon ajanvaraukset
7. psykologin palvelut

4.2.1 Miten ennakkokäynti toimii?

Potilas siirtyy perhelääkäriinsä verkkosivuilla olevan Eelvisiit -painikkeen kautta palveluun, tunnistautuu ja seuraa sivun ohjeita. Jos potilas ei osaa käyttää sähköisiä palveluja, vaihtoehtona on puhelinkeskityksen avulla täyttää sähköisesti ennakkokäyntilomakkeet.

Kuvio 10. Ennakkokäynti-palvelukokonaisuus.



Valittavat reitit ovat:

- Uusi terveysongelma (käytössä Infermedica symptom checker)
- Krooninen sairauteni
- Terveen ihmisen polku
- Reseptin uusiminen
- Mielenterveyteni

4.2.2 Ennakkokäynnin hyödyt?

1. 24/7 auki potilaille.
2. Avun tarjoaminen potilaille kiireellisen sairauden sattuessa (mahdollisuus siirtää päivystykselle).
3. Helpottaa terveyskeskusta selviytymään lisääntyneestä työmäärästä/potilasläheteistä.
4. Käyttää vähemmän aikaa aikojen varaamiseen ja ongelman kuvaukseen.
5. Parempi työprosessien hallinta.
6. Kerätyt tiedot välittyvät terveyskeskukselle.

4.3 Terveysanalyytikon profiili ja pätevyysvaatimukset

Terveysspalvelujen tarjoaminen perheterveyskeskuksissa (PAK) ja muissa terveyspalveluissa on intensiivistä, mutta teknologia on yhä enemmän käytössä hoitopäätösten tekemisessä ja työn organisoinnissa. Terveystietojärjestelmät keräävät yhä enemmän dataa, jonka käyttö on usein rajallista datan suuren määrän vuoksi. Tämä jättää käyttämättä tietoja, jotka voisivat parantaa terveyspalvelujen laatua. Yleissairaanhoidossa perheterveysasemalla on yhä enemmän viestintää potilaiden kanssa eri kanavissa esimerkiksi puhelimitse ja sähköpostitse. Tämä vie huomattavasti aikaa perhelääkäreiltä ja perhehoitajilta ja on pois lääketieteellisistä palveluista.

Terveysanalytikko voi toimia linkkinä hoitopalvelun tarjoamisen ja potilaan terveysongelman kartoittamisen välillä. Terveysanalytikon on yleiskatsaus terveydenhuoltojärjestelmästä, perusterveydenhuollosta ja sähköisistä terveyspalveluista. Rooli siis edellyttää myös tietotekniikan maailman tuntemusta ja toisaalta tietoa potilaiden neuvonnasta.

Terveysanalyytikon profiili ja tehtävät

1. Työnkulun hallinta, prosessien yksinkertaistaminen IT-ominaisuuksien avulla.
2. Asiakas-/potilasystävällinen ja ammattitaitoinen palvelu, ohjaus ja neuvonta.
3. Terveystietojen tehokas yhdistäminen ja uudelleenkäyttö perhelääketieteen käytännöissä ja asiakkaiden/potilaiden terveyden hallinnassa.
4. Terveysanalyttinen työ – luodaan suunnitelma, jonka avulla riskipotilaita voidaan käsitellä.

Terveysanalyytikon pätevyysvaatimukset

1. Vähimmäisvaatimukset: Terveysanalytikkokoulutuksen suorittaminen.
2. Viron terveydenhuoltojärjestelmän, perusterveydenhuollon ja sähköisten terveyspalvelujen tuntemus.
3. Palvelujohtamisen tuntemus.
4. Tieto päätöksenteon toimivuudesta.
5. Potilasneuvonnan tiedot ja taidot.
6. Kokemus potilaiden kanssa työskentelystä vähintään 3 vuotta.
7. Suositeltu ensihoitajan koulutus.

Terveysanalyttikon taidot / ominaisuudet:

1. Viestintä- ja vaikuttamistaidot.
2. Kyky analysoida ja yleistää.
3. Korrektius.
4. Empatia, avuliaisuus.
5. Valmennustaidot.
6. Luomiskyky.
7. Stressinsietokyky.

Tallinnan Teknisessä yliopistossa aloitettiin terveysanalyttikon koulutus 2022 lokakuussa. Terveysanalyttikolla on tärkeä rooli sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä.

4.4 Esimerkki valtion tason interventiosta

Yhdellä esimerkillä pyritään valottamaan työtä ehkäisevällä sektorilla, jotta tulevina vuosina terveydentila väestötasolla saadaan kohenemaan ja kasvavia kustannuksia hallintaan.

Asteroskleroottisen sydän- ja verisuonitaudin (ASCVD) ehkäisemiseksi terveemmän väestön ja talouskasvun lisäämiseksi Virossa ("TERVE SYDÄN -- TEHDÄÄN SE!")

Sydän- ja verisuonitaudit ovat johtava kuolinsyy ja tärkeä kustannustekijä terveydenhuoltojärjestelmille ja -talouksille maailmanlaajuisesti. Sydän- ja verisuonitaudit ovat Virossa ennen aikaisten kuolemien yleisimpänä syynä, minkä seurauksena Virossa on yksi alhaisimmista terveiden elinvuosien tasoista Euroopan unionissa (EU): naisilla 59,6 vuotta ja miehillä 55,5 vuotta. Vuonna 2021 sydän- ja verisuonitaudit ovat Viron johtava kuolinsyy. Useimmissa EU:n jäsenvaltioissa sydän- ja verisuonitauteihin liittyvät kuolemat lisääntyvät laskukauden jälkeen, mikä johtuu riskitekijöiden, kuten liikalihavuuden ja diabeteksen, lisääntymisestä lähes kaikissa väestöryhmissä.

Vaikka nykyisessä ehkäisymallissa keskitytään ASCVD:n ehkäisyyn, on olemassa mahdollisuus laajentaa mallia muihin sydän- ja verisuonitautien taustatekijöihin, kuten diabetekseen, korkeaan verenpaineeseen ja liikalihavuuteen, sekä muihin ehkäistävissä oleviin sairauksiin, kuten keuhkosityöpään tai dementiaan. Tämän innovatiivisen mallin pitkän aikavälin visiona on tehdä Virossa HealthiEST-kansakunta Euroopassa, pidentää keskimääräisiä tervejä elinvuosia vähintään 10 vuodella ja samalla vaikuttaa myönteisesti Viron talouteen.

4.5 Viron perhelääkäriyhdistyksen (EPS) näkemyksiä tulevaisuuden ratkaisuista

Viron perhelääkäriyhdistys (EPS) näkee, että viiden vuoden kuluttua terveyskeskuksen tiimissä potilasta hoidetaan **perhelääkärin** ja **perhehoitajan, fysioterapeutin, mielenterveyshoitajan, psykologin, kouluterveydenhoitajan** sekä **kotisairaanhoidajan** yhteistyönä. Tiimiä johtaa perhelääkäri, joka antaa hoidon laatua koskevia ohjeita ja strategisia näkemyksiä. Perhelääkäri hoitaa niitä potilaita, jotka tarvitsevat lääketieteellistä apua ja tarvittaessa ohjaa potilaan asiantuntijalle.

Perhehoitajat voisivat EPS:n mukaan olla tulevaisuudessa paljon enemmän tekemisissä potilaan kanssa. Tämän tavoitteen toteutumiseksi osa perhehoitajien työstä pitäisi siirtää lyhyen lääketieteellisen koulutuksen käyneiden sairaanhoitajien tai lääkärien avustajien hoidettavaksi. Tässä yhteydessä on hyvä muistaa myös terveystieteiden työntekijöiden työnkuva. Terveystieteiden analysoi potilaalta, omalääkäritiimiltä ja sairauskassalta saatuja terveystietoja ja välittää tietoa yhteisöpalvelujen, muiden sairaanhoitolaitosten, hoitolaitosten ja terveyskeskustiimin välillä.

Tällä hetkellä suuri osa työstä kuluu akuuttien sairauksien hoitoon, ja jättää vähemmän resursseja ennaltaehkäisyyn ja kroonisista sairauksista kärsivien hoitamiseen.

Akuuteissa sairauksissa suurin työ tällä hetkellä on sairauksien todentaminen ja erilaisten asiakirjojen täyttäminen, mikä ei ole lainkaan lääketieteellistä työtä. Ei ole myöskään tarkoituksenmukaista tuhata sairaanhoitajan resursseja siihen. Uudessa suunnitelmassa toteamme, että sairauspoissaoloihin liittyvään työmäärään on löydettävä jokin ratkaisu. Lääkärityötä ei korvata, mutta prosessissa osan työstä voi tehdä terveystieteiden työntekijät.

4.6 EPS: Potilaan henkilökohtainen terveystieteiden suunnitelma

Erittäin tärkeä apuväline perhelääkärin tiimille on hyvin toimiva ICT-komponentti eli **terveystieteiden suunnitelma**. Terveystieteiden suunnitelma on digitaalinen tiedosto, jonka valmistelu aloitetaan yhteistyössä vanhempien kanssa lapsen syntymän yhteydessä. Terveystieteiden suunnitelman päivitys tapahtuu ensisijaisesti perhelääkärin ja perhehoitajan toimesta. Terveystieteiden suunnitelma on aluksi opas lapsen terveyden seurantaan. Suunnitelmaan sisältyy mielenterveyskartoitus sekä vinkkejä omaan terveydenhoitoon. Terveystieteiden suunnitelman toteutumisessa tarvitaan koulutusjärjestelmän tukea suunnitelmassa annettujen suositusten opettamiseksi. Kun lapsi siirtyy päiväkotiin ja myöhemmin kouluun, terveystieteiden suunnitelman seurannasta on vastuussa

myös koulusairaanhoidaja. Edelleen terveystieteiden hallintaan ja koordinointiin olisi tarpeen terveystieteiden yksikkö, joka saisi terveystieteiden tiimiltä ohjeistuksen yhdistää kaikki palveluiden tuottajat, myös terveystieteiden ulkopuoliset toimijat, toimivaksi kokonaisuudeksi.

Terveystieteiden tulee tarkistettavaksi aikuisiässä. EPS suosittelee terveystieteiden tarkastuksen perhelääkärin vastaanotolla 20–21-vuotiaille, esimerkiksi armeijan kutsuntojen yhteydessä tai kotiutuksen aikana. Terveystieteiden tarkastuksessa asiakkaat saavat palautetta terveystieteiden kättilöltä ja perhelääkäriltä. Aikuisuuden terveystieteiden laatimisen tarkoituksena on estää potilasta "katoamasta" pariin vuosikymmeneksi. Vierailun aikana kartoitetaan muun muassa terveystietäminen, perheriskit ja asetetaan elämälle tavoitteet. Tässä korostamme potilaalle, että hän itse ottaa vastuun elämänsuunnitelmastaan ja terveydestään.

Nuoren terveystietämisestä suorittaminen on perhelääkärin tehtävä, lisäksi tarvittaessa mielenterveyshoitaja, psykologi, asiantuntijat ja fysioterapeutti osallistuvat tarkastukseen. Koska tarkoituksena on myös välttää tarpeettomia läheteitä terveydenhuoltojärjestelmään ja tarjota tietoa oikea-aikaisista tarveperusteisista läheteistä, tämä käynti on erittäin aikaa vievä ja on myös taloudellinen investointi. Sairausvakuutusrahaston pitää korvata erikseen investointi tulevaisuuteen. Terveystieteiden on elinikäinen, ja sen laatimiseen voivat osallistua kaikki: koulu, puolustusvoimat, kättilö, erikoissairaanhoido ja työterveys.

Jotta tämä olisi todella ihmiskeskeistä terveydenhuoltoa, potilaan terveystieteiden suunnitelmassa on ilmoitettava, milloin hänen on annettava palautteensa, ja hänelle ilmoitetaan terveystieteiden suunnitelman kautta, milloin jotkin tietyt toimenpiteet on suoritettava. Potilas myös lukee asiantuntijoiden vastauksia ja katsoo videoita terveystieteiden suunnitelmaan liittyvistä aiheista, kuten mikä on normaali verenpaine tai kolesteroli. Kun henkilö on katsellut videoita ja opiskellut asiat, tämä näkyy terveystieteiden suunnitelmassa digitaalisesti. Tällainen dialoginen järjestely mahdollistaa perhehoitajien erittäin aikaa vievän työn välttämisen ja luovuttaa sen nykyaikaiselle tietotekniikalle. Terveystieteiden suunnitelman kautta on mahdollisuus myös kysyä terveyteen liittyvistä asioista. Suunnitellut tapaamiset perhelääkärin kanssa ohjelmoidaan terveystieteiden suunnitelmaan ja niiden tiheys riippuu potilaan terveydentilasta ja tarpeista.

Jotta voimme muuttaa prosessia ja ottaa potilaan mukaan tiedonsaantitarpeen perusteella, tarvitsemme hyvän ICT-ratkaisun ja terveystieteiden yksikön, joka tarkastelee suunnitelman ulkopuoliset läheteet ja ohjaa potilaan tarvittaessa perhehoitajalle. Perhelääkärin väliintulon tarve määräytyy potilaan terveystieteiden suunnitelman ja terveystieteiden yksikön siihen lisäämien tehtävien perusteella. Perhehoitajat seuraavat terveystieteiden suunnitelman kriittisiä kohtia yhdessä terveystieteiden yksikön kanssa. Potilaan erityispiirteiden ja terveydentiloiden tarpeiden mukaan perhehoitajat järjestävät tiimitapaamisia terveystieteiden yksikön ja lääkärin kanssa.

5 Johtopäätökset ja suositukset

Viron järjestelmä on rakennettu perusterveydenhuollossa keskieurooppalaisen perhelääkäri-järjestelmän pohjalta. Poiketen monista muista maista, Virossa on perhelääkärijärjestelmän rinnalle rakennettu kuitenkin kansallinen digitaalinen infrastruktuuri palvelemaan asiakkaita ja perhelääkäreitä. Tämän on mahdollistanut yksikanavainen rahoitusmalli. Digitaalisuus taas perustuu koko Viron valtion digitaalisuuteen, jossa terveydenhuolto on yksi osa x-road-pohjaista järjestelmää. On huomattava, että Suomessa ja Virossa on nykyään sama julkisen sektorin digitaalinen infra, x-road. Meillä tätä järjestelmää kutsutaan Palveluväyläksi, johon kuuluu esimerkiksi suomi.fi-palvelu.

Toinen merkittävä havainto on taloudellisten kannustimien käyttö järjestelmän ohjaamisessa. Viro kuuluu EU:hun ja koko terveydenhuolto on samojen lainsäädäntökehikkojen piirissä kuin Suomi. Suomessa järjestelmän ohjaus on tapahtunut pääosin normi- ja informaatio-ohjauksen kautta. Taloudellista kannustinta ei ole käytetty samassa määrin kuin Virossa. Nyt hyvinvointialueiden aloittaessa tämä käyttämätön ja ilmeisen tehokas ohjauskeino on mahdollista ottaa käyttöön.

Merkittävä havainto on Virossa kasvava perusterveydenhuollon rooli suhteessa erikoissairaanhoidon. Malli, jossa omalääkäri on myös osavastuussa erikoissairaanhoidossa tehtävissä päätöksissä, on mielenkiintoinen.

Suomessa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen heikko yhteen toimivuus on johtanut mm. päivystyksen kuormitukseen. Virossa tätä ongelmaa on pyritty rajaamaan omalääkäri-järjestelmän ratkaisulla.

Virossa koko valtakunnan tasolla organisoitu ensikontakti asiakkaaseen (puhelin + netti) on tuonut merkittävää tuottavuuden nousua ja asiakastarpeen kohdistumista oikeisiin asioihin. Tekoäly ja muut digitaaliset työkalut ovat merkittävästi tehostaneet työtä. Tällä hetkellä koko Viron tasolla asiakkaan yhteydenotosta palvelujärjestelmään ja ensimmäiseen ratkaisuehdotukseen on vasteaika 2,7 tuntia (Ennakkokäynti palvelukokeilu).

6 Opit Suomen hyvinvointialueille

Hyvinvointialueiden syntyminen antaa mahdollisuuden muutokseen. Suomen järjestelmä on hyvin poikkeuksellinen verrattuna muihin länsimaihin. Perusterveydenhuolto jakautuu rahoituksen puolesta neljään pääkategoriaan. Julkinen terveydenhuolto, työterveys, korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuolto sekä yksityiset terveystalvelut (sis. sairausvakuutuksen tuemat, yksityisin vakuutuksin kustannetut). Jako ei ole täydellinen ja eri kanavien välillä sekä niiden sisällä on palveluprosesseissa päällekkäisyyksiä.

Tässä tarkastelussa keskitytään uuteen hyvinvointialuenäkökulmaan ja siihen, kuinka hyvinvointialueet voivat haasteellisessa ympäristössä saada perusterveydenhuollon toimimaan tuottavammin ja täyttämään kansalaisten odotukset.

Tarkastelussa erotetaan palveluiden järjestäjän ja tuottajan roolit. Järjestäjä ohjaa annettussa lainsäädäntökehikossa palvelut vastaamaan haluttua lopputulosta. Välineitä tässä ohjaamistyössä ovat ohjeet, informaatio-ohjaus sekä taloudelliset kannustimet. Taloudelliset kannustimet ovat jääneet kuntien hallitsemassa ohjauksessa vähäiselle käytölle.

6.1 Hyvinvointialueiden tulevaisuuteen vaikuttavat megatrendit

Suunniteltaessa uuden hyvinvointialueen palveluiden järjestämistä on osattava kuvitella tulevaisuus ja muutokseen vaikuttavat megatrendit. Muutokset tulevat väistämättä vaikuttamaan koko palveluketjuun ja on hyvä tunnistaa keskeiset näistä, jotta vältytään merkittävilta virheinvestoinneilta.

Keskeisiä hyvinvointialueeseen vaikuttavia trendejä ovat ainakin:

1. Ikääntyminen, pitkäaikaissairaudet.
2. Palveluvaateen kasvu, ratkaisuja halutaan nopeasti.
3. Asiakkaiden osaamisen ja tietoisuuden kasvu.
4. Data nousee keskeiseen rooliin ja asiakkaan luvalla muodostuu keskeiseksi resurssiksi.
5. Tiedolla johtaminen ja tekoälyn tulo kaikkiin prosesseihin.
6. Resurssien puute.
7. Sairaala- ja hyvinvointiteknologian nopea kehitys.
8. Digitaalisten kanavien kasvava rooli.
9. Ilmastonmuutos ja hiilineutraalisuuden vaade.

6.2 Mahdollinen ratkaisu – Oma Tiimi-malli

Hyvinvointialueiden perustamisen yhteydessä on määriteltävä haluttu palvelumalli tulevaisuudessa. Muuten on vaarana, että tehdään investointeja esimerkiksi ICT-järjestelmiin, jotka eivät tue tavoiteltua palvelumallia. Seuraavassa kappaleessa kuvattava palvelumalli, (My team/oma tiimi; jatkossa Oma Tiimi-malli) on yksi mahdollisuus ratkaista hoidon jatkuvuutta koskevat ongelmat ja nostaa tuottavuutta. Oma lääkäri 2.0-selvityksessä on hyvin kuvattu hoidon jatkuvuuden merkitys potilaan hoitotuloksiin sekä tuottavuuteen koko järjestelmässä.

Keskeinen puute nykyisessä palvelujärjestelmässä on hoidon pirstaleisuus ja jatkuvuuden puute. Tiivistetysti; kukaan ei tunne asiakasta kokonaisuutena. Lähes aina hoitoepisodi aloitetaan alusta eri henkilöiden toimesta. Luottamusta ei synny puolin eikä toisin. Toisaalta perinteinen keskieuropalainen omalääkärimalli ei liene Suomessa mahdollinen, kun huomioidaan kuvatut megatrendit ja lähtökohdat.

Esitämme harkittavaksi Oma Tiimi-mallia, jota pyrimme tässä kuvaamaan ajatuskehikkotasolla. Lopullisesti jokainen hyvinvointialue määrittelee omassa palvelustrategiassaan oman tahtotilansa. Tämä kuvauksen tavoitteena on toimia yhtenä näkökulmana ratkaistaessa tahotilaa.

Oma Tiimi-mallin perusideana on rakentaa jokaiselle asiakkaalle oma tiimi, jonka hän tietää ja tuntee. Tämä kokonaisuus koostuu vähintään sairaanhoitajasta ja lääkäristä. Tarvittaessa tiimiin lisätään henkilöitä terveydenhuollon ja/tai sosiaalipuolen ammattihenkilöistä. Keskeinen lähtökohta on, että tiimi on koko ajan läpinäkyvä, eli asiakas tietää koko ajan kuka kuuluu hänen tiimiinsä. Toimintamalli edellyttää palvelunjärjestäjältä listamallin käyttöönottoa, kehittyntä asiakashallinnan mallia (sis. ICT), hyvää, oikein kannustavaa korvausmallia sekä määrätietoista johtamista. On hyvä todeta, että tavoitteen toteutuminen vaatii virtuaalisen (oma) Tiimi-mallin päätoimintakanavaksi, muuten resurssit eivät tule riittämään.

6.3 Oma Tiimi-malli asiakkaan näkökulmasta eli asiakaslähtöisyys

Oma Tiimi-mallissa **asiakas/potilas** on osa hänen ympärilleen muodostettavaa hoitotiimiä. Ajatuksena on sitoutuminen hoitoon ja samalla purkaa perinteistä potilas/lääkäri, asiakas/toimittaja sekä kansalainen/järjestelmä asetelmaa. Asiakas, tullessaan osaksi ja jäseneksi tiimiin, sitoutunee paremmin hoitotavoitteisiin ja samalla antaa mm. laajat suostumukset tiimin jäsenille omien tietojensa käyttöön osana hoitoa. Jatkossa potilas voi antaa myös

esimerkiksi erilaisilla omaseurannan välineillä, kuten terveystietoa mittaavilla älyteknologia-laitteilla (kellot, sormukset) tai kotona olevilla valvontalaitteilla keräämäänsä tietoa oman tiiminsä käyttöön, mutta voi halutessaan rajata muiden käyttöoikeuksia.

6.4 Oma Tiimi-malli järjestäjän näkökulmasta

Palveluiden järjestäjän tavoitteena on annetuilla resursseilla tuottaa mahdollisimman paljon hyviä/terveitä elinvuosia ja hyvinvointia omalla alueellaan. Tavoitteen toteuttamiseksi alueen tulee panostaa vaikuttaviin ja kustannustehokkaisiin keinoihin.

Hyvinvointialueella on kokonaisvastuu alueensa väestöstä ja sitten sillä on oleellisesti paremmat mahdollisuudet panostaa ennakoivaan hoitoon, kuin entisessä kuntapohjaisessa järjestelmässä, jossa kustannukset ja hyöty eivät kohdanneet yhtä tehokkaasti.

Tiimi-mallissa järjestäjä määrittelee tavoitteet ja käyttää välineenä tavoitteiden saavuttamisessa Oma Tiimi-järjestelmää. Ensin määritellään ehdot, joilla voi hakeutua palveluntuottajaksi tarjoamaan Oma Tiimi-mallin palveluita. Toiseksi määritellään asiakasryhmäkohtaisesti tuottajille maksettava korvaus. Korvaussumma sisältää järjestäjän kulloinkin määrittelemät kannusteet. Erilaisia kannustemalleja on Virossa jo käytössä ja niitä kuvataan myös STM:n palvelusetelikokeiluraportissa.¹

6.5 Oma Tiimi-malli tuottajan näkökulmasta

Tuottajan näkökulma muuttuu tässä toimintamallissa olennaisesti. Tuottaja voi olla julkinen toimija tai eräissä tapauksissa yksityinen. Kaikille listautumismallissa oleville on kuitenkin samat ehdot ja toimintamallit, jatkossa ei tehdä eroa hyvinvointialueen omistaman tai yksityisen palveluntuottajan välillä. Yksityisen palveluntuottajan ottaminen osaksi tuotantoa vaatii hyvinvointialueen päätöksen toimia järjestäjänä. On huomattava, että viranomaispäätökset ovat aina hyvinvointialueen vastuulla.

Hyvinvointialue järjestäjänä, määrittelee ensin peruskriteerit toimijoille ja yksiköille. Kriteerit täyttävät toimijat voivat hakea listanpito-oikeutta. Kriteerit voivat olla hyvinkin yksityiskohtaisia koskien esimerkiksi henkilöstöä, taloudellista asemaa, ICT-integraatiota.

¹ <https://stm.fi/-/palvelusetelikokeilu-paatty-yhteenvedo-kokeilun-tuloksista-julkaistu>.

Tämän jälkeen järjestäjä määrittelee asiakaskohtaisen korvausperusteen. Korvausperuste voi olla moniulotteinen ja hyvinkin yksityiskohtainen. Esimerkkejä ovat palvelusetelikokeilussa käytetyt yksinkertaiset korvausperusteet tai Viron esimerkin mukainen edistyneempi malli. On hyvä huomata, että tämä korvausjärjestelmä on keskeinen ja kehittyvä hyvinvointialueen ohjausmekanismi. Optimaalisen mallin löytäminen vaatii jatkuvaa seurantaa ja kehitystyötä. Esimerkiksi on hyvä pitää mielessä Covid-19-pandemia ja siihen liittyvä työmäärä ja rokotustarpeen kasvu.

6.6 Oma Tiimi-malli henkilöstön näkökulmasta

Henkilöstön asema mallissa ei muutu, mutta työyksikön saama korvaus eli tulopohja muuttuu. Sekä mahdollisen yksityisen että julkisen listautuneen yksikön saama korvaus tulee järjestäjältä listautuneiden asiakkaiden mukaan. Kuinka yksikkö sitten jakaa mahdollisen oman toiminnan kehittämisen kautta saatavan tulon työyksikön sisällä on yksikön oma asia. Tällä voi olla kannustavia elementtejä henkilöstölle. Erityisesti, jos järjestäjä on asettanut tavoitteita, jotka saavutetaan, yksikölle voi tulla jakovaraa.

6.7 Oma Tiimi-malli valtakunnan tason näkökulmasta

Valtakunnan tasolla jää pohdittavaksi onko malli otettavissa käyttöön jollakin aikavälillä koko valtakunnan tasolla. Jos näin halutaan toimia, kannattaa asiakasrajapinta vakioida eli digitaalinen- sekä puhelinpalvelu tulee saada valtakunnalliseksi. Samaan aikaan palveluiden tuottaminen tulee olla hajautettua ja alueellisesti järjestettyä. Mitä tämä merkitsisi käytännössä?

Kaikki suomalaiset ovat Kelan asiakkaita. Ehkä yksinkertaisinta olisi antaa Kelan (tai Kelan ICT:n) tuottaa digitaalinen kansallinen palvelurajapinta kansaisille sekä organisoida puhelinpalvelurajapinta, joka ohjaa toiminnan varsinaiselle asiakkaan listautumistuottajalle. Vastaava menettely on toiminnassa laajasti (Mehiläinen, Terveystalo, Kaiku24 (Eksote, Kymsote) pankit, vakuutus, jne.).

Kuvio 11. Esimerkki (Eksoten ja Kymsoten malli.)

Kaiku24 on toimiva ratkaisu sosiaali- ja terveysalan resurssipulaan ja hoidon tarpeen kasvuun. Kaiku24 vauhdittaa soten digitalisaatiota.



Kaiku24 tuottaa hyvinvointialueille digitaaliset asiakaspalvelukanavat, joihin kuuluvat mm. neuvonta, hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arvioinnit, hoidontarpeen ratkaisut sekä etävastaanottopalvelut.

Ammattitaitoiset digihoitajamme ja -lääkärimme palvelevat ensilinjassa 24/7. Kaiku24:n ajanvaraukselliset etävastaanottopalvelut ovat osa Kaiku24 palvelukonseptia. Tarvittaessa ohjaamme asiakkaan hyvinvointialueen palveluihin ja Kaiku24:n ammattilaiset tarjoavat myös konsultaatiota hyvinvointialueen ammattilaisille. Hoidamme tällä hetkellä kolmella hyvinvointialueella lähes 135 000 asiakaskontaktia kuukaudessa. Yhteydenotoista 20 prosenttia ei liity terveyteen ja hoidamme ne kaikki. Terveysteen liittyvistä yhteydenotoista ei yli 40 prosenttia hoidetaan suoraan ensikontaktissa Kaiku24 toimesta.

Palvelumme avulla hoito alkaa suoraan ensikontaktista. Konsultoivat etälääkärit ovat osa hoidontarpeen arvioinnin tiimiä ja asiakkaan asia pyritään ratkaisemaan heti. Tehostamme myös hyvinvointialueiden normaalia arkea. Kauttamme hyvinvointialueiden palveluihin ohjatuille asiakkaille on tehty valmiiksi hoidon tarpeen arviointi, tarvittavat laboratoriotestit, lähetteet ja kirjaukset hyvinvointialueen järjestelmiin. Näin hyvinvointialueilla voidaan keskittyä suoraan asiakkaan hoitoon hänen saapuessaan palveluiden pariin. Kaiku24 toimintamalli tukee hoidonjatkuvuutta, omahoitaja ja -lääkäritoimintamalleja sekä rakentaa pohjaa digitaaliselle omatiimi-toimintamallille.

Yhteistyössämme hyvinvointialueiden kanssa kaikki voittavat. Asiakkaan ensikontakti ja oikean hoidon saanti nopeutuu. Samalla kasvavat hoidon vaikuttavuus sekä asiakastytyväisyys. Hyvinvointialueen hoitohenkilökunta voi keskittyä olennaiseen – hoitamiseen sekä potilaisiin. Toiminta tehostuu ja ruuhkat vähenevät. Kaiku24 – kaikkien parhaaksi.

Järjestelyä puoltaa myös jatkossa kasvava tekoälyn käyttö asiakastyössä. Kelan hallussa olevia asiakkaiden tietoja voidaan asiakkaan luvalla käyttää ratkaistaessa yhteydenoton jatkotoimia. Tämä valtakunnallinen toimintamalli on vain rajapinta ja siirtää toiminnon tiimille 24/7. Tiimin henkilöstö kommunikoi suoraan asiakkaan kanssa normaalisti, mutta tämäkin kommunikointikanava voi olla keskitetysti tuotettu.

Mikäli jokainen hyvinvointialue alkaa kehittää kuvattua järjestelyä yksin, syntyy pirstaleinen järjestelmä ja investoinnit sekä riskit kasvavat. On hyvä myös huomata, etteivät asiakkaat ole yksipaikkaisia, vaan liikkuvat maan sisällä (lomat, mökit, kakkosasunnot, jne.).

6.8 Oma Tiimi ja sairaalat

Viron mallin mukainen yhteisösairaala (tulevaisuudessa), jossa omalla tiimillä on merkittävä vastuu, on hyvinvointialueilla hyvä tutkia. Joka tapauksessa tarvitaan vaativan erikoissairaanhoidon lisäksi nykyisten terveyskeskusten ja aluesairaaloiden täydennykseksi ja/tai korvaamiseksi uusia toimintamalleja. Oma Tiimi-mallin rooli näissä uusissa sairaaloissa tulisi tutkia ja seurata tältäkin osin myös kansainvälistä kehitystä.

6.9 Oma Tiimi-malli – eteneminen

Sitran, Kelan ja Oulun kaupungin tekemässä tutkimuksessa todettiin muun muassa, että 10 % alueen asukkaista käytti yli 80 % sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista². Nämä henkilöt käyttivät keskimäärin 4,7:ää eri palvelua. Tiimi-mallin käyttöönotto tulisi aloittaa näistä henkilöistä. Toisaalta 90 % henkilöistä käyttää vain 10 % resursseista ja heille palvelu voidaan todennäköisesti helpommin standardisoida. Koko mallin edellytyksenä on riittävän datan saaminen lähtökohdaksi ja jatkuvan kehittämisen ottaminen lähtökohdaksi prosessiin.

² Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö: Sitra, Kela ja Oulun kaupunki. Nordic Healthcare Group 2015. <http://www.slideshare.net/SitraHyvinvointi/2015-03-11-nhg-sitra-kela-oulu-moni-kavaraohitus-tiivistelm/1>

7 Loppuhuomioita Viron ja Suomen terveydenhuoltojärjestelmän eroista

Suomen perusterveydenhuolto on kehittynyt hyvin erilaiseksi kuin Viron vastaava järjestelmä. Viro aloitti oman mallinsa koko lailla puhtaalta pöydältä Viron itsenäistyttyä. Aluksi mallia otettiin eurooppalaisesta perhelääkärimallista, mutta jatkuvan määrätietoisin kehitystyön kautta ollaan lähestymässä mallia, jossa erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja perusterveydenhuolto integroidaan. Tätä samaa mallia tavoitellaan myös Suomen sote-uudistuksessa. Voidaan sanoa, että samaan maaliin yritetään päästä eri lähtökohdista.

Keskeisiksi opeiksi Viron mallista pohdittavaksi hyvinvointialueille jää kolme asiaa. Ensiksi järjestäjän ja tuottajan erottaminen. Toiseksi taloudellisten kannustimien käyttö tuottajien ohjauksessa ja kolmanneksi asiakkuudenhallinta järjestäjän puolella sisältäen digitaaliset kanavat. Lisäksi jatkuva kouluttaminen ja kansainvälisen kehityksen aktiivinen seuranta ovat osa Viron toimintamallia.

8 Ammatinharjoittajamalli

Suomessa tutkittiin mahdollisuutta siirtyä terveyskeskuksissa yrittäjäpohjaiseen järjestelmään eli ammatinharjoittajamalliin. Ohessa lyhyt kuvaus selvityksestä. On huomattava, että Suomessa on ollut voimassa lainsäädäntö, jossa myös terveyskeskustyöstä sai sairausvakuutuskorvausta. Tämä mahdollisuus on tutkimatta, siinä mallissa lähennyttäisiin Viron mallia, jossa vakuutus korvaa terveydenhuollon kulut.

8.1 Jorma Back: ammatinharjoittajamalli

Jorma Back tutki yrittäjyyttä perusterveydenhuollossa selvityksessään, joka julkaistiin toukuussa 2004³. Selvityksen tilasi sosiaali- ja terveysministeriö pääministeri Vanhasen hallitusohjelman yrittäjyyden politiikkaohjelman mukaisesti. Selvityksessä Back totesi, että yrittäjyys on jo käytössä laajasti terveyskeskuspalveluiden tuottamisessa, sillä palveluiden osto yksityisiltä tuottajilta sekä yksityisten terveystaloiden tarjonta on jo lisääntynyt. Selvityksen tekoajkaan eri puolilla Suomea oli käynnissä useita palveluiden kilpailuttamiseen, ostamiseen ja ulkoistamiseen liittyviä kokeiluja. Tästä huolimatta ammatinharjoittajayrittäjyyden tuominen terveyskeskuksiin näytti Backin mukaan vaikealta. Ammatinharjoittajamallissa lääkäri toimisi osan työajastaan normaalisti työsuhteessa kuntaan, ja osan aikaa yksityisenä ammatinharjoittajana.

Back myönsi, että malliin liittyy ongelmia, kuten vastuu potilasvahinkotilanteessa tai korvaus tiloista, laitteista ja henkilökunnasta. Yrittäjämallissa nämä kulut kuuluvat ammatinharjoittajan vastuulle. Mallin kannalta suurin ongelma kuitenkin oli, että vallitsevan työsopimuslainsäädännön mukaan kuntayhtymän palveluksessa työskentelevä henkilö ei voi toimia osaaikaisesti yrittäjänä, vaan hänen katsotaan olevan palvelusuhteessa kaikin osin. Samoin niin kutsuttu Norjan malli, jossa lääkäri työskentelisi kokopäiväisesti ammatinharjoittajayrittäjänä on vaikea toteuttaa Suomessa samasta syystä. Palvelusuhteessa kunnalla on lääkäristä vastuu verotuksellisesti ja sosiaaliturvan osalta. Norjan mallissa kunta antaa tilat, laitteet ja henkilökunnan ilmaiseksi lääkärille, joka saa lakisääteisen palkkion valtiolta. Lisäksi Back totesi, että Suomessa Kela ei myöskään maksa sairausvakuutuslain mukaista korvausta, jos lääkäri toimii julkisen terveydenhuollon tiloissa. Ilman sairausvakuutuskorvausta toiminnasta ei tulisi kannattavaa.

³ Back, Jorma. Yrittäjyys perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504223865>

Backin selvitys ei päässyt kunnolla etenemään, sillä johtopäätöksenä oli, että kun julkinen valta antaa lääkärille toimeksiannon ja maksaa siitä palkkaa vastaavan korvauksen, kyseessä on työ- tai virkasuhde. Tästä puolestaan seuraa Suomen lainsäädännön mukainen työnantajavastuu.

Lähteet

1 Palvelusetelikoikeilu päättyi – yhteenvedo kokeilun tuloksista julkaistu. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2019. <https://stm.fi/-/palvelusetelikoikeilu-paattyy-yhteenvedo-kokeilun-tuloksista-julkaistu>

2 Rahoituskanavat ylittävä palvelunkäyttö: Sitra, Kela ja Oulun kaupunki. Nordic Healthcare Group 2015. <http://www.slideshare.net/SitraHyvinvointi/2015-03-11-nhg-sitra-kela-oulu-monikavarahoitus-tiivistelm/1>

3 Back, Jorma. Yrittäjyys perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504223865>

