

**Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen hoidon
jatkuvuusmallien kehittämishanke**

JATKUMO

Hankesuunnitelma

Pohjois-Karjalan hyvinvointialue
10.3.2026

Sisällysluettelo

1.	Hankkeen tarve	3
2.	Kohderyhmä.....	4
3.	Hankkeen tavoitteet.....	5
4.	Toteutus	6
4.1.	Aikataulu	6
4.2.	Toimenpiteet.....	7
5.	Tuotokset, tulokset ja vaikutukset.....	9
6.	Hankkeen hallinnointi	10
6.1.	Hankkeen resurssit.....	11
6.2.	Viestintä	12
6.3.	Seuranta ja arviointi.....	13
6.4.	Riskit ja niihin varautuminen	14

Liite 1. Keskeiset käsitteet ja määritelmät

1. Hankkeen tarve

Hyvinvointialueen keskeisenä tehtävänä on turvata alueen asukkaiden tarpeen mukaiset, laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. Perusterveydenhuollossa tämä tarkoittaa hoitoon pääsyn ja hoidon jatkuvuuden samanaikaista vahvistamista. Tutkimusnäyttö osoittaa, että henkilökohtainen hoitosuhde samaan yleislääkäriin parantaa hoidon laatua, vähentää sairastavuutta ja kuolleisuutta sekä pienentää kokonaiskustannuksia.

Hankkeen tausta ja lähtökohdat

Pohjois-Karjalan hyvinvointialueella hoidon saatavuus ja jatkuvuus ovat heikentyneet erityisesti pitkäaikaissairaiden, paljon palveluja käyttävien ja ikääntyvien asiakkaiden palvelupoluissa. Lääkärien saatavuuden ja pysyvyyden ongelmat ovat edellyttäneet vuokralääkäreiden ja ostopalvelujen laajaa käyttöä hoitotakuun varmistamiseksi; ratkaisut ovat helpottaneet tilapäisiä vajeita, mutta lisänneet kustannuksia ja heikentäneet pitkäkestoisten hoitosuhteiden muodostumista, etenkin reuna-alueilla. Saatavuus on parantunut vain osin ja epätasaisesti. Henkilöstörakenteessa korostuu koulutusvaiheen lääkärien suuri osuus, mikä ylläpitää vaihtuvuutta ja jatkuvuusvajetta.

Jatkuvuuden puute heijastuu hoitotuloksiin, lisää palvelujen käyttöä ja heikentää mahdollisuuksia kohdata sama ammattilainen hoitopolun eri vaiheissa. Muutostarve on noussut palvelutuotannon seurannasta, henkilöstöanalyseista ja aiempien kehittämishankkeiden arvioinneista. Vuosien 2020–2021 tiimimallikokeilut ja vuonna 2021 käyttöön otettu Meijän malli osoittivat, että asiakaslähtöinen ja moniammatillinen tiimityö tukee suunnitelmallista hoitoa ja vahvistaa jatkuvuutta.

Aiemmat ratkaisut ja niiden hyödyntäminen

2020-luvun alussa kehittämistyötä ohjasi tarve parantaa hoitoon pääsyä, mikä johti tiimimallin ja potilassegmentoinnin kokeiluun. Vaikka malli ei juurtunut täysimääräisesti, se tuotti arvokasta tietoa väestön palvelutarpeista ja hoidon kohdentamisesta. Vuonna 2021 työ systematisoitiin Meijän mallin muodossa, jonka tavoitteina olivat potilaslähtöinen toimintakulttuuri, moniammatillinen yhteistyö, hoidon jatkuvuuden vahvistaminen, vakioitu päivittäisjohtaminen, jatkuva kehittäminen ja henkilöstön osaamisen tukeminen. Näiden avulla luotiin yhtenäisemmät rakenteet tiimimäiselle työskentelylle.

Suomen kestävä kasvun ohjelman (RRP2) HyKe-hankkeessa kehitettiin kokonaisuus, joka vahvisti hoidon jatkuvuutta eri asiakasryhmissä. Hankkeessa lisättiin hoidon saatavuutta ja yhdenmukaisuutta laajentamalla digipalveluja, monikanavaista asiointia ja moniammatillista yhteistyötä. Pitkäaikaissairaille käyttöön otetut digikanavat, etäkäynnit ja elintapaohjaus siirtyivät hankkeen myötä osaksi terveysasemien perustoimintaa. Myös tyypin 2 diabeteksen ja prediabeteksen sekä sydänterveyden digivalmennukset vahvistivat sekä omahoitoa että hoitosuhteen jatkuvuutta. Hoitajien osaamista tuettiin pitkäaikaissairauksien hoidon jatkuvuutta tukevalla ns. PISA-koulutuksella ja osaamisverkostolla, mikä loi pysyviä tukirakenteita. Ikääntyneiden asumisyksiköihin otettiin käyttöön koko alueen kattava vastuulääkärimalli, jossa jokaiselle asiakkaalle on nimetty pysyvä omalääkäri ja yhtenäiset käytännöt, jotka ovat parantaneet merkittävästi asiakaslähtöistä ja tarpeeseen perustuvaa hoitoa sekä lisänneet hoidon jatkuvuutta. Malli on lisännyt kustannusvaikuttavuutta mm. vähentämällä kohderyhmän päivystyskäyntejä, vuodeosastohoitoa ja vahvistamalla moniammatillista yhteistyötä. Malli on jäänyt käyttöön hankkeen jälkeen ja osoittanut, että selkeä roolitus ja pysyvät hoitosuhteet ovat vaikuttavia ratkaisuja, joiden laajentaminen on perusteltua.

Hyvinvointialueella on edellä mainittujen lisäksi jo käytössä olevia hoidon jatkuvuutta tukevia toimintamalleja, mm. diabetes-, geriatrinen- ja palliatiivinen osaamiskeskus. Lisäksi paljon palveluita käyttäville asiakkaille kohdennettu yhteisasiakas-malli, joka tukee moniammatillista yhteistyötä sekä hoidon ja palvelujen koordinaatiota.

Osana käynnistyvää JATKUMO -hanketta hyödynnetään systemaattisesti muiden hyvinvointialueiden kokemuksia sekä Innokylään koottuja toimintamalleja. Innokylästä tarkastellaan erityisesti hoidon jatkuvuuteen liittyviä ratkaisuja – kuten omalääkärimallin variaatioita, asiakassegmentointiin perustuvia tiimirakenteita ja työnjaon käytäntöjä – ja sovelletaan niitä Pohjois-Karjalan olosuhteisiin. Alueen asiantuntijat ovat olleet mukana RRP4 kansallisessa verkostossa ja tieto kokemuksista on saatavilla ja hyödynnettävissä. Eri alueiden kokemusten ja mallien tuottaman tiedon avulla tunnistetaan rakenteita, jotka tukevat tiimien pysyvyyttä, osaamisen jakamista ja potilaskohtaista jatkuvuutta. Hankkeessa hyödynnetään myös kansallisia suosituksia, tutkimusnäyttöä ja hoidon jatkuvuuden mittareita, jotta ratkaisut perustuvat vertailukelpoiseen ja toimivaksi todettuun malliin.

Aiempi kehittäminen muodostaa perustan hankkeelle, joka kytkeytyy hyvinvointialueen perusterveydenhuollon vuosien 2026–2027 strategiseen kehittämissuunnitelmaan. Suunnitelma pohjautuu hoidon jatkuvuutta ja saatavuutta tukeviin omatiimeihin, omatyöntekijöihin ja selkeään vastuunjakoon. Hankkeessa kehitettävät ratkaisut vakiinnutetaan pysyviksi osiksi palvelurakennetta.

Kehittämistyötä täydentää samanaikaisesti hyvinvointialueen omana kehittämistoimintana (ei ulkopuolista hankerahoitusta) toteutettava Kotoa Kotiin -hanke, joka keskittyy yli 75-vuotiaiden ja erityisryhmien palveluketjuihin. Hankkeilla on yhteinen tavoite: vahvistaa katkeamattomia, oikea-aikaisia ja asiakaslähtöisiä palvelupolkuja koko alueella. Hanke on käynnissä vuosien 2025-2026 ajan.

Kilpailuvaikutusten arviointi

Kilpailuvaikutukset arvioidaan vähäisiksi. Toiminta perustuu ensisijaisesti oman palvelutuotannon rakenteiden vahvistamiseen; mahdollinen ammatinharjoittajamallin pilotointi rajataan rekrytointivaikeusalueille, joissa omana toimintana toteuttaminen ei ole toistuvista yrityksistä huolimatta onnistunut. Pilotit ovat väestökohtaisia, määräaikaista ja laajuudeltaan rajattuja ostopalveluja, jotka kilpailutetaan, eivätkä ne luo pysyvää markkina-asemaa yksityisille toimijoille tai korvaa vakiintunutta julkista tuotantoa, vaan täydentävät palveluja niissä kohteissa, joissa järjestämisvastuun täyttäminen muutoin vaarantuisi.

2. Kohderyhmä

Hankkeen ensisijaisena kohderyhmänä ovat ne perusterveydenhuollon vastaanottopalvelujen piirissä asioivat asiakkaat joille hoidon jatkuvuus tuottaa merkittävää terveyshyötyä ja parantaa palvelujen sujuvuutta. Näitä ovat pitkäaikaissairaat, paljon palveluja käyttävät asiakkaat, suunnitelmallista seurantaa edellyttävät potilaat sekä kotihoidon asiakkaat. Pidemmällä aikavälillä ja mahdollisuuksien mukaan mallia voidaan laajentaa koskemaan kaikkia perusterveydenhuollon asiakkaita.

Sotokeskuksissa asiakkaat kiinnitetään pysyviin omatiimeihin, ja omatyöntekijä-lääkäripari vastaa hoitosuhteen suunnitelmallisuudesta ja jatkuvuudesta. Hyvinvointialueella on noin 162 000 asukasta ja alueen sairastavuus on valtakunnallista keskiarvoa korkeampaa. Terve Suomi -kyselyn vuoden 2024 tulosten mukaan lähes

60 % yli 20-vuotiaista alueen asukkaista on ilmoittanut jonkin pitkäaikaisen sairauden tai terveysongelman, mikä korostaa hoidon jatkuvuuden ja pitkäjänteisen seurannan merkitystä palvelujärjestelmässä.

Kotihoitoon suunnitellun omalääkärimallin kohderyhmään arvioidaan kuuluvan noin 2 600 asiakasta kuukaudessa, joista noin 2 200 saa säännöllistä ja noin 400 tilapäistä kotihoitoa. Tämä asiakasryhmä tarvitsee usein toistuvia, monialaisia ja saumattomasti järjestettyjä palveluja. Näissä tilanteissa hoidon jatkuvuus, lääkärin hyvä tavoitettavuus ja toimivien palveluketjujen varmistaminen ovat kriittisiä. Kotihoidon asiakkaat muodostavatkin keskeisen kohderyhmän omalääkärimallin kehittämiseksi toimintaympäristössä, jossa hoito toteutuu pääosin kotona ja asiakkaan toimintakyky voi vaihdella nopeasti.

Asiakkaiden segmentointi ja tavoittaminen toteutetaan seuraavasti:

- **Sotokeskuksissa** tunnistetaan pitkäaikaissairaat ja paljon palveluja käyttävät asiakkaat, jotka kiinnitetään omatiimeihin ja joille nimetään omatyöntekijä. Pidemmällä aikavälillä mallia voidaan laajentaa kaikille asukkaille.
- **Kotihoidossa** hankkeen ensisijainen kohderyhmä koostuu säännöllisen ja tilapäisen kotihoidon asiakkaista sekä kotiutustiimin asiakkaista.
- **Rekrytointivaikeusalueilla** ammatinharjoittajamallin pilotit kohdennetaan niihin yksiköihin, joissa oma lääkäripalvelutuotanto ei toistuvista yrityksistä huolimatta ole ollut riittävää. Määräarviot tuotetaan tietoaikaa ja asiakasrekisterien avulla, hyödyntäen samoja segmentointiperiaatteita, joita käytetään pitkäaikaissairauksien hoidon ja omatiimimallin valmistelussa. Arvioita päivitetään kuukausittain ja kytketään osaksi seurantaraportointia. Vastuuväestön koon tulee olla vähintään 600 ja enintään 2 500 asiakasta.

Sidosryhmät

Hankkeen onnistumisen kannalta kriittisiä sidosryhmiä ovat sotokeskusten ja kotihoidon ammattilaiset sekä lähijohto, jotka vastaavat asiakkaiden segmentoinnista, yhtenäisten toimintamallien luomisesta, avainprosessien määrittämisestä ja päivittäisestä asiakas- ja potilastyöstä. Tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat lisäksi sotokeskusten muut palvelut (neuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut, kuntoutus- ja terapiapalvelut), kotisairaala, geriatrinen osaamiskeskus sekä 24/7-palvelut, kuten yhteispäivystys, Päivystysapu 116117 ja ensihoito. Tiivis yhteistyö näiden toimijoiden välillä on välttämätöntä, jotta palveluketjut ovat sujuvia ja katkeamattomia.

3. Hankkeen tavoitteet

Hankkeen tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuollon hoidon jatkuvuutta ja rakentaa pysyvä, yhtenäinen toimintamalli, joka parantaa asiakkaiden mahdollisuutta kiinnittyä nimettyihin ammattilaisiin ja omatiimeihin sekä tukee alueellisen hoidon jatkuvuusmallin toimeenpanoa. Tavoitteena on, että hoitosuhteet ovat pitkäkestoisia ja suunnitelmallisia, ja että tiimit sekä digipalvelut muodostavat yhtenäisen, yhdenvertaisesti toteutuvan palvelukokonaisuuden. Hoidon jatkuvuutta parannetaan ottamalla käyttöön COCI- ja SLICC-mittarit ja asettamalla selkeät tavoitteet niiden nousulle. Samalla varmistetaan, että vähintään 85–90 prosenttia kohderyhmän

asiakkaista voidaan liittää nimettyyn ammattilaiseen tai tiimiin ja että yhä suurempi osa kontakteista toteutuu asiakkaan oman tiimin sisällä.

Hankkeen tavoitteena on vakiinnuttaa omatiimimalli kaikkiin sotekeskuksiin ja yhtenäistää pitkäaikaissairauksien hoidon prosessit niin, että hoitosuunnitelmien kattavuus ja ajantasaisuus paranevat ja hoitolinjojen muutoksiin liittyvät viiveet vähenevät. Hoitosuunnitelmien tavoitteellinen vuosittainen päivitys ja lääkityksen tarkistus vahvistavat hoidon laadukkuutta ja potilasturvallisuutta, ja digipalvelujen systemaattinen käyttö tukee sekä ammattilaisten tavoitettavuutta että asiainn sujuvuutta. Kotihoidossa tavoitteena on, että kaikilla säännöllisen palvelun asiakkailla on nimetty omalääkäri ja ajantasainen terveys- ja hoitosuunnitelma, mikä lisää hoidon ennakoitavuutta, vähentää päivystystarvetta ja parantaa lääkitysturvallisuutta. Lisäksi hanke pilotoi ammatinharjoittajamallia niillä alueilla, joilla rekrytointi ei ole toteutunut, jotta kiireettömät lähipalvelut voidaan turvata ja hoidon jatkuvuutta vahvistaa ilman pysyviä markkinavaikutuksia.

Tavoitteena on myös juurruttaa mittaripohjainen tiedolla johtaminen osaksi hyvinvointialueen pysyvää ohjausta. Tämä tarkoittaa, että jatkuvuusmittarit, hoitosuunnitelmien seuranta ja digipalvelujen käyttö sisältyvät pysyviin raportointikäytäntöihin, joita hyödynnetään johtamisessa sekä palvelujen ohjauksessa. Hankkeen onnistumisen myötä hoidon koordinointi selkeytyy, päällekkäiset kontaktit vähenevät, palvelupolut yhdenmukaistuvat ja palvelujärjestelmä toimii ennakoivammin sekä potilaiden, henkilöstön että organisaation näkökulmasta.

4. Toteutus

4.1. Aikataulu

Hanke käynnistyy valtionavustuspäätöksen jälkeen arviolta Q2/2026 ja päättyy Q4/2027. Aikataulu etenee vaiheittain: kartoitus → suunnittelu → pilotointi ja skaalaus → vakiinnuttaminen → juurruttaminen. Hanke toteutetaan kolmena työpaketina; TP1: Omatiimimalli, TP2: Kotihoidon omalääkärimalli ja TP3: Ammatinharjoittajamalli.

Q2/2026	Käynnistys ja tarkennus
	Nykytilan kartoitus (omatiimit, kotihoidon lääkäripalvelut, rekrytointivaikeusalueet). Väestöalokaatio, tiimirakenteet, omalääkärivastuut ja keskeiset prosessit hahmotellaan. Hankinnan valmistelu ammatinharjoittajapilotteihin. Hankkeen organisointi, rekrytoinnit, segmentointiperiaatteet ja lähtötasomittaukset.
Q3/2026	Yksikkökohtainen suunnittelu ja pilotointivalmistelut
	Yksikkökohtaiset käyttöönotto- ja pilotointisuunnitelmat valmiiksi. Yhteiset toimintakäytännöt, hoitosuunnitelmaprosessi, työnjako ja yhteydenpitomallit määritellään. Kilpailutuksen viimeistely ja pilottien aloitusvalmistelut.

	Analytiikan testiversio käyttöön ja henkilöstön koulutukset käynnistyvät.
Q4/2026	Pilotoinnit ja väliarvioinnit
	<p>Omatiimien ja kotihoidon omalääkärimallin pilotointi ja ensimmäiset laajennukset.</p> <p>Digipalvelujen (viestikanava, etävastaanotot, digivalmennukset) integrointi osaksi mallia.</p> <p>Ammatinharjoittajamallin pilottien käynnistys.</p> <p>Arviointi 1: COC/SLICC indeksit, hoitosuunnitelmien kattavuus, saatavuus- ja digimittarit; päätökset omatiimimallien ja kotihoidon omalääkärimallin laajennuksista ja korjaavista toimista.</p>
Q1– Q2/2027	Skaalaus ja käyttöönotot
	<p>Yhtenäiset prosessikuvaukset, vastuut ja ohjeet viimeistellään.</p> <p>Arviointi 2: jatkuvuusindikaattorit, hoitosuunnitelmien ajantasaisuus, digipalvelujen käyttö, päivystyskäyntien kehitys.</p> <p>Osaamisen varmistaminen ja perehdytyspaketit.</p>
Q3/2027	Juuruttaminen ja arviointi
	<p>Käytäntöjen vakiointi: yhtenäiset prosessikuvaukset, vastuut ja ohjeet viimeistellään; auditointikriteerit ja itsearviointimallit.</p> <p>Arviointi 2: jatkuvuusindikaattorien trendit; hoitosuunnitelmien kattavuus ja ajantasaisuus; digipalvelujen käyttö; kotihoidon päivystyskäyntien kehitys; korjaavat toimet loppuvuodelle.</p> <p>Osaamisen varmistus: koulutukset, perehdytysmateriaalit</p>
Q4/2027	Loppuarvio ja pysyvään toimintaan siirto
	<p>Loppuarviointi ja vaikutusten koonti; pysyvä johtamis- ja raportointimalli linjaorganisaatioon (COCI/SLICC, hoitosuunnitelmat, digimittarit, saatavuus).</p> <p>Ylläpitosuunnitelma 2028–, jatkuva parantaminen, koulutus, auditoinnit ja tietotuotteiden ylläpito.</p> <p>Loppuraportointi ja toimintamallien kuvausten julkaisu (esim. Innokylä).</p>

4.2. Toimenpiteet

Tavoite	Toimenpiteet
<p>Työpaketti 1: Omatiimimalli</p> <p>Vahvistaa perusterveydenhuollon</p>	<p>Vastuuväestöjen allokointi ja tiimirakenteiden määrittely, työnjaon periaatteet ja yhteiset kontaktikäytännöt (ajanvaraus, kiireetön viestikanava, konsultoinnit), prosessien vakiointi ja ohjeistukset,</p>

<p>hoidon jatkuvuutta omatiimimallin avulla</p> <p>Saavuttaa laajempi työntekijä/tiimikiinnitysaste</p> <p>Parantaa hoidon jatkuvuutta COC- ja SLICC-indikaattoreilla</p> <p>Vakiinnuttaa toimintamalli kaikkiiin sotekeskuksiin</p>	<p>yksikkökohtaiset käyttöönottosuunitelmat, pitkäaikaissairauksien hoitolinjojen ja prosessien yhdenmukaistaminen. Digipalvelujen integrointi omatiimien toimintaan (etävastaanotot, viestikanaavat) Omatiimien koulutus ja perehdytys, mittaritiedon määrittely ja tiedonkeruu, seuranta ja arviointi</p> <p>Hyödynnetään Meijän mallia, tiimimallikokeilujen oppeja ja HyKe-hankkeen digipolkuja.</p> <p>Mittarit: COC- ja SLICC-indikaattorien nousu, kiireettömän hoitoon pääsy hoitotakuulain mukaisesti, hoitosuunnitelmien kattavuus $\geq 85\%$, kontaktien osuus omassa tiimissä kasvaa, digipalvelujen käyttöaste ja vasteajat, asiakaspalaute.</p>
<p>Työpaketti 2: Kotihoidon omalääkärimalli</p> <p>Vahvistaa kotihoidon asiakkaiden hoidon jatkuvuutta</p> <p>Nimetty omalääkäri kaikille säännöllisen palvelun asiakkaille</p> <p>Parantaa hoitosuunnitelmien kattavuutta ja lääkitysturvaa</p> <p>Vähentää päivystystarvetta ja tarpeettomia siirtymiä</p>	<p>Omalääkärivastuuväestöjen rajausta, säännöllisten yhteydenpitokäytäntöjen käyttöönotto (etäkierrot, konsultaatiot), toimintamalli kotihoito-lääkäri-tiimin yhteistyöhön, alueittainen vaiheistus, pilotointi ja asteittainen skaalaus kaikkiiin tiimeihin.</p> <p>Hoitosuunnitelmapohjien ja vuosipäivityssklin käyttöönotto, lääkitystarkistusprotokolla.</p> <p>Hyödynnetään ikäänntyneiden asumispalvelujen omalääkärimallista saatuja oppeja sekä kotihoidon prosesseja</p> <p>Mittarit: omalääkäripeitto $\geq 95\%$, hoitosuunnitelmien kattavuus $\geq 85\%$, kotihoidon päivystyskäyntien vähentyminen (tavoite -10%), asiakaspalaute.</p>
<p>Työpaketti 3: Ammatinharjoittaja-malli</p> <p>Turvata lääkäripalvelut rekrytointivaikeusalueilla</p> <p>Parantaa saatavuutta ja hoidon jatkuvuutta palveluntuottajamallilla</p> <p>Pilotoida ja arvioida mallin toimivuus ja jatko-ohjelmointi</p>	<p>Valitaan pilotointialueet rekrytointihistorian ja palveluverkkotiedon perusteella. Toteutetaan kilpailutus ja tehdään määräaikaisten sopimukset, joissa määritellään väestövastuu ja tavoitettavuusvaatimukset. Kytetään ammatinharjoittaja omatiimien prosesseihin, hoitosuunnitelmarakenteisiin ja tiedolla johtamiseen. Seurataan jatkuvuutta, nimettyjen lääkäreiden peittoa ja kontaktien osuutta omalla lääkäriillä sekä hoidon laatua.</p> <p>Hyödynnetään ikäänntyneiden mallin opit vastuunjaosta ja yhteydenpidosta.</p> <p>Mittarit: nimetty lääkäri $\geq 90\%$, kontaktien osuus omalla lääkäriillä $\geq 70\%$, COCI- ja SLICC-kehitys pilotissa, päivystyskäyntien vähentyminen, laatumittarit määritellään myöhemmin, asiakaspalaute.</p>

5. Tuotokset, tulokset ja vaikutukset

Tuotokset

Hankkeen keskeiset tuotokset ovat konkreettiset uudet toimintamallit, ohjeet ja työvälineet, joiden avulla tavoitteet toteutuvat käytännössä.

Omatimimallin kuvaus ja käyttöönoton tuki

- Tiimirakenteet, väestön- ja vastuunjaon periaatteet (omalääkäri, omatyöntekijä, tiimivastuut).
- Yhtenäiset hoitopolut ja konsultaatio-/yhteistyökäytännöt.
- Ohjeistus hoitosuunnitelmien laadintaan ja vuosipäivitykseen.

Kotihoidon omalääkärimalli

- Yhtenäinen toimintamalli kotihoidon lääkäripalveluille (tehtäväkuvat: vastuulääkäri ja vastuuhuoltaja).
- Kotihoitoon sovellettu omalääkärimalli: työnjako, yhteydenpidon käytännöt (etäkierrot, konsultaatiot), hoitosuunnitelma- ja lääkityksen tarkistusprotokollat.
- Koulutusrakenne kotihoidon tiimeille.

Ammattiharjoittajamallin pilotointikehikko

- Hankintamalli, sopimusehdot ja vastuukuvaukset (laatu, tietosuoja).
- Integraatiomalli omatiimeihin ja seurantajärjestelmiin.

Yhtenäinen mittaristo ja raportointimalli

- COC ja SLICC-indikaattorit tuotantovalmiina; tunnisteet nimetyille ammattilaisille ja hoitosuhteille.
- Kuukausi- ja kvartaaliraportoinnin malli, roolipohjaiset näkymät (ammattilainen-tiimi-yksikkö-alue).
- Seuranta-analytiikka digipalvelujen käytölle ja saatavuudelle.

Koulutus- ja valmennusmalli

- Tiimivalmennukset, esihenkilöfoorumit ja muutostuen klinikat.
- Koulutuspaketit hoitosuunnitelmien laadintaan ja digipalvelujen hyödyntämiseen.

Digipalvelujen integrointimalli

- Yhtenäiset kanavapolut (kiireetön viestikanava, etävastaanotot, digivalmennukset).
- Vasteikatavoitteet ja seuranta, tiimien työohjeet.

Tulokset ja vaikutukset

Hankkeen tulokset näkyvät konkreettisina, mitattavissa olevina muutoksina. Hoitosuhteen jatkuvuus paranee COC- ja SLICC-indikaattoreilla mitattuna, asiakkaat kiinnittyvät pysyviin tiimeihin ja nimettyihin ammattilaisiin, ja hoitosuunnitelmien kattavuus ja ajantasaisuus kasvavat. Pitkäaikaissairauksien hoito yhdenmukaistuu, prosessit selkeytyvät ja digipalvelut kytkeytyvät saumattomasti hoidon arkeen, mikä lyhentää vasteaikoja ja parantaa hoitolinjojen muutosten ennakoitavuutta. Kotihoidossa omalääkärimalli tuottaa mitattavaa hyötyä: jokaisella asiakkaalla on nimetty omalääkäri ja hoitosuunnitelma, hoitosuunnitelmien kattavuus nousee vähintään 85 prosenttiin ja lääkitysten tarkistus toteutuu systemaattisesti. Säännöllinen yhteydenpito kotihoidon tiimin ja omalääkärin välillä juurtuu osaksi toimintaa, mikä näkyy päivystyskäyntien vähenemisenä ja hoitolinjojen ennakoinnin parantumisena. Rekrytointivaikeusalueilla ammatinharjoittajamalli turvaa kiireettömät lähipalvelut, kytkeytyy samoihin prosesseihin kuin oma tuotanto ja varmistaa hoidon jatkuvuuden ilman pysyviä markkinavaikutuksia. Digipalvelujen systemaattinen käyttö nopeuttaa yhteydenpitoa, sujuvoittaa asiointia ja tukee tiimityötä.

Hankkeen konkreettiset tulokset näkyvät hoidon jatkuvuuden vahvistumisena ja palvelujen yhdenmukaistumisena. COC- ja SLICC-indikaattorit osoittavat nousevaa trendiä, kun yhä useampi asiakas kiinnittyy pysyvästi omaan omatiimiinsä ja kontakteista kasvava osuus toteutuu tutussa tiimissä. Samalla hoitosuunnitelmien kattavuus ja ajantasaisuus paranevat järjestelmällisen vuosipäivityksen myötä. Kotihoidossa nimetty omalääkäri ja säännölliset yhteydenpitokäytännöt tekevät hoidosta ennakoitavaa: asiakkailla on hoitolinja ja siirtymät palveluiden välillä sujuvoituvat. Rekrytointivaikeusalueilla ammatinharjoittajapilotit turvaavat kiireettömät lähipalvelut väestövastuuperiaatteella ja kytkeytyvät samoihin prosesseihin ja mittareihin kuin oma tuotanto, mikä varmistaa laadun ja jatkuvuuden läpinäkyvän seurannan. Lisäksi mittaripohjainen tiedolla johtaminen juurtuu arkeen: raportit ovat käytössä ja tukevat sekä operatiivista ohjausta että kehittämistä.

Pitkän aikavälin vaikutukset näkyvät sekä asiakkaiden että henkilöstön arjessa. Palveluketjut selkeytyvät ja hoidon koordinointi vahvistuu, mikä vähentää päällekkäisiä kontakteja ja parantaa hoitolinjojen ennakoitavuutta. Yhdenvertaisuus lisääntyy, kun jatkuvuutta ja laatua johdetaan samoilla periaatteilla koko alueella; potilasturvallisuus paranee ja asiakaskokemus vahvistuu. Henkilöstön työnhallinta kohenee työnjaon ja vastuiden selkiytyessä, mikä tasapainottaa kuormitusta ja tukee tiimityötä. Samalla palvelujärjestelmän kustannuskehitys maltillistuu, kun suunnitelmallinen hoito vähentää päivystyskäyntejä ja tarpeettomia siirtymiä. Pysyvät raportointi- ja omavalvontakäytännöt varmistavat, että hoidon jatkuvuutta ja laatua voidaan seurata läpinäkyvästi myös hankkeen jälkeen. Yhtenäinen digitaalinen toimintamalli lisää järjestelmän resilienssiä ja varmistaa, että laadukas, saavutettava hoito toteutuu tasapuolisesti koko hyvinvointialueella.

6. Hankkeen hallinnointi

Hankkeen hallinnoija: Pohjois-Karjalan hyvinvointialue.

Kattavuus: Hanke kattaa koko maakunnan perusterveydenhuollon palvelut, mukaan lukien sotekeskusten vastaanotto toiminnan ja kotihoidon.

Operatiivinen johtaminen: Projektipäällikkö vastaa toimeenpanosta terveyspalvelujen toimialueen johdon alaisuudessa ja johtaa työtä yhdessä työpakettien (TP1–TP3) vetäjien kanssa.

Työpakettien vastuut: Omatimimalli:toteutus sotekeskuspalvelujen johdon johdolla (palvelujohtaja, ylilääkärit, ylihoitaja). **Kotihoidon omalääkärimalli:** toteutus terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen palvelujohdon yhteistyönä; lääkäripalvelujen järjestämisen ja kehittämisen vastuu on terveyspalveluilla. **Ammatiharjoittajamalli** toteutus terveyspalvelujen palvelujohdon ja hankintayksikön yhteistyönä yhdessä pilottiyksiköiden esihenkilöiden kanssa.

Projektiryhmä: Projektipäällikön lisäksi nimettyjä toimijoita ovat mm. kehittäjlääkärit, kehittäjäsaaranhoitajat, data- ja analytiikka-asiantuntija, digipalvelujen suunnittelija sekä muutos- ja viestintätuki.

Ohjausryhmä: Vastaa strategisesta ohjauksesta. Ohjausryhmä linjaa tavoitteet, vahvistaa aikataulun ja resurssit, päättää tarvittavista muutoksista päätöspisteissä ja seuraa vaikutuksia säännöllisen raportoinnin perusteella.

Toimeenpano ja vastuut yksikötasolla: Projektiryhmä vastaa päivittäisestä toimeenpanosta, käyttöönottojen koordinoinnista, koulutuksista, tietotuotteiden tuottamisesta ja omavalvonnan toteutumisesta. Yksiköissä vastuu on esihenkilöillä, tiimivastaavilla ja ylilääkäreillä, jotka varmistavat tiimien toiminnan, väestöallokaation ylläpidon, yhteisten prosessien noudattamisen sekä mittaritulosten säännöllisen (kuukausittaisen) käsittelyn.

Rahoituksen siirto: Valtionavustusta ei siirretä muille toimijoille osatoteuttajina. Mahdolliset ulkopuoliset palvelut (esim. ammatiharjoittajamallin pilottien lääkäripalvelut tai asiantuntijakonsultoinnit) hankitaan hankintalain mukaisina ostopalveluina. Kustannukset maksetaan hankkeen budjetista palveluostoina; kyse ei ole avustuksen edelleen siirtämisestä.

Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa: Alueellinen ja yhteistyöalueen taso: Vertaiskehittäminen, yhteismittareiden määrittely ja kokemusten vaihto Itä-Suomen yhteistyöalueen hyvinvointialueiden (Pohjois-Savo, Etelä-Savo, Keski-Suomi) kanssa. Valtakunnallinen taso: Verkostoyhteistyö kansallisten toimijoiden kanssa, jotta mittarit, ohjeistukset ja arviointikäytännöt ovat valtakunnallisten linjausten mukaisia. Palveluketjut ja kumppanuudet: Tiivis yhdyspinta erikoissairaanhoidon, työterveyshuoltoon ja sosiaalipalveluihin; alueellisten kumppanuuksien hyödyntäminen hankintojen valmistelussa, viestinnässä ja asiakasosallisuuden vahvistamisessa (mm. potilas- ja omaisjärjestöt). Yhteistyörakenteet: Vastuut, päätöksentekokäytännöt ja tiedonvaihto sovitaan hankkeen alussa ja tarkistetaan säännöllisesti ohjausryhmässä.

6.1. Hankkeen resurssit

Hanke toteutetaan Pohjois-Karjalan hyvinvointialueen kehittämistyönä, ja hankerahoituksella katetaan hankkeen keskeiset henkilöstö- ja asiantuntijaresurssit ja muut talousarviossa kuvat resurssit. Haettava valtionavustus vuosille 2026–2027 on **2 084 914 euroa**, josta **709 453 euroa** kohdennetaan ammatiharjoittajamallin pilotointiin.

Hanke ei edellytä erillisiä toimitiloja, vaan työ toteutetaan hyvinvointialueen olemassa olevissa asiakas- ja henkilöstötiloissa sekä digitaalisilla alustoilla. Kokoukset ja

koulutukset järjestetään ensisijaisesti etä- tai hybridimuotoisina. Uusia järjestelmähankintoja ei tehdä, vaan ICT-menot koostuvat lisensseistä, käyttöoikeuksista, perusvälineistöstä ja rajatuista kehitystehtävistä (esim. raportointinäkymien ja tunnisteiden tekninen toteutus).

Henkilöstöresursseihin sisältyvät:

- osatyöpanoksilla työskentelevät **hankepäällikkö ja hankekoordinaattori**,
- **projektipäällikkö / -asiantuntija (t)** operatiiviseen johtamiseen ja koordinointiin,
- **kehittäjänsairaanhoitajia** yksikkökohtaisten käyttöönottojen ja koulutusten toteutukseen,
- **kehittäjälääkäreitä** rakenteelliseen ja kliiniseen kehittämiseen sekä laadun varmistamiseen,
- osa-aikainen **viestintäsuunnittelija** muutos- ja asiakasviestintään,
- **digisuunnittelija** digipalvelujen ja etäkäytäntöjen kehittämiseen,
- **data-analyytikko tai BI-kehittäjä** (osa-aikaisesti tai ostopalveluna) mittariston ja raportoinnin toteutukseen.

Hankkeen hallinnointi toteutetaan hyvinvointialueen hanketoimiston kautta (talous, raportointi, sopimukset, maksatukset). ICT-yksikkö tukee tiedolla johtamisen teknisiä ratkaisuja sekä tietotuotannon luotettavuutta.

Ammatinharjoittajamallin pilotit toteutetaan hankintalain mukaisina palveluostoina hankintayksikön tuella. Pilotit ovat määräaikaista ja rajattuja, ja niiden integraatio- ja laatuksiteerit vastaavat omaa tuotantoa. Pilotointia varten hankitaan arviolta kahden kokoaikaisen lääkärin työpanosta vastaava palvelumäärä. Ammatinharjoittamallin kehittämiskuluihin on sisällytetty hankehallinnon kulut sekä projektipäällikön henkilöstökulut.

Muut resurssit koostuvat koulutus- ja työpajamenoista sekä vertaisoppimista tukevista vierailuista muihin hyvinvointialueisiin ja valtakunnallisiin verkostoihin (osallistumismaksut, matkat ja majoitukset). Lisäksi hankkeessa hankitaan rajattua asiantuntijakonsultointia tiedolla johtamisen mittariston (COCI, SLICC, hoitosuunnitelmien kattavuus, digipalvelujen vasteet), toimintamallien kuvausten sekä ohjauskäytäntöjen ja KPI-rakenteiden rakentamiseen.

Hankkeeseen ei sisälly vapaaehtoistyötä.

6.2. Viestintä

Hankkeen viestinnän tavoitteena on varmistaa, että henkilöstö, johto, asiakkaat ja sidosryhmät ymmärtävät hankkeen tarkoituksen, tavoitteet ja vaikutukset sekä saavat oikea-aikaista tietoa käyttöönoton eri vaiheissa. Viestinnän pääviestit painottuvat siihen, miksi hoidon jatkuvuutta vahvistetaan, miten omatiimi- ja omalääkärimallit parantavat palvelujen laatua ja yhdenvertaisuutta, mitä muutoksia eri ammattiryhmien työssä tapahtuu ja miten asiakkaan asiointi sujuvoituu digipalvelujen ja yhtenäisten käytäntöjen myötä.

Viestinnän kohderyhmiä ovat sotokeskusten ja kotihoidon ammattilaiset, esihenkilöt, toimialueen johto, luottamushenkilöt, ICT- ja digipalveluiden asiantuntijat, asiakkaat ja omaiset sekä alueelliset ja valtakunnalliset yhteistyökumppanit. Viestinnässä

hyödynnetään Siun soten vakiintuneita sisäisiä ja ulkoisia kanavia, kuten intranetiä, henkilöstötiedotteita, tiimi- ja esihenkilöinfoja, ohjaus- ja projektiryhmäkokouksia, sähköisiä työtiloja, somekanavia, verkkosivuja ja mediajakelua. Lisäksi käytetään yhteistyöalueen foorumeita ja kansallisia verkostoja tiedonvaihtoon ja hyvien käytäntöjen jakamiseen.

Viestintä etenee hankkeen aikataulun mukaisesti läpi koko kehittämisprosessin. Käynnistysvaiheessa julkaistaan hanketta esittelevät ennakkotiedotteet ja käynnistysviestit. Pilotointivaiheessa viestintä keskittyy tiimien tukemiseen, käytännön ohjeisiin, mittareihin ja muutosviestintään. Skaalausvaiheessa korostuvat tilanpäivitykset, vaikuttavuus- ja mittaritiedon tulkinta sekä johdon ja luottamushenkilöiden informointi. Hankkeen päättyessä viestinnällä tehdään näkyväksi hankkeen tulokset, vaikutukset ja pysyvät rakenteet loppuseminaarin, päätösviestien ja julkisten materiaalien kautta.

Viestintävastuut jakautuvat selkeästi: projektipäällikkö ja sotekeskuspalvelujen johto vastaavat hankkeen viestinnän kokonaislinjauksista ja hyväksynnöistä. Viestintäsuunnittelija tukee sisällöntuotannossa, intranet- ja someviestinnässä, mediatiedotteissa sekä visuaalisen ilmeen yhtenäisyydessä. Työpakettien vetäjät vastaavat omien osa-alueidensa käyttöönottoviestinnästä. Lähiesihenkilöiden tehtävänä on varmistaa viestien jalkautuminen tiimeihin säännöllisten tiimipalaverien ja arjen ohjauskäytäntöjen kautta.

6.3. Seuranta ja arviointi

Hankkeen seuranta kytketään palvelujen normaaliin tiedolla johtamiseen sekä rahoittajan edellyttämään raportointiin. Muutoksen edistymistä seurataan kuukausittain ja koosteet kootaan neljännesvuosittain, jolloin arvioidaan tavoitteiden toteutumista, resurssien riittävyyttä ja tarvittavia korjaavia toimenpiteitä. Vuoden 2026 loppuun ja syksyyn 2027 ajoittuvat päätöspisteet, joissa tehdään skaalaus- ja jatkopäätökset mitatun kehityksen perusteella.

Hanketta arvioidaan sekä työpakettikohtaisesti että kokonaisuutena. Seuranta kohdistuu erityisesti hoidon jatkuvuuteen, toimintatapojen yhdenmukaistumiseen, hoidon laatuun, palvelujen saatavuuteen ja digipalvelujen toimivuuteen. Tietoa kerätään vastuuväestöjen kattavuudesta, nimettyjen ammattilaisten peitosta, omatiimimallin ja omalääkärimallin käyttöönoton etenemisestä, hoito- ja terveysuunnitelmien kattavuudesta. Lisäksi seurataan pilotointien etenemistä ja ammatinharjoittajamallin vaikutuksia rekrytointivaikeusalueilla.

Arvioinnissa käytetään kansallisesti validoituja jatkuvuusmittareita (COCI ja SLICC) sekä muita vaikuttavuuden ja laadun keskeisiä indikaattoreita, kuten nimettyjen ammattilaisten peittoa, hoitosuunnitelmien ajantasaisuutta, digipalvelujen vasteaikoja ja käyttömääriä sekä yhteydenoton vasteaikoja ja odotusaikoja. Päivystyskäyntien ja siirtymien kehitystä seurataan hoitolinjoiden ennakoitavuuden ja palveluketjujen toimivuuden arvioimiseksi. Mittarit kerätään yhtenäisillä määrittelyillä tietovarannosta, potilastietojärjestelmästä ja digikanavista, ja datan laatua varmistetaan teknisillä tarkistuksilla sekä satunnaisotantaan perustuvilla auditoinneilla. Määrällistä tietoa täydennetään asiakkailta ja henkilöstöltä kerättävällä palautteella.

Kerättyä tietoa hyödynnetään systemaattisesti hankkeen ohjauksessa, käyttöönottojen vaiheistuksessa ja resurssien kohdentamisessa. Tulokset käsitellään tiimi- ja yksikkötasolla, ja ne muodostavat pohjan korjaaville toimenpiteille sekä pilotointien jatko- tai laajentamispäätöksille. Neljännesvuosittaiset koosteet toimivat johdon ja ohjausryhmän päätöksenteon tukena sekä rahoittajalle tehtävän raportoinnin

perustana. Tuloksia ja oppeja jaetaan myös Itä-Suomen yhteistyöalueella ja valtakunnallisissa verkostoissa.

Hankkeen päätyttyä seuranta siirtyy osaksi hyvinvointialueen pysyvää tiedolla johtamisen mallia. Jatkuvuusmittarit, hoitosuunnitelmien kattavuus ja digipalvelujen käyttö jäävät osaksi omavalvontaa ja palvelujen kehittämistä, mikä varmistaa, että hankkeessa luodut toimintamallit juurtuvat ja tukevat laadun, yhdenvertaisuuden ja vaikuttavuuden jatkuvaa parantamista.

6.4. Riskit ja niihin varautuminen

Riskin kuvaus	Seuraus, mikäli riski toteutuu	Toimenpiteet riskin poistamiseksi tai pienentämiseksi	Vastuutaho
Jos valtionavustus ei toteudu hankesuunnitelman ja talousarvion mukaisesti	Hankkeen edistäminen hidastuu merkittävästi	Sopeutetaan projektin eteneminen ja toimet hankesuunnitelmaa	Hanke-/projektipäällikkö, palvelujohtaja, ohjausryhmä
Tarvittavien vastuullisten nimeäminen/palkkaaminen ei onnistu/viivästyy tai resurssit vähäiset	Hankkeen eteneminen hidastuu, tavoitteita ei saavuteta aikataulussa	Varhainen rekrytointien käynnistäminen; tarv. ostopalveluiden käyttö; roolitukset työpakettien kesken	Hanke-/projektipäällikkö, palvelujohtaja
Lääkärityövoiman saatavuuden heikkous	Kehittäjälääkäriin ja/tai kotihoidon lääkäreiden työpanos jää liian pieneksi ja malli ei kehity kattavasti	Huolehditaan riittävästä työajankäytöstä ja arvioidaan mallin etenemistä ja vaiheistetaan käyttöönotot.	Palvelujohtaja, ylilääkärit
Ammatinharjoittajamallia ei saada käyntiin, jos ei saada lääkäreitä mukaan	Pilotointi epäonnistuu	Varhainen hankintamallin vaihtoehtojen kartoitus ja hankinnan toteutuksen käynnistäminen	Palvelujohto
Henkilöstön, esihenkilöiden tai tärkeimpien sidosryhmien sitoutumisen puute	Toimintamalli ei juuru yksiköihin eikä vastuunjako selkiydy	Säännöllinen tiedottaminen; osallistavat kehittämiskokoukset; ohjausryhmän aktiivinen rooli	Hanke-/projektipäällikkö, palvelujohto
Muutokset toimintaympäristössä esim. organisaation muutokset, resurssipaineet	Hankkeen aikataulu ja tavoitteet vaarantuvat	Joustava vaiheistus; tarvittaessa priorisointi; ohjausryhmän linjaukset muutostilanteissa	Hanke-/projektipäällikkö, palvelujohto
Tiedonkulun ja yhteisen ymmärryksen puutteet hankkeen aikana	Kehittämistyö pirstaloituu ja mallit jäävät epäyhtenäisiksi	Selkeä viestintäsuunnitelma; säännölliset seurantalaverit; yhteiset dokumenttipohjat ja alustat	Hanke-/projektipäällikkö, palvelujohto
Asukkaat eivät miten toimia uudessa mallissa ja mihin ottaa yhteyttä	Asukkaat ja potilaat ovat epätietoisia ja yhteydenotot eri kanaviin	Selkeä viestintäsuunnitelma asiakasviestinnässä, ammattilaisten ohjaus	Projektipäällikkö, projektiimi, palvelujohto

Potilastietojärjestelmän tekniset rajoitteet tai mittareiden rakentamisen haasteet (uuden APTJ:n käyttöönotto suunniteltu 2027)	Hoidon jatkuvuuden mittarit eivät toteudu tai tieto ei ole käyttökelpoista	Varhainen tekninen kartoitus; tiivis yhteistyö tietohallinnon kanssa; vaiheittainen käyttöönotto	Hanke-/projektipäällikkö, palvelujohto, ICT
Muutokset henkilöstön työkuormassa hankkeen aikana	Työntekijöiden jaksaminen heikkenee tai henkilöitä vaihtuu hankkeen aikana eikä hankkeen toimia pystytä toteuttamaan täysimääräisesti	Työkuorman seuranta; lisäresurssien tarpeen arviointi; koulutusten ja kehittämisen aikataulutus maltillisesti	Hanke-/projektipäällikkö, palvelujohto
Taloudelliset rajoitteet tai lisärahoituksen puute	Osa toimenpiteistä jää toteutumatta	Varhainen kustannusseuranta; rahoituksen uudelleenkohdentaminen prioriteettien mukaan; ostopalvelujen tarkka arviointi	Palvelujohto

Liite 1 Keskeiset käsitteet ja määritelmät

Käsite	Määritelmä
Ammatinharjoittajamalli	Palvelumalli, jossa rekrytointivaikeusalueilla käytetään ostopalveluna hankittuja lääkäreitä väestövastuuperiaatteella turvaamaan kiireettömät lähipalvelut. Pilotit integroituvat samaan prosessiin, laatuun ja mittaristoon kuin hyvinvointialueen oma palvelutuotanto.
COCI (Continuity of Care Index)	Hoidon jatkuvuuden mittari, joka kuvaa, kuinka suuri osa asiakkaan kontakteista toteutuu saman ammattilaisen tai tiimin toimesta. Arvo vaihtelee 0–1: 1 = kaikki kontaktit samalla ammattilaisella (maksimijatkuvuus), 0 = jokainen kontakti eri ammattilaisella (ei jatkuvuutta).
Digipalvelut	Sähköiset asiointikanavat, kuten viestikanava, etävastaanotot ja digivalmennukset, jotka tukevat sujuvaa asiointia ja joiden suunnittelua ohjaavat saavutettavuus- ja tietoturva-vaatimukset sekä digipalvelulainsäädäntö
Hoito- ja terveystuunnitelma	Terveydenhuoltolain ja asiakastietolain mukainen, potilaskeskeinen, järjestelmäriippumaton asiakirja, joka laaditaan, kun hoito edellyttää koordinoitua. Suunnitelmaan kootaan keskeiset terveysongelmat, hoitolinjat ja tavoitteet, vastuut, seurannan rakenteet ja yhteydenottotavat; sitä ylläpidetään ja päivitetään jatkuvasti. Käytetään erityisesti pitkäaikais- ja monisairaiden hoidon suunnittelun ja jatkuvuuden tukena.
Juuruttaminen	Uuden toimintamallin pysyvä integrointi rakenteisiin, prosesseihin ja johtamiseen niin, että mittarit, ohjeet, osaaminen ja raportointi jäävät osaksi pysyvää linjaorganisaatiota (implementointi ja ylläpito).
Lääkityksen tarkistus	Säännöllinen, rakenteinen arvio potilaan kokonaislääkityksestä (indikaatiot, annokset, päällekkäisyydet, interaktiot ja toteutuminen) potilasturvallisuuden ja vaikuttavuuden varmistamiseksi; kirjataan osaksi terveys- ja hoitosuunnitelmaa.
Omalääkärimalli (kotihoito)	Kotihoidon malli, jossa kaikilla säännöllisen kotihoidon palvelun asiakkaalla on nimetty omalääkäri, joka vastaa terveydentilan /sairauksien seurannasta, terveys- ja hoitosuunnitelmasta sekä sovitusta yhteydenpidon käytännöistä.
Omatyöntekijä	Nimetty sosiaali-/terveydenhuollon ammattihenkilö, joka toimii asiakkaan ensisijaisena yhteyshenkilönä ja koordinoi hoitoa osana tiimiä; vastaa yhteydenpidon käytännöistä ja suunnitelmien ajantasaisuudesta.

Omatiimimalli	Perusterveydenhuollon malli, jossa asiakkaat kiinnitetään pysyvään moniammatilliseen tiimiin hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi.
Pilotointi	Uuden toimintamallin rajattu, määräaikainen kokeilu valituissa yksiköissä ennen laajaa käyttöönottoa; sisältää etukäteen määritellyt tavoitteet, mittarit ja arvioinnin.
Pitkäaikaissairas	Asiakas, jolla on pitkäkestoinen tai pysyvä sairaus, joka edellyttää säännöllistä seurantaa.
Skaalaus	Pilotissa toimivaksi todetun mallin vaiheittainen laajentaminen koko palvelualueelle.
SLICC (St Leonard´s Index of Continuity of Care)	Hoidon jatkuvuuden mittari, joka arvioi peräkkäisten kontaktien johdonmukaisuutta ja hoitosuhteen pysyvyyttä henkilökohtaisella nimetyllä ammattilaisella.
Väestövastuu / vastuuväestö	Määritelty asiakasjoukko, jonka hoito ja palvelut kuuluvat tietylle ammattilaiselle tai tiimille.
Yhteydenpitokäytännöt	Sovittuja tapoja pitää yhteyttä asiakkaan ja tiimin välillä, kuten etäkierrot, viestikanaavat ja konsultaatiot.