

Modeller för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård i social- och hälsovårdssystemet:

Konsensusrekommendation för God praxis

23.11.2022

Mikkola I, Riekkilä M, Sipilä R, har utsetts av Finska Läkarföreningen Duodecim att företräda panelen för Konsensusrekommendation för God praxis gällande Modeller för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård i social- och hälsovårdssystemet.

Inledning

I Finland fanns år 2021 över 500 hälsostationer, vars verksamhetsmodeller under årtiondena anpassats för att dels möta efterfrågan av tjänster, dels svara på den utveckling som skett inom diagnostiseringen av sjukdomar och vården. Utvecklingsarbetet har utförts både lokalt utifrån hälso- och sjukvårdspersonalens expertbedömningar och inom nationella projekt. På grund av primärvårdens resursbrist och att utvecklingsarbetet ofta utgått från de lokala behoven och efterfrågan har verksamhetsmodellernas vetenskapliga evidens och monitorering av kvalitet inom hälso- och sjukvården beaktats i mindre grad.

Vårdrekommendationer och evidensbaserad medicin har en stark ställning i Finland.

Vårdrekommendationerna omfattar dock sällan modeller för mottagningsverksamhet.

Rekommendationer och praktiska verksamhetsmodeller kan vara motstridiga, vilket kan leda till att den kvalitet som eftersträvas i rekommendationerna inte uppnås.

Behovet av att sammanställa vetenskaplig information och utarbeta en rekommendation för modeller för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård identifierades nationellt inom den allmänmedicinska disciplinen och Finska Läkarföreningen Duodecim. Någon motsvarande rekommendation till stöd för utveckling av primärvårdens verksamhet har enligt vad vi vet inte getts tidigare. Projektets beredningsgrupp inledde sin verksamhet hösten 2020. Duodecim fattade vintern 2021 ett beslut om att genomföra projektet som en konsensusrekommendation för God praxis, eftersom det saknas vetenskaplig evidens av tillräckligt hög kvalitet om vissa av de verksamhetsmodeller som är typiska inom primärvården i Finland. Dessutom konstaterades vikten av att basera rekommendationen på en omfattande konsensus.

Konsensusrekommendationen för God praxis utarbetades under åren 2021–2022.

Målet med rekommendationen är att

- skapa en rekommendation som baserar sig på vetenskaplig evidens och omfattande konsensus gällande modeller för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård
- ge evidens- och konsensusbaserat stöd och bakgrund för vidare utvecklingsarbete av mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppenvård
- ge riktlinjer för vetenskaplig forskning om och utveckling av verksamhetsmodeller.

Rekommendationen är avsedd för läkare som arbetar inom primärvårdens mottagningar och särskilt för ledande tjänsteinnehavare inom välfärdsområdet och primärvården, personer som fungerar i ledande positioner inom mottagningsverksamheten samt utvecklare av primärvården. En del av rekommendationerna riktar sig till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, medan andra riktar sig till organisationer som ansvarar för tjänster.

Rekommendationen gäller mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppenvård. Munhälsovården, rådgivningshälsovården, företagshälsovården, studerande- och skolhälsovården, hälsovården inom Försvarsmakten, hälsovården för fångar samt socialvården avgränsas från rekommendationen. Rekommendationen omfattar inte heller rehabilitering.

Rekommendationer som getts för undersökning och vård av patienten ska särskilt när det gäller patientgrupper i sårbar ställning anpassas individuellt enligt patientens behov. Då det gäller barn, särskilt småbarn, betonas vikten av närmottagning och klinisk undersökning.

Rekommendationsutlåtandena tar inte ställning till när barn och andra personer i sårbar ställning utgör en specialgrupp, och därför ombes användaren av rekommendationen att noggrant överväga eventuella avvikelser från de givna rekommendationerna.

För utarbetandet av konsensusrekommendationen för God praxis sammankallades en rekommendationspanel på 23 personer, och som stöd för panelen fungerade en dokumentationsgrupp på 4 personer. Medlemmarna i dessa anges i slutet av rekommendationen. Dokumentationsgruppens ordförande fungerade som panelens föredragande och övriga medlemmar i dokumentationsgruppen som sekretariat vid panelens möten. Medlemmarna i dokumentationsgruppen fick lön för sitt arbete av Duodecim. Medlemmarna i panelen fick inte lön eller arvoden, endast ersättning för möteskostnader. Vi strävade efter att samla yrkesutbildade personer från olika områden inom hälso- och sjukvården och säkerställa ett brett kunnande genom att involvera företrädare för olika utbildningsinriktningar och specialiteter.

Innehållet i och utarbetandet av konsensusrekommendationen för God praxis beskrivs i tabell [1](#) nedan samt i processbeskrivningen [nix03122](#).

De numrerade rekommendationsutlåtandena i detta dokument innehåller rekommendationer kring temat. För utformning av ett rekommendationsutlåtande krävdes minst 75 % konsensus bland panelens medlemmar. Kravet på stark konsensus begränsade möjligheterna att ge rekommendationer, men vårt syfte var att ge ökad tyngd åt de givna rekommendationerna.

44 remissvar gavs om rekommendationsutkastet. Dessutom deltog 51 personer i ett webinarium, som ordnades som en del av utlåtanderundan. Utifrån utlåtandena gjorde panelen sammanlagt 49 ändringar i 31 numrerade remissvar, och dokumentationsgruppen beaktade enligt sitt övervägande utlåtandena i sammanfattningen och referensmaterialet.

Tabell 1. Sammanställning av innehållet i och utarbetandet av konsensusrekommendationen för God praxis

Avsnitt i rekommendationen	Innehåll	Så här upprättades rekommendationen:
Kärnfrågor	Frågor för vilka vi sökte svar vid utarbetandet av rekommendationen. I kapitel 1–11 och deras underkapitel beskrivs de ämnesområden som behandlas i rekommendationen.	Panelen beslutade om behandling av ämnesområdena 1–10 vid sitt första möte utifrån dokumentationsgruppens förslag. Vid det andra mötet infördes ytterligare en kärnfråga.
Rekommendationer	Rekommendationsutlåtanden för vilka minst 75 % konsensus uppnåddes i panelens omröstning. Rekommendationsutlåtandena är numrerade och rubricerade som rekommendationer.	Dokumentationsgruppen presenterade rekommendationsutlåtandena som är baserade på litteraturoversikter och diskussioner i panelen. Panelen röstade om utkastet till rekommendationsutlåtandena mellan mötena, och små ändringar i rekommendationsutlåtanden som godkänkts vid omröstning kunde göras utifrån diskussioner som förts vid panelens möte. Rekommendationsutlåtandena är formellt godkända av panelen.
Sammanfattningar	Är korta sammanfattningar som publiceras i samband med konsensusrekommendationen kring kärnfrågornas ämnesområden.	Dokumentationsgruppen utarbetade sammanfattningarna utifrån litteraturen och beaktade responsen från panelen. Sammanfattningarna har inte godkänkts formellt av panelen.
Referensmaterial	Referensmaterial där kärnfrågornas ämnesområden	Vid utarbetandet av referensmaterialet beaktade dokumentationsgruppen den

Tabell 1. Sammanställning av innehållet i och utarbetandet av konsensusrekommendationen för God praxis

Avsnitt i rekommendationen	Innehåll	Så här upprättades rekommendationen:
	behandlas noggrannare. Materialet publiceras som bilaga till konsensusrekommendationen.	respons som panelen har gett. Referensmaterialet har inte godkänts formellt av panelen.

I den svenska översättningen används för det finska ordet terveydenhuollon ammattilainen, d.v.s. yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, även uttrycken vårdgivare och hälsovårdspersonal, som syftar på den multiprofessionella personalen, ifall yrkesgruppen inte specificeras. Ifall den finska och svenska versionen skulle skilja sig från varandra är det finska originalet det korrekta. Översättningen är kontrollerad av en specialistläkare i allmänmedicin.

1. Målgrupp och avgränsning av ämnet

1.1 Hur fastställs verksamhetsmodeller för undersökning och behandling av sjukdomar på mottagningar inom primärvårdens öppenvård och vilka verksamhetsmodeller är kända?

Inom det finländska hälso- och sjukvårdssystemet har man traditionellt utträttat ärenden på läkarmottagningen. Numera är verksamheten inom primärvårdens öppenvård multiprofessionell, i dagens Finland består hörnstenen i den offentliga verksamheten av mottagningsverksamhet som handhas av läkare, sjukskötare och hälsovårdare. I denna konsensusrekommendation avses med modeller för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård både hela mottagningsverksamheten inom öppenvården och verksamhetsmodeller för de delprocesser som anknyter till mottagningsverksamheten.

I hälso- och sjukvårdslagen indelas vården i brådskande och icke-brådskande vård [\[R1\]](#). Med brådskande vård avses omedelbar bedömning och vård vid akut sjukdom, kroppsskada, försämring av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning; tillstånd där vården inte kan skjutas upp utan att sjukdomen förvärras eller kroppsskadan försvåras. En grov indelning av mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppenvård kan göras enligt graden av brådskande, dvs. jourmässig vård (sker brådskande under samma dag och halvbrådskande inom 1–3 dagar) och verksamhet med tidsbokning (icke-brådskande). Indelningen kan även göras enligt målsättning

som diagnostisering och behandling av sjukdomar och sjukdomsprevention. Det är dock svårt att dra en klar gräns mellan verksamhet som syftar till att diagnostisera och behandla sjukdomar, och annan verksamhet. Mottagningsverksamheten inom öppenvården innefattar även hälsogranskningar.

Mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppenvård formas av flera små verksamhetsmodeller (såsom bedömning av vårdbehovet, telefonrådgivning, digitala kontakter osv.) och den helhet som dessa bildar. Helheten formar också större riktlinjer (såsom vårdens kontinuitet). Karakteristiskt för verksamheten är mångprofessionell verksamhet, både teamarbete och självständigt arbete. De största yrkesgrupperna på mottagningarna inom primärvården är sjukskötare och hälsovårdare, vars andel av alla anställda på hälsovårdscentralerna är 47 %, och läkare, vars andel är 37 % [\[R2\]](#). Därtill kommer när- och primärvårdare vars andel är 9 % och fysioterapeuter 3 %, övrig yrkesutbildad personal utgör cirka 4 % av personalstyrkan inom öppenvården. Av icke-brådskande besök inom primärvårdens öppenvård åren 2017–2021 var andelen besök hos läkare något över 40 % och andelen besök hos sjukskötare eller hälsovårdare under 50 % enligt statistiken i Avohilmo. Bestämmelser om tillgången till vård finns i hälso- och sjukvårdslagen [\[R1\]](#) och lagen om ordnande av social- och hälsovård [\[R3\]](#). I dessa lagar beaktas dessutom tjänsternas tillgänglighet. Institutet för hälsa och välfärd (THL) följer tillgången till vård nationellt. Hälsovårdscentralerna mäter vanligen tillgången till vård med T3-tal. Med T3-tal avses medianen för den tredje lediga tiden för tidsbokning till icke-brådskande vård hos yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården inom enheten. T3-talet beräknas separat för läkare, sjukskötare och fysioterapeuter, och i beräkningen ingår även distansmottagning [\[R4\]](#). För mer information om icke-brådskande besök, besökstyper och tillgång till vård, se referensmaterial 1. Definition och avgränsning av ämnet [nix03123](#).

Kommunen eller en samkommun har ansvarat för ordnandet av hälsovårdscentralernas verksamhet, och i Finland har kommunerna och samkommunerna utvecklat sina verksamhetsmodeller självständigt för att svara på befolkningens behov. År 2019 fanns det över 130 hälsovårdscentraler och över 500 hälsostationer i Finland [\[R5\]](#). Ansvarat för ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet överförs till välfärdsområdena den 1 januari 2023. Ändringen gäller inte Helsingfors stad. Enligt lagen om ordnande av social- och hälsovård ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov [\[R3\]](#). I stället för den tidigare läkarstyrda modellen (alla patienter besöker läkarmottagningen) har olika modeller uppkommit, med vilka man har försökt svara på befolkningens behov av tjänster och allokera arbetsinsatsen för olika yrkesgrupper på ändamålsenliga sätt. De modeller som används i nuläget baserar sig i huvudsak på husläkarmodellen, där kärnhändelsen i verksamheten är mottagningsbesök hos en allmänläkare. Läkarens roll i vården av patienten är central, eftersom en legitimerad läkare enligt lagen [\[R6\]](#) ska

fatta beslut om medicinska undersökningar av patienten, sjukdomsdiagnostisering och behandling förknippad med denna.

Kända modeller för mottagningsverksamhet inom öppenvården är bland annat modellen med befolkningsansvar, listningsmodellen, modellen med arbetspar, modell utan tidsbokning dvs. s.k. walk in, områdesindelningsmodell och teammodell. Se tabell [2](#).

Tabell 2. Modeller för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård som används i Finland	
Verksamhetsmodell	Beskrivning
Modell med befolkningsansvar	En viss läkare har vårdansvaret för alla invånare på ett visst område.
Listningsmodell	Alla långtidssjuka patienter och patienter som behöver många tjänster listas hos en viss läkare som de väljer själva.
Modell med arbetspar	Patienten väljer själv det läkare-sjukskötare arbetspar eller läkare-hälsovårdare arbetspar som ansvarar för hans eller hennes vård. Patienter kontaktar i allmänhet den egna utnämnda sjukskötaren eller hälsovårdaren, som bedömer hur brådskande vårdbehovet är och vid behov hänvisar patienten vidare utifrån bedömningen. Likartad som modellen med listning och områdesindelning.
Modell utan tidsbokning dvs. s.k. walk in	Patienten kan uträtta icke-brådskande ärenden utan att boka tid. En sjukskötare tar emot i första linjen och leder bedömningen av patientens vårdbehov.
Modell med områdesindelning	Befolkningen är indelad i områden. Ett team av läkare och sjukskötare vårdar patienterna på ett visst område. Likartad som modellen med arbetspar.
Teammodell	Benämningen teammodell används för olika lokalt anpassade modeller, där ett multiprofessionellt team ansvarar för en viss befolkning. Typiskt för dessa är multiprofessionellt samarbete, målsättning att inleda utredningen av patientens problem vid första kontakten och att en ansvarig arbetstagare utses. I vissa teammodeller är verksamheten baserad på klientsegmentering och vårdbehoven hos olika klientsegment och olika vårdmål som har fastställts för vården.

Modell baserad på tillgång till vård	Verksamheten är baserad på bedömning av vårdbehovet och utifrån denna hänvisas patienten till mottagningar hos olika yrkesgrupper enligt behov och tillgång. Det finns ingen utnämnd yrkesutbildad person som ansvarar för koordineringen av patientens vård.
Direktmottagning hos en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården	Patienten hänvisas utifrån bedömningen av vårdbehovet till en mottagning hos en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården än en läkare utan läkarremiss. Till exempel direktmottagning hos en fysioterapeut.

Mer information om ämnet, se referensmaterial 1. Definition och avgränsning av ämnet [nix03123](#).

2. Med vilken lagstiftning regleras mottagningsverksamheten inom primärvården?

Sammanfattning

Flera lagar innehåller bestämmelser som reglerar mottagningsverksamheten inom primärvården eller åtminstone påverkar möjligheterna att anordna den. I denna konsensusrekommendation granskas grundlagen [R7], hälso- och sjukvårdslagen [R1], lagen om patientens ställning och rättigheter [R8], lagen om välfärdsområden [R9], lagen om ordnande av social- och hälsovård [R3], lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande [R10], lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården [R6] och lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården [R11] till de delar som de kan anknyta till modellerna för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård. Lagen om privat hälso- och sjukvård [R12] har lämnats utanför granskningen, men det bör observeras att den inte alls innehåller bestämmelser om bedömning av vårdbehovet. I granskningen ingår inte heller socialvårdslagen [R13]. I denna regleras i § 36–37 bedömning av behovet av socialvård och i § 39 utarbetande av klientplan.

Tillräckliga och jämlika hälso- och sjukvårdstjänster ska garanteras för alla

Enligt *grundlagen* ska den offentliga sektorn försäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Ingen får utan godtagbart skäl särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person.

I *hälso- och sjukvårdslagen* föreskrivs att kommunen ska anvisa tillräckliga resurser för främjandet av hälsa och välfärd och för hälso- och sjukvårdstjänster.

I *lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande* föreskrivs, att Folkpensionsanstalten svarar för ordnandet av studerandehälsovård för högskolestuderande och Studenternas hälsovårdsstiftelse för produktionen av tjänsterna. Folkpensionsanstalten svarar för en tillräcklig tillgång av studerandehälsovårdstjänster för högskolestuderande i hela landet och för tjänsternas tillgänglighet samt godkänner servicenätet för studerandehälsovård. Folkpensionsanstalten ska se till att information om verksamhetens kvalitet, genomslag/ effekt och kostnader används vid planeringen och styrning av produktionen av studerandehälsovårdstjänster.

Enligt *lagen om patientens ställning och rättigheter* har var och en som varaktigt bor i Finland utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter. Vården av patienten ska ordnas och patienten bemötas så att hans eller hennes människovärde inte kränks med respekt för personlig övertygelse och integritet. Patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han företräder ska i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet.

Tjänsterna ska vara åtkomliga och tillgängliga på ett likvärdigt sätt

Enligt *hälso- och sjukvårdslagen* ska tjänsternas innehåll och omfattning ordnas utgående från de behov kommuninvånarna eller invånarna i samkommunen har för att säkra välbefinnande, patientsäkerhet, sociala trygghet och hälsotillstånd och för det medicinskt, odontologiskt och hälsovetenskapligt bedömda behov som kan motiveras utifrån observation av faktorer som påverkar dessa hälsoaspekter. En kommun och en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska se till att servicen för de invånare som den ansvarar för ordnas och är tillgänglig på lika villkor inom hela kommunen eller samkommunen. Om det inte är motiverat att koncentrera servicen, bör den ordnas nära invånarna.

Enligt *lagen om ordnande av social- och hälsovård* ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot klienternas behov. Tjänsterna ska tillhandahållas jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära användarna med beaktande av välfärdsområdets befolknings behov. (§ 4) Enligt §10 ansvarar välfärdsområdet för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls samordnas till helheter. Välfärdsområdena ska se till att sådana klienter och patientgrupper som behöver samordnade tjänster på bred basis identifieras, att social- och hälsovården samordnas och servicekedjorna och tjänstehelheterna fastställs, att social- och hälsovårdstjänsterna samordnas med välfärdsområdets övriga tjänster och att de olika producenterna använder sig av den information som finns om en klient.

Enligt *lagen om studerandehälsovård för högskolestuderande* svarar Folkpensionsanstalten för en tillräcklig tillgång på studerandehälsovårdstjänster för högskolestuderande i hela landet och för tjänsternas tillgänglighet samt godkänner servicenätet för studerandehälsovård.

Folkpensionsanstalten ska se till att uppgifterna om verksamhetens kvalitet, genomslag och kostnader används vid planeringen och styrningen av produktionen av studerandehälsovårdstjänster.

En användare av icke-brådskande vård har möjlighet att välja vårdställe.

Enligt *hälso- och sjukvårdslagen* kan en person välja på vilken av kommunens hälsostationer han eller hon får social- och hälsovårdstjänster. Personen kan också välja den hälsovårdscentral som ska ansvara för personens primärvård. Det är dock möjligt att ändra val som har gjorts, men inte oftare än med ett års mellanrum.

I samma lag föreskrivs att patienten har möjlighet att, inom gränserna för vad ett ändamålsenligt ordnande av verksamheten medger, välja den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som vårdar honom eller henne.

Patienten ska få kontakt med primärvården och behovet av vård ska bedömas senast inom tre vardagar.

I *hälso- och sjukvårdslagen* föreskrivs, att en patient, vardagar, under tjänstetid omedelbart ska få kontakt med hälsovårdscentralen eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ska göra en bedömning av vårdbehovet senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen.

Tillgången till brådskande vård ska säkerställas

Enligt *hälso- och sjukvårdslagen* ska patienten vid brådskande fall på vardagar under den tid som uppgetts få bedömning och vård omedelbart av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården nära patientens boningsort eller vid jouthuset. Kommunen eller vid behov samkommunen ska ordna brådskande mottagningsverksamhet för primärvården under kvällstid samt på veckoslut under dagtid när tillgängligheten till tjänsterna förutsätter detta.

En vårdplan ska utarbetas i samförstånd med patienten

Enligt *lagen om patientens ställning och rättigheter* ska inom hälso- och sjukvården vid behov utarbetas en plan för undersökning, vård och medicinsk rehabilitering eller annan motsvarande

plan. Planen ska utarbetas i samförstånd med patienten, dennes anhöriga eller närstående eller lagliga företrädare.

Patienten vård ska ske i samförstånd med patienten

Lagen förutsätter att vården och behandlingen ges i samförstånd med patienten. Om patienten vägrar ta emot en viss vård eller behandling, ska den i mån av möjlighet och i samförstånd med honom eller henne ges på något annat sätt som är godtagbart från medicinsk synpunkt.

Läkare beslutar om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed

I *lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården* föreskrivs dessutom om läkarens rätt att förskriva läkemedel. Enligt angivna villkor har en sjukskötare dock begränsad förskrivningsrätt med ett skriftliga förordnande som ges av den ansvariga läkaren. En legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården får utgående från sin utbildning, erfarenhet och arbetsbeskrivning inleda behandlingen utifrån patientens symtom, den tillgängliga informationen och en bedömning som personen i fråga gör av vårdbehovet.

Arbetsgivaren ska svara för utveckling av verksamheten och upprätthållande av tillräcklig yrkeskompetens

Enligt *hälso- och sjukvårdslagen* ska hälsovårdscentralen ombesörja ordnandet av multidisciplinär forskning, utbildning och utvecklingsverksamhet och kommunen ska anvisa tillräckliga resurser för detta.

I *lagen om välfärdsområden* föreskrivs, att välfärdsområdet ska säkerställa att andra tjänsteproducenter, som producerar tjänster som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar, har tillräckliga professionella, verksamhetsmässiga och ekonomiska förutsättningar för att sköta produktionen av tjänsterna.

Enligt *lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården* är en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skyldig att upprätthålla och utveckla de kunskaper och färdigheter som utövandet av yrket förutsätter samt att göra sig förtrogen med de bestämmelser och föreskrifter som gäller yrkesutövningen. Arbetsgivare för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska följa hur dessa personer utvecklas yrkesmässigt och skapa förutsättningar för dem att upprätthålla och utveckla sina kunskaper och färdigheter genom deltagande i behövlig yrkesinriktad fortbildning, eller genom andra metoder för yrkesmässig utveckling, så att yrkesinsatsen bibehålls på säker och ändamålsenlig nivå.

Utgångsläget är att patienten beslutar om användningen av patientuppgifter inom hälso- och sjukvården

Lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården garanterar användaren av tjänster tämligen omfattande rätt att bestämma vem som får se hans eller hennes uppgifter, särskilt när det är frågan om utlämnande av uppgifter till ett annat personuppgiftsregister.

Informationssystem och välbefinnandeapplikationer ska uppfylla fastställda kvalitetskriterier

I *lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården* regleras registrering, användning och uppföljningen av informationssystem och välbefinnandeapplikationer. Informationssystem som används vid bedömning och segmentering av vård- och servicebehov ska uppfylla föreskrivna skyldigheter.

Mer information om ämnet, se referensmaterial 2. Utdrag ur lagstiftningen [nix03124](#).

3. Bedömning av vårdbehovet

Rekommendationer

Rekommendation 3.1.: Vi rekommenderar att digitala symtombedömningar kan utnyttjas som en del av bedömningen av vårdbehovet. Målbefolkningens behov och förutsättningar bör beaktas vid val och användning av olika metoder för vårdbehovsbedömning. Befolkningens jämlika tillgång till vård bör tryggas oberoende av kontaktsätt.

Rekommendation 3.2.: Vi rekommenderar att man vid omfattande ibruktagande och användning av digitala symtombedömningar väljer sådana symtombedömningar, för vilka säkerhet och kostnadseffektivitet har fastställts inom den finländska primärvården.

Sammanfattning

Med bedömning av vårdbehovet avses den bedömning som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör av patientens hälsotillstånd när han eller hon kontaktar en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården [\[R14\]](#). Målet med bedömningen är god vård utgående från patientens behov, samt ändamålsenlig användning av resurserna på så sätt att patientens behov behandlas jämlikt, i rätt tid och att rätt åtgärder vidtas [\[R15\]](#). I hälso- och sjukvårdslagen och jourförordningen föreskrivs om bedömning av vårdbehov [\[R1\]](#).

- Hälso- och sjukvårdslagen tillämpas på genomförandet och innehållet i den hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för.
- Lagen om privat hälso- och sjukvård innehåller inte bestämmelser om bedömning av vårdbehov [\[R12\]](#).
- Med bedömning av servicebehov avses en serviceprocess inom socialvården, där en yrkesutbildad person inom socialvården tillsammans med klienten bedömer behovet av stöd och stödets karaktär. Även förutsättningarna för en klientrelation och genom vilken typ av socialservicebehoven kan mötas ingår i bedömningen. Bedömningen av servicebehov regleras i socialvårdslagen (1301/2014) § 36 [\[R13\]](#). Bedömning av vårdbehovet inom hälso- och sjukvården kan leda till en bedömning av servicebehovet inom socialvården.
- Denna konsensusrekommendation behandlar bedömning av vårdbehov.

Enligt lagen kan bedömning av vårdbehov endast utföras av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med legitimation eller skyddad yrkesbeteckning i Finland [\[R1\]](#).

I Finland görs bedömningar av vårdbehovet vanligen av sjukskötare eller hälsovårdare. Bedömningar av vårdbehov kan göras centraliserat eller till exempel vid hälsostationer per telefon, på distans på annat sätt (digitalt) eller vid direkt kontakt. Målsättningen är att kvaliteten på bedömningen är likvärdig. Bedömning av vårdbehov är ett krävande arbete och förutsätter erfarenhet. Verksamhetsenheten inom hälso- och sjukvården ska upprätta och skriftligt dokumentera de gemensamma rutinerna för bedömning av vårdbehov samt uppdatera dessa. I föreskrifterna fastställs kontaktsätt, tillvägagångssätt under kontakten samt slutledningar, såsom anvisningar för egenvård och hänvisning för fortsatt vård. [\[R15\]](#). Enligt en enkät bland chefläkare vid hälsovårdscentraler uppdaterar 42 % av hälsovårdscentralerna inte regelbundet anvisningarna [\[R16\]](#).

Det finns väldigt lite nationell och internationell vetenskaplig forskning kring verksamhetsmodeller för bedömning av vårdbehov inom öppenvården. I praktiken används social- och hälsovårdsministeriets (SHM) definitioner av grunderna för icke-brådskande och brådskande vård som referensmaterial [\[R17\]](#), [\[R18\]](#). Hoidonperusteet.fi är en tjänst riktad till yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, vårdbedömningsverktyget som baserar sig på SHMs anvisningar publicerades i december 2021. [\[R19\]](#).

På vissa områden har bedömningen av vårdbehovet centraliserats till stora enheter utanför organisationen. Enligt vår kännedom saknas vetenskaplig evidens för fördelarna med detta arrangemang. Centraliserad tidsbokning kan däremot medföra onödig efterfrågan [\[R20\]](#), [\[R21\]](#), [\[R22\]](#). Onödig förfrågan (failure demand) innebär att klienten återkommer, eftersom man har misslyckats i tjänsten [\[R20\]](#). Följden blir missnöjda klienter, ökad belastning på organisationen, utmattade arbetstagare och ökade kostnader [\[R20\]](#).

Det finns en uppsjö av både kommersiella och icke-kommersiella digitala program för symtombedömning. Digital symtombedömning är oberoende av plats och tidpunkt på dygnet. Utöver att påbörja bedömningen av vårdbehovet är syftet att ge information om eventuella orsaker till symtomen och anvisningar för egenvård i fall programmets algoritm inte detekterar behov av att uppsöka professionell vård. Enligt lagen ska den slutliga bedömningen av vårdbehovet göras av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården [\[R1\]](#).

Högklassiga digitala symtombedömningar är användbara verktyg som stöd i handledningen av den vårdsökande och bedömningen av vårdbehovet [\[R23\]](#), [\[R24\]](#), [\[R25\]](#). Vid användning av digitala verktyg bör man beakta målbefolkningens varierande behov, vilka påverkas av bland annat ålder, utbildningsnivå, sjukdomar, beredskap att använda digitala tjänster och tillgången på dessa. Jämlikheten hos befolkningen ska tryggas oberoende av kontaktsätt.

Mer information om ämnet, se referensmaterial 3. Bedömning av vårdbehov [nix03125](#).

4. Patient- och klientsegmentering

Rekommendationsutlåtandena kring segmentering (konsensus rekommendationer 4.1–4.5), gäller vårdbehovsgruppering där tjänsteproducenten för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård strävar efter att identifiera patienter som drar nytta av olika servicestigar. Segmenteringen påverkar inte den vård som patienten får.

Rekommendationer

Rekommendation 4.1.: Segmentering kan övervägas i mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård för att identifiera patientgrupper, som behöver mycket stöd i sin vård, använder mycket tjänster eller på annat sätt drar nytta av olika servicestigar. Vi rekommenderar att ändamålet, målgruppen och kriterierna för segmenteringen definieras tydligt.

- När segmentering (vårdbehovsgruppering) tillämpas, ska lagstadgad likabehandling i fråga om tillgången till vård och vården säkerställas [\[R1\]](#). Enligt patientlagen ska patientens individuella behov i mån av möjlighet beaktas i vården av patienten [\[R8\]](#).
- Även då segmenteringen är dynamisk, dvs. patienten kan flytta från ett segment till ett annat när hans eller hennes omständigheter förändras, ska kontinuiteten i vårdrelationen tryggas.
- Vid segmentering bör patientens livssituation beaktas på ett övergripande sätt.

Rekommendation 4.2.: Vi rekommenderar att man innan omfattande användning av segmentering utvärderar segmenteringskriteriernas tillförlitlighet.

- Bland annat intern och extern validitet, identifierbarhet, tillräcklig storlek, stabilitet och genomförbarhet har framförts som utvärderingskriterier för segmenten.
- För att ha nytta av en specifik servicestig bör patienter som grupperas i ett enskilt segment å ena sidan vara tillräckligt homogena, å andra sidan ska de enskilda segmenten vara såpass olika, att vårdbehovsgruppering är motiverat.

Rekommendation 4.3.: Då segmenteringen baserar sig på en klinisk bedömning utöver information som fås från patientdatasystemet rekommenderar vi att den vårdgivaren (t.ex. en utsedd sjukskötare, hälsovårdare eller läkare) som känner patienten deltar i segmenteringen.

Rekommendation 4.4.: Vi rekommenderar att man säkerställer att det råder samförstånd mellan vårdgivare och patient samt att patientens vilja att binda sig till den servicestig som har valts utifrån segmenteringen, säkerställs. Ett nekande till vårdbehovsgruppering får inte inverka på den vård som erbjuds patienten.

- Enligt patientlagen ska patienten vårdas i samförstånd med patienten [\[R8\]](#).

Rekommendation 4.5.: Vi rekommenderar att man vid ibruktagande och användning av segmentering utvärderar den nytta och de olägenheter den medför för patienten samt effekterna den har på bland annat vårdrelationens kontinuitet.

Sammanfattning

Med segmentering avses gruppering av användare av tjänster enligt servicebehov eller användning av tjänster [\[R26\]](#), [\[R27\]](#). Genom gruppering strävar man efter att identifiera de patienter som befinner sig i en liknande situation. Målen med segmenteringen kan vara planering och riktning av resurser inom hälsotjänster, prognostisering av hälsotillståndet (health/prognostic index), profilering enligt levnadsvanorna och att skraddarsy vårdarrangemangen enligt behovet av stöd [\[R28\]](#). Grupperingen påverkar inte den medicinska vården eller behandlingen [\[R26\]](#). Segmenteringen är dynamisk, dvs. den enskilda patienten kan flytta från ett segment till ett annat när hans eller hennes omständigheter förändras. Å andra sidan bör segmenteringen vara så pass långvarig att kontinuiteten i vårdrelationen inte äventyras. Målet är alltså att vården är jämlik, men att den genomförs med olika servicemetoder enligt patientens behov. Det här kan till exempel innebära att en kontaktperson utnämns för en klient som behöver mycket tjänster och att så kallade självständiga klienter i första hand hänvisas till digitala tjänster. Serviceformerna kan förändras, även om den person som fungerar som kontaktperson inte byts ut (kontinuiteten säkerställs).

Vid vårdbehovsgruppering används två olika tillvägagångssätt: 1. expertbaserad (expert-driven), varvid experter utifrån litteraturen och konsensus utarbetar kriterierna för grupperingen och 2.

databaserad (data-driven), varvid grupperingen grundar sig på empiriska data [R28]. Målgruppen för grupperingen kan vara befolkningen, en del av befolkningen, t.ex. enligt sjukdomstillstånd eller personer med förhöjd risk för ett visst slutresultat. [R29]. Vid grupperingen används vanligen empiriska data (patientdatasystem, administrativa register) och vid sidan av dem kvalitativa data, såsom kliniska bedömningar.

Forskningen om segmentering har i huvudsak varit beskrivande och strävat efter att påvisa att man med hjälp av olika data kan identifiera patientgrupper som skiljer sig från varandra men som sinsemellan är relativt homogena gällandes specifika faktorer, såsom användning av hälso- och sjukvårdstjänster [R28], [R30], [R31]. / I två undersökningar som utfördes i Singapore kunde man påvisa en skillnad i behovet av sjukhusvård och dödlighet mellan grupper som skapats genomrundade databaserad segmentering, uppföljningen skedde efter 1 och 4 år [R32], [R33]. Det är oklart hur bra resultatet kan tillämpas i det finländska servicesystemet. I informationssökningen för denna rekommendation hittade vi inte undersökningar där man utvärderar hur segmenteringen påverkar hur patienter hänvisas till de olika tjänsterna, eller huruvida servicehandledningen har effekt på patienternas prognos eller sjukvårdstjänsternas kostnader.

Det finns ingen vetenskaplig evidens för hur segmenteringen borde genomföras och vilka verktyg som borde användas. I en systematisk översikt utförd av Yan et al. [R28] konstateras att det finns olika analysmetoder, vilket kan påverka tolkningen också fast samma segmenteringskriterier används. I valet av analysmetod bör egenskaperna hos den använda data, samplets storlek och ändamålen med segmenteringen beaktas. Fördelen med användning av kvantitativa data är att de är lättillgängliga, däremot ställer användningen krav på informationssystemen och beaktar till exempel inte patientens vilja att följa den servicestig som rekommenderas enligt segmenteringen. En kombination av kvalitativa och kvantitativa data kan förbättra segmenteringens tillförlitlighet, genomförbarhet och kliniska betydelse [R34]. Vårdbehovsgruppering som grundar sig enbart på klinisk bedömning kan vara vilseledande p.g.a. att bedömningen blir subjektiv.

Det finns ingen vedertagen praxis för utvärdering av segmenteringskriterier. Enligt en systematisk översikt [R28] bör segmenteringskriterier utvärderas utifrån följande egenskaper: intern validitet (internal validity), extern validitet (allmängiltighet, external validity), identifierbarhet (identifiability/intrpretability), tillräcklig storlek (substantiality), varaktighet (stability), genomförbarhet (actionability/accessibility -d.v.s. det ska vara lätt att omfatta segmentet och identifiera de vårdstrategier som har skapats för segmentet). Dessutom bör antalet segment vara rimligt (parsimony).

Suuntima är ett verktyg för vårdbehovsgruppering som har utvecklats och som används i Birkalands sjukvårdsdistrikt. Segmentering med verktyget grundar sig på en bedömning som patienten och hälsovårdspersonal gör tillsammans: patienten bedömer sina egna resurser och funktionsförmåga i vardagen och den yrkesutbildade personen bedömer patientens hälsotillstånd

och sjukdomens svårighetsgrad. Utifrån bedömningen segmenteras patienten i en av fyra klientsegment: 1) gemenskap, 2) nätverk, 3) egenvård eller 4) samarbete. Målet är att stöda egenvård och hänvisa patienten till rätt servicestig inom hälso- och sjukvården. Enligt utvärderingar, som baserade sig på ett litet material av enkätsvar och intervjuer i fokusgrupper, ansåg både patienterna och sjuksköterna att Suuntima var lätt att använda och underlättade diskussion om patientens situation ur olika synvinklar [R35]. Det tog vanligtvis under 25 minuter att utföra bedömningen (Suuntima-tjänsten, DigiFinland <https://digifinland.fi/toimintamme/suuntima-palvelu/>).

Det behövs mer forskning om nyttan av segmentering, se kapitel 11. *Vilka slags vetenskapliga undersökningar borde göras framöver om verksamhetsmodeller inom primärvården?*

Segmenteringens effekter på kvaliteten kan mätas utifrån olika kvalitetsdimensioner [R36]: vårdens verkningsfullhet (inkl. kostnadsnyttoeffekt), effektivitet (inkl. kostnadseffektivitet), säkerhet, patientorientering, rättidighet och jämlikhet och rättvisa. Man bör även utvärdera hur segmentering påverkar tillgången till vård och vårdens kontinuitet.

För mer information om segmentering, se referensmaterial 4. *Patient- och klientsegmentering* [nix03126](#).

5. Undersökning av patienten och diagnostik

5.1. Olika typer av mottagningar och kontaktsätt

5.1.1. Vilka olika alternativ för mottagningar och kontaktsätt är kända?

Sammanfattning

Utbudet av olika typer av mottagningar och kontaktsätt har utvidgats, och COVID-19-pandemin har påskyndat förändringen. Social- och hälsovårdsministeriet har angett att distanstjänster och sedvanliga mottagningsbesök inom primärvården i huvudsak är jämförbara [R37]. Enligt Valviras definition avses med distanstjänster inom hälso- och sjukvården vård av patienten samt beslut och rekommendationer som baserar sig på uppgifter och dokument som förmedlas via videoöverföring på internet eller via smarttelefon, dessa innefattar undersökning diagnostisering och uppföljning [R38]. Läkarbedömning kan genomföras på distans, med sjukskötarassistans, så att hjälpmedel för distansdiagnostik, såsom distansstetoskop, möjliggöra en läkarbedömning. Olika typer av mottagningar och kontaktsätt inom primärvårdens öppenvård beskrivs i tabell 3.

Tabell 3. Olika typer av mottagningar och kontaktsätt inom primärvårdens öppenvård

Typ av mottagning eller kontaktsätt	Beskrivning
Närmottagning	Patienten besöker en vårdgivare på närmottagningen. Mottagningarna kan ha olika klasser beroende på hur brådskande vården är (prioritetsklasser, triage). Patienterna hänvisas till vissa mottagningar på rekommendation eller med remiss av läkare.
Gruppmottagning	Patienten besöker en närmottagning där 2 eller flera vårdgivare tillsammans bedömer situationen.
Gruppbesök	Flera patienter besöker samtidigt en mottagning som hålls av en vårdgivare. Till exempel grupp för inledande information, livsstilsgrupper och fysioterapigrupper.
Nätverksmöte	I mötet deltar flera vårdgivare och patienten/klienten samt eventuellt en socialarbetare. Syftet kan till exempel vara att utarbeta en rehabiliteringsplan.
Hembesök	Förbokat besök inom öppenvården som en vårdgivare utför i patientens hem eller på en motsvarande boplat, såsom ett äldreboende eller servicehem.
Undervisningsmottagning	Patienten besöker en mottagning som hålls av en studerande inom hälso- och sjukvården. Under åtminstone en del av besöket närvarar även legitimerad (ansvarig) vårdgivare.
Videomottagning	Mötet mellan patient och vårdgivare genomförs med videoförbindelse via en digital servicekanal i realtid. Patienterna hänvisas till vissa av mottagningarna på rekommendation eller med remiss av läkare.
Gruppbesök på distans	Möte mellan flera patienter och vårdgivare i realtid, vilket genomförs med videoförbindelse via en digital servicekanal.
Telefonmottagning	Patientens hälsoproblem utreds och behandlas genom ett telefonsamtal. För samtalet bokas tid på samma sätt som för när- eller videomottagning.

Chat-mottagning	Digital mottagning där patientens hälsoproblem utreds och behandlas i realtid genom diskussion via en applikation för snabbmeddelanden (chat).
Vårdsamtal	Vårdgivaren ringer till patienten och ger provresultat, rådgivning och handledning eller genomför uppföljning av patientens hälsotillstånd. En exakt tidpunkt för telefonsamtalet avtalas inte, utan samtalet sker under en viss dag.
Hälsovårdspersonal Vårdgivarentar kontakt via en meddelandetjänst	Vårdgivaren tar kontakt via en digital meddelandetjänst och ger information om till exempel laboratorieresultat eller annan information. Även andra anvisningar kan ges, till exempel om ändring av en läkemedelsdos. Kontakten har föregåtts av ett mottagningsbesök.
Digital service- och ärendeskötselkanal inom hälso- och sjukvården	Patienten fyller i en digital servicebedömning (egen vårdbegäran) eller hälsoenkät på eget initiativ. Patienten kontaktas med fördröjning enligt bedömning av hur brådskande ärendet är. Patienten får anvisningar för egenvård och vid behov kontakt med en vårdgivare och/eller vägledning till ändamålsenlig hjälp. I tjänsten kan man bland annat göra en hälsoundersökning samt genomföra hälsorådgivning. Meddelandetjänsterna är Omaolo.fi och Maisa är exempel på digitala kanaler
Vårdbrev	Vårdbrev är ett personligt brev gällande undersökning och behandling av personens sjukdom, som en läkare eller annan vårdgivare som läkaren har bemyndigat utarbetar till patienten och som ersätter ett annat kontaktsätt. Man kan skicka vårdbrevet per post eller som krypterad e-post, eller komma överens om att patienten ska läsa anvisningarna på Mina kanta-sidor.
Källor: [R39] , [R40] och rekommendationens experter. Mer information och en utförligare tabell finns i referensmaterial 5. Undersökning av patienten och diagnostik nix03127 .	

Typen av kontakt och kommunikation mellan vårdgivare och patienter följs upp med hjälp av uppgifter i Avohilmo-registret. THL:s dokumentationsanvisningar [\[R41\]](#) rekommenderar att man vid dokumentation av speciellt distansbedömning använder nationella klassificeringar. På så sätt erhålls enhetliga nationella data, som utgör underlag för planering, uppföljning och utvärdering.

5.1.2. I vilka situationer är besök på närmottagning att föredra?

Rekommendationer

Rekommendation 5.1.2.1.: Vi rekommenderar närmottagning när ett viktigt vårdbeslut ska fattas eller när det behövs en klinisk undersökning för utredning av hälsotillståndet som inte kan genomföras på distans. Patientens önskemål om mottagningsätt bör beaktas.

Rekommendation 5.1.2.2.: Vid upprättande av utlåtanden för sociala förmåner rekommenderar vi att bedömningen av kliniskt status och arbets- och funktionsförmågan görs på en närmottagning, särskilt om det inte sedan tidigare finns en patient-läkarrelation. Grunden för beviljande av sociala förmåner är objektiva sjukdomstecken och de funktionsbegränsningar som dessa orsakar.

- Man kan avvika från detta, om läkaren bedömt att de uppgifter som han eller hon har fått, i ärendet som ska avgöras, till sin omfattning och karaktär är tillräckliga och aktuella.

Rekommendation 5.1.2.3.: Vi rekommenderar att laboratorieundersökningar och andra mätningar inte används för att ersätta läkarens kliniska undersökning eller bedömningar som utförs av andra vårdgivare.

Rekommendation 5.1.2.4.: Vi rekommenderar att radiologiska undersökningar inte utförs före en klinisk undersökning utan särskilt övervägande.

Rekommendation 5.1.2.5.: Vi rekommenderar att en klinisk undersökning ingår i diagnostiseringen av infektioner, särskilt när en klinisk undersökning utförd av läkare behövs för utredning av infektionens svårighetsgrad eller en noggrann diagnos behövs.

Sammanfattning

Valvira har gett en anvisning om tjänster inom hälso- och sjukvården som ges på distans. Anvisningen gäller mottagningsverksamhet som ordnas av en verksamhetsenhet inom den offentliga hälso- och sjukvården, en privat serviceproducent (t.ex. företag av bolagsform) eller en självständig yrkesutövare [\[R38\]](#). Enligt anvisningen kan distanstjänster inte anses vara lämpliga, om en bedömning av vårdbehovet förutsätter fysisk undersökning av patienten eller för en sådan vårdssituation där en begränsning av patientens självbestämmanderätt kommer att bedömas och kan komma att bli ett resultat av bedömningen.

I enlighet med anvisningen behövs närmottagning när

- bedömningen av vårdbehovet förutsätter fysisk undersökning av patienten
- i en vårdssituation där en begränsning av patientens självbestämmanderätt kommer att bedömas och kan komma att bli ett resultat av bedömningen
- det finns utmaningar beträffande växelverkan och kommunikationsförmåga

- det under distanskontakten framkommer att patientens hälsoproblem inte kan utredas eller behandlas på ett ändamålsenligt sätt via distanskontakt
- man under kontakten avser ge besked om en allvarlig diagnos
- patienten inte kan använda distansförbindelser
- distansförbindelsen inte är datasäker.

Enligt tidigare kvalitativa studier anser allmänläkare fortfarande att närmottagning är en gyllene standard [R42], [R43]. Vårdgivare föredrar närmottagning vid behandling av ett nytt, akut och komplicerat ärende särskilt om en fysisk undersökning eller regelbunden uppföljning behövs. Man anser även att närmottagning är bättre när mer tid behövs för diskussion, beslutsfattande och när hälsoproblemet är allvarigare [R42], [R44].

En klinisk inspektion kan innebära endast inspektion, varvid den i vissa situationer kan genomföras på tillförlitligt sätt med hjälp av video eller bild via distansförbindelse. Exempel på dylika sjukdomstillstånd är *erythema migrans* och bältros. Undersökningar av psykiska problem baserar sig på intervju. Det kan ändå vara bra att träffa patienten på en närmottagning där man kan observera patientens habitus och beteende. För vissa patienter kan å andra sidan växelverkan vara lättare via distansförbindelse.

Behov av laboratorieundersökningar och andra mätningar bedöms utifrån anamnes och kliniska undersökning. I vissa situationer är det, för att göra processen smidigare, förnuftigt att dessa undersökningar utförs av annan vårdgivare eller via distansförbindelse. Till exempel kan en sporadisk urinvägsinfektion hos en tidigare frisk kvinna i arbetsför ålder diagnostiseras utifrån enbart symtom, förutsatt att symptomen är typiska och att det inte framkommer något som tyder på en könssjukdom eller någon annan gynekologisk infektion, se God medicinsk praxis-rekommendationen *Virtsatieinfektio* (Urinvägsinfektioner) [hoi10050](#), [R45]. Hos övriga patienter ska diagnosen grunda sig på en kombination av svar på bakterieodling från urin och symtom som tyder på urinvägsinfektion eller pyelonefrit. Närmottagning krävs dock inte alltid för att ställa en diagnos. Det centrala är att bedöma om den planerade undersökningen är motiverad och om den tillför viktig information som påverkar vården och behandlingen, samt överväga huruvida undersökningen eventuellt orsakar olägenheter. Till exempel kräver inte akut smärta i nedre delen av ryggen eller annan tillfällig ryggsmärta omedelbara bildiagnostiska undersökningar, om det inte finns tecken på en allvarlig sjukdom, se God medicinsk praxis-rekommendationen *Alaselkäkipu* (Smärtor i nedre delen av ryggen) [hoi20001](#), [R46], eftersom avbildningsundersökningarna inte förbättrar vårdresultatet [R47] och kan leda till slumpmässiga fynd av oklar betydelse.

Sammanfattning av undersökningar där närmottagning och distanskontakt jämförs presenteras i kapitel 5.1.3. I vilka situationer är distansmottagning ett bra alternativ?

Mer information och noggrannare beskrivning av undersökningar, se referensmaterial 5.

Undersökning av patienten och diagnostik [nix03127](#).

Sociala förmåner och typ av mottagning

Folkpensionsanstalten (FPA) kan ersätta behandling som har getts av läkare via distansförbindelse, då vårdtjänsten har genomförts till exempel via telefon eller en tillförlitlig chat eller videoförbindelse. Tjänster som berättigar till ersättning se [\[R48\]](#), [\[R49\]](#).

FPA tillämpar Valviras anvisningar om tjänster inom hälso- och sjukvården som kan ges på distans [\[R38\]](#). Den vårdande läkaren ansvarar för bedömningen av huruvida en tjänst är lämplig att genomföra på distans. För upprättande av handlingar som riktas till FPA gäller samma principer som för handlingar som utfärdas vid mottagningsbesök. Läkare som utfärdar utlåtanden omfattas av skyldigheterna enligt Valviras anvisningar om utfärdande av läkarintyg [\[R50\]](#) och Valviras anvisning om tjänster som ges på distans [\[R38\]](#). Utlåtandet ska basera sig på uppgifter, vars riktighet läkaren själv har förvissat sig om. Vid distansmottagning ska alltid adekvata journalanteckningar upprättas och arkiveras. Det ska framgå i utlåtandet patientjournalens text huruvida bedömningen har gjorts på distansmottagning, hur distansmottagningen genomfördes (videosamtal, telefon, chat) och hur patientens identitet fastställdes vid distansmottagningen [\[R51\]](#).

Ett läkarutlåtande är ett centralt dokument i bedömningsprocessen för en förmån. I utlåtandet beskriver den vårdande läkaren patientens sjukdomar (diagnostik), nuvarande tillstånd (status), vården och rehabiliteringen, samt och den förändring i funktionsförmåga sjukdomen orsakar. Slutligen ger läkaren en bedömning av prognos samt drar slutsatser utifrån de uppgifter som han eller hon har beskrivit. Beskrivningen av funktionsförmågan baserar sig på både intervju av patienten och observationer den kan inte basera sig enbart på det som patienten berättar. Vid bedömning av funktionsförmågan bedömer man inte funktionen i ett enskilt organ eller en enskild kroppsdel, utan personens övergripande förmåga att fungera i olika situationer. Bedömningen inkluderar hur personen klarar av kraven i det dagliga livet. Det är viktigt att beskriva observationer vid kliniska undersökningar, den aktuella funktionsförmågan och hur den påverkas av sjukdomen eller skadan, resultat av eventuella mätningar i förhållande till det kliniska tillståndet samt återstående funktionsförmåga inklusive både begränsningar och styrkor i vardagliga funktioner. De uppgifter som patienten ger ska särskiljas från undersökningsfynd och dokumentuppgifter.

Se även God medicinsk praxis-rekommendationen *Bedömning av behovet av sjukfrånvaro (fråga 16: Hur kan behovet av sjukfrånvaro bedömas på en distansmottagning?* [hoi50121](#), [\[R52\]](#).

Radiologiska undersökningar och typ av mottagning

Enligt strålsäkerhetslagen [\[R53\]](#) ska läkaren göra en bedömning av berättigandet av användning av medicinsk strålningsexponering, där man bedömer de förväntade fördelarna och den eventuella skada som exponeringen i samband med undersökningen kan medföra (109 §). Innan undersökningen inleds ska den läkare som sänder remissen se till att relevant information om tidigare undersökningar, åtgärder och behandlingar finns tillgängliga och att den person som

kommer att bli utsatt för strålning informeras om fördelarna med undersökningen samt om de eventuella hälsoskador som strålningsexponeringen kan orsaka (113 §). Mer information se referensmaterial 2. Utdrag ur lagstiftningen [nix03124](#).

Behovet av en undersökning bedöms enskilt för varje patient och enligt principen för berättigande ska den förväntade nyttan av undersökningen vara större än den eventuella skadan. [R54]. Enligt Strålsäkerhetscentralens föreskrift ska läkaren i mån av möjlighet skaffa behövliga uppgifter från tidigare undersökningar. Vid övervägande om undersökningen är berättigad ska läkaren ta hjälp av nationella och internationella rekommendationer för remittering, och vid behov konsultera en läkare på den bilddiagnostiska enheten. Eventuella alternativa undersökningsmetoder, såsom ultraljudsundersökning, magnetundersökning (MRI) och undersökningar som orsakar mindre strålningsexponering ska beaktas. Särskilt när det gäller barn och gravida kvinnor ska man noggrant överväga om en undersökning är berättigad. Även vid rutinmässiga undersökningar ska behovet utvärderas noggrant. Enligt Strålsäkerhetscentralens föreskrift (2 § Säkerställande av berättigandebedömningen) [R55] ska verksamhetsutövaren för att säkerställa sig om att bedömningen av berättigande gjorts, försäkra sig om:

- identifiering av personen som utsätts för medicinsk strålningsexponering.
- att de i 113 § 1 mom. 1 punkten i strålsäkerhetslagen avsedda uppgifterna är tillräckliga för att säkerställa berättigandebedömningen av undersökningen, åtgärden eller behandlingen
- att undersökningen, åtgärden eller behandlingen är korrekt och rätt riktad enligt uppgifterna i remissen.

I praktiken kan det finnas vissa sällsynta situationer, då läkaren kan ordinera en radiologisk undersökning utan klinisk undersökning på närmottagning och på så sätt främja att vårdprocessen löper smidigt utan att kompromissa med kvalitet och säkerhet. En sådan situation kan vara till exempel felställning orsakad av trauma.

5.1.3. I vilka situationer är distansmottagning ett bra alternativ?

Rekommendationer

Rekommendation 5.1.3.1.: Vi rekommenderar att mottagningsbesöket kan genomföras på distans, ifall ärendet gällandes patientens hälsotillstånd inte kräver klinisk undersökning på en närmottagning. Patientens önskemål om mottagnings sätt ska också beaktas. Dessutom ska tillförlitliga och för ärendet tillräckliga förhandsuppgifter om patienten finnas tillgängliga.

Rekommendation 5.1.3.2.: Vi rekommenderar distanskontakt enligt individuellt övervägande, förutsatt att tillvägagångssättet möter patientens behov, speciellt om man på så sätt kan främja tillgången till vård och vårdens kontinuitet.

Sådana situationer kan vara till exempel

- uppföljning av kroniska sjukdomar
- livsstilsrådgivning
- bedömning av behov av akut vård och behandling av sådana kortvariga hälsoproblem, som kan diagnostiseras vid distanskontakt
- psykosocial vård, såsom psykoedukation
- mentalvårdstjänster (förutom i situationer där en begränsning av patientens självbestämmanderätt kommer att bedömas och kan komma att bli ett resultat av bedömningen).

Rekommendation 5.1.3.3.: Vi rekommenderar att man vid distansmottagning säkerställer att den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården har tillgång till utrymmen och verktyg som möjliggör integritetsskydd.

Sammanfattning

Social- och hälsovårdsministeriet har angett att tjänster som ges på distans och sedvanliga mottagningsbesök inom primärvården i huvudsak är jämförbara [R37]. Valvira har gett en anvisning om tjänster inom hälso- och sjukvården som ges på distans. Anvisningen gäller mottagningsverksamhet som anordnas av en verksamhetsenhet inom den offentliga hälso- och sjukvården, en privat serviceproducent (t.ex. företag av bolagsform) eller en självständig yrkesutövare [R38], se tabell 4. Adekvata journalanteckningar ska göras vid distansmottagningar på samma sätt som vid sedvanliga mottagningar (lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, 16 § [R6], patientlagen, 12 § [R8] THL:s föreskrift 3/2021 [R56]). I anteckningarna bör också kontaktypen framgå. I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (3 kap. Allmänna skyldigheter för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 15 §) konstateras, att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården i sin yrkesutövning ska tillämpa allmänt godtagna och beprövade metoder i enlighet med sin utbildning, som han eller hon kontinuerligt ska sträva till att komplettera. I samband med yrkesutövningen ska vårdgivaren opartiskt beakta den nytta och de eventuella olägenheter vården medför för patienten [R6]. Mer information, se referensmaterial 2. Utdrag ur lagstiftningen [nix03124](#). Läkarförbundet har gett en rekommendation för distansmedicin [R57].

Tabell 4. Valviras anvisning om viktiga faktorer att beakta i samband med distanstjänster inom hälso- och sjukvården. Källa: [R38]

Distanstjänsten ska ha patientens explicita samtycke.

Vårdgivaren ska omsorgsfullt bedöma om den nödvändiga servicen kan ges på distans. (Distanstjänster kan inte anses vara lämpliga, om en bedömning av vårdbehovet förutsätter fysisk undersökning av patienten eller i situationer där en begränsning av patientens självbestämmanderätt kommer att bedömas och kan komma att bli ett resultat av bedömningen.)

Vårdgivaren ska göra en individuell bedömning av huruvida patienten är lämplig att vårdas på distans.

Patienten ska identifieras på ett tillförlitligt sätt, detta kan ske åtminstone genom stark autentisering, varom föreskrivs i lagen om stark autentisering och betrodda elektroniska tjänster (617/2009). Identifieringsmetoden ska kunna verifieras i efterhand.

Tillbörliga journalanteckningar ska uppgöras om distanstjänsten, och patientregistret ska upprätthållas enligt gällande författningar och bestämmelser.

Patienten ska vid behov beredas möjlighet till ett individuellt mottagningsbesök eller hänvisas till mottagning på någon annan vårdinrättning.

Den som tillhandahåller distanstjänster ska uppfylla bestämmelserna i lagstiftningen om ifrågavarande verksamhet samt även de krav som ställs i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (784/2021). Tillhandahållaren av distanstjänster ska bland annat göra upp eller uppdatera en plan för egenkontroll enligt Institutet för hälsa och välfärds föreskrift (2/2015) (thl.fi <https://thl.fi>) där innehållet av distanstjänsterna beaktas.

Nedan ges en sammanfattning av tidigare studier där närmottagning och distanskontakt jämförs. Studierna är indelade enligt kvalitetsdimensioner inom hälso- och sjukvården [R36]: vårdens verkningsgrad (inkl. Kostnadsnyttoeffekt), effektivitet (inkl. Kostnadseffektivitet), säkerhet, patientorientering, rättidighet (läglig tid), jämlikhet och rättvisa. Dessutom behandlas växelverkan viddistanskontakter och patienters och hälsovårdspersonalens åsikter. I systematiska översikter har man ofta sammanställt olika distanskontakter och till exempel kan inte video- eller telefonkontakter nödvändigtvis särskiljas i resultaten. Dessutom finns osynkroniserade distanskontakter, dvs kontakter som inte sker i realtid, med i vissa undersökningar. Det finns få randomiserade undersökningar. Till följd av COVID-19-pandemin har distansmottagningar snabbt blivit vanligare, därför är de mest aktuella undersökningarna i huvudsak enkäter. Forskningen beskrivs utförligare i referensmaterial 5. *Undersökning av patienten och diagnostik* [nix03127](#). Fördelar och nackdelar med distansmottagning har sammanställts i tabell 5.

Tabell 5. Fördelar och utmaningar med distansmottagning

Fördelar	Fördel eller utmaning	Utmaningar
----------	-----------------------	------------

Tillgänglighet – tid och plats	Tillgång	Fysisk undersökning är möjlig endast i vissa situationer
Patienten sparar tid och eventuellt kostnader	Eventuell osynkroniserad kommunikation (inte realtid)	Patientsäkerhet
Vissa patienter har lättare att berätta om känsliga saker	Ger möjlighet till kontinuitet, men kan också innebära utmaningar gällande kontinuiteten	Integritetsskydd och datasäkerhet
Sjukdomar smittar inte		Kompetens i distanskommunikation
		Brister i det tekniska kunnandet (läkaren och patienten)
		Jämlikhet
		Arbetsmängd för den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården
		Kommunikationsteknik

Vårdens nyttoeffekt (bl.a. kostnadsnyttoeffekt)

Det saknas högklassig forskning som jämför verkningsgraden mellan närmottagningar och distanskontakter [R42], [R58], [R59], [R60]. Underökningarna är i huvudsak gamla och till typen observationsstudier. Inom primärvården torde det finnas mest information om mentalvårdstjänster [R58]. Forskningsresultat visar att video- och telefonmottagningar är lika effektiva vid lindring av depressionssymtom, men då det gäller andelen som uppnått remission vid depression är resultaten motstridiga, samma gäller mottagningstypens inverkan på vårdens kontinuitet. En utmaning vid bedömning av mentalvårdstjänsternas effekt var att en större andel av de som vårdades på distans avbröt uppföljningen.

Enligt fyra observationsstudier som genomfördes inom primärvården fanns det inga skillnader i verkningsgraden mellan distansmottagningar och närmottagningar då man bedömde livskvaliteten [R58]. Effekten på föreskrivningspraxis för antibiotika var motstridig [R61], [R62]. Möjligen föreskrivs aning mer antibiotika vid distansmottagningarna, men för många sjukdomstillstånd har skillnaderna inte varit statistiskt signifikanta [R62]. I nästan alla grupper av sjukdomstillstånd är

heterogeniteten stor. I en lågklassig RCT-undersökning, där målgruppen var patienter som kom till en akutmottagning, observerades inga skillnader mellan grupperna. Distansmottagningar kan medföra ett större antal uppföljningsbesök [\[R61\]](#).

En studie som utvärderade kontakttypens inverkan på behandling och uppföljning av typ 2-diabetes inom primärvården konstaterade att HbA_{1c}-nivån eventuellt sjunker mer i distanskontaktgruppen jämfört med närmottagningsgruppen, men skillnaden är medeltal liten och den kliniska betydelsen kunde inte bekräftas [\[R63\]](#). Interventionerna var mycket varierande och största delen förekom inte realtidskontakt mellan patienten och hälsovårdspersonal. Den täta kontakten i studierna gör att man ifrågasatt hur interventioner med video- och telefonkontakter kan tillämpas i praktiken. Beträffande effekten av livsstilscoachning var resultaten motstridiga, men i regel fanns det inga skillnader mellan grupperna [\[R58\]](#). Av undersökningarna framkom att en större andel avbröt i distansgrupperna.

I en systematisk översikt [\[R64\]](#) jämfördes kostnadsnyttoeffekten vid behandling av olika hälsoproblem via video- och telefonkontakt med besök på närmottagning. Av sammanlagt 7 undersökningar konstaterade man i 6 att de undersökta distanstjänsterna var kostnadseffektiva, men resultatets tillförlitlighet försvagas betydligt av att man inte mätte verkningsfullheten i undersökningarna, utan antog att olika kontakttyper var jämförbara i fråga om nyttoeffekt. Enligt en undersökning ökade telefon- och videokontakter på grund av akut luftvägsinfektion kostnaderna. I enstaka undersökningar [\[R58\]](#) har det framkommit tecken på att videomottagningar kan minska kostnaderna särskilt när hälsocentralläkaren känner patienten. Mängden diagnostiska test påverkar också kostnaderna.

Enligt en kartläggande systematisk undersökning är bedömning av en fysioterapeut på distans vid problem i rörelseorganen tillförlitlig [\[R65\]](#). Det finns få undersökningar och de fokuserar på flera olika problem i rörelseapparaten. En del studier hade genomförts inom primärvården. I samma översikt bedömdes också vårdens (rehabiliteringens) verkningsfullhet, dessa undersökningar hade utförts inom den specialiserade sjukvården i samband med ledprotesoperationer.

Effektivitet

Distanskontakternas inverkan på hälso- och sjukvårdstjänsternas effektivitet har undersökts i enstaka undersökningar med varierande patientgrupper och utvärderats med olika metoder. Det finns begränsad evidens som indikerar att telefonkontakter och videomottagningar skulle vara kortare än närmottagningar [\[R42\]](#), [\[R66\]](#), vid videomottagningar utbyter man mindre information och diskuterar färre problem. Enligt en finländsk undersökning, [\[R67\]](#) som gjordes hos en privat tjänsteproducent specialiserad på barnsjukdomar, rekommenderade läkare på chat-mottagningen i 14 % av fallen en närmottagning samma dag. Andelen var något högre för infektionspatienter. Chat-diskussionerna var trots detta långa.

Distansmottagning verkar leda till ökat antal uppföljningsbesök [R58], [R61], [R66]. I en RCT-undersökning var antalet uppföljningsbesök i genomsnitt två fler per tio patienter i telefonmottagningsgruppen [R66]. Risk för missvisande urval ökar osäkerhet i tolkningen av resultaten, som delvis är motstridiga. [R68].

Videomottagningar kan minska kostnaderna eftersom färre diagnostiska test utförs [R58], men man har inte bedömt ifall testen används ändamålsenligt. Baserat på en undersökning var användningen av diagnostiska test mer ändamålsenlig på närmottagningarna än på distansmottagningarna. Uppgifterna om distanskontakternas inverkan på användningen av andra tjänster är motstridiga [R59].

Vårdgivare är oroad över att distanskontakterna ökar arbetsbördan och försvårar tidsplaneringen [R44], [R59]. Arbetsmängden kan påverkas till exempel av ökat behov av uppföljningsbesök och svårigheter att nå personer vid elektroniska konsultationer. Enligt en modelleringsstudie [R69] ökade både elektronisk konsultation (ökade arbetsmängden med 25 %), telefonmottagning (3 %) och videomottagning (31 %) allmänläkarens arbetsmängd. Forskarna konstaterade att arbetsmängden kan minska endast om distanskontakterna är kortare och ersätter behovet av närmottagning. Det kan vara svårt att generalisera studiens fynd eftersom mottagningstidens längd i Finland kan skilja sig från kutymen i England och att tjänsterna inom primärvården genomförs på annat sätt, i modellen gjorde läkaren själv bedömningen av vårdbehovet.

Säkerhet

Vårdgivare är oroad över hur säkerheten (vårdkvalitet, vårdresultat, vårdfel), patienternas tillit och integritetsskyddet uppfylls i distanstjänster [R42], [R59]. Enligt en norsk enkätundersökning som genomfördes i början av COVID-19-pandemin [R43] var över 15 % av allmänläkarna oroad över att de inte hade observerat eventuella tecken på allvarlig sjukdom vid distansmottagning och upp till 60 % upplevde att avsaknaden av fysisk undersökning var en förlust. De ansåg att videomottagning är mindre lämplig vid utredning av problem i rörelseorganen (vid nya symtom), hudproblem, hjärtproblem och magsmärtor samt när besöksorsaken är rädsla för cancer. Såvitt vi vet finns inga vetenskapliga studier om olägenheter, avvikelser eller skador.

Även användarna av distanstjänster känner oro för dataskydd och integritetsskydd [R42], [R59], [R70]. Enligt en enkät som genomfördes i Finland för att utreda medborgarnas åsikter om e-tjänster [R71] oroad sig respondenterna över ökat antal avvikelser och för integritetsskyddet och datasäkerheten.

Det finns dock vissa situationer där man kunnat påvisa att det är tryggt att ställa diagnosen via distansförbindelse. Till exempel kan diagnosen på en sporadisk urinvägsinfektion hos en tidigare frisk kvinna i åldern 18–65 år ställas utifrån symtomen utan laboratorieundersökningar, när symtomen är typiska och det inte framkommer något som tyder på en könssjukdom eller någon

annan gynekologisk infektion, se God medicinsk praxis-rekommendationen *Virtsatieinfektio* (*Urinvägsinfektioner*) [hoi10050](#), [\[R45\]](#) och dess intervjublankett (avsedd för bedömning per telefon).

Patientorientering

Patienterna uppskattar att distanstjänsterna erbjuder bättre tillgång och tillgänglighet till vård [\[R42\]](#), [\[R59\]](#), [\[R70\]](#), [\[R72\]](#), [\[R73\]](#) samt att tjänsterna är bekväma och enkla [\[R59\]](#). Distanstjänster fungerar bra särskilt vid behandling och uppföljning av kroniska sjukdomar, när avståndet till hälso- och sjukvårdstjänsterna är långa [\[R59\]](#) och när hälsoproblemet är enkelt [\[R42\]](#). Patienterna uppskattar också att de sparar tid och kostnader [\[R59\]](#), [\[R70\]](#), [\[R72\]](#).

Patienterna rapporterar att de i huvudsak är nöjda med distanskontakterna [\[R58\]](#), [\[R59\]](#), [\[R70\]](#), [\[R73\]](#), även om de anser att närmottagningar är bättre [\[R58\]](#), [\[R70\]](#). Patientens förmåga och eventuella funktionsnedsättning bör dock beaktas vid val av kontaktsätt. Till exempel lämpar sig telefonmottagning inte för patienter med hörsel- eller talproblem, inlärningssvårigheter eller nedsatt kognition och kan vara utmanande för patienter som inte sköter ärenden på sitt eget modersmål [\[R42\]](#).

Vård i rätt tid

I vår informationssökning hittade vi inte några undersökningar om distanstjänsternas inverkan på (primärvårdens) hälso- och sjukvårdstjänsters tidsmässiga läglighet. I många systematiska översikter poängterade man tillgången och tillgängligheten som den största fördelen [\[R42\]](#), [\[R59\]](#), [\[R70\]](#), [\[R72\]](#), [\[R73\]](#). Förbättrad tillgång och tillgänglighet kan öka tjänsternas tidsmässiga läglighet. Å andra sidan kan de öka oändamålsenlig och onödig användning av tjänster.

Vid ordnande av hälso- och sjukvård bör bland annat även olika geografiska skillnader i Finland beaktas. Man bör beakta befolkningsstruktur, förekomsten av sjukdom och andra omständigheter när man planerar servicenätverket för hälso- och sjukvården. De regionala skillnaderna i vårdperioder på sjukhus som kan undvikas påverkas inte enbart av faktorer på individnivå, utanr även av sjukdomsförekomsten på regional nivå samt av sjukhusvårdens lokala organisation. [\[R74\]](#).

Jämlikhet och rättvisa

Det finns stora variationer i den individuella beredskapen att använda digitala tjänster. Både vårdpersonal och patienter är oroadade över att distanstjänsterna kan försämra jämlikheten [\[R44\]](#), [\[R60\]](#), [\[R70\]](#). Distanskontakter och användningen av digitala tjänster verkar gynna personer enligt ålder (unga, arbetsföra, vid telefonkontakt även äldre) [\[R42\]](#), [\[R44\]](#), [\[R58\]](#), [\[R59\]](#), [\[R60\]](#), kön (kvinnor) [\[R42\]](#), [\[R44\]](#), [\[R60\]](#), utbildningsnivå och socioekonomisk ställning [\[R42\]](#), [\[R60\]](#), [\[R71\]](#) samt digitala färdigheter [\[R71\]](#). En del patienter kan också sakna dator och en fungerande internet-

förbindelse samt verktyg för säker identifiering [R71]. Aldern inverkar också på läkarnas vilja att genomföra mottagningar på distans [R58], uppgifterna om ålderns och könets inverkan är dock motstridiga.

Växelverkan vid distanskontakter

Växelverkan mellan vårdgivaren och patienten är annorlunda via videokontakt jämfört med dem på en närmottagning. Man har bland annat observerat att videomottagningar är kortare och mer styrda av vårdgivaren [R75]. I en digital miljö är formerna för kroppslig växelverkan, såsom ögonkontakt och avståndsreglering inte tillgängliga på samma sätt som vid växelverkan ansikte mot ansikte [R76]. Dessutom kan icke-verbal växelverkan, såsom gester, passera obemärkta och fördröjningar som beror på distanskontaktens tekniska kvalitet kan försvåra växelverkan [R76], [R77]. Det är svårt att rikta blicken mot samtalspartnern. Olika störningsfaktorer i miljön där patienten befinner sig och tekniska problem ökar utmaningarna i växelverkan. I kvalitativ forskning var upplevelsen av växelverkans utfall vid distanskontakter motstridiga [R72]. Fördelen med videomottagning jämfört med andra typer av distanskontakt var att även icke-verbal kommunikation var möjlig [R73]. Vi behöver dock mer information om hur olika strategier och typer för växelverkan (tal, beteende, blick och kroppsställning) inverkar.

Det är viktigt att bygga upp en förtroendefull växelverkan vid distansmottagning. Den främjas genom att distansbesöket byggs upp enligt samma struktur som besök på en närmottagning, med mellansammanfattningar och övergångsskeden samt att handlingar kläs i ord (t.ex. minnesanteckningar eller läsande av patientjournalen). Sammanfattningar och upprepning av vårdplanen stöder uppkomsten av samförstånd. Vid videomottagning är det också viktigt att tänka på kroppsställningen och blickens riktning.

Patienters och vårdpersonalens synpunkter och åsikter om distansmottagningar.

Patienterna föredrog närmottagning när man behöver tid för diskussion, beslutsfattande och då hälsoproblemet är allvarigare [R42]. De ansåg att distanstjänster är ett bra alternativ vid kroniska sjukdomar när det inte finns misstanke om ett allvarligt tillstånd [R59].

Allmänläkarna ansåg att videomottagningar var särskilt lämpliga för behandling av vissa psykiska problem (ångest och depression), för administrativa ärenden, för vård av kroniska sjukdomar samt för återkommande uppföljning av komplicerade ärenden [R43]. De bedömde att videomottagningar var mindre lämpliga när besöksorsaken var en infektion, problem i rörelseorganen (nytt symtom), hudsymtom, hjärtsymtom, magsmärta och rädsla för cancer. Det finns tecken på att det är lättare att använda distanstjänster, då patient-läkare relation är etablerad [R42], [R43].

Enligt en systematisk litteraturgenomgång är patienterna minst lika nöjda med fysioterapi på distans som med fysioterapi som genomförts på en närmottagning [R78]. Fysioterapeuternas

åsikter har utretts i tre undersökningar och enligt två av dem var fysioterapeuterna nöjda med distansmottagningar. Enligt en undersökning upplevde fysioterapeuterna att fysioterapi på distans lämpar sig sämre för nya patienter. Enligt en finländsk enkätundersökning ansåg fysioterapeuterna att lämpligheten för fysioterapi på distans varierade beroende på sjukdomsgrupp [R79]. Enligt en schweizisk enkätundersökning som genomfördes i början av COVID-19-pandemin var nästan hälften av de fysioterapeuter som svarade av den åsikten att de inte ville fortsätta med distansfysioterapi efter pandemin [R80]. Det är lättare för vårdpersonal att ta i bruk ny teknik på större enheter, eftersom det finns bättre tillgång till stöd vid problem som uppkommer under inledningsfasen och användningen av programmen [R44]. Ibrukttagande av system främjas också av en tydlig strategi och överenskomna tillvägagångssätt, där man fastställer vilken ny teknik man ska använda och till vem de främst riktas. Även utbildning stöder ibrukttagandet.

5.1.3.1. Vilka risker är förknippade med distansmottagningar?

Rekommendationer

Rekommendation 5.1.3.1.1.: Vi rekommenderar att tjänsteproducenterna säkerställer att vårdgivare inom primärvården som tillhandahåller tjänster via distansmottagningar får den utbildning och handledning de behöver för att genomföra en välfungerande distansmottagning.

Rekommendation 5.1.3.1.2.: Vi rekommenderar att man för hälsovårdspersonal under utbildning och studerande inom primärvården, med beaktande av inlärningsmålen, garanterar tillräckliga fysiska patientmöten för att säkerställa tillräckliga kliniska färdigheterna, innan distansarbete kan ingå i arbetet.

Rekommendation 5.1.3.1.3.: Vi rekommenderar att välfärdsområdena och deras enheter för mottagningsverksamhet inom öppenvården regelbundet mäter användningen av distanstjänster, kundupplevelsen och effekten, samt utvärderar kostnadsnyttoeffekten för att utveckla sin verksamhet utifrån mätningarna och utvärderingarna.

Sammanfattning

Vårdkvalitet

Både patienter och vårdpersonal är oroadade över kvaliteten på den vård som sker via distanskontakt och för risken att allvarliga sjukdomar inte upptäcks [R42], [R43], [R44], [R59], [R81]. Det finns endast ett fåtal undersökningar om nackdelar och risker förknippade med distanskontakter, och uppföljningstiden för undersökningarna är kort [R42]. Det finns indikatorer som tyder på att distanstjänster kan öka så kallat säkerhetsbeteende, såsom antibiotikaförskrivning

[R61], [R62], men resultaten är motstridiga. Enligt en kohortundersökning som gjordes i Storbritannien kan telefonmottagning i viss mån öka risken för att hamna på juren utan läkarremiss [R82].

Ändamålsenlighet

Risken med ökade distanskontakter är att tjänsterna riktas icke-ändamålsenligt och därmed äventyrar patientsäkerheten och vårdens effekt. Dylika situationer kan vara förenade med användning av hälso- och sjukvårdsresurser som är menade att svara på befolkningens behov, såsom tillgången till vård. Organisationens struktur, processer och verksamhetskultur kan inverka på situationerna. Enligt Valviras anvisning [R38] ska vårdgivare omsorgsfullt bedöma om den service som behövs kan ges på distans samt även avgöra ifall patienten är lämplig för vård via en distansförbindelse. Se närmare tabell [4](#) *Valviras anvisning om viktiga faktorer som ska beaktas i samband med tjänster inom hälso- och sjukvården som ges på distans.*

Risksituationer

Man kan inom hälso- och sjukvården identifiera typiska risksituationer som inte lämpar sig för distansmottagning. Förskrivning eller förnyelse av beroendeframkallande läkemedel ska i princip inte göras på distans. Dessa kan förskrivas på en distansmottagning enligt övervägande, när man känner patienten mycket väl och vårdens kontinuitet förverkligas. Inte heller då ska stora mängder förskrivas på en gång. En risksituation är också identifiering och behandling av missbruksproblem. Det är svårare att identifiera ett berusningstillstånd på en distansmottagning, när man inte kan göra fysiska observationer.

I Läkarförbundets rekommendation för distansmedicin konstateras: "Till exempel påtryckning från arbetsgivaren om att utöka distanstjänsterna kan ur en enskild läkares perspektiv stå i strid med patientsäkerheten samt läkarens autonomi och arbetarskydd. När chat-mottagningar görs ska det antal förbindelser som är öppna samtidigt begränsas så att patientsäkerheten och/eller tjänstens kvalitet inte äventyras. Läkaren har rätt och skyldighet att neka till distanstjänster, om arbetet inte kan utföras på ett sådant sätt som förutsetts för god patientvård, patientsäkerhet och integritetsskydd." [R57].

En förutsättning för tryggt distansarbete är att den yrkesutbildade personen först genom erfarenhet på traditionella mottagningar har lärt sig att identifiera situationer där det behövs ett fysiskt möte. Läkarförbundet rekommenderar [R57], att det för självständig distansmottagningsverksamhet krävs tillräcklig kompetens och arbetserfarenhet efter examen. I Läkarförbundets riktlinjer konstateras att lämpliga uppgifter för studerande på en distansmottagning i första hand är frågor gällande den fortsatta vården såsom att meddela provresultat och precisera anvisningar för fortsatt vård. Vid kontakter som kräver diagnostik rekommenderas besök på närmottagning. Professorerna inom

allmänmedicin har dryftat ärendet och gett en konkret anvisning för distansarbete under utbildningsperioden på hälsovårdscentraler [R83]. I anvisningen rekommenderas att minst 80 % av den överenskomna arbetstiden för fortsättningsstuderande inom ramen för särskild allmänläkarutbildning (YEK- Yleislääketieteen erityiskoulutus) är traditionell patientmottagning eller sektorarbete (exempelvis rådgivning och skolhälsovård). Motsvarande rekommendation för specialistläkarutbildning i allmänmedicin är 60 %. Målet är att säkerställa tillräckligt och kontinuerligt stöd av en mer erfaren läkare och därmed säkerställa patientsäkerheten.

I lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (2 §) konstateras att även den som studerar tillyrket i fråga utan hinder av 2 mom. tillfälligt kan sköta en legitimerad yrkesutbildad persons uppgifter under ledning och tillsyn av en legitimerad yrkesutbildad person med rätt att självständigt utöva yrket i fråga [R6]. Studerande som tillfälligt fungerar som yrkesutbildade personer (såsom medicine studerande) kan inte handledas och övervakas enbart via distansförbindelse på ändamålsenligt sätt som är i enlighet med förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

I fråga om barn, särskilt småbarn, betonas vikten av närmottagning och klinisk undersökning. Rekommendationsutlåtandena tar inte ställning till när barn och andra personer i sårbar ställning utgör en specialgrupp, och därför ombedes användaren av rekommendationen att noggrant överväga eventuella avvikelser från de givna rekommendationerna.

Datasäkerhet och integritetsskydd

Enligt Valviras anvisning [R38] ska den som tillhandahåller distanstjänster uppfylla bestämmelserna i lagstiftningen om ifrågavarande verksamhet samt även de krav som ställs i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (784/2021). Patienten ska identifieras på ett tillförlitligt sätt, vilket kan ske åtminstone genom stark autentisering, varom föreskrivs i lagen om stark autentisering och betrodda elektroniska tjänster (617/2009). Identifieringsmetoden ska kunna verifieras i efterhand.

I ett flertal kvalitativa vetenskapliga studier framför såväl patienter som vårdpersonal oro över dataskyddsrisiker och problem med integritetsskyddet [R42], [R44], [R59], [R70], [R71], [R73]. I situationer som kräver att man träffar patienten på tu man hand, måste man kunna försäkra sig om att patienten är ensam vid distanskontakten för tillräckligt integritetsskydd. Teamrum och öppna kontorslandskap har blivit vanligare inom hälso- och sjukvården, vilket medför utmaningar när det gäller att säkerställa patientens integritetsskydd. Även patienten ska kunna vara säker på att det inte finns utomstående i rummet utöver den som patienten ska träffa. Om fler än en person deltar i mötet, ska patienten känna till vilka de är och varför de är på plats. Utrymmet där båda parterna befinner sig ska vara fria från störningar.

Växelverkan

Patienternas förväntningar på digitala kontakter kan skilja sig från hälsovårdspersonalens [R44]. Risksituationer på distansmottagningar kan uppstå i växelverkan, varvid varken patientens förväntningar eller ändamålsenlig vård uppfylls. Det här kan medföra att man går med på patientens önskemål för att undvika en konflikt eller att man avvärjer patientens begäran genom att man inte lyssnar på honom eller henne, utan att ge tillräckliga motiveringar eller presentera alternativ. Vissa risker i växelverkan kan undvikas genom videomottagning, eftersom den även ger möjlighet till icke-verbal växelverkan [R73].

Patientens funktionsförmåga bör beaktas vid distansmottagning. Till exempel är telefonmottagning problematisk för patienter med hörsel- eller talproblem, inlärningssvårigheter eller nedsatt kognition och för patienter som inte sköter ärenden på sitt modersmål [R42],

5.2. Vilka kategorier av vårdpersonal behövs och vilka kan vara till hjälp i diagnostik och undersökning av patienten?

Rekommendationer

Rekommendation 5.2.1.: Vi rekommenderar att sjukskötares och hälsovårdares kompetens nyttjas för symtomutredning och för att ge anvisningar för egenvård på självständiga vårdmottagningar, enligt lokala direktiv och överenskommen arbetsfördelning. Det medicinska stödet ska då vara tillräckligt.

Rekommendation 5.2.2.: Vi rekommenderar att sjukskötarnas och hälsovårdarnas kompetens nyttjas för att utfärda remisser till diagnostiska undersökningar i enlighet med lagstiftningen, lokalt överenskomna anvisningar och arbetsfördelning. Den läkare som ansvarar för enhetens verksamhet ansvarar för den lokala praxisen för diagnostiska undersökningar.

- Det rekommenderas att specialkompetens som sjukskötare erhållit via tilläggsutbildning utnyttjas i arbetsfördelningen.

Rekommendation 5.2.3.: Vi rekommenderar att vårdpersonal med tilläggsutbildning skall få erbjuda stöd för psykiska symtom genom psykosociala metoder med låg tröskel. Förutsatt att bedömning av vårdbehovet, identifiering av det centrala symtomet samt den hänvisning till vård som vårdgivaren gör baserar sig på ett systematiskt bedömningssystem kan vården inledas utan bedömning av läkare, enligt principerna för nivåstrukturering av vården och överenskommelse med den ansvariga läkaren.

- Som hjälp vid bedömning av vårdbehovet rekommenderar vi användning av validerade enkäter för symtombedömning.

Rekommendation 5.2.4: Vi rekommenderar att man i mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård utnyttjar direktmottagning hos fysioterapeuter som erhållit tilläggsutbildning i utredning, behandling och handledning för egenvård vid symtom i rörelseorganen.

- Det ska finnas lokala skriftliga kriterier för när patienten hänvisas till fysioterapeutens direktmottagning och när till läkarmottagningen.
- Fysioterapeuter ska ha tillgång till medicinskt stöd vid direktmottagning.

Rekommendation 5.2.5: Vi rekommenderar uppföljning av nyttoeffekt och kostnadseffektivitet av fysioterapeutens direktmottagning inom hälso- och sjukvården.

Sammanfattning

På verksamhetsenheter inom primärvårdens öppenvårdsmottagningar kan vårdpersonal med ett flertal olika utbildningar arbeta. De största personalgrupperna i mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård är sjukskötare och hälsovårdare (47 %), läkare (37 %), när- och primärvårdare (9 %) och fysioterapeuter (3 %). Andelen för övriga yrkesutbildade personer utgör 4 % [\[R2\]](#). Se referensmaterial 6. Vård [nix03128](#) mer information om utbildning, lagstadgad bakgrund och kärnkompetensområden.

Enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (4 kap. 22 §) beslutar läkare om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och fattar beslut om vården och behandlingen i samband därmed [\[R6\]](#). Enligt 23 § får en legitimerad yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården utgående från sin utbildning, erfarenhet och uppgiftsbeskrivning inleda behandlingen utifrån patientens symtom, den tillgängliga informationen och den bedömning som personen i fråga gör av vårdbehovet.

En del sjukskötare har begränsad rätt att förskriva läkemedel (lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, 4 kap., § 23 b). Förutsättningen för detta är tillräcklig erfarenhet, tilläggsutbildning och ett skriftligt förordnande. Begränsad förskrivningsrätt kan gälla följande situationer, där diagnostik behövs [\[R84\]](#)

- okomplicerad urinvägsinfektion hos en kvinna i arbetsför ålder
- svalginfektion som har konstaterats utifrån symtom och bekräftats med laboratorieprov
- bröstinfektion hos ammande kvinna
- varig bindhinneinfektion i ögat eller vagell/chalazion.

Enligt en rapport som utvärderar den begränsade rätten att föreskriva läkemedel är fördelarna att sjukskötarnas arbetsinsats utnyttjas effektivare, att patienterna får vård snabbare, att läkaren har

bättre möjligheter att koncentrera sig på allvarigare patientfall, förbättrat samarbete mellan läkare och sjukskötare samt minskat antal vårdkontakter [R85]. Arbetsfördelningen och oklarheter i hänvisningen av patienter utgjorde utmaningar. Enligt en kvalitativ undersökning [R86] ansåg man att nyttan av sjukskötare med förskrivningsrätt var störst på enheter för familjeplaneringsrådgivning och studerandehäsovård och minst på små hälsostationer. Det fanns inga stora skillnader i läkemedelsvalen och antalet recept och nackdelar framkom inte [R87], [R88], [R89]. Patienterna som sköttes av sjukskötare var lika nöjda eller nöjdare bland dem jämfört med dem som erhöll vård av läkare. Sjukskötarnas mottagningstider var längre och antalet återbesök var fler. Undersökningarna är dock gamla, deras kvalitet är problematisk och tillämpningen är tvivelaktig på grund av variation i rätten att förskriva läkemedel.

Vid psykiska störningar förbättrar snabb tillgång till vård till resultaten [R90], [R91], [R92]. Eftersom psykiska symtom och störningar är vanliga behövs kompetens för bedömning, identifiering och behandling av dem inom primärvården. Det finns högklassig vetenskaplig evidens för psykosocial behandling vid de vanligaste psykiska störningarna [R93], [R94]. På basnivån måste det finnas tillgång till ett utbud av behandlingar som har effekt och är tillämpliga på flera olika problem och symtom hos olika patientgrupper vid lindriga och medelsvåra psykiska symtom och störningar. De ska tillsammans med andra tjänster bilda en fungerande helhet i servicesystemet. Enligt Palkos (Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården) rekommendation hör psykoterapier och psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder som konstaterats vara effektiva i fråga om psykiska störningar och missbruksproblem till tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården som en del av resultatriktad behandling eller rehabilitering i deras samtliga faser [R95]. I en nivåstrukturerad modell (stepped care) finns det ett tillräckligt omfattande utbud av effektiva behandlingar för psykiska störningar. En systematisk struktur stöder att behandlingarna kan riktas rätt till rätt patienter [R96], [R97]. I modellen hänvisas patienterna i första hand till lätta behandlingar som ges som första linjens behandlingar. I inledningsfasen behövs inte en bedömning av läkare eller en diagnos för vägledning av patienten, utan behandlingen påbörjas utifrån en utredning av symtombilden. I en liten finländsk studie konstaterades att ett elektroniskt verktyg (terapinavigator) är ett fungerande verktyg för bedömning av behovet av psykosociala behandlingar [R277]. Ett lättare alternativ är handledd egenvård, där en vårdgivare (t.ex. en sjukskötare) ger stöd digitalt för genomförande av behandlingen med egenvårdsprogram. Evidensbaserade psykosociala metoder som utförs i tjänster med låg tröskel är till exempel den ovan nämnda egenvården, kort krisintervention, korta par- och familjeinterventioner samt interpersonell rådgivning (ICP). Följande alternativ på basnivån är kortterapi eller internetterapi som ges av en vårdgivare som är specialiserad på psykiska problem (t.ex. en sjukskötare, psykolog eller allmänläkare som har fått tilläggsutbildning) [R93], [R94], [R98]. Evidensbaserade terapier är bland annat kognitiv-beteendeariktade terapier (CBT), interpersonell terapi (IPT), psykodynamisk korttidspsykoterapi och beteendeaktivering (BA) [R93], [R94]. Om första linjens behandling inte hjälper, görs en noggrannare diagnostisk bedömning och vårdplan.

Direktmottagning hos en fysioterapeut innebär att en patient med symtom i rörelseorganen i samband med bedömningen av vårdbehovet hänvisas till mottagningen hos en fysioterapeut som har fått tilläggsutbildning, alternativt bokar patienten själv en tid för första besöket. Patientens symtom kan vara akuta, subakuta eller kroniska. Fysioterapeuten bedömer patientens vårdbehov och gör en plan för fortsatta vård- och behandlingsåtgärder och hänvisar vid behov patienten till läkare [R99]. Fysioterapeuten bedömer hur begränsningar i kroppens strukturer och funktioner påverkar funktionsförmågan i vardagssysslor som är betydelsefulla för patienten [R100]. Direktmottagningsbesöket definieras som patientens första besök utan remiss, därtill hör uppföljningsbesök som följer på första besöket. Fysioterapeuten gör en klinisk bedömning och en plan för fortsatta åtgärder. Praxisen varierar, men fysioterapeuter som har direktmottagning har i regel rätt att utfärda ett sjukintyg för 1–5 dagar, arbetsgivaren är dock inte skyldig att godkänna intyget. Fysioterapeuter som håller direktmottagning har också rätt att ge vägledning för användning av receptfria läkemedel. Direktmottagning är ett utbrett verksamhets sätt i Finland [R101], [R102]. Det grundar sig ofta på skriftliga anvisningar om arbetsfördelningen, men variationen mellan olika regioner är stor [R102]. Finlands fysioterapeuter har gett en rekommendation om innehållet i tilläggsutbildningen [R99].

Enligt finländska och internationella enkätundersökningar verkar fysioterapeutens direktmottagning för snabba tillgången till vård och patienterna är nöjda [R102], [R103]. Direktmottagningen minskar kanske inte den upplevda smärtan, men den förbättrar eventuellt funktionsförmågan och livskvaliteten under 6 månaders uppföljning [R103]. Direktmottagning verkar inte öka tillbuden. Kostnaderna för direktmottagningsgruppen har varit något mindre jämfört med sedvanlig behandling [R103]. Enligt en undersökning kan sjukfrånvaron bli kortare [R104]. I Finland är de mest betydande utmaningarna förknippade med bedömning av vårdbehovet och som följd därav hänvisning av patienter till de olika yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården, samt tillgången till medicinskt stöd på direktmottagningarna [R101], [R102], [R105].

Multiprofessionellt stöd vid diagnostik

Enligt lagen beslutar läkaren om medicinska undersökningar och diagnostik av sjukdom [R6]. Andra vårdgivare kan dock stöda diagnostiken och förberedande undersökningen av patienten före mottagningsbesöket hos läkaren. Målet är att kompetensen hos olika yrkesutbildade personer används på ett ändamålsenligt och effektivt sätt samt att ärendena framskrider smidigt ur patientens synvinkel. Tydliga processer och överenskommen arbetsfördelning främjar ett ändamålsenligt utnyttjande av kompetensen. Referensmaterial till kapitel 6.1.2 *Hur genomförs samarbetet mellan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården?* I tabell [nix03128](#) presenteras ställningstagande i God medicinsk praxis-rekommendationen om arbetsfördelningen inom primärvården gällande folksjukdomarna. Få God praxis-rekommendationer tar ställning till arbetsfördelningen mellan olika vårdgivare men överenskommelser om arbetsfördelningen kan

göras lokalt. I tabellen finns också praktiska exempel på arbetsfördelning vid diagnostik, vård och uppföljning. I arbetsfördelningen bör lagstiftningen beaktas, liksom vårdgivarnas utbildning och kompetens så att tilläggsutbildning kan ordnas enligt behov.

Sjukskötaren ställer en omvårdnadsdiagnos, vilket innebär en sammanfattning av patientens problem, behov eller risker och deras eventuella orsaker och följder. En del av sjukskötarna inom primärvården har så kallade självständiga sjukskötarmottagningar [\[R106\]](#). Vid förändringar i arbetsfördelningen krävs kompetens hos vårdgivarna, som erhålls genom påbyggnadsutbildning. Diabetes-, astma- och sårvårdsskötare är exempel på sjukskötare som har självständiga sjukskötarmottagningar. En av de viktigaste uppgifterna för sjukskötaren är att systematiskt samla information (anamnes, observation, mätningar, undersökningar). Verksamhetsmodellen kan också vara så kallad förberedande mottagning. Detta innebär att sjukskötaren förbereder patienten inför en undersökning enligt lokal överenskommelse så långt, att läkaren till exempel endast behöver fastställa diagnosen. Som stöd för diagnostiken utför sjukskötare och hälsovårdare bland annat följande åtgärder:

- enkäter för symtombedömning (t.ex. BDI, urineringsssymtom, astmatest, CAT, MMSE)
- riskbedömningar (FINRISKI, AUDIT)
- diagnostiska lungfunktionsundersökningar
- handledning för mätningar hemma (t.ex. blodtryck, glukos), ortostatiskt prov, vikt, längd, puls, midjeomfång, syresaturation
- snabbtest (t.ex. glukos, CRP) och hänvisning till laboratorieprov
- mätning av residualurin med ultraljud, ABI, audiogram, synundersökning, ögontryck.

I en Cochrane-översikt, vars mål var att utreda effekterna av läkaruppgifter som hade överförts på sjukskötarna [\[R89\]](#), var ett av måtten för slutresultatet antalet utförda undersökningar. Där observerades inga skillnader mellan grupperna, men resultatens heterogenitet var omfattande sannolikt på grund av stor variation av interventioner och undersökningsgrupper.

Mer information om begränsad rätt att förskriva läkemedel, mentalvårdstjänster på basnivån och direktmottagning hos fysioterapeut, se referensmaterial 5. Undersökning av patienten och diagnostik [nix03127](#).

5.3. Vilka diagnostiska verktyg och metoder behövs inom primärvården för ändamålsenligt anordnande av hälso- och sjukvården?

Rekommendationer

Rekommendation 5.3.1.: Vi rekommenderar att läkarna på mottagningarna inom primärvårdens öppenvård har tillgång till diagnostisk basutrustning och metoder, vilka möjliggör högklassiga vårdkedjor där lokala förhållanden beaktas.

Rekommendation 5.3.2.1.: Vi rekommenderar att man på mottagningar inom primärvårdens öppenvård använder patientnära testmetoder när testen är tillräckligt tillförlitliga och användningen av testen är ändamålsenlig beaktande förhållandena i verksamhetsmiljön.

- Vid användning av patientnära test bör man säkerställa introduktion och utbildning för personalen om användning av testen samt komma överens om kvalitetsövervakning och strukturerad dokumentation av resultaten i patientdatasystemet.

Sammanfattning

5.3.1. Basutrustning i läkarens rum på primärvårdens öppenvårdsmottagningar

Den viktigaste resursen på primärvårdens öppenvårdsmottagning är personalen. Eftersom diagnostik är läkarens kärnuppgift, koncentrerar vi oss i det här kapitlet på den basutrustning som läkaren använder. Det är nödvändigt att beakta verksamhetsmiljön och den lokala arbetsfördelningen för ändamålsenlig sammanställning av utrustningen på primärvårdens öppenvårdsmottagning. Listan nedan kan användas även i mottagningsrum för andra vårdgivare enligt den lokala arbetsfördelningen. I organisationen ska man säkerställa att det finns ett tillräckligt utbud av diagnostiska verktyg och undersökningar, för att kunna garantera verksamhetens kvalitet. Med kvalitet avses följande kvalitetsdimensioner inom hälso- och sjukvården [R36]: vårdens nyttoeffekt (inkl. kostnadsnyttoeffekt), effektivitet (inkl. kostnadseffektivitet), säkerhet, patientorientering, rättidighet, jämlikhet och rättvisa.

Allmänläkaren kan till exempel ha tillgång till basutrustningen nedan:

- datateknisk utrustning
 - dator, skrivare, telefon, annan utrustning som behövs för distansmottagning
 - elektroniskt patientdatasystem
 - sedvanliga databaser (t.ex. Terveysportti och olika blanketter för screening och enkäter som finns där, PubMed, Dynamed)
- basinstrument
 - stetoskop, våg, längdmått, måttband, reflexhammare, stämgafl, undersökningsbrits, e-tavla, mikrofilament
- mätare och annan basutrustning
 - saturationsmätare, blodtrycksmätare, febertermometer, PEF-mätare, pneumatiskt otoskop, oftalmoskop

- Enligt God medicinsk praxis-rekommendationen om högt blodtryck rekommenderas främst mätning hemma och detta är vanligen en tillräcklig metod för uppföljning av blodtrycket [hoi04010](#), [\[R107\]](#)
- förbrukningsartiklar
 - spatlar, örontrattar (stor, liten), putslappar, fuktiga putslappar, plåster, munstycken till PEF-mätare, masker, handdesinfektionsmedel, desinfektionsmedel för ytor, glidmedel, bomullspinnar (olika storlekar), cellofan, rondskålar, nålar (filternål (18G), grön, röd, svart, orange (25G), sprutor (0,5 ml, 1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml), kronikerblöjor, kompresser (inte sterila), skyddshandskar (S, M, L), sterila handskar i behövliga storlekar, skyddsförband (Mepore), skydd till örontermometer, proktoskop för engångsbruk
- läkemedel, vanligen åtminstone
 - adrenalin
 - kortison
 - bedövningsmedel
 - ögondroppar (bedövning, färgdroppar)
- andra undersökningsinstrument (till exempel i ett separat åtgärdsrum, med hänsyn till vad som är ändamålsenligt)
 - basinstrument för gynekologisk undersökning och för utförande av sjukdomar i öron-näsa-svalg status.
 - basinstrument för småkirurgiska ingrepp
 - ögontrycksmätare, alkometer, metod för test av röd-grönt färgseende, blodsockermätare, tympanometer, sinusultraljud, dermatoskop, Frenzelglasögon
- apparater som finns tillgängliga vid behov [\[R108\]](#)
 - tympanometer
 - dermatoskop
 - ultraljudsapparat.

5.3.2. Diagnostiska åtgärder och undersökningar

Diagnostiska undersökningar

Lämpliga diagnostiska metoder inom primärvården är till exempel [\[R108\]](#):

- ABI-mätning
- spirometri
- belastnings-EKG
- avlägsnande av hudförändringar och biopsier.
- endoskopier i mag-tarmkanalen som utförs av utbildade allmänläkare

Övriga undersökningar

Långtidsregistrering av EKG, sömnpolygrafi och mätning av överledningshastigheten i medianusnerven är vanliga undersökningar som allmänläkare inom primärvården använder (vanligen utförda av extern vårdgivare, s.k. köptjänster) [\[R108\]](#).

Laboratorieundersökningar

Att laboratorieundersökningar koncentrerats till stora laboratorier har lett till att man i stället för ett besök för att få resultat och göra upp en plan behöver flera besök [\[R108\]](#). Risken är också att värdefulla prov, såsom bakterieodlingar, inte tas alls [\[R108\]](#).

Patientnära test

Patientnära test eller snabbtest (t.ex. CRP, blodglukos, HbA_{1c}) utförs vanligen utanför sedvanlig laboriemiljö av någon annan än en laboratorieskötare, de har en omedelbar effekt på vårdbeslut, läkemedelsbehandling samt vården av patienten [\[R109\]](#). Behovet av patientnära test bör bedömas lokalt på varje verksamhetsenhet med beaktande av ändamålsenlighet och avstånd.

Patientnära test är användbara, snabba och med tanke på vårdbesluten viktiga undersökningar [\[R108\]](#). En vanlig praktisk utmaning vid användning av patientnära test är problem med manuell dokumentation av resultaten i datasystemet [\[R110\]](#), [\[R111\]](#). Det har observerats brister i utbildningen för personalen som använder patientnära test [\[R110\]](#), [\[R112\]](#), [\[R113\]](#). Det är också viktigt att personalen får kontinuerlig tilläggsutbildning för att upprätthålla kunskaperna. Kvaliteten på patientnära glukostest som hade tagits av sjukskötare som fått utbildning genom en interaktiv utbildningsstrategi i två steg förbättrades och uppnådde nästan samma kvalitetsnivå som test tagna av laboratorieskötare [\[R114\]](#). Kvalitetsnivån bibehölls också under en längre tidsperiod [\[R114\]](#). Forskningsdata gällande patientnära test beskrivs noggrannare i ett finländskt lärdomsprov [\[R115\]](#).

De vanligaste patientnära testen som används inom hälso- och sjukvården är: glukohemoglobin (HbA_{1c}), INR, StrA snabbtest, snabb-CRP, D-dimer, troponin, natrium, kalium, kreatinin, hemoglobin, urinsticka/urinprov och graviditetstest. God medicinsk praxis arbetsgruppen för svalginfektion rekommenderar snabbtest som förstahandstest för att diagnostisera A-streptokockinfektion vid svalginfektion, eftersom vårdmålet är att lindra svåra symtom [hoi38020](#), [\[R116\]](#). Under epidemier rekommenderas dock svalgodling i diagnostiken, eftersom man då även kan utreda känsligheten för antibiotika hos den bakteriestam som orsakar epidemin [hoi38020](#), [\[R116\]](#).

Bilddiagnostiska undersökningar

Vanliga bilddiagnostiska undersökningar som används av läkare inom primärvården i Finland är nativröntgenundersökning, ultraljudsundersökning, mammografi och bentäthetsmätning. Åtminstone tills vidare används inte magnet- eller datortomografiundersökningar av läkare inom primärvården i Finland. Tills vidare finns det endast begränsad forskningsdata om deras

användning, och vid informationssökningen för denna konsensusrekommendation hittade vi inte vetenskaplig evidens som skulle tala för mer omfattande användning av dessa undersökningsmetoder än vad som nu är fallet. Däremot har systematiska översikter och metaanalyser konstaterat att oändamålsenlig bilddiagnostik vid till exempel smärtor i nedre delen av ryggen är vanlig i det kliniska arbetet, i motsats till rekommendationerna, [\[R117\]](#) och att avbildningen inte förbättrar vårdresultatet [\[R47\]](#). I den systematiska översikten och metaanalysen konstaterades också, att det är svårt att påverka oändamålsenlig avbildning vid smärtor i nedre delen av ryggen med utbildning, och därför man framför att anvisningar på organisationsnivå skulle kunna ha bättre effekt [\[R118\]](#).

Mer information om ämnet, se referensmaterial 6. Vård [nix03128](#).

6. Vård

Rekommendationer

Rekommendation 6.1.1.: Vi rekommenderar att det arbete som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården utför på mottagningar inom primärvårdens öppenvård, i första hand inriktas på arbetsuppgifter som motsvarar deras utbildning. Det här möjliggörs bland annat med tillräcklig mängd stödpersonal.

Rekommendation 6.1.2.1.: Vi rekommenderar att man strävar efter att minst två tredjedelar av de läkare som arbetar på enheter för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård är specialitläkare inom allmänmedicin.

Rekommendation 6.1.2.2.: Vi rekommenderar att det inom primärvården finns tillgång till ett tillräckligt och mångsidigt nivåstrukturerat utbud av evidensbaserade psykosociala behandlingar, så att behandling av de vanligaste lindriga och medelsvåra psykiska symtomen och störningarna kan påbörjas snabbt.

Rekommendation 6.1.2.3.: Vi rekommenderar att man på primärvårdens öppenvårdsmottagningar säkerställer behandling av lindriga och medelsvåra psykiska symtom och störningar utan dröjsmål. Detta skulle ske genom att utbilda vårdpersonal i tillräckligt antal för genomförande av evidensbaserade individuella korttidsterapier.

Rekommendation 6.2.1.: Vi rekommenderar att tillräckliga resurser säkerställs på öppenvårdsmottagningar inom primärvården, för att förebyggande arbete och behandling av de centrala folksjukdomarna skall kunna ske

Rekommendation 6.2.2.: Vi rekommenderar att multisjuka patienter med hög riskprofil samt patienter som behöver mycket tjänster, identifieras i mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppenvård och att deras vård koordineras.

Rekommendation 6.2.3.: Vi rekommenderar att det finns tydliga skriftliga verksamhetsmodeller för behandling av de centrala folksjukdomarna på varje mottagningsenhet inom primärvårdens öppenvård, att personalen har fått introduktion och utbildning i användningen av modellerna och att användningen följs upp.

Rekommendation 6.3.1.: Vi rekommenderar att man inom primärvården multiprofessionellt utnyttjar kompetensen hos personalen för att säkerställa en individuellt anpassad vård, uppföljningen, samt stöd av egenvård för patienter med kroniska sjukdomar.

Rekommendation 6.3.2.: Vi rekommenderar att man på mottagningsenheterna inom primärvårdens öppenvård tar i bruk och använder metoder för stöd av egenvård, vars nyttoeffekt har verifierats genom forskning.

Rekommendation 6.3.3.: Vi rekommenderar att man vid uppföljning av kroniska sjukdomar använder digitala uppföljningsprogram och -metoder så att de kompletterar och stödjer patientrelationen.

Rekommendation 6.3.4.: Vi rekommenderar att målet vid användning av digitala uppföljningsprogram, avsedda för uppföljning av kroniska sjukdomar, är att de främjar patientens egenvård, växelverkan mellan patient och vårdgivare samt vårdens kontinuitet.

- Vid användningen av dessa ska man beakta olika behov hos målbefolkningen. Jämlikheten hos befolkningen ska tryggas oberoende av uppföljningsmetod.

Rekommendationer om direktmottagning hos fysioterapeut, se rekommendation 5.2.

Sammanfattning

Primärvården har en viktig roll i såväl förbyggande som behandling av de stora folksjukdomarna. I Finland anses i allmänhet hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, astma och allergi, kroniska lungsjukdomar, cancersjukdomar, minnessjukdomar, sjukdomar i rörelseorganen och psykisk ohälsa vara kroniska d.v.s. långvariga folksjukdomar. I denna konsensusrekommendation koncentrerar sig Kapitel 7: *Prevention* i första hand på förstadier till sjukdomar och riskfaktorer i ett skede då läkemedelsbehandling nödvändigtvis inte ännu behövs. I kapitel 6 koncentrerar vi oss på behandling av sjukdomar, vilket också kan definieras som sekundär eller tertiär prevention.

6.1. Vilken betydelse har multiprofessionalitet i vården av patienten?

Personalen är primärvårdens viktigaste resurs. På verksamhetsenheter inom primärvårdens öppenvårdsmottagningar kan yrkesutbildade personer inom social- och hälso- och sjukvården med ett flertal olika utbildningar arbeta. Yrkesbenämningar är bland annat läkare, specialistläkare, sjukskötare, hälsovårdare, när- eller primärskötare, fysioterapeut, psykiatrisk sjukskötare,

socialarbetare, geronom, farmaceut, psykolog, talterapeut, ergoterapeut och näringsterapeut. I direkt kontakt med patienterna arbetar utöver dessa även sekreterare och annan assisterande personal som inte har social-, hälso- eller sjukvårdsutbildning (stödpersonal).

6.1.1. Vilka yrkesgrupper behövs inom socialvården och hälso- och sjukvården?

De största personalgrupperna i mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård är sjukskötare och hälsovårdare (47 %), läkare (37 %), när- och primärvårdare (9 %) och fysioterapeuter (3 %). Övriga yrkesutbildade personer utgör 4 % [\[R2\]](#).

För de fyra största yrkesgrupperna på mottagningsenheterna inom primärvårdens öppenvård kan arbetsbeskrivningen vara följande:

- Sjukskötare och hälsovårdare: självständigt arbete på sjukvårds- eller uppföljningsmottagningar, bedömning av vårdbehov och telefonrådgivning, samt till exempel beredning av receptförnyelse.
- Läkare: Enligt lagen beslutar läkare om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården. [\[R6\]](#). Dessutom har en legitimerad läkare rätt att förskriva läkemedel för medicinska eller medicinska vetenskapliga ändamål [\[R6\]](#).
 - Inom primärvården i Finland finns det i nuläget en läkare per 1 533 invånare [\[R119\]](#). Professorer inom allmänmedicin i Finland har framfört att antalet tjänster för läkare inom primärvården bör utökas så att antalet medborgare per tjänst är maximalt 1 000 (Juha Auvinen, muntlig information 9.2.2022).
 - Specialistläkare inom allmänmedicin är läkare för individen, familjen och samhället. Sjukdomar och organsystem utgör inte gränser för specialistläkaren, som behärskar omfattande helheter. Specialistläkaren är sin patients personliga läkare, som samarbetar med den övriga hälso- och sjukvården och koordinerar patientens väg i servicenätverket. Kontinuitet i vården och mångsidighet är centrala i de vårdrelationer specialistläkare inom allmänmedicin upprätthåller. I vården beaktar specialistläkaren fysiska, psykiska, sociala och kulturella faktorer hos patienten och andra grundläggande frågor i tillvaron. Kännedom om befolkningen, dess hälsa och boendemiljö samt expertis om främjande av hälsa och förebyggande åtgärder ingår i arbetet för specialistläkare inom allmänmedicin. Specialistläkaren deltar också i utvecklingen av verksamheten och verksamhetsmiljön [\[R120\]](#). Andelen specialistläkare i allmänmedicin utgör i nuläget cirka 25 % av läkarna inom primärvården (år 2022).
 - I Norge, där vårdkontinuiteten (se kapitel 8 Vårdkontinuitet) uppfylls väl, är andelen specialistläkare inom allmänmedicin cirka 70 % [\[R121\]](#), vilket motsvarar andelen specialistläkare som arbetar inom den specialiserade sjukvården i Finland [\[R122\]](#). Därför är det motiverat att systematiskt utöka andelen specialistläkare inom

allmänmedicin i primärvården till cirka två tredjedelar. De viktigaste metoderna, som har gjorts eller som kan göras för att främja arbetshälsan, rekryteringen och varaktighet (permanens) hos erfarna specialistläkare inom allmänmedicin presenteras i referensmaterial 6 Vård [nix03128](#). Svaren grundar sig på en enkät som riktades till chefsläkare på hälsovårdscentraler.

- Primärskötare eller närvårdare som till exempel har avlagt kompetensområdet för kundbetjäning och informationshantering lämpar sig utmärkt för arbete på en verksamhetsenhet med öppenvårdsmottagning. Han eller hon kan förbereda och utföra vårdåtgärder samtundersökningar eller assistera vid dessa. Närvårdare kan även handleda patienten vid undersökningar eller ingrepp samt genomföra uppföljning [\[R123\]](#).
- Fysioterapeut: i mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård ingår det vanligen i fysioterapeutens uppgifter att hålla självständig rehabiliterings- och direktmottagning, planera och genomföra fysioterapi i grupper samt expertuppgifter.
 - Utöver att fysioterapeuterna ger fysioterapi till patienter med symtom i rörelseorganen enligt sedvanlig läkarremiss har direktmottagning inom primärvården blivit allt vanligare i Finland.
 - I en finländsk litteraturöversikt som publicerades 2019 bedömde man att direktmottagningarna hos fysioterapeuter har förbättrat patienternas förmåga till egenvård, förbättrat och påskyndat tillgången till vård samt enheternas och läkarnas verksamhet [\[R102\]](#). Patienterna är nöjda med direktmottagningen, och vårdkontinuiteten och patientsäkerheten har inte försämrats [\[R102\]](#). Man upplevde dock att det medicinska stödet inte alltid var tillräckligt [\[R102\]](#). Enligt internationella undersökningar är direktmottagningsverksamhet kostnadseffektiv jämfört med sedvanlig läkarstyrd behandling av besvär i rörelseorganen [\[R103\]](#), [\[R124\]](#).
 - Direktmottagning är en användbar verksamhetsmodell i primärvårdens verksamhet förutsatt att det medicinska stödet är tillräckligt.
 - Rekommendationer för direktmottagning hos fysioterapeut och referensmaterial har presenterats i kapitel 5.2 *Vilka kategorier av vårdpersonal behövs och vilka kan vara till hjälp i diagnostik och undersökning av patienten?* i denna konsensusrekommendation.

6.1.2. Hur genomförs samarbetet mellan olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården?

Samarbete mellan olika yrkesgrupper och mångsidig kompetens behövs inom hälso- och sjukvården. Ett hälso- och sjukvårdsteam består av yrkesutbildade personer från olika områden som arbetar för att uppnå ett gemensamt mål. I centrum finns patienten. Det arbete som utförs inom teamet kan och bör delegeras mellan de yrkesutbildade personerna [\[R125\]](#). Lagstiftningen

ger ramar för verksamheten. Det är också mest ändamålsenligt att varje yrkesutbildad person gör det som han eller hon kan bäst. Enligt undersökningen *Terveyskeskusten lääkäritilanne 2019* (Läkarsituationen på hälsovårdscentralerna 2019) var 64 % av chefsläkarna dock av den åsikten att det i hälsocentralläkarnas arbetsbeskrivning finns sådana uppgifter som det skulle vara ändamålsenligare att någon annan yrkesgrupp utförde. Enligt uppskattning går i genomsnitt en femtedel av läkarnas arbetstid till sådant arbete [\[R119\]](#).

Gemensamt överenskomna verksamhetsmodeller klarlägger den interna arbetsfördelningen i organisationen. I referensmaterial 6 presenteras förslag på arbetsfördelning mellan läkare och sjukskötare enligt God medicinsk praxis-rekommendationen för de vanligaste folksjukdomarna. Se tabellen *Rekommendationer och ställningstaganden gällande arbetsfördelningen mellan yrkesutbildade personer inom primärvården* i God medicinsk praxis-rekommendationen för de vanligaste folksjukdomarna [nix03128 för mera information](#). Ett mål i social- och hälsovårdsministeriets program "*Framtidens social- och hälsocentral*" är att flytta tyngdpunkten i verksamheten till förebyggande och hälsofrämjande arbete [\[R126\]](#). Verksamhetsmodellerna och metoderna för de multiprofessionella serviceprocesser som presenteras i programmet och som kan användas i utvecklingsarbetet för framtidens social- och hälsocentraler, presenteras närmare i referensmaterial 6. Vård [nix03128](#).

Enligt undersökningar finns det vetenskaplig evidens för att nyttjande av kompetensen hos sjukskötare och hälsovårdare särskilt vid uppföljning av kroniska sjukdomar är ett effektivt och tryggt verksamhets sätt [\[R89\]](#), [\[R127\]](#), [\[R128\]](#), [\[R129\]](#), [\[R130\]](#). Det finns dock endast sparsamt med data om kostnadsnyttoeffekten [\[R131\]](#), [\[R132\]](#). När kompetensen hos sjukskötare och hälsovårdare nyttjas vid behandling av kroniska sjukdomar ska man säkerställa tillräckligt medicinskt stöd. Resurserna, utbildningen och ledarskapet bör vara tillräckligt och arbetsfördelningen tydlig [\[R130\]](#).

I en systematisk översikt om elektronisk konsultation mellan läkare (specialistläkare och läkare inom primärvården) [\[R133\]](#) konstaterades följande; möjligheten till elektronisk konsultation påskyndade erhållandet av råden från specialistläkaren, förkortade fördröjningen i svaren och ledde till att remitteringarna till specialistsjukvården minskade betydligt. Av de publikationer som bedömdes var 88 % av bristfällig kvalitet. Dessutom fokuserade merparten av de ursprungliga publikationerna på upplevelser hos patienterna och vårdgivarna. I en annan systematisk översikt [\[R134\]](#) granskades effektiviteten för elektroniska konsultationer (e-consultation) med fokus på på befolkningsnivå, patienternas upplevelser, kostnadsnyttoeffekt och personalens upplevelser. Vad gällde elektronisk konsultation mellan yrkesutbildade personer observerades ingen tydlig klinisk effektivitet. Slutledningen var att ibruktage av elektronisk konsultation är lockande, men att det ännu finns många frågor berörande effekt och nytta, som i dagsläge saknar tillförlitlig evidens.

Psykiska symtom och störningar är vanliga, och snabb tillgång till vård leder till bättre vårdresultat [\[R90\]](#), [\[R91\]](#), [\[R92\]](#). Därför behövs kompetens för bedömning, identifiering och behandling av

dessa tillstånd särskilt inom primärvården. På öppenvårdsmottagningarna inom primärvården bör det finnas tillgång till ett tillräckligt antal yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (t.ex. sjukskötare), som har beredskap att erbjuda ett tillräckligt och gällande intensiteten nivåstrukturerat utbud av evidensbaserade psykosociala behandlingar för de vanligaste lindriga och medelsvåra psykiska symtomen och störningarna samt beredskap att genomföra evidensbaserade individuella korttidsterapier. Enligt Palkos (Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården) rekommendation, hör psykoterapier och psykosociala behandlings- och rehabiliteringsmetoder som konstaterats vara effektiva vid psykiska störningar och missbruksproblem, till tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. De utgör en del av resultatriktad behandling eller rehabilitering i sjukdomens samtliga faser [R95]. Evidensbaserade psykosociala metoder som utförs i tjänster med låg tröskel är till exempel handledd egenvård, kort krisintervention, korta par- och familjeinterventioner samt interpersonell rådgivning (ICP). Evidensbaserade terapier är bland annat kognitiv-beteendeariktade terapier (CBT), interpersonell terapi (IPT), psykodynamisk korttidspsykoterapi och beteendeaktivering (BA) [R93], [R94].

Vid sidan av psykiska störningar var de vanligaste orsakerna till sjukfrånvaro år 2020 sjukdomar i rörelseorganen (26 %) [R135]. För dessa två patientgrupper har man utvecklat tjänster som strävar till en låg tröskel för vårdtillgänglighet. Vården initieras snarast med utredning av symptom samt bedömning av vårdbehov, som därefter leder till behandling enligt anvisningarna för tillståndet det gäller samt lokal arbetsfördelning.

Mer information se referensmaterial 5 om mentalvårdstjänster på basnivå och direktmottagning hos fysioterapeut. Undersökning av patienten och diagnostik [nix03127](#).

6.2. Vilken betydelse har tillgången till behandlingsmetoder i primärvårdens verksamhet?

Hjärt- och kärlsjukdomar orsakade flest dödsfall i Finland 2020 enligt Statistikcentralen [R136]. Kostnader för behandling av diabetes förbrukade 18 % av Europas hälsoutgifter [R137]. Sjukdomar i rörelseorganen är den vanligaste orsaken till läkarbesök i Finland [R138]. Uppskattningsvis 10 % av patienterna använder upp till 80 % av hälso- och sjukvårdstjänsterna [R139].

Då förväntningarna på primärvården ständigt ökar är det nödvändigt att utvärdera den effekten av olika funktioner och typer av verksamhet har på budgeten (effekter på användningen av resurser) och kostnadsnyttoeffekten (den hälsnytta som åstadkoms med funktionen i förhållande till använda resurser) [R140], [R141]. En kritisk granskning bör göras särskilt när nya typer av verksamhet planeras, men överväganden bör också omfatta nuvarande praxis för prevention, vård och uppföljning. För bästa användning av knappa resurser bör funktioner som ger liten nytta eller som kräver orimliga resurser i förhållande till hälsnytta gallras bort.

Främjandet av kostnadseffektiva funktioner kan ske på tre nivåer. För det första är det viktigt att identifiera och gynna de interventioner som har den största effekten på befolkningens hälsa då de genomförs systematiskt. Vaccinationer i barndomen, förebyggande av samt avvänjning av rökning samt behandling av alkoholmissbruk är allmänt kända exempel på interventioner i denna kategori [\[R142\]](#), [\[R143\]](#), [\[R144\]](#).

För det andra bör man identifiera patientgrupper för vilka de riktade preventions- eller vårdåtgärderna kan ge en särskilt stor hälso nytta i förhållande till resursanvändningen [\[R145\]](#). En riskgrupp som redan är väl identifierad i Finland är t.ex. patienter med diabetes, för vilka man allmänt har satsat på servicestigar och uppföljning. Mindre uppmärksamhet fästs till exempel på högt blodtryck, trots en betydande inverkan på folkhälsan [\[R146\]](#).

För det tredje bör man identifiera de mest effektiva delmomenten för vård och prevention specifikt för enskilda patienter och patientgrupper och rikta särskild uppmärksamhet på dessa. Det här lyckas inte nödvändigtvis i den dagliga verksamheten [\[R147\]](#). T.ex. minskar en sänkning av LDL-kolesterol och högt blodtryck risken för hjärt- och kärlsjukdomar betydande hos patienter med typ 2-diabetes, medan effekten av sänkning av lindrigt eller måttligt förhöjt långtidssocker (HbA_{1c}) är mindre [\[R148\]](#). Det nationella diabetesregistret visar dock att man i vården prioriterar god behandling av blodsockret i stället för kolesterolbalansen (muntlig information, Aapo Tahkola, 10.10.2022). Även den terapeutiska balansen för högt blodtryck hos patienter med typ 2-diabetes har varit sämre än blodsockerbalansen [\[R149\]](#).

Man kan främja beaktandet av budgeteffekten och kostnadsnyttoeffekten med flera olika metoder och på olika nivåer. Viktiga verktyg på systemnivå är till exempel nationella vårdrekommendationer, lokala vårdkedjor, utbildning av personal, utnyttjande av kvalitetsregister och systematiskt kvalitetsarbete [\[R150\]](#). Vid möten med den enskilda patienten kan t.ex. integrerat stöd för beslutsfattande i patientdatasystemet, olika riskräknare och andra verktyg som stöder den yrkesutbildade personens val vara användbara [\[R142\]](#). Nationella kvalitetsregister [\[R151\]](#) kan utnyttjas för att identifiera de viktigaste bristerna i vården och därmed stöda resursplanering och utvärdering av budgeteffekten.

En stor del av patienterna inom primärvården är multisjuka (dvs har två eller flera kroniska sjukdomar) och bland dem bör särskilt multisjuka patienter med förhöjd risk identifieras så att deras vård kan koordineras t.ex. med hjälp av en vårdplan [\[R152\]](#), se kapitel 8. *Vårdkontinuitet*. Användbara metoder för identifiering kan framöver vara olika applikationer för folkhälsa, dessa kan även vara tillhjälp för att identifiera andra hälsorisker hos befolkningen [\[R153\]](#). Då man utifrån patientjournalen identifierat behov för åtgärder, är det lättare att kontakta patienten, om det finns en överenskommen kontaktperson och patienten vet vem hans eller hennes husläkare och/eller egenskötare är (muntlig information, Ilkka Kunnamo 27.5.2022).

Det finns regionala skillnader i befolkningsstrukturen och sjukdomsprevalens, och därför bör vårdkedjorna utarbetas lokalt och då det gäller arbetsfördelningen mellan vårdgivarna till och med enhetsvis. I februari 2022 fanns det sammanlagt 567 olika regionala vårdkedjor för olika sjukdomar. Vi rekommenderar att det finns tydliga skriftliga verksamhetsmodeller för behandling av de centrala kroniska sjukdomarna och folksjukdomarna på varje mottagningsenhet inom primärvårdens öppenvård, att personalen får introduktion och utbildning i användningen av modellerna och att användningen följs upp. Vid behov bör de regionala vårdkedjorna gällande verksamhetsenhetens interna direktiv, t.ex. gällande arbetsfördelningen preciseras lokalt.

6.3. Hur bör egenvården och stödet av den ordnas?

För stöd av egenvård hos patienten med kroniska sjukdomar är det klokt att använda sig av sjukskötares och hälsovårdares kompetens [\[R154\]](#). Man bör säkerställa att de yrkesutbildade personerna har tillräcklig utbildning [\[R154\]](#). Förfaranden som bygger på distanskontakt eller sker i grupp [\[R155\]](#), [\[R156\]](#), [\[R157\]](#) samt att vårdgivaren gör upp en vårdplan tillsammans med patienten är användbara sätt att stöda egenvården hos patienter med kroniska sjukdomar i primärvården [\[R158\]](#). Då man tar i bruk och använder stöd av egenvård som baserar sig på distans- eller grupp förfaranden, bör man utvärdera hur forskningsdata om metoden går att tillämpa i förhållande beaktandes målbefolkningens behov.

Digitala verktyg är redan långt utvecklats som stöd i uppföljning av kroniska sjukdomar, med hjälp av dem lösa vissa problem i uppföljningen av kroniska sjukdomar enligt en systematisk litteraturöversikt. De erbjuder också möjligheter att följa hur sjukdomen framskrider [\[R159\]](#). I en annan systematisk litteraturöversikt bedömdes effekten och nyttoeffekten av applikationer för smarttelefoner och surfplattor i uppföljningen av kroniska sjukdomar (T1DM och T2DM, astma, COPD, kardiovaskulära sjukdomar) [\[R160\]](#). Undersökningarna visade sig vara heterogena, vilket gjorde det utmanande att utvärdera nyttoeffekten. I många av undersökningarna använde man utöver distansmetoden för uppföljning även någon form av direkt kontaktsätt mellan personal och patienten. Resultaten var mer lovande gällande diabetes.

Enligt en systematisk meta-analys av interventioner för distansuppföljning av diabetes, astma, hjärtsvikt, COPD och cancer varierar resultaten både mellan olika sjukdomsgrupper och inom dessa [\[R156\]](#). Distansuppföljning kan vara effektiv för uppföljning av typ 2-diabetes, fast den inte är det för kontroll av blodsockernivån vid typ 1-diabetes. Gällande andra kroniska sjukdomar observerades ingen nyttoeffekthos metoderna för distansuppföljning. När metoder för distansuppföljning jämfördes med så kallad sedvanlig vård och behandling (d.v.s. direkt när- eller distanskontakt med vårdgivare) [\[R63\]](#) framkom följande: HbA_{1c}-nivån sjönk visserligen statistiskt sett betydligt i distansuppföljnings gruppen, men skillnaden mellan grupperna var inte kliniskt sett betydande. Interventioner som ökade samarbetet mellan hälsovårdspersonal och patienten ökade

också sannolikheten för förbättrad HbA_{1c}-nivå, jämfört med interventioner som inte stärkte samarbetet [\[R63\]](#), [\[R161\]](#), [\[R162\]](#).

I en systematisk översikt om distansuppföljning av multisjuka patienter [\[R163\]](#) konstaterade man, att digitala interventioner för distansuppföljning kan förbättra uppföljningsparametrarna för vissa sjukdomar, men att det finns mycket lite bevis på att de skulle förbättra patienternas hälsotillstånd. De bästa resultaten erhöles med sådana interventioner som låg närmast så kallad sedvanlig vård (treatment as usual, direkt när- eller distanskontakt medvårdgivare.).

Mer information om ämnet, se referensmaterial 6. Vård [nix03128](#).

7. Prevention

Rekommendationer

Rekommendation 7.1.: Vi rekommenderar att man i de preventiva verksamhetsmodellerna vid öppenvårdsmottagningar inom primärvården fokuserar på åtgärder vars förebyggande effekt på de viktigaste folksjukdomarna stöds av vetenskaplig evidens. Med de viktigaste folksjukdomarna avses hjärt- och kärlsjukdomar, cancersjukdomar, diabetes, kroniska lungsjukdomar, sjukdomar i rörelseorganen, minnessjukdomar samt psykiska störningar.

Rekommendation 7.2.: Vi rekommenderar att patienter med förhöjd riskprofil identifieras aktivt och att tillförlitliga riskräknare används för identifiering.

Rekommendation 7.3.: Vi rekommenderar att de preventiva åtgärder som används vid öppenvårdsmottagningarna inom primärvården baserar sig på vetenskaplig evidens och att de i första hand fokuserar på de främsta riskfaktorerna för de viktigaste folksjukdomarna som räknas upp i kapitel 7.1. Till riskfaktorerna hör: brist på fysisk aktivitet, ohälsosam kost, fetma, rökning, överdriven användning av alkohol och sömnstörningar.

Rekommendation 7.4.: Vi rekommenderar att man i de preventiva verksamhetsmodellerna vid öppenvårdsmottagningarna inom primärvården fokuserar på sekundär och tertiär prevention, i primärpreventionen i förstahand på patienter med hög riskprofil. Förebyggande av och avvänjning av tobaksanvändning berör alla rökare som besöker primärvården.

Rekommendation 7.5.: Vi rekommenderar att det på varje mottagningsenhet inom primärvården finns tydliga skriftliga verksamhetsmodeller för prevention. Vi rekommenderar att personalen introduceras till och utbildas i användning av modellerna, och att användningen följs upp.

Rekommendation 7.6.: Vi rekommenderar att det vid verksamhetsenheterna inom primärvården finns verksamhetssätt för att rutinmässigt ta upp rökning till diskussion och att det finns tillgång till effektivt stöd för att sluta röka för alla som så önskar.

Rekommendation 7.7.: Vi rekommenderar att man inom det förebyggande arbetet utöver individuell även utnyttjar verksamhetsmodeller som baserar sig på stöd i grupp samt på digitala metoder, då dessa har konstaterats vara effektiva sätt att öka motion, behandla obesitet, stöda rökavvänjning och behandla sömnlöshet.

Rekommendation 7.8.: Vi rekommenderar att det vid verksamhetsenheter inom primärvården finns tillgång till arbetsinsatser av vårdgivare som är specialiserade på psykiska problem för att möjliggöra tjänster med låg tröskel utan remisspraxis, och att den psykiatriska kompetensen hos yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheter inom primärvården allmänt stärks.

Sammanfattning

Prevention dvs. förebyggande av sjukdomar, är en av de viktigaste verksamhetsprinciperna i primärvården [\[R164\]](#), [\[R165\]](#). Nivåerna för prevention (primordial, primär, sekundär, tertiär och kvaternär prevention [\[R166\]](#)) definieras närmare i referensmaterial 7. *Prevention* [nix03129](#). Med opportunistisk prevention avses en verksamhetsmodell där man aktivt ingriper för att förebygga sjukdomar vid varje patientkontakt. Ett mål i social- och hälsovårdsministeriets program Framtidens social- och hälsocentral är att flytta tyngdpunkten i verksamheten till förebyggande och föregripande arbete [\[R126\]](#).

Gränsdragningen mellan prevention och behandling av sjukdomar är inte entydig eller alltid ens möjlig. Till exempel behandling av högt blodtryck kan å ena sidan definieras som en preventiv åtgärd, och å andra sidan som behandling av en sjukdom, eller som bådadera. I kapitlet *Prevention* i denna konsensusrekommendation koncentrerar vi oss främst på verksamhetsmodeller inriktade på förstadier till sjukdomar och ingripande i riskfaktorer i ett skede då läkemedelsbehandling inte nödvändigtvis ännu är aktuellt. Verksamhetsmodeller för sekundär och tertiär prevention, då tillstånden ofta redan kräver läkemedelsbehandling, behandlas närmare i kapitel 6. *Vård*. Samma verksamhetsmodeller kan dock tillämpas oberoende av om verksamheten definieras som prevention eller behandling av en sjukdom.

I Världshälsoorganisationens (WHO) verksamhetsprogram [\[R167\]](#) är målen för preventionen inriktade på motion, kost och näring, fetma, tobaksrökning, alkoholbruk samt behandling av högt blodtryck och högt kolesterol. Enligt WHO är de fyra viktigaste huvudgrupperna i det förebyggande arbetet för icke-smittsamma sjukdomar artärsjukdomar, cancersjukdomar, diabetes och kroniska lungsjukdomar. Till dessa har psykiska sjukdomar lagts till senare. Enligt Institutet för hälsa och välfärd anser man i Finland att minnessjukdomar och sjukdomar i rörelseorganen hör till de

kroniska dvs. bestående folksjukdomarna utöver de ovan nämnda tillstånden [\[R168\]](#).

Tyngdpunkten för hälsobefrämjande rekommendationer ämnade att förebygga icke-smittsamma sjukdomar i Finland [\[R169\]](#) ligger på centrala metoder, så som motion, kost, användning av tobak och alkohol samt sömn och sömnstörningar hos befolkningen. Verksamhetsmodellerna för prevention i denna konsensusrekommendation fokuserar på dessa. Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården (PALKO) rekommenderar, att metoder som har konstaterats stöda positiva livsstilsförändringar gällande kost och motionsvanor samt i stöd för att sluta röka ingår i tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården [\[R170\]](#), [\[R171\]](#).

I primärpreventionen är strategier som riktar sig till hela befolkningen centrala, primärvårdens möjlighet till förebyggande arbete på befolkningsnivå är dock begränsat. Därför är det motiverat att i första hand rikta primärvårdens resurser för primärpreventionsåtgärder gällande de viktigaste icke smittsamma sjukdomarna på individer i hög risk, antingen de identifieras opportunistiskt eller aktivt vid sidan av annan verksamhet med de metoder och verktyg för riskbedömning som är i bruk (i God medicinsk praxis-rekommendationerna är dessa till exempel riskräknarna FINRISKI, SCORE [hoi50025](#), [\[R172\]](#), T2D-risktest [hoi50056](#), [\[R173\]](#), AUDIT och AUDIT-C [hoi50028](#), [\[R174\]](#)).

Gällande depression och sömnlöshet identifieras riskpatienterna enligt God medicinsk praxis-rekommendationen om depression och sömnlöshet [hoi50023](#), [\[R93\]](#), [hoi50067](#), [\[R175\]](#).

Tobaksrökning utgör ett undantag. Rökning är den viktigaste orsaken till för tidig död som kan förebyggas, dessutom finns verkningsfull behandling att tillgå [\[R171\]](#). Målgruppen för preventionsåtgärden kan därför vara alla rökare som uträttat ärenden inom hälso- och sjukvården.

Verksamhetsmodeller i grupp och via digitala kanaler är användbara vid behandling av fetma och sömnlöshet, vid tobaksavvänjning samt vid riktat förebyggande av depression. Detta enligt vetenskaplig evidens sammanställda i finländska God medicinsk praxis-rekommendationer [hoi50124](#), [\[R176\]](#), [hoi50075](#), [\[R177\]](#), [hoi40020](#), [\[R178\]](#), [hoi50023](#), [\[R93\]](#), [hoi50067](#), [\[R175\]](#). Med tanke på verkningsfullheten och resursernas tillräcklighet rekommenderas att dessa modeller utnyttjas i prevention inom primärvården. Samarbete med motionsväsendet rekommenderas. Det är också möjligt att utnyttja samarbete med t.ex. tredje sektorn.

Kompetensen hos en psykiatrisk sjukskötare eller någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som är insatt i området kan utnyttjas på verksamhetsenheten. Exempel på lämpliga användningsområden är: handledning i egenvårdsprogram vid sömnlöshet, genomförande av kognitiv-behavioristiska behandlingsprogram i gruppform [hoi50067](#), [\[R175\]](#) och riktat förebyggande av depression hos patienter i riskgrupp (t.ex. depressionsskola, korttidsterapi) [hoi50023](#), [\[R93\]](#). Att tjänsterna är lättillgängliga är mycket viktigt för patienter som lider av psykisk ohälsa eller förstadier till dessa, för att tidigt ingripande ska vara möjligt. Därför är det viktigt att erbjuda möjlighet till besök hos en psykiatrisk sjukskötare på basnivån och utan separat besök för en remiss.

Munhälsan är en viktig del i allmänhälsan och alla muninfektioner ska behandlas som en del av god allmänhälsa [hoi50086](#), [\[R179\]](#). Det har observerats att särskilt sjukdomar i tändernas stödjevävnad (periodontium) har samband med hjärt- och kärlsjukdomar och att de påverkar den terapeutiska balansen vid diabetes och reumatiska sjukdomar. För att sekundärprevention mot munsjukdomar ska lyckas krävs samarbete mellan yrkesutbildade personer inom munhälsovården och den övriga hälso- och sjukvården samt socialvården. Det är viktigt att observera sådant som är förknippat med munhälsovård även på öppenvårdsmottagningarna inom primärvården och vid behov hänvisa patienten till munhälsovården [\[R180\]](#).

Mer information om ämnet, se referensmaterial 7. Prevention [nix03129](#).

8. Vårdkontinuitet

Rekommendationer

Rekommendation 8.1.1.1.: Vi rekommenderar att man i mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppenvård mäter vårdkontinuiteten systematiskt och regelbundet enligt enhetliga nationella principer.

- I Finland används COC-index (Continuity of Care Index, COCI) som mätare för vårdkontinuitet. THL samlar de uppgifter som behövs för beräkningen av indexet i Avohilmo-registret och publicerar regelbundet index-resultaten.
- Att fråga patienten om kontinuiteten i vården är en användbar och rekommenderad metod för kvalitativa tilläggsuppgifter om vårdkontinuiteten.

Rekommendation 8.2.1.1.: Vi rekommenderar att mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppenvård organiseras så att den ger möjlighet till god kontinuitet i patient-läkarrelationen.

- Det effektivaste sättet att förbättra vårdkontinuiteten i patient-läkarrelationen är att utnämna en husläkare.
- Patientens önskemål beaktas i valet av husläkare.
- Särskilt patienter som har kroniska sjukdomar och stort vårdbehov har nytta av kontinuitet i vården.

Rekommendation 8.2.1.2.: Om verksamhetsmodellen med klientansvariga (eller verksamhetsmodell med egenskötare) används, rekommenderar vi att den klientansvariga ingår i ett multiprofessionellt team och att även kontinuiteten i patient-läkarrelationen säkerställs.

- Det multiprofessionella teamet bedömer patientens situation regelbundet, enligt individuella behov.

Rekommendation 8.3.1.: Då verksamhetsmodellen med klientansvariga används, rekommenderar vi att patienten och den klientansvariga träffas på närmottagning i början av vårdrelationen. Vi rekommenderar också, att en del av mötena även i fortsättningen sker som närmottagning.

- Antalet patienter som den klientansvariga har ansvar för är begränsat.

Rekommendation 8.4.1.: Vi rekommenderar att en hälso- och vårdplan utarbetas i samarbete med patienten särskilt för multisjuka patienter med förhöjd risk och för patienter som annars behöver mycket stöd. Planen ska främja egenvården och informationsutbytet mellan patienten och vårdgivaren.

- Vårdplanen ersätter dock inte vårdrelationen, och kontinuiteten i patient-läkarrelationen ska ombesörjas.
- I vårdplanen bör patientens livssituation beaktas på ett övergripande sätt.

Sammanfattning

Kontinuitet i vården är en hörnsten i högklassig primärvård och i allmänläkarens arbete. Allmänläkaren har en central roll i förverkligandet av vårdkontinuitet [R181]. God kontinuitet i vården är en metod med vilken man strävar efter ännu högre kvalitet och kostnadsnyttoeffekt inom hälso- och sjukvården. En förutsättning för att vårdkontinuiteten ska kunna mätas är att den definieras. Eftersom verksamhetsmiljön och verksamhetsmodellerna inom hälso- och sjukvården förändras, är det viktigt att definiera bedömningsmetoderna för kontinuitet i vården och därmed även noggrannare mätning av vårdkontinuiteten som helhet [R182]. Delområden för vårdkontinuitet presenteras i tabell 6.

Tabell 6. Delområden för kontinuitet i vården

1. Kontinuitet i informationsutbytet i vården	Sammanställning av medicinska och sociala patientuppgifter, som är tillgängliga för alla som deltar i patientens vård.
2. Kontinuitet i vårdrelationen	Förutom kontinuitet i informationsutbytet har varje patient ett "medicinskt hem", där patienten får största delen av sina hälso- och sjukvårdstjänster och där det finns ett vårdteam som är tillgängligt och bekant för

	patienten. Teamet koordinerar patientens vård (även förebyggande vård) och ansvarar för vårdens kvalitet.
3. Kontinuitet i växelverkan	Utöver vårdkontinuitet i vårdrelationen har patienten också en varaktig vårdrelation med husläkaren. Patienten vet vem som är husläkare och litat personligen på honom eller henne. Patienten har möjlighet att få vanliga hälso- och sjukvårdstjänster hos den ifrågavarande läkaren. Läkaren ansvarar för patientens övergripande vård. När läkaren inte är anträffbar finns det ett överenskommet arrangemang, med vilket man säkerställer att vårdkontinuiteten i vårdrelationen kan fortgå.

Bedömning av vårdkontinuitet kan göras på flera olika sätt. Den kan granskas utifrån patientens upplevelse eller ur tjänsteproducentens eller organisationens synvinkel [\[R183\]](#). Före mätningen är det viktigt att definiera vilket delområde för kontinuiteten man vill granska [\[R182\]](#). Om målet är att få en uppfattning om vårdkontinuiteten i sin helhet, behövs det flera mätare [\[R184\]](#). Det är lättast att mäta patientens upplevelse av vårdkontinuitet genom att fråga patienten. Å andra sidan är det viktigt att vårdkontinuiteten lätt kan utvärderas ur informationssystem och register. De vanligaste mätarna för bedömning av vårdkontinuiteten har sammanställts i referensmaterial 8.

Vårdkontinuitet i tabellen Mätare för vårdkontinuitet [nix03130](#). De mätare som presenteras i tabellen granskar läkare som en yrkesgrupp, men flera av mätarna kan också användas för andrayrkesgrupper.

I ett finländskt material påvisade man att det är möjligt att mäta vårdkontinuitet inom primärvården baserat på register genom att använda COC-index. Utmaningen med COCI är att siffran för medelindex inte entydigt berättar huruvida det finns stor eller liten kontinuitet. Därför måste användningen basera sig mer på uppföljning av tidsmässig förändring [\[R185\]](#). COCI fås i det av THL utvecklade utvärderingsverktyget KUVA i form av sex olika mätare:

- läkarbesök för multisjuka patienter/patienter med kroniska sjukdomar, diagnosbegränsad mätare
- besök hos sjukskötare för multisjuka patienter/patienter med kroniska sjukdomar, diagnosbegränsad mätare
- läkarbesök för patienter som har fyllt 65 år, åldersbegränsad mätare
- besök hos sjukskötare för patienter som har fyllt 65 år, åldersbegränsad mätare

- läkarbesök inom primärvården, allmän mätare
- besök hos sjukskötare inom primärvården, allmän mätare

Exempel på hur COCI som beskriver vårdkontinuitet bildas finns i tabell 7.

Tabell 7. Exempel på hur COC-index (COCI) som beskriver vårdkontinuitet bildas	
Mottagningskedja*	COCI
AAAAAAAA	1,0
AAAABAAA	0,75
ABAABAAA	0,57
ABAACAAA	0,54
ABCBAEFA	0,14
ABCDEFGH	0
* olika bokstäver beskriver olika yrkesutbildade personer	

Det finns många undersökningar om betydelsen av kontinuitet i patient-läkarrelationen. Det här beror på att verksamhetsmodellerna för primärvården på andra håll i världen i stor utsträckning vilar på en stark patient-läkarrelation.

Studier visar att en verkningsfull vårdrelation som ger patientnöjdhet innehåller fyra grundelement 1) förtroende, 2) kunskap, 3) ömsesidig respekt och 4) lojalitet [R186], [R187], och därmed bör patient-läkarrelationen basera sig på möte och dialog.

Samband mellan kontinuitet i patient-läkarrelationen och sänkt dödlighet har konstaterats bland annat i två systematiska översikter [R188], [R189]. Risken för jourmässiga vårdperioder på sjukhus ökar, då kontinuiteten i patient-läkarrelationen i primärvården är sämre [R190]. Därutöver, desto, desto mindre är behovet av icke-brådskande vårdperioder på sjukhus mindre, ju bättre vårdkontinuiteten är [R191]. Längre patient-läkarrelationen verkar ha ett linjärt samband med färre antal jourbesök, färre vårdperioder på avdelning samt lägre dödlighet [R192]. Man kunde alltså påvisa att det fanns ett dos-responsförhållanden mellan kontinuitet i vårdrelationen och utfall.

Enligt fördjupade studier som har utförts vid Uleåborgs universitet men som inte ännu har publicerats framkommer det att ju mer splittrad vården är, desto starkare är associationen till ökade kostnader. Det finns alltså tecken på att ju bättre vårdkontinuiteten är, desto större är kostnadsbesparingarna [R193].

Verksamhetsmodellen med klientansvariga (s.k. case-manager) är inte vedertagen i Finland, men den ifrågasatt modellen används i någon form på många ställen. En klientansvarig (eller egenskötare) fungerar vanligen som stöd för patienter med kroniska sjukdomar eller multisjuka patienter och koordinerar den helhetsmässiga vården [R194], [R195] vilket stärker patientens förtroende och inre styrka. Vårdpersonal som arbetar som klientansvarig är vanligen sjukskötare eller hälsovårdare till sin utbildning. Kontinuitet i vårdrelationen dvs. att möta eller återkommande möta en bekant person i hälsovården är för patienten det bästa sättet att säkerställa ett gott informationsutbyte och planmässighet i vården. Det har konstaterats att särskilt kontinuitet i vårdrelationen och växelverkan förbättrar patienternas tillfredsställelse med vården [R196], [R197], [R198] och patientsäkerheten [R199]. Verksamhetsmodellen har granskats i en systematisk översikt [R200] samt i en realistisk översikt [R201]. Den systematiska översikten konstaterade, att förutsatt att den klientansvarigas arbetsbeskrivning är tillräckligt högklassig (antalet patienter är begränsat, den klientansvariga träffar patienten personligen i inledningsskedet av vårdrelationen och även framöver, då vårdrelationen fortsätter, åtminstone vid hälften av besöken, samt att det finns tillgång till ett multiprofessionellt team), kan verksamhetsmodellen öka patientens autonomi och även minska behovet av tjänster inom hälso- och sjukvården. I den realistiska översikten konstaterade man att verksamhetsmodellen med klientansvariga kan minska patientens ångest och öka trygghetskänsla och inre styrkan, förutsatt att både personal och patient får stöd, uppskattning och acceptans och att båda förbinder sig till samarbetet. Enligt vår kännedom finns det inte högklassiga vetenskaplig evidens för hur kontinuitet i relationen mellan den klientansvariga och patienten inverkar på vårdresultatet. Verksamhetsmodellen med klientansvariga kan vara ett användbart sätt att erbjuda vårdkontinuitet till patienten speciellt på områden där läkarna byts ofta. Statens revisionsverk har i sin utredning tagit ställning för utnämning av klientansvariga eller egenskötare på primärvårdens öppenvårdsmottagningar för patienter, som har stort behov av tjänster [R202]. Syftet med hälso- och vårdplanen (i fortsättningen vårdplanen) är att hjälpa patienter med kroniska sjukdomar och multisjuka patienter helhetsmässigt, proaktivt och koordinerat samt att stärka patientens förmåga att ta hand om sig. I Finland består vårdplanen av sju delområden: 1) basuppgifter, 2) vårdbehov, 3) vårdens målsättningar, 4) genomförande och metoder för genomförande av den planerade vården, 5) planerat stöd, 6) uppföljning och utvärdering samt 7) tilläggsuppgifter och uppgifter om vårdgivaren [R203]. Enligt en Cochrane-översikt kan utarbetandet av en vårdplan förbättra vårdresultaten vid vissa sjukdomar (blodsockernivå, blodtrycksnivå, terapeutisk balans vid astma) planen kan förbättra beredskapen för egenvård hos vuxna med kroniska sjukdomar, förbättra den terapeutiska balansen vid typ 2-diabetes samt minska depressionssymtom. Av översikten framgår dock inte vilken betydelse utarbetande av en vårdplan har för vårdkontinuiteten. Interventionerna är heterogena, och i största delen av undersökningarna ansvarade en sjukskötare eller någon annan klientansvarig för planeringen av vården, i en undersökning hade läkaren huvudansvaret. I översikten konstateras att den bästa nyttan av utarbetande av vårdplaner fås, när den integrerades rutinmässigt i övrig vård och den innefattade

bland annat intensivt stöd från vårdpersonalen. Liknande fynd erhöles också i en studie som genomfördes i Siilinjärvi i Finland [\[R204\]](#). Enligt denna inverkade upprättandet av vårdplaner som självständiga interventioner utöver den sedvanliga vården varken på vårdresultaten eller på hälsobaserade kvalitetsmätare hos patienter som led av högt blodtryck, kransartärsjukdom eller diabetes, jämfört med den grupp som fick så kallad sedvanlig vård.

I God medicinsk praxis-rekommendationen Multisjuk patient [hoi50126](#), [\[R152\]](#) rekommenderas att en vårdplan görs upp särskilt för multisjuka patienter med förhöjd risk. Enligt definitionen i rekommendationen är en multisjuk patient i riskzonen när:

- patienten använder rikligt med tjänster
- patienten har både fysiska sjukdomar och psykiska problem och symptom
- gerasteni konstateras hos patienten
- patienten använder många olika läkemedel
- patienten har svårt att klara av vardagen.

Utöver kontinuitet i vården bör tillgången till vård uppmärksammas. Hälsö- och sjukvårdslagen innefattar föreskrifter om tillgång till vård [\[R1\]](#). Institutet för hälsa och välfärd följer nationellt tillgången till vård bland annat genom att mäta tiden från den första kontakt till ett genomfört besök [\[R205\]](#). Hälsövårdscentralerna mäter vanligen tillgången till vård med T3-tal.

Mer information om vårdkontinuitet, se referensmaterial 8. Vårdkontinuitet [nix03130](#).

9. Ledarskap och utveckling

9.1. Hurdan utveckling och implementering av strukturer är ändamålsenlig?

Rekommendationer

Rekommendation 9.1.: Vi rekommenderar att man vid utveckling av verksamheten inom primärvården följer allmänna principer för hantering av förändring. Till dessa hör bland annat:

- Organisationens förändringsbenägenhet bedöms innan betydande implementeringsprojekt inleds och resultaten av bedömningen används vid definition av främjare och hämmare av implementeringen. För bedömning av förändringsbenägenheten kan man använda verktyg som beskrivs i litteraturen.
- I planeringsfasen bedömer man om det alls lönar sig att genomföra förändringen.

- Vid implementering av nya verksamhetssätt bedöms utgångsläget och genomförandet av de nya verksamhetssätten och deras effekter mäts när förändringsprojektet framskrider.
- I samband med att nya metoder tas i bruk, bedömer man om man kan avstå frångamla metoder.
- Styrningen av förändringen avtalas tydligt, ledningen utbildas för att genomföra förändringen och för förändringen antecknas tydliga mål och en plan för hur de ska uppnås.
- Man kommunicerar aktivt om utvecklingsarbetet och reserverar både tillräckliga ekonomiska och personal- och tidsresurser för arbetet.
- Alla parter som berörs av den eftersträvade förändringen hörs, och för dem bereds möjlighet att delta i och påverka utvecklingsarbetet.
- Utveckling inom primärvården genomförs i samarbete med alla aktörer som ger primärvård, den specialiserade sjukvården och socialvården, enligt vad som är ändamålsenligt. Vi rekommenderar att man i välfärdsområdena har utnämnt utbildade aktörer, som stöder utvecklingsarbetet inom regionens primärvård i enlighet med strategin.

Sammanfattning

Vetenskaplig evidens för att någon beskriven utvecklingsstrategi är bättre än de andra finns inte. Antagligen bör tillvägagångssätten för att implementera en förändring väljas med hänsyn till verksamhetsmiljön och målet med förändringen.

Det har utarbetats många referensramar som beskriver faktorer som stöder en lyckad implementering [R206]. De innefattar vanligen stöd från organisationen, ekonomiska resurser, sociala relationer och stöd i arbetsgemenskapen samt ledarskap. En förutsättning för implementering av effektiva metoder och verksamhetssätt är att organisationen är mogen för förändringen. Det här kan utvärderas till exempel med verktyget OR4KT (Organizational Readiness for Knowledge Translation), som innehåller sex dimensioner [R207], [R208]:

- förändringsatmosfär i organisationen (organisationskultur) såsom förtroende, växelverkan, diskussion, möjlighet att ifrågasätta
- kontextuella faktorer i organisationen såsom resurser, lokaler och utbildning
- nöjdhet med förändringen
- ledning och ledarskap
- stöd som organisationen erbjuder
- motivation och motivering.

Verktyget *International Family Matrix Maturity Index*, som har utvecklats för att utvärdera förändringsbenägenheten i organisationer, innehåller å sin sida sju dimensioner för organisationens verksamhet [R209]:

- användning av information
- användning av patientuppgifter
- personaladministration
- teamarbete
- hörande av patienterna
- utveckling av verksamheten
- anvisningar.

Faktorer som främjar och hämmar ett lyckat implementeringsprojekt i hälso- och sjukvårdens allmänna kontext och i primärvårdens speciella kontext har utvärderats i många studier, men deras kvalitet är varierande. Både kvantitativa och kvalitativa metoder har använts, för utförligare beskrivning se referensmaterial 9. *Ledning och utveckling* [nix03131](#). Faktorer förknippade med omständigheter som har identifierats i projekt inom primärvården listas i tabell 8.

Tabell 8. Faktorer som hämmar och främjar implementeringsprojekt som har genomförts inom primärvården. Redigerad från artikel [\[R210\]](#)

	Hämmare	Främjare
Epidemiologiska faktorer	Multisjuklighet Hög ålder hos målbefolkningen (≥ 85 år) Psykiska problem	
Sociokulturella faktorer	Dålig hälsolitteracitet Rikliga kontakter till allmänläkare	
Socioekonomiska faktorer	Låg socioekonomisk status	
Politiska faktorer	Bristfälliga ekonomiska kompensationer	
Implementering		
Strategier och resultat	För mycket information vid utbildningstillfällen för yrkesutbildade personer Svårigheter att bilda sig en uppfattning om målgruppen för interventionen	Utbildning riktad till yrkesutbildade personer Tydliga handböcker och anvisningar

Aktörer		
Yrkesutbildade personer	<p>Bristfällig information, kompetens och erfarenhet</p> <p>Bristfällig motivation</p> <p>Svårigheter att ändra på rutiner och negativa attityder till målet med förändringen</p> <p>Problem i växelverkan och inom arbetsgemenskapen</p> <p>Bristfälligt beaktande av de yrkesutbildade personerna i projektet</p> <p>Problem med att få tiden att räcka till</p> <p>Mångfasetterade interventioner</p>	<p>Yrkesmässiga, organisatoriska och interaktiva färdigheter</p> <p>Empatisk förmåga</p> <p>Positiva förväntningar på interventionen</p> <p>Tydliga handlingsrekommendationer</p> <p>Interaktions- och samarbetsförmåga inom och mellan yrkesgrupperna</p> <p>Tydlig ansvarsfördelning</p> <p>Flexibel och anpassad intervention</p> <p>Konkret plan</p> <p>Interventionens lämplighet i den dagliga verksamheten</p>
Patienter	<p>Dålig följsamhet i vården</p> <p>Problem förknippade med resor och tidschema</p> <p>Stora krav på tidsanvändning eller byråkrati</p> <p>Svårigheter att uppfatta vilka aktörer som deltar</p>	<p>Positiva förväntningar på interventionen</p> <p>Individuellt anpassade interventioner och möjlighet att tillämpa dem</p> <p>God uppföljning av patienten</p> <p>Skriftliga anvisningar</p> <p>Tekniska verktyg för uppföljning av effekterna</p> <p>Personliga möten med vårdpersonal och bra relation mellan patienten och vårdgivare.</p>
Verksamhetsmiljö		
Arbetsmiljö	<p>Brist på (utbildad) personal</p> <p>Tidsbrist</p> <p>Informationsbrist</p> <p>Bristfällig kontinuitet</p>	<p>Transparens i remitteringspraxis och möjligheterna till remittering</p>

Litteratur i ämnet behandlas närmare i referensmaterial 9. Ledning och utveckling [nix03131](#).

9.2. Hur utvecklar man personalens tillgänglighet, kompetens och arbetsvälbefinnande?

Rekommendationer

Rekommendation 9.2.1.: Vi rekommenderar regelbundna diskussioner, som sker tillräckligt ofta, mellan chefen och den yrkesutbildade personen. Under dessa bedömer man tillsammans arbetsvälbefinnandet samt upplevelsen av arbetets belastning och kravnivå och utarbetar utifrån diskussionen en plan med målsättning att påverka de faktorer som försämrar arbetstrivsel, samt vid behov föra ärendet vidare i organisationen.

Rekommendation 9.2.2.: Vi rekommenderar att man i resursallokeringen av personal beaktar förutsedd och oförutsedd frånvaro i personalen.

Rekommendation 9.2.3.: För att förebygga utmattningssyndrom rekommenderar vi att yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har möjlighet att påverka det egna arbetsprogrammet och beaktar till exempel ökad belastning på grund av planerad frånvaro.

Rekommendation 9.2.4.: Vi rekommenderar att man med jämna mellanrum diskuterar organisationens viktigaste mål med personalen, hör vad arbetstagarna anser om dem och hur det egna arbetet stöder uppnåendet av målen, samt säkerställer att alla i personalen har en tydlig uppfattning om sin arbetsbeskrivning.

Rekommendation 9.2.5.: Vi rekommenderar att man vid ledning av en enhet för öppenvårdsmottagning inom primärvården systematiskt utvecklar personalens kompetens.

Sammanfattning

Personalens tillgänglighet, kompetens och arbetsvälbefinnande behandlas alltid enligt yrkeskår, eftersom målgruppen i undersökningarna vanligen har varit en enskild yrkeskår inom hälso- och sjukvården. Arbetsnöjdhet är en central faktor i främjande av permanentens.

9.2.1. Läkarnas tillgänglighet, kompetens och arbetsvälbefinnande

Arbetsvälbefinnandet hos läkarna kan granskas med hjälp av faktorer som ökar risken för utmattning i arbetet och faktorer som främjar orken i arbetet. Allmänläkarens möjligheter att påverka innehållet i sitt arbete och tidsschemat är begränsade. Orsakerna till en eventuell utmattning eller psykiska belastning är därmed framför allt strukturella. Trots detta erbjuds dock vanligen lösningar på individnivå för att korrigera situationen [\[R211\]](#), [\[R212\]](#), [\[R213\]](#).

I intervjuundersökningar har man konstaterat att det i läkarens arbete finns ett flertal psykosociala faktorer som är förknippade med utmattning i arbetet och särskilt emotionell utmattning [R214], [R215], [R216], [R217]. Särskilt betydelsefulla psykosociala faktorer är tidspress (brådska) i arbetet och stressrelaterad till patientvården. Dessutom har brist på stöd, bristfällig kontroll över arbetet och svårigheter att förena arbete och familj samband med utmattning i arbetet. Arbetets kravnivå är därmed en betydande riskfaktor för utmattning i arbetet och särskilt för emotionell utmattning.

Läkare inom primärvården upplever att tidsperioderna före och efter frånvaro från arbetet är särskilt belastande, dessutom är tidsperioder när deras kollega är borta från arbetet tunga [R218]. Deras arbetskamrater upplever däremot att de tidperioder när alla läkare i arbetsgemenskapen är på plats är mest belastande. Å andra sidan ökar även oplanerad frånvaro deras arbetsbelastning. Känsla av koherens i arbetet och återhämtning från arbetet har samband med bättre arbetsvälbefinnande och nöjdhet med livet, vilket förebygger utmattning i arbetet och personlig utmattning [R219]. Det kan därmed vara så om man stöder återhämtningen från arbetet, förbättrar upplevelsen av koherens i arbetet och omorganiserar arbetsuppgifterna, så kan detta öka arbetstrivsel och minska symtomen på utmattning i arbetet hos allmänläkare.

Uppgifter som överförs från den specialiserade sjukvården upplevs som meningsfulla och viktiga, men också som utmanande och tidskrävande. Dessutom upplever man att byråkratiska uppgifter som har överförts från den specialiserade sjukvården (bl.a. remisser till andra specialiteter, sjukintyg) minskar autonomin. Byråkrati som upplevs som onödig har samband med försämrad arbets- och livsnöjdhet, utmattning i arbetet och allmän utmattning [R219].

9.2.2. Sjukskötarens arbetsvälbefinnande, kompetens och tillgänglighet

Arbetstrivseln hos sjukskötarna verkar förbättras bland annat av arbetets innehåll, upplevelse av yrkesmässig betydelse och yrkesstolthet [R220], [R221], [R222], [R223], [R224], växelverkan med både patienter och arbetskamrater och upplevelse av autonomi i arbetet [R221], [R225], [R226]. Faktorer som skapar missnöje i arbetet ser ut att vara bland annat ekonomiska faktorer, såsom låg lön och avsaknad av tjänsteförmåner [R220], [R222], oklarheter i arbetsbeskrivningen [R227], otillräckligt med tid för patientarbetet [R222] samt brist på uppskattning [R222].

Enligt en systematisk översikt [R228] är faktorer som påverkar arbetslivets kvalitet hos sjukskötare inom primärvården belastningen i arbetet, autonomi, stöd från cheferna, upplevelse av att man är uppskattad, inre motivation, växelverkan, empatiutmattning (compassion fatigue), utmattning i arbetet samt tankar på att byta arbete.

9.2.3. Fysioterapeuternas arbetsnöjdhet, kompetens och tillgänglighet

Enligt små enkätundersökningar är fysioterapeuterna nöjda med sitt arbete [R229], [R230], [R231]. Upplevelse av autonomi, kompetens och att vara godkänd i teamarbetet ökar arbetstrivsel [R229].

Fysioterapeuter i anställningsförhållande är nöjdare med sitt arbete än de som fungerar som självständiga yrkesutövare [R230], [R231]. Arbetsnöjdheten hos enskilda yrkesutövare minskade bland annat till följd av brist på mentorskap och kamratstöd [R231].

9.2.4. Allmänt om samband mellan utveckling av primärvården och arbetsnöjdhet

Enligt en intervjustudie som genomfördes i Sverige ökade arbetstagarens arbetsmotivation av att organisationens och arbetstagarens mål låg i linje med varandra [R232]. Arbetsgemenskaperna fungerar bra, om målen är tydligt fastställda, om det i arbetsgemenskapens kultur inte finns betydande hierarki inom personalen och då arbetsgemenskapen systematiskt strävar efter att förbättra kvaliteten i arbetet tillsammans.

9.2.5. Utveckling av kompetensen hos yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

Inom medicinen betonas kompetensledning. En av chefens huvuduppgifter är att ansvara för personalens kompetens [R233]. Läkarens kompetensområden har beskrivits bland annat i den kanadensiska CanMEDS-modellen. Enligt modellen förenas rollen som medicinsk expert av andra roller: professionell yrkesutövare, kommunikatör, medarbetare, ledare, hälsofrämjare och akademiker [R234]. Till allmänmedicinens kärnkompetensområde hör ett patientorienterat grepp, ett samhällsinriktat arbetssätt samt metoder för problemlösning, detta enligt en definition av EURACT, den europeiska organisationen för lärare inom allmänmedicin. Utmärkande för branschen betonas ett övergripande arbetssätt och förmåga att behärska verksamhetshelheten inom hälso- och sjukvården [R164], [R235]. Kraven på kärnkompetens hos allmänsjukskötare har fastställts och de finns bland annat på yrkeshögskolornas webbplatser [R236]. Finlands Fysioterapeuter har beskrivit kärnkompetensen hos fysioterapeuter (beskrivning på finska, Suomen Fysioterapeutit) [R237].

Det finns stora variationer i hur kompetensen utvecklas hos yrkesutbildade personer, och dess samband med samlad arbetserfarenhet är inte alltid entydig [R238]. Enligt en systematisk översikt [R238] är resultaten motstridiga. I cirka hälften av studierna (n = 62) ökade kompetensen i takt med arbetserfarenheten, men 21 % rapporterade att kompetensen i själva verket försämrades när arbetserfarenheten ökade.

Självutvärdering av kompetensnivån är problematisk. Enligt en systematisk översikt [R239] har yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården tendens att bedöma sin kompetens annorlunda än vad en extern bedömare gör. De väljer också ofta utbildning inom områden som de är bra på redan från tidigare. Å andra sidan är det känt att träning, och särskilt respons av handledaren, är viktigt för utveckling av kompetensen [R240]. Fungerande handledning och särskilt utvärdering av kompetensen som görs tillsammans samt fastställande av personliga målsättningar främjar utvecklingen av färdigheterna och säkerställer en högklassig och trygg vård [R241], [R242].

Endast självbedömning och självinstruktion är inte effektivt och garanterar inte en utveckling av kompetensen [R242].

9.2.6. Företagshälsovårdens roll i att stöda arbetshälsan hos vårdgivare som arbetar på öppenvårdsmottagningar inom primärvården

Ledning av arbetsförmåga är ett delområde inom ledarskap där målet är en välmående och arbetsför personal [R243]. Den innefattar samarbete med arbetsgivaren, cheferna, arbetstagarna och företagshälsovården. I modellen för stöd av arbetsförmågan strävar man till att identifiera och beskriva när företagshälsovårdens expertis behövs.

Enligt förordning 708/2013, 8 § ska verksamheten för bevarande av arbetsförmågan i första hand genomföras med interna åtgärder på arbetsplatsen och med tyngdpunkt på förebyggande verksamhet. Arbetsgivaren ska ordna uppföljningen och främjandet av arbetstagarens möjligheter att klara sig i arbetet genom att anlita yrkesutbildade personer och sakkunniga inom företagshälsovården. Bevarandet av arbetsförmågan ska basera sig på den verksamhetspraxis som överenskommit inom företagshälsovårdssamarbetet. Arbetsgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att främja, upprätthålla, återställa och följa upp arbetstagarens arbetsförmåga i ett så tidigt skede som möjligt [R244]. Verksamhetsmodellen utarbetas i samverkan mellan arbetsgivaren och personalen eller deras företrädare och hela personalen informeras om den i enlighet med samarbetslagen [R245]. Mentalvårdsarbete utförs inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Riskbedömning är arbetsgivarens uppgift [R246]. Företagshälsovården bedömer i arbetsplatsutredningen risker och men för hälsan som orsakas av arbetet, arbetsmiljön och arbetsgemenskapen. Därtill beaktas de belastande faktorerna och resursernas hälsomässiga betydelse och inverkan på arbetsförmågan. På basen av utredningen planerar man tillsammans med arbetsgivaren åtgärder för att tryggahälsan och säkerheten [R244].

9.3. Har arbetshandledning och andra metoder för kontroll över arbetet någon betydelse?

Rekommendationer

Rekommendation 9.3.: Vi rekommenderar att man ger möjlighet till regelbunden arbetshandledning (till exempel en gång per månad) till alla läkare och övriga vårdgivare som arbetar inom primärvården och som behöver arbetshandledning.

- Tillhandahållandet av mentalvårdstjänster förutsätter enligt lagen ett fungerande arbetshandledningssystem (mentalvårdslagen 4 §).

Sammanfattning

9.3.1. Definition av arbetshandledning

Vid arbetshandledning har personal inom sjukvården en trygg och handledd möjlighet att undersöka de roller som förekommer i arbetet, själva arbetet och dess innehåll samt de förhållanden som förekommer i arbetet. Målet med arbetshandledning är yrkesmässig utveckling [R247]. Arbetshandledning har definierats på många sätt beroende på behovet i branschen. Definitioner är bland annat "utveckling av yrkeskännedom och kompetens", "upprätthållande av kvalitet", "reflektivt, livslångt lärande" och "trygg lärandemiljö" [R248]. Särskilt i allmänläkarens arbete är arbetshandledning till nytta, eftersom arbetet tyngs av långa patientrelationer och av att patienternas problem är mångfasetterade och utmanande [R249].

9.3.2. Arbetshandledning för allmänläkare

För läkare som arbetar inom primärvården är arbetshandledning inte lagstadgad i motsats till de vårdgivare som arbetar inom psykiatri, för vilka planläggning av arbetshandledning grundar sig på mentalvårdslagen (4 §) [R250]. Det har framförts att arbetshandledning även borde vara lagstadgat inom allmänmedicin [R247]. I vetenskaplig litteratur definieras klinisk arbetshandledning för läkare till exempel som yrkesmässig, personlig och utbildningsmässig handledning, som möjliggör övervakning samt respons i samband med läkarnas patientarbete. Huvudmål i arbetshandledning för läkare är bland annat att öka patientsäkerheten, förbättra vårdresultaten och främja orken i arbetet hos läkarna [R251]. I den kliniska arbetshandledningen strävar man efter att öka förståelsen för de egna arbetssätten genom att retroaktivt gå igenom patientfall eller arbetssituationer. I den kliniska arbetshandledningen kan också en mer erfaren arbetstagare inom det egna området fungera som handledare [R247]. Balint-arbetshandledning är en handledningsmetod som har utvecklats för allmänläkare [R252], den används i omfattande utsträckning som arbetshandledningsform för allmänläkare bland annat i Mellan- och Nord-Europa och de nordiska länderna. Fördelarna med den är särskilt att den beaktar utmanande känslor som uppkommer i arbetet, och minskar därigenom arbetets emotionella belastning och fördjupar växelverkan. Metoden främjar motivation och glädje i arbetet, men kvaliteten på forskningsdata varierar.

9.3.3. Arbetshandledning för sjukskötare

Arbetshandledning för psykiatriska sjukskötare är lagstadgad i många länder, även i Finland, men arbetshandledning för sjukskötare inom primärvården finns i praktiken nästan inte alls, och det finns ingen litteratur om den. I Irland, Australien och Storbritannien har hälsomyndigheterna gett

rekommendationer om att arbetshandledning borde vara tillgänglig för alla arbetstagare inom social- och hälsovården [\[R253\]](#), [\[R254\]](#).

Det skulle vara viktigt att beakta betydelsen av klinisk arbetshandledning även för annan personal än för läkare i organisationens verksamhet. Det är känt att arbetshandledning påverkar tillgången och varaktighet av personal särskilt i glesbygden [\[R255\]](#). Med hjälp av arbetshandledning kan man utreda utmaningar i organisationen och eventuellt även korrigera dem.

Det behövs dock mer forskning om arbetshandledning för vårdgivare som arbetar i mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård.

9.4. Hurdant ledarskap är bra?

Rekommendationer

Rekommendationer gällande ledarskap presenteras i kapitlen 9.1–9.3 och 9.5.

Sammanfattning

I sammanfattningen beskrivs inte allmänna principer för ledarskap, utan vi koncentrerar oss på vad vi vet om särdrag i ledarskap på öppenvårdsmottagningar inom primärvården.

Det finns inga forskningsdata om hurdant ledarskap som är bra inom primärvården.

Päivi Sutinen har i sin doktorsavhandling "Johtajana kehittymisen olemus kunta-alan johtajan kokemana" beskrivit [\[R256\]](#) ledningsarbetets karaktär med hjälp av 7 delområden. Se tabell [9](#).

Tabell 9. Delområden inom ledningsarbete. Redigerad från källa [\[R256\]](#)

Karaktär, styrning och påverkan i ledningsarbetet	Verksamhet inom ledningsarbete
Arbetsverksamhet	Fördelning av arbetsuppgifter och kontroll över arbetet
Personer	Val av personer och ledning
Framtiden	Val av huvudmål och målinriktad verksamhetsstyrning
Situationer	Kontroll och styrning av situationer
Processer	Processtyrning

Förändring	Förnyelse och förändringsstyrning
Systemets helhet	Fortgående ledning och kontroll i organisationen

Enligt Läkarförbundet är chefens och vårdsystemets verksamhetsmål god nyttoeffekt, ekonomisk effektivitet, nöjda patienter och god arbetshälsa för personalen [R233]. Det är ledningens uppgift att skapa förutsättningar för dessa och se till att målen eftersträvas på ett hållbart sätt. Systemets komplexitet och reformen av servicesystemet orsakar utmaningar i ledarskapet. Hälso- och sjukvården ledningen måste beakta både välfärdsstatens mål och yrkesetiska värden. Det centrala är att skapa möjligheter för sjukvårdspersonalen att verka enligt yrkesetiken på ett sådant sätt att organisationens och samhällets mål beaktas.

Inom medicinen betonas kompetensledning. En av chefens huvuduppgifter är ju att ombesörja kompetensen hos personalen [R233]. Se kapitel 9.2 Hur utvecklar man personalens tillgänglighet, kompetens och arbetsnöjdhet?

Sari Huikko-Tarvainen vars doktorsavhandling behandlar ledarskap på ett centralsjukhus, definierar chefsläkaren som en läkare som i jämförelse med andra läkare i hälso- och sjukvårdsorganisationen verkar i ledande ställning. Därmed avser man med läkarledning det ledningsarbete som läkaren i ledande ställning utför jämfört med de övriga läkarna i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Till chefsläkarens arbete hör utöver ledningsarbetet ofta även patientarbete. Arbetets tudelning orsakar värde-, tids- och identitetsmässiga motstridigheter. Enligt Huikko-Tarvainen innefattar gott läkarledarskap ledning av kollegerna medelst medicinsk expertis och förståelse för arbetets kärna. Detta sker i kombination med god social kompetens, kollegialitet, förståelse för läkarens autonomi, behov av ändamålsenliga lokaler samt av att ledarskapet är anpassat till situationen [R257].

Enligt två systematiska översikter har sjukhus som leds av kliniker bättre resultat jämfört med andra sjukhus [R258], [R259]. Enligt vissa undersökningar utsträcker sig effekten också till bland annat arbetstrivsel och permanensen hos personalen [R260]. En systematisk översikt (6 av 73 undersökningarna har utförts inom primärvården) sammanfattar faktorer som leder till ett bättre slutresultat i verksamheten i en organisation som är underställd en klinisk chef: medicinsk ledning, deltagande ledarskap och ledarens vilja att leda [R260]. Som hämmande omständigheter observerades medicinsk protektionism (medical protectionism), befallande och kontrollerande ledarskap och praxis som skapar kortvariga chefer.

Lean är en ledarskapsfilosofi som innehåller en uppsättning principer och verktyg [R261]. Inom hälso- och sjukvården i Finland har lean-teorier tillämpats i cirka 15 års tid, särskilt i sjukhusmiljöer. Lean ledarskapets effekter på organisationernas resultat har varit varierande [R261].

Mer information, se referensmaterial 9. *Ledning och utveckling* [nix03131](#).

9.5. Med vilka metoder kan man säkerställa verksamhetsförutsättningarna och kvaliteten i mottagningsverksamheten inom primärvårdens öppenvård under de snabbt växande kompetenskraven och ökande uppgifterna?

Rekommendationer

Rekommendation 9.5.1.: Vi rekommenderar att välfärdsområdena och deras verksamhetsenheter för öppenvårdsmottagning i planen för egenkontroll antecknar hur de följer och utvärderar

- **Kvaliteten av vården och det arbete som görs för att förebygga folksjukdomar.**
- **Hur lagstadgade uppgifter sköts**
- **Hur betydande förändringar i verksamhetsmodellen påverkar patientnöjdheten, personalens arbetstillfredsställelse, kostnader och befolkningens hälsa.**
 - Under dokumentationen av rekommendationen är förändringstrender på öppenvårdsmottagningar inom primärvården till exempel
 - olika digitala kontakter blir allt vanligare, se rekommendation 5.1.3.1.3.
 - direktmottagningar blir allt vanligare, se rekommendationerna 5.2.3., 5.2.4. ja 5.2.5.
 - segmentering, se rekommendation 4.5.
 - utmaningar i vårdkontinuiteten, se rekommendation 8.1.1.1.

Rekommendation 9.5.2.: Vi rekommenderar att man i välfärdsområdena fäster särskild uppmärksamhet på rekrytering av yrkesutbildade personer, och på de faktorer som förbättrar permanens i primärvården. Detta kan ske bland annat genom att utveckla arbetstagarnas möjligheter till kontroll, utbildning och karriärutveckling i arbetet.

Rekommendation 9.5.3.: Vi rekommenderar att verktyg för uppföljning av kvalitet och patientsäkerhet utnyttjas inom primärvården beaktandes deras lämplighet, det totala behovet av arbetstidsresurser de kräver och den belastning som de orsakar patienterna.

Rekommendation 9.5.4.: Vi rekommenderar att man vid anskaffning och utveckling av patientdatasystem beaktar deras användbarhet och nytta i mottagningsverksamheten inom primärvården. Dessutom beaktas de egenskaper i patientdatasystemet som kan nyttjas som stöd för ledarskap och expertis hos aktörer inom primärvården, data kan användas för att framlägga de speciella kraven i verksamhetsmiljön.

Sammanfattning

Övervakning, egenkontroll och uppföljning

Övervakning, egenkontroll och uppföljning skapar grunden för säkerställande och utveckling av verksamhetsförutsättningarna och kvaliteten. Hälso- och sjukvårdslagen ålägger verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården att utarbeta en plan för kvalitetsarbetet och för hur patientsäkerheten verkställs [R1]. I planen måste man beakta hur man i samarbete med tjänster inom socialvården främjar patientsäkerheten.

Det är bra att inleda mätningarna innan man tar i bruk ett nytt verksamhets sätt, så att det är möjligt att med hjälp av tidsserier följa effekterna av förändringen. Vid kvalitetsuppföljning kan man till exempel använda den referensram som IHI (Institute for Healthcare Improvement <https://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx>) föreslår. Med denna kan man granska effekter på rättidighet kostnadsnyttoeffekt, effektivitet, säkerhet, jämlikhet och patientorientering.

Regeringen har berett en proposition till lag om tillsyn över social- och hälsovården 2022, och lagen kommer att träda i kraft i början av 2024. Enligt det utkast till propositionen som nu är på remiss ska lagen om tillsyn över social- och hälsovården vara en allmän lag om tillsyn. Den innehåller bestämmelser om egenkontroll för såväl tjänsteanordnare som tjänsteproducenter samt bestämmelser om myndighetstillsyn. Vid tillsynen över social- och hälsovårdstjänsterna poängteras tjänsteproducenternas eget ansvar för en ändamålsenlig verksamhet, högklassig service samt hög klient- och patientsäkerhet. Enligt lagen är både tjänsteanordnarna och tjänsteproducenterna skyldiga att utarbeta ett program för egenkontroll. Programmet för egenkontroll innefattar de uppgifter och tjänster som tjänsteanordnaren och tjänsteproducenten ansvarar för. Tjänsteproducentens program för egenkontroll omfattar tjänsteproducentens samtliga serviceenheter.

Programmet för egenkontroll är ett strategiskt program för tjänsteanordnare och tjänsteproducenter. I programmet fastställer man hur uppföljningen av social- och hälsovårdstjänsterna genomförs, hur klient- och patientsäkerheten samt tjänsternas kvalitet och jämlikhet uppfylls ur klient- och patientperspektiv. Programmet för egenkontroll innehåller också tillvägagångssätt för korrigerande av brister som har observerats. Tjänsteproducenten ska utarbeta en serviceenhetsspecifik plan för egenkontroll för att säkerställa kvaliteten, ändamålsenligheten och säkerheten i den dagliga verksamheten, samt för att uppföljningen av den personal som deltar i klient- och patientarbetet är tillräcklig. Dessa enhetsspecifika planer för egenkontroll som innefattar den dagliga verksamheten är en del av tjänsteproducentens mer omfattande program för egenkontroll. I programmet för egenkontroll ingår även tjänsteproducentens plan för läkemedelsbehandling. Tjänsteproducenten ska övervaka både sin egen verksamhet och underleverantörens verksamhet, verksamhetens kvalitet och ändamålsenlighet samt klient- och patientsäkerheten. Egenkontrollen är ett verktyg, med vars hjälp man utvecklar och följer

tjänsternas kvalitet, klient- och patientsäkerhet inom tjänsterna och serviceenheternas dagliga arbete.

Läkarnas tendens att söka sig till primärvården och att stanna kvar i arbetet

Tillgång till varaktig läkararbetskraft är en förutsättning för att säkerställa fungerande och kvalitativ primärvård. Vi känner inte till några finländska studier om ämnet, även om man i diskussionsinlägg har betonat bland annat seniorstöd, en trygg miljö och tillräcklig flexibilitet i tidsscheman [R262]. I Samkommunen för social- och hälsovårdstjänster i Norra Karelen (Siun sote) tog man i slutet av 2021 i bruk modellen Terveyskeskuslääkäri 2.0, där hälsocentralläkarna har möjlighet att använda en dag i arbetsveckan för egen utbildning och utveckling [R263]. I slutledningarna från en omfattande enkätundersökning som nyligen genomfördes bland hälsocentralläkare i Finland, konstateras att ledarskapet inom primärvården och läkarnas möjligheter att få kontroll över sitt eget arbete måste förbättras [R264]. I internationella undersökningar har man som faktorer som främjar rekryteringen av och permanensen för läkare inom primärvården identifierat till exempel tidiga positiva erfarenheter av primärvården, färdigheter som lämpar sig för uppgifter inom primärvården, erfarenhet, specialisering, karriärutveckling och arbetstrivsel [R265]. Genom coaching som baserar sig på positiv psykologi har man i en liten RCT-undersökning kunnat främja viljan att förbinda sig till arbetet och förbättra arbetstrivseln hos läkare inom primärvården [R266].

Verktyg för utveckling av kvaliteten inom primärvården

Vi har inte identifierat verktyg som har utvecklats särskilt för organisationsutveckling inom primärvården [R267]. Å andra sidan känner vi till tiotals verktyg och hjälpmedel som potentiellt kan vara användbara i primärvårdens verksamhet för att stöda och förbättra resultat i patienternas hälsotillstånd [R268]. Olika checklistor för olika typiska patientgrupper (standardized patient) har också beskrivits som en typ av kvalitetsgranskning inom primärvården [R269].

Utveckling av patientsäkerheten inom primärvården

För bedömning av patientsäkerheten inom primärvården har man utvecklat och validerat enkätblanketten PREOS-PC [R270], som riktar sig till patienter och deras närstående, enkätblanketten SCOPE-PC som riktar sig till yrkesutbildade personer [R271] och klassificeringssystemet PSIC-PC för registrering och övervakning av tillbud i patientvården [R272]. På grund av sin omfattning lämpar sig blanketterna knappast för kliniskt arbete, men de kan eventuellt användas som hjälp i forsknings- och utvecklingsarbete.

Social- och hälsovårdsministeriets plan för genomförande av Klient- och patientsäkerhetsstrategin innehåller fyra strategiska spetsar: 1) Tillsammans med klienterna och patienterna, 2) Välmående

och kompetent personal, 3) Säkerheten först i alla organisationer och 4) Vi förbättrar det som redan finns. I programmet betonas bland annat betydelsen av öppen och tillgänglig information, säkerhetskultur och säkerhetsledning [R273].

Utveckling av kompetensen hos personalen inom primärvården har behandlats i kapitel 9.2. Hur utvecklar man personalens tillgänglighet, kompetens och arbetsnöjdhet?

Informationssystem inom primärvården

Informationssystem har en central roll i att skapa förutsättningar för verksamhet och i att säkra kvalitet i vården, men erfarenheterna är åtminstone inte till alla delar uppmuntrande. I enkätundersökningar som genomfördes 2014 och 2017 använde endast en fjärdedel av de överläkare och andra läkare i ledande ställning som arbetade på hälsovårdscentraler informationssystem som ett verktyg i ledningsarbetet dagligen och en stor del av de svarande förhöll sig negativa till informationssystemens användbarhet och nytta för det som skulle utvärderas [R274]. I Läkarenkäten 2017 gav läkare som arbetade på hälsovårdscentraler ett något lägre skolbetyg för informationssystemen än läkare som arbetade på andra ställen och man bedömde att det fanns skillnader i produkterna. Situationen hade dock i viss mån förbättrats jämfört med år 2014 [R275]. I Kymenlaakson Lääkäriverkko försökte man åren 1998–2003 med hjälp av ett informationssystem utveckla en funktion för samarbete och remiss-konsultation mellan läkare inom primärvården och den specialiserade sjukvården, men projektet misslyckades [R276].

För att minska beroendet av producenterna för informationssystemen och för att främja kunskapsbaserad ledning, är ett centralt krav på de system som anskaffas att de uppgifter som lagras i dem kan utnyttjas i olika användargränssnitt och i nationella kvalitetsregister samt analyseras med olika analysverktyg.

10. Diagnostik och uppföljning av vården utan möten

- 10.1. Vilka andra digitala tjänster förutom digitala tjänster för kontakt mellan patient och vårdgivare känner man till?
- 10.1.1. I vilka situationer är dessa tjänster ett bra alternativ?
- 10.1.2. Vilka risker är dessa tjänster förknippade med?

Frågorna i kärnfråga 10 behandlas i huvudsak i kapitel 6. *Vård*.

Ett rekommendationsutlåtande om symtombedömningsprogram som genomförs på distans finns i kapitel 3. *Bedömning av vårdbehovet*.

11. Vilka slags vetenskapliga undersökningar borde göras framöver om verksamhetsmodeller inom primärvården?

Rekommendationer

Rekommendation 11: Vi rekommenderar att man i Finland utökar forskningen om verksamhetsmodeller för mottagningsverksamhet inom primärvårdens öppenvård. Forskningen kan till exempel inriktas på de områden som beskrivs i sammanfattningen.

Sammanfattning

Bedömning av vårdbehovet

- Det finns tills vidare lite tillgängliga nationella och internationella forskningsdata som jämför olika verksamhetsmodeller för bedömning av vårdbehov inom öppenvården.

Tilläggsinformation behövs om:

- Kostnadsnyttoeffekt av digitala symtombedömningar
- Effekter på tillgång till och kontinuitet i vården.

Klient- och patientsegmentering

- Vi behöver undersökningar, där man utvärderar effekterna av segmentering. Hur påverkas:
 - hänvisning till tjänster och den arbetstid som vårdgivare använder?
 - tillgången till och kontinuiteten i vården?
 - patienternas prognoser av segmentbaserad servicehänvisning?
 - kostnaderna för hälso- och sjukvårdstjänster?
 - personalens välbefinnande och permanens?

Diagnostik

- Det behövs mer information om effekterna av distansmottagningar. Ämnen för forskning är:
 - vårdresultat, beaktandes eventuella nackdelar och risker
 - effekter på resurserna
 - effekter på tillgången, tillgängligheten och kontinuiteten i vården.
 - växelverkan vid distansmottagningar
 - effekten av olika kontaktyper på arbetstillfredsställelse hos vårdgivaren

- personalens välbefinnande och permanens.
- Kostnadsnyttoeffekt av patientnära test.
- Användning av magnetundersökning som allmänläkarens verktyg i diagnostiken vid ryggskador. Svansvariabler kan vara t.ex. livskvalitet förknippad med hälsa och andra hälsofördelar som uppnås, snabb identifiering av allvarliga sjukdomar och kostnadsnyttoeffekt samt nackdelar.

Vård

- Kostnadsnyttoeffekt vid nyttjande av kompetens hos sjukskötare och hälsovårdare i behandling av kroniska sjukdomar.
 - Effekter på personalens välbefinnande och permanens.
 - Effekter på tillgång till och kontinuitet i vården.
- Kostnadsnyttoeffekt vid utnyttjande av kompetensen hos fysioterapeuter vid symptom och sjukdomar i rörelseorganen samt prevention och behandling av kroniska sjukdomar.
 - Effekter på personalens välbefinnande och permanens.
 - Effekter på tillgång till och kontinuitet i vården.
- Vårdplanens betydelse som verktyg för stöd av egenvård. Här behövs kontrollerade studier som utforskar till exempel följande svansvariabler: livskvalitet, kostnader, användning av tjänster och sjuklighet.

Prevention

- Uppföljningsdata om hur förebyggande åtgärder har lyckats inom den finländska primärvården.

Kontinuitet

- Nyttoeffekt i relation till vårdkontinuitet i verksamhetsmodellen med klientansvariga.

Ledarskap och utveckling

- Hurdant ledarskap är bra inom primärvården?
- Vilka effekter har arbetshandledning för vårdgivare på arbetshälsan, arbetsnöjdheten och permanensen.

Rekommendationspanel och dokumentationsgrupp

Rekommendationspanel

Juha Auvinen (1. chair)

Jorma Komulainen (2. chair)

Timo Carpén

Kaisa Ellä

Pasi Eskola

Johanna Grotell

Tapani Hämäläinen

Aino Joensuu

Minna Kaila

Kirsi Kivelä

Tuomas Koskela

Heljä Laitinen

Jukka Mattila

Anu Niemi

Petja Orre

Pertti Pasanen

Liisa Pietilä

Jukka Ronkainen

Susanna Satuli-Autere

Anna-Sofia Simula

Pauliina Sulku

Aapo Tahkola

Suvi Vainiomäki

Dokumentationsgrupp

Ilona Mikkola

Marianne Riekki

Raija Sipilä

Finansiering

Deltagare i finansieringen av denna rekommendation är Finska Läkarföreningen Duodecim, Allmänmedicinska föreningen i Finland (SYLY), Allmänläkare i Finland GPF ry, Social- och hälsovårdsväsendet i Helsingfors och social- och hälsovårdsväsendet i Vanda stad.

Litteratur

1. Terveysturvotlaki. 30.12.2010/1326. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
2. Syrjä V, Parviainen L, Niemi A. Terveysteskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Tutkimuksesta tiiviisti 51, 2019. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138981/URN_ISBN_978-952-343-442-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Laki sosiaali- ja terveysturvotuksen järjestämisestä. 612/2021. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612>
4. THL Word Template. Tietopyyntölomake. (Viitattu 8.10.2022). Saatavilla: <https://thl.fi/documents/10531/3522722/tietopyynt%C3%B6lomake.rtf/f2be9d0f-3aad-4346-b5c3-6c9a912c7653>
5. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Avainlukuja perusterveysturvotuksen järjestämisestä Suomessa 2013–2019. (Viitattu 9.9.2021). Saatavilla: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138496/URN_ISBN_978-952-343-386-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Laki terveysturvotuksen ammattihenkilöistä. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
7. Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
8. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
9. Laki hyvinvointialueesta. 611/2021. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210611>
10. Laki korkeakouluopiskelijan opiskeluterveysturvotuksesta. 695/2019. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190695#Pidm45949344705696>
11. Laki sosiaali- ja terveysturvotuksen asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 784/2021. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210784>
12. Laki yksityisestä terveysturvotuksesta. 9.2.1990/152. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19900152>

13. Sosiaalihuoltolaki. 30.12.1994/1301. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L4P36>
14. Syväoja P, Äijälä O. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2009.
15. Rehunen S. Potilaan ongelman hahmottaminen. Kirjassa: Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P ym. (Toim). Yleislääketieteen perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 89-92.
16. Vierula H, Pärnänen H. Kuka pääsee vastaanotolle? Suom Lääkäril 2012;67:1222-4
17. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4036-9>
18. Ilkka L, Lampilinna V. Aikuisten valtakunnalliset yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:19. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5441-0>
19. Hoidonperusteet.fi – laatua ja tehokkuutta hoidon tarpeen arviointiin. DigiFinland. (Viitattu 15.9.2022). Saatavilla: <https://digifinland.fi/hoidonperusteet-fi-laatua-ja-tehokkuutta-hoidon-tarpeen-arviointiin/>
20. Hyytiälä H, Pekka Mäntyselkä P. Hyvä palvelu maksaa vähemmän. Häiriökysynnän ilmiö paljastaa palvelujärjestelmän ja ajattelumme valuviat. NÄKÖKULMA 12.4.2022 09.00
21. Seddon J, Caulkin S. Systems thinking, lean production and action learning. Action Learning: Research and Practice 2007;4(1):9-2
22. Seddon J. The Whitehall Effect, 1.painos. UK: Triarchy Press 2014;24-29.
23. Gilbert S, Mehl A, Baluch A ym. How accurate are digital symptom assessment apps for suggesting conditions and urgency advice? A clinical vignettes comparison to GPs. BMJ Open 2020;10:e040269 [PubMed](#)
24. Chambers D, Cantrell A, Johnson M ym. Digital and online symptom checkers and assessment services for urgent care to inform a new digital platform: a systematic review. Southampton (UK): NIHR Journals Library 2019 doi: 103310/hsdr072 [PubMed](#)
25. Liu VD, Sellgren L, Kaila M, Koskela T. Usability of online symptom checkers. FinJeHeW 2021;13(2):100-12. Saatavilla: <https://journal.fi/finjehew/article/view/97020>
26. Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P ym. (Toim.) Kappale 23.40 Yhteistyö ja työnjako terveys- ja sosiaalitoimessa. Kirjassa Yleislääketieteen perusteet. Kustannus oy Duodecim 2020
27. Liukko E, Koivisto J, Tiirinki H. Pysyvät ja muuntuvat segmentit palvelujärjestelmän ja paikallisten ilmiöiden jäsentäjinä. THL Tutkimuksesta tiiviisti. 2018
28. Yan S, Kwan YH, Tan CS ym. A systematic review of the clinical application of data-driven population segmentation analysis. BMC Med Res Methodol 2018;18:121 [PubMed](#)
29. Vuik SI, Mayer EK, Darzi A. Patient Segmentation Analysis Offers Significant Benefits For Integrated Care And Support. Health Aff (Millwood) 2016;35:769-75 [PubMed](#)
30. Chong JL, Lim KK, Matchar DB. Population segmentation based on healthcare needs: a systematic review. Syst Rev 2019;8:202 [PubMed](#)
31. Seng JJB, Monteiro AY, Kwan YH ym. Population segmentation of type 2 diabetes mellitus patients and its clinical applications - a scoping review. BMC Med Res Methodol 2021;21:49 [PubMed](#)

32. Low LL, Yan S, Kwan YH ym. Assessing the validity of a data driven segmentation approach: A 4 year longitudinal study of healthcare utilization and mortality. PLoS One 2018;13:e0195243 [PubMed](#)
33. Yan S, Seng BJJ, Kwan YH ym. Identifying heterogeneous health profiles of primary care utilizers and their differential healthcare utilization and mortality - a retrospective cohort study. BMC Fam Pract 2019;20:54 [PubMed](#)
34. Jean-Baptiste D, O'Malley A, Shah T. Population Segmentation and Targeting of Health Care Resources: Findings from a Literature Review. Working paper 58 Mathematica Policy research 2017
35. Riihimies R, Kosunen E, Koskela T. Experiences of Navigator, a Finnish patient-segmentation service, in primary care: A mixed-methods study. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2021;13:173-88
36. Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001
37. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. 2015. (Viitattu 2.12.2021). Saatavilla: https://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf?t=1447070624000
38. Valvira. Potilaille annettavat terveydenhuollon etäpalvelut. (Viitattu 2.12.2021). Saatavilla: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/yksityisen_terveydenhuollon_luvat/potilaille-annettavat-terveydenhuollon-etapalvelut
39. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (Viitattu 29.11.2021). Saatavilla: <https://thl.fi/fi/>
40. Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P ym. (Toim.). Kappaleissa 16.20 Puhelin- ja videovastaanotot ja 16.30 Digitaaliset vastaanotot, chatit ja botit. Kirjassa Yleislääketieteen perusteet. Kustannus Oy Duodecim 2020
41. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohje 2/2020. Etäasioinnin kirjaaminen ja luokitukset terveydenhuollossa. (Viitattu 2.12.2021). Saatavilla: https://thl.fi/documents/920442/2902744/Et%C3%A4palvelut_ja+luokitukset+terveydenhuollossa_ohje2_2020.pdf/2399b453-7870-d336-3726-d519ff5808df?t=1608548520410
42. Rodgers M, Raine G, Thomas S ym. Informing NHS policy in 'digital-first primary care': a rapid evidence synthesis. Health Serv Deliv Res 2019 [PubMed](#)
43. Johnsen TM, Norberg BL, Kristiansen E ym. Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners. J Med Internet Res 2021;23:e26433 [PubMed](#)
44. Baines R, Tredinnick-Rowe J, Jones R ym. Barriers and Enablers in Implementing Electronic Consultations in Primary Care: Scoping Review. J Med Internet Res 2020;22:e19375 [PubMed](#)
45. Virtsatieinfektiöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Nefrologiyhdistys ry:n, Kliiniset mikrobiologit ry:n, Suomen Infektiolääkärit ry:n, Suomen Kliinisen Kemian Erikoislääkäriyhdistys ry:n, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Urologiyhdistyksen ja Suomen yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. (Viitattu 3.2.2022). Saatavilla: www.kaypahoito.fi

46. Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. (Viitattu 3.2.2022). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
47. Chou R, Fu R, Carrino JA ym. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009;373:463-72 [PubMed](#)
48. Kela. Sairaanhoitokorvaus lääkärin vastaanotosta ja lääkärinlausunnoista. (Viitattu 3.2.2022). Saatavilla: <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-terveydenhuolto-sairaanhoitokorvaukset-laakarinpalkkiot-vastaanotto-ja-lausunnot?inheritRedirect=true>
49. Kela. Työterveyshuollon etäpalvelujen ja puhelujen korvaaminen. (Viitattu 3.2.2022). Saatavilla: <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-terveydenhuolto-tyoterveyshuolto-korvauskaytanta-ja-etapalvelujen-korvaaminen?inheritRedirect=true>
50. Valvira. Lääkärinlausunnot ja todistukset. (Viitattu 10.2.2022). Saatavilla: <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/laakarinlausunto>
51. Kela. Lääkärinlausunnot ja -todistukset eri elämäntilanteissa. (Viitattu 3.2.2022). Saatavilla: <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-terveydenhuolto-laakarinlausunnot-ja-todistukset?inheritRedirect=true>
52. Sairauspoissaolon tarpeen arviointi. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Verkostovaliokunnan asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. (Viitattu 3.2.2022). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
53. Säteilylaki 859/2018. (Viitattu 10.2.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20180859>
54. Oikeutus säteilylle altistavissa tutkimuksissa – opas hoitaville lääkäreille. STUK opastaa / maaliskuu 2015. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126288/STUK-opastaa-oikeutus-2015.pdf?sequence=1>
55. Stuklex. Säteilyturvakeskuksen määräys oikeutusarviointista ja säteilysuojelun optimoinnista lääketieteellisessä altistuksessa. (Viitattu 10.2.2022). Saatavilla: <https://www.stuklex.fi/fi/maarays/stuk-s-4-2019>
56. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Määräys tietoturvasuunnitelmaan sisällytettävistä selvityksistä ja vaatimuksista. Määräys 3/2021. THL/4309/4.09.00/2021. (Viitattu 5.9.2022). Saatavilla: https://thl.fi/documents/920442/2816495/THL_Maarays_3_2021_Tietoturvasuunnitelman_selvitykset_ja_vaatimukset.pdf/b4f17949-bace-b8d4-0cee-b215c6e5d372?t=1640009474365
57. Etälääketieteen suositus. Lääkäriliitto 2022. (Viitattu 12.10.2022). Saatavilla: <https://www.laakariliitto.fi/laakarintietopankki/kuinka-toimin-laakarina/etalaaketieteen-suositus/>
58. Carrillo de Albornoz S, Sia KL, Harris A. The effectiveness of teleconsultations in primary care: systematic review. *Fam Pract* 2022;39:168-182 [PubMed](#)
59. Mold F, Hendy J, Lai YL ym. Electronic Consultation in Primary Care Between Providers and Patients: Systematic Review. *JMIR Med Inform* 2019;7:e13042 [PubMed](#)
60. Parker RF, Figures EL, Paddison CA ym. Inequalities in general practice remote consultations: a systematic review. *BJGP Open* 2021;5: [PubMed](#)
61. Han SM, Greenfield G, Majeed A ym. Impact of Remote Consultations on Antibiotic Prescribing in Primary Health Care: Systematic Review. *J Med Internet Res* 2020;22:e23482 [PubMed](#)

62. Bakhit M, Baillie E, Krzyzaniak N ym. Antibiotic prescribing for acute infections in synchronous telehealth consultations: a systematic review and meta-analysis. *BJGP Open* 2021;5: [PubMed](#)
63. Robson N, Hosseinzadeh H. Impact of Telehealth Care among Adults Living with Type 2 Diabetes in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18: [PubMed](#)
64. De Guzman KR, Snoswell CL, Caffery LJ ym. Economic evaluations of videoconference and telephone consultations in primary care: A systematic review. *J Telemed Telecare* 2021;;1357633X211043380 [PubMed](#)
65. Bucki FM, Clay MB, Tobiczyk H ym. Scoping Review of Telehealth for Musculoskeletal Disorders: Applications for the COVID-19 Pandemic. *J Manipulative Physiol Ther* 2021;44:558-565 [PubMed](#)
66. McKinstry B, Walker J, Campbell C ym. Telephone consultations to manage requests for same-day appointments: a randomised controlled trial in two practices. *Br J Gen Pract* 2002;52:306-10 [PubMed](#)
67. Kaskinen A, Ayeboa-Sallah B, Teivaanmäki T ym. Pediatric Web-Based Chat Services for Caregivers of Children: Descriptive Study. *J Med Internet Res* 2018;20:e10165 [PubMed](#)
68. Jiwa M, Mathers N, Campbell M. The effect of GP telephone triage on numbers seeking same-day appointments. *Br J Gen Pract* 2002;52:390-1 [PubMed](#)
69. Salisbury C, Murphy M, Duncan P. The Impact of Digital-First Consultations on Workload in General Practice: Modeling Study. *J Med Internet Res* 2020;22:e18203 [PubMed](#)
70. Thiyagarajan A, Grant C, Griffiths F ym. Exploring patients' and clinicians' experiences of video consultations in primary care: a systematic scoping review. *BJGP Open* 2020;4: [PubMed](#)
71. Hyppönen H, Pentala-Nikulainen O, Aalto A-M. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017: kansalaisten kokemukset ja tarpeet. *THL raportti 3/2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
72. Kunnari T, Koivula M. eHealth-palvelut perusterveydenhuollon vastaanottoiminnan tukena - kirjallisuuskatsaus potilaiden kokemuksista. *Hoitotiede* 2018;30:323-33
73. Donaghy E, Atherton H, Hammersley V ym. Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract* 2019;69:e586-e594 [PubMed](#)
74. Satokangas M. Geographic equity in primary health care performance in Finland: from individual socioeconomic position into the blind spot of the service system. *Dissertationes Scholae Doctoralis Ad Sanitatem Investigandam Universitatis Helsinkiensis*. Helsingin yliopisto 2021. URN:ISSN:2342-317X. Saatavilla: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/334486/satokangas_markku_dissertation_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
75. Greenhalgh T, Shaw S, Wherton J ym. Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *J Med Internet Res* 2018;20:e150 [PubMed](#)
76. Ruusuvoori J. "Katsekontaktia ei voi korvata" - terveyspalveluiden digitalisaatio heikentää vuorovaikutusta ja kuormittaa työntekijöitä uudella tavalla. *Must Read*. 10.1.2022. (Viitattu 20.1.2022). Saatavilla: <https://www.mustread.fi/artikkelit/katsekontaktia-ei-voi-korvata-terveyspalveluiden-digitalisaatio-heikentaa-vuorovaikutusta-ja-kuormittaa-tyontekijoita-uudella-tavalla/>

77. Shaw SE, Seuren LM, Wherton J ym. Video Consultations Between Patients and Clinicians in Diabetes, Cancer, and Heart Failure Services: Linguistic Ethnographic Study of Video-Mediated Interaction. *J Med Internet Res* 2020;22:e18378 [PubMed](#)
78. Amin J, Ahmad B, Amin S ym. Rehabilitation Professional and Patient Satisfaction with Telerehabilitation of Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review. *Biomed Res Int* 2022;2022:7366063 [PubMed](#)
79. Hellstén T, Arokoski J, Sjögren T ym. The Current State of Remote Physiotherapy in Finland: Cross-sectional Web-Based Questionnaire Study. *JMIR Rehabil Assist Technol* 2022;9:e35569 PMID: 35609305
80. Rausch AK, Baur H, Reicherzer L ym. Physiotherapists' use and perceptions of digital remote physiotherapy during COVID-19 lockdown in Switzerland: an online cross-sectional survey. *Arch Physiother* 2021;11:18 [PubMed](#)
81. Murphy M, Scott LJ, Salisbury C ym. Implementation of remote consulting in UK primary care following the COVID-19 pandemic: a mixed-methods longitudinal study. *Br J Gen Pract* 2021;71:e166-e177 [PubMed](#)
82. Cecil E, Bottle A, Majeed A ym. Factors associated with potentially missed acute deterioration in primary care: cohort study of UK general practices. *Br J Gen Pract* 2021;71:e547-e554 [PubMed](#)
83. Valtakunnallinen yleislääketieteen professorien ohjeistus etätyöstä terveyskeskuskoulutusjaksoilla. (Viitattu 25.1.2022). Saatavilla: https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammattillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Terveyskeskuskoulutusjakso/Eta%CC%88ty%C3%B6ohjeistus_terveyskeskuskoulutus.pdf
84. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamisesta. Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190992>
85. Työnjakoa uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:49. (Viitattu 3.2.2022). Saatavilla: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74771/Binder1.pdf>
86. Laapio-Rapi E, Tulonen-Tapio J, Ukko J ym. Sairaanhoidtajien lääkkeenmääräämisestä vaihtelevia kokemuksia. *Suom Lääkäril* 2019;23:1503-7
87. Gielen SC, Dekker J, Francke AL ym. The effects of nurse prescribing: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2014;51:1048-61 [PubMed](#)
88. Pasternack I, Isojärvi J, Mäkelä M. Hoitajaresepti vaikuttaa turvalliselta. *Suom Lääkäril* 2018;44:2580-1
89. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N ym. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;7:CD001271 [PubMed](#)
90. Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M ym. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014;152-154:45-51 [PubMed](#)
91. Clark DM, Canvin L, Green J ym. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet* 2018;391:679-686 [PubMed](#)

92. Engels A, König HH, Magaard JL ym. Depression treatment in Germany - using claims data to compare a collaborative mental health care program to the general practitioner program and usual care in terms of guideline adherence and need-oriented access to psychotherapy. *BMC Psychiatry* 2020;20:591 [PubMed](#)
93. Depressio. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022. (Viitattu 1.4.2022). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
94. Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. (Viitattu 1.4.2022). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
95. Palko. Psykoterapiat ja muut psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmenetelmät mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidossa. 2018. (Viitattu 24.5.2022). Saatavilla: https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/11049969/Suositus+psykoterapiat+ja+muut+ps+hoito-+ja+kuntoutusmenetelm%C3%A4t_ver+1.0.pdf/bce20c5f-1dd2-e999-a5d5-0e607250fc25/Suositus+psykoterapiat+ja+muut+ps+hoito-+ja+kuntoutusmenetelm%C3%A4t_ver+1.0.pdf?t=1542966136000
96. The National Collaborating Centre for Mental Health, NHS. The Improving Access to Psychological Therapies Manual. Update august 2021. (Viitattu 1.4.2022). Saatavilla: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-iapt-manual-v5.pdf>
97. Terapiat etulinjaan. (Viitattu 1.4.2022). Saatavilla: <https://terapiatetulinjaan.fi/>
98. Saarni S, Nurminen S, Mikkonen K ym. The Finnish therapy navigator – Digital support system for introducing stepped care in Finland. *Psychiatria Fennica* 2022;53:120-137
99. Andrews G, Basu A, Cuijpers P ym. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018;55:70-78 [PubMed](#)
100. Suositus fysioterapeutin tule-suoravastaanottokoulutuksesta. Suomen Fysioterapeutit 2017. Saatavilla: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/02/Suoravastaanottosuositus2017.pdf>
101. Jiandani MP, Mhatre BS. Physical therapy diagnosis: How is it different? *J Postgrad Med* 2018;64:69-72 [PubMed](#)
102. Fysioterapeuttien suoravastaanotto toiminnan nykytila Suomessa. Suomen Fysioterapeutit 2018. Saatavilla: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/12/Suoravastaanotto2018.pdf>
103. Karppinen J, Kangas H, Paukkunen M ym. Fysioterapeutin suoravastaanotto tuki- ja liikuntaelinpotilaiden hoidossa. *Suom Lääkäril* 2020;5:263-8
104. Demont A, Bourmaud A, Kechichian A ym. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disabil Rehabil* 2021;43:1637-1648 [PubMed](#)
105. Bornhöft L, Larsson ME, Thorn J. Physiotherapy in Primary Care Triage - the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. *Physiother Theory Pract* 2015;31:45-52 [PubMed](#)

106. Töytäri O. Fysioterapeuttien suoravastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. Tehyn julkaisusarja B. Selvityksiä 1/18. ISBN 978-952-6667-78-2. Saatavilla: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b1_fysioterapeuttien_suuravastaa_notot_sosiaali-ja_terveydenhuollon_julkisissa_organisaatioissa_id_10636.pdf
107. Flinkman M. Itsenäiset hoitajavastaanotot sosiaali- ja terveydenhuollon julkisissa organisaatioissa. Tehyn julkaisusarja B. Selvityksiä 2/18. Saatavilla: https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2018/2018_b2_itsenaiset_hoitajavastaanotot_id_11830.pdf
108. Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. (Viitattu 20.1.2022). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
109. Kunnamo I. Yleisläkäriin teknologiat. Kirjassa: Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P ym. (toim.). Yleislääketieteen perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 191-195.
110. Labquality. Vieritestisuositus. Saatavilla: <https://www.labquality.fi/vieritestisuositus/>
111. Shaw JLV. Practical challenges related to point of care testing. *Pract Lab Med* 2016;4:22-29 [PubMed](#)
112. Hardy V, Thompson M, Alto W ym. Exploring the barriers and facilitators to use of point of care tests in family medicine clinics in the United States. *BMC Fam Pract* 2016;17:149 PMID: 27809865
113. Wells S, Rafter N, Kenealy T ym. The impact of a point-of-care testing device on CVD risk assessment completion in New Zealand primary-care practice: A cluster randomised controlled trial and qualitative investigation. *PLoS One* 2017;12:e0174504 [PubMed](#)
114. Eley CV, Sharma A, Lecky DM ym. Qualitative study to explore the views of general practice staff on the use of point-of-care C reactive protein testing for the management of lower respiratory tract infections in routine general practice in England. *BMJ Open* 2018;8:e023925 [PubMed](#)
115. Lehto L. Interactive two-step training and management strategy for improvement of the quality of point-of-care testing by nurses. Implementation of the strategy in blood glucose measurement. Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos 2014
116. Riissanen J. Vieritutkimuksen merkityshoitajan vastaanotto-toiminnassa – kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö (Saimaan ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveystieteiden laitos Lappeenranta Hoitotyönkoulutusohjelma) 2019
117. Nielutulehdus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen, Suomen Otolaryngologiyhdistyksen, Suomen Infektiolääkärit ry:n ja Kliiniset mikrobiologit ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Saatavilla: www.kaypahoito.fi
118. Jenkins HJ, Downie AS, Maher CG ym. Imaging for low back pain: is clinical use consistent with guidelines? A systematic review and meta-analysis. *Spine J* 2018;18:2266-2277 [PubMed](#)
119. Belavy DL, Tagliaferri SD, Buntine P ym. Reducing Low-Value Imaging for Low Back Pain: Systematic Review With Meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2022;52:175-191 [PubMed](#)
120. Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne 2019. Saatavilla: https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/terveyskeskusten_laakaritilanne_2019_final.pdf

121. Suomen Yleislääketieteen Yhdistys. Yleislääketieteeseen erikoistuminen. Saatavilla:
<https://www.syly.fi/yleislaaketieteeseen-erikoistuminen/>
122. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J ym. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022;72:e84-e90 [PubMed](#)
123. Lääkäriliitto. Lääkärit Suomessa. Saatavilla:
https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/ll16_tilasto2016_net1_170114.pdf
124. Opintopolku. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkimus. Saatavilla:
<https://eperusteet.opintopolku.fi/#/fi/esitys/3689879/reformitiedot>
125. Hon S, Ritter R, Allen DD. Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther* 2021;101: [PubMed](#)
126. Kaila M. Työajan käyttö, yhteistyö ja delegointi. Kirjassa: Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P ym. (toim.). Yleislääketieteen perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 311-312
127. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma. Sote-uudistus. (Viitattu). Saatavilla:
<https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma>
128. Moola S, Bhaumik S, Nambiar D. Mid-level health providers for primary healthcare: a rapid evidence synthesis. *F1000Res* 2020;9:616 [PubMed](#)
129. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819-23 [PubMed](#)
130. Kuethe MC, Vaessen-Verberne AA, Elbers RG ym. Nurse versus physician-led care for the management of asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;:CD009296 [PubMed](#)
131. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A ym. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;4:CD010412 [PubMed](#)
132. Lovink MH, Persoon A, Koopmans RTCM ym. Effects of substituting nurse practitioners, physician assistants or nurses for physicians concerning healthcare for the ageing population: a systematic literature review. *J Adv Nurs* 2017;73:2084-2102 [PubMed](#)
133. Anthony BF, Surgey A, Hiscock J ym. General medical services by non-medical health professionals: a systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. *Br J Gen Pract* 2019;69:e304-e313 [PubMed](#)
134. Liddy C, Moroz I, Mihan A ym. A Systematic Review of Asynchronous, Provider-to-Provider, Electronic Consultation Services to Improve Access to Specialty Care Available Worldwide. *Telemed J E Health* 2019;25:184-198 [PubMed](#)
135. Vimalananda VG, Orlander JD, Afnan MK ym. Electronic consultations (E-consults) and their outcomes: a systematic review. *J Am Med Assoc* 2020;27:471-479 [PubMed](#)
136. Kelan tietopaketti. Sairauspoissaolot. (Viitattu 1.4.2022). Saatavilla:
<https://www.kela.fi/sairauspoissaolojen-tutkimus>
137. Tilastokeskus. Kuolemansyissä ei suuria muutoksia edellisvuoteen verrattuna. Saatavilla:
https://www.stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_tie_001_fi.html
138. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Diabeteksen kustannukset. Saatavilla:
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-kustannukset>

139. Avohilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon ICD-10 -käytisyyt. Saatavilla: https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus06/summary_icd1001?alue_0
140. Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S ym. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. *Suom Lääkäril* 2013;48:3163-9
141. Mauskopf JA, Sullivan SD, Annemans L ym. Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR Task Force on good research practices--budget impact analysis. *Value Health* 2007;10:336-47 [PubMed](#)
142. Culyer AJ. Cost-effectiveness thresholds in health care: a bookshelf guide to their meaning and use. *Health Econ Policy Law* 2016;11:415-32 [PubMed](#)
143. Maciosek MV, LaFrance AB, Dehmer SP ym. Updated Priorities Among Effective Clinical Preventive Services. *Ann Fam Med* 2017;15:14-22 [PubMed](#)
144. Puhakka M, Linden K, Hahl J ym. Mitä kustannusvaikuttavuusanalyysit kertovat tupakasta vieroituksen terveysvaikutuksista?. *Suom Lääkäril* 2015;70(18):1260-1265
145. Jousilahti P, Vienonen M, Mackiewicz K ym. Ennenaikaisten kuolemien aiheuttamat elinvuosien menetykset pohjoisen ulottuvuuden kumppanuusmaissa 2003-13. *Suom Lääkäril* 2017;72(46):2681-2686
146. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Margolis KL ym. Strategies to Prioritize Clinical Options in Primary Care. *Ann Fam Med* 2017;15:10-13 [PubMed](#)
147. GBD 2015 Risk Factors Collaborators.. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1659-1724 [PubMed](#)
148. Zhang JJ, Rothberg MB, Misra-Hebert AD ym. Assessment of Physician Priorities in Delivery of Preventive Care. *JAMA Netw Open* 2020;3:e2011677 [PubMed](#)
149. Abdul-Ghani M, Del Prato S, Chilton R ym. SGLT2 Inhibitors and Cardiovascular Risk: Lessons Learned From the EMPA-REG OUTCOME Study. *Diabetes Care* 2016;39:717-25 [PubMed](#)
150. Pajunen P, Laatikainen T, Sundvall J ym. Diabetespotilaiden hoitotasapaino FINRISKI 2012 -väestötutkimuksessa. *Suom Lääkäril* 2014;69(23):1705-1709
151. Jaffe MG, Lee GA, Young JD ym. Improved blood pressure control associated with a large-scale hypertension program. *JAMA* 2013;310:699-705 [PubMed](#)
152. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Terveysthuollon kansalliset laaturekisterit. (Viitattu 11.10.2022). Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/sote-arviointi-ja-tietopohja/terveydenhuollon-kansalliset-laaturekisterit>
153. Monisairas potilas. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. (Viitattu 15.10.2021). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
154. Kunnamo I. Prioritizing Covid-19 vaccinations in the population by health benefit. Congress abstract G-I-N conference 2021
155. Massimi A, De Vito C, Brufola I ym. Are community-based nurse-led self-management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0173617 [PubMed](#)

156. Dineen-Griffin S, Garcia-Cardenas V, Williams K ym. Helping patients help themselves: A systematic review of self-management support strategies in primary health care practice. PLoS One 2019;14:e0220116 [PubMed](#)
157. Hanlon P, Daines L, Campbell C ym. Telehealth Interventions to Support Self-Management of Long-Term Conditions: A Systematic Metareview of Diabetes, Heart Failure, Asthma, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Cancer. J Med Internet Res 2017;19:e172 [PubMed](#)
158. Odgers-Jewell K, Ball LE, Kelly JT ym. Effectiveness of group-based self-management education for individuals with Type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses and meta-regression. Diabet Med 2017;34:1027-1039 [PubMed](#)
159. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A ym. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database Syst Rev 2015;:CD010523 [PubMed](#)
160. Hamine S, Gerth-Guyette E, Faulx D ym. Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review. J Med Internet Res 2015;17:e52 [PubMed](#)
161. Whitehead L, Seaton P. The Effectiveness of Self-Management Mobile Phone and Tablet Apps in Long-term Condition Management: A Systematic Review. J Med Internet Res 2016;18:e97 [PubMed](#)
162. Lee PA, Greenfield G, Pappas Y. The impact of telehealth remote patient monitoring on glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of systematic reviews of randomised controlled trials. BMC Health Serv Res 2018;18:495 [PubMed](#)
163. Faruque LI, Wiebe N, Ehteshami-Afshar A ym. Effect of telemedicine on glycated hemoglobin in diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. CMAJ 2017;189:E341-E364 [PubMed](#)
164. Kraef C, van der Meirschen M, Free C. Digital telemedicine interventions for patients with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2020;10:e036904 [PubMed](#)
165. THE EUROPEAN DEFINITION OF GENERAL PRACTICE / FAMILY MEDICINE. WONCA EUROPE 2011 Edition. (Viitattu 4.4.2022). Saatavilla: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf>
166. Nordic Federation of General Practice (NFGP). Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine. Scand J Prim Health Care 2020;38:367-368 [PubMed](#)
167. Laine M, Eriksson J. Terveysten edistäminen tilaisuuden tullen. Kirjassa: Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P ym. (toim.) Yleislääketieteen perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020:139-42
168. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. World Health Organization. Saatavilla: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
169. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Yleistietoa kansantaudeista. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>
170. Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia. Saatavilla: <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>
171. Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä epäterveellisen ravitsemuksen ja vähäisen liikunnan aiheuttaman sairastumisriskin

- pienentämiseksi. Palveluvalikoimaneuvoston suositus 2020. Saatavilla:
https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/38358699/Ep%C3%A4terveellinen+ravitsemus+ja+v%C3%A4h%C3%A4inen+liikunta_suositus_hyv%C3%A4ksytty.pdf/6c4b3ad6-f2f4-7275-d574-bfde0beff40f/Ep%C3%A4terveellinen+ravitsemus+ja+v%C3%A4h%C3%A4inen+liikunta_suositus_hyv%C3%A4ksytty.pdf?t=1602417276646
172. Elintapamuutosta tukevat tekijät elintapaohjauksen ja omahoidon tuen menetelmissä tupakoinnin aiheuttaman sairastumisriskin pienentämiseksi. Palveluvalikoimaneuvoston suositus 2020. Saatavilla:
https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/25261984/Tupakointi_Elintapaohjaus_SUOSITUS_final.pdf/df74362b-34fc-ad01-0723-818904d7b433/Tupakointi_Elintapaohjaus_SUOSITUS_final.pdf?t=1593154958792
173. Dyslipidemiat. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärin Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2021. (Viitattu 15.10.2021). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
174. Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. (Viitattu 15.10.2021). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
175. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. (Viitattu 15.10.2021). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
176. Unettomuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. (Viitattu 15.10.2021). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
177. Lihavuus (lapset, nuoret ja aikuiset). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lihavuustutkijat ry:n ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. (Viitattu 15.10.2021). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
178. Liikunta. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. (Viitattu 15.10.2021). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
179. Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. (Viitattu 15.10.2021). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
180. Parodontiitti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. (Viitattu 7.10.2022). Saatavilla: www.kaypahoito.fi
181. Huonon suuhygienian aiheuttaman sairastumisriskin pienentäminen omahoidon tuella ja elintapaohjauksella korkean riskin potilailla. Palveluvalikoimaneuvoston suositus STM/05:00/2020. (Viitattu 7.10.2022). Saatavilla:
https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/65696418/Huono_suuhygienia_suositus_ver_1.0+final.pdf/52dfa9cf-2fa4-644d-c507-b51388c744a9/Huono_suuhygienia_suositus_ver_1.0+final.pdf?t=1618486680116

182. Raivio R. Hoidon jatkuvuus ja sen merkitys. Kirjassa: Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P, ym. (toim.). Yleislääketieteen perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2020, s. 167-70
183. Salisbury C, Sampson F, Ridd M ym. How should continuity of care in primary health care be assessed? *Br J Gen Pract* 2009;59:e134-41 [PubMed](#)
184. Raivio R. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveystieteiden keskuksissa. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis*: 1688 (Tampere University Press, 2016)
185. Reid RJ, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of health care. 2002. Vancouver, B.C: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia
186. Suomela T, Linnosmaa I. Rekisteritietoa seurantaan: 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. *Suom Lääkäril* 2020;75:1691-1696
187. Ridd M, Shaw A, Lewis G ym. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract* 2009;59:e116-33 [PubMed](#)
188. Chipidza FE, Wallwork RS, Stern TA. Impact of the Doctor-Patient Relationship. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015;17: [PubMed](#)
189. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E ym. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8:e021161 [PubMed](#)
190. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL ym. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2020;70:e600-e611 [PubMed](#)
191. Tammes P, Purdy S, Salisbury C ym. Continuity of Primary Care and Emergency Hospital Admissions Among Older Patients in England. *Ann Fam Med* 2017;15:515-522 [PubMed](#)
192. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* 2017;356:j84 [PubMed](#)
193. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J ym. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* 2022;72:e84-e90 [PubMed](#)
194. Huuromonen, Kuusela ym. Syventävät opinnot, hoidon jatkuvuus ja kustannukset. OY
195. Muurinen S, Mäntyranta T. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Saatavilla:
https://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2
196. Tapa-termipankki. Asiakasvastaava. (Viitattu 31.1.2022). Saatavilla:
<https://termipankki.fi/tapa/fi/haku/asiakasvastaava>
197. Fan VS, Burman M, McDonnell MB ym. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *J Gen Intern Med* 2005;20:226-33 [PubMed](#)
198. Platonova EA, Kennedy KN, Shewchuk RM. Understanding patient satisfaction, trust, and loyalty to primary care physicians. *Med Care Res Rev* 2008;65:696-712 [PubMed](#)
199. Kijima T, Matsushita A, Akai K ym. Patient satisfaction and loyalty in Japanese primary care: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2021;21:274 [PubMed](#)

200. Rhodes P, Sanders C, Campbell S. Relationship continuity: when and why do primary care patients think it is safer? *Br J Gen Pract* 2014;64:e758-64 [PubMed](#)
201. Hudon C, Chouinard MC, Pluye P ym. Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review. *Ann Fam Med* 2019;17:448-458 [PubMed](#)
202. Hudon C, Chouinard MC, Aubrey-Bassler K ym. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services: A Realist Synthesis. *Ann Fam Med* 2020;18:218-226 [PubMed](#)
203. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Valtiontalouden Tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017. (Viitattu 10.10.2022). Saatavilla: <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljon-palveluja-tarvitsevat.pdf>
204. Jokinen T, Virkkunen H. Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 05/2021. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/141678>
205. Tusa N, Kautiainen H, Elfving P ym. Randomized controlled study of the impact of a participatory patient care plan among primary care patients with common chronic diseases: a one-year follow-up study. *BMC Health Serv Res* 2021;21:715 [PubMed](#)
206. Terveystieteiden tutkimuskeskus. AvoHilmo raportit. (Viitattu 12.10.2022). Saatavilla: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/ohjeet-tietojen-toimittamiseen/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo/raportit>
207. Nilsen P, Bernhardsson S. Context matters in implementation science: a scoping review of determinant frameworks that describe contextual determinants for implementation outcomes. *BMC Health Serv Res* 2019;19:189 [PubMed](#)
208. Gagnon MP, Attieh R, Dunn S ym. Development and Content Validation of a Transcultural Instrument to Assess Organizational Readiness for Knowledge Translation in Healthcare Organizations: The OR4KT. *Int J Health Policy Manag* 2018;7:791-797 [PubMed](#)
209. Puchalski Ritchie LM, Straus SE. Assessing Organizational Readiness for Change Comment on "Development and Content Validation of a Transcultural Instrument to Assess Organizational Readiness for Knowledge Translation in Healthcare Organizations: The OR4KT". *Int J Health Policy Manag* 2019;8:55-57 [PubMed](#)
210. Elwyn G, Bekkers MJ, Tapp L ym. Facilitating organisational development using a group-based formative assessment and benchmarking method: design and implementation of the International Family Practice Maturity Matrix. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e48 [PubMed](#)
211. Seckler E, Regauer V, Rotter T ym. Barriers to and facilitators of the implementation of multi-disciplinary care pathways in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract* 2020;21:113 [PubMed](#)
212. Nielsen HG, Tulinius C. Preventing burnout among general practitioners: is there a possible route? *Educ Prim Care* 2009;20:353-9 [PubMed](#)
213. Samuel S, Thompson H. Critical reflection: a general practice support group experience. *Aust J Prim Health* 2018;24:204-207 [PubMed](#)
214. Sivam V, Joseph P. '...And how did that make you feel?' - GP trainees' perceptions of Balint on a local UK vocational training scheme. *Educ Prim Care* 2020;31:281-289 [PubMed](#)

215. Gluschkoff K, Hakanen JJ, Elovainio M ym. The relative importance of work-related psychosocial factors in physician burnout. *Occup Med (Lond)* 2022;72:28-33 [PubMed](#)
216. Wurm W, Vogel K, Holl A ym. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PLoS One* 2016;11:e0149913 [PubMed](#)
217. Patel RS, Bachu R, Adikey A ym. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci (Basel)* 2018;8: [PubMed](#)
218. Olson K, Marchalik D, Farley H ym. Organizational strategies to reduce physician burnout and improve professional fulfillment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2019;49:100664 [PubMed](#)
219. Svedahl ER, Pape K, Toch-Marquardt M ym. Increasing workload in Norwegian general practice - a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2019;20:68 [PubMed](#)
220. Werdecker L, Esch T. Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PLoS One* 2021;16:e0253447 [PubMed](#)
221. Armstrong-Stassen M, Cameron SJ. Concerns, satisfaction, and retention of Canadian community health nurses. *J Community Health Nurs* 2005;22:181-94 [PubMed](#)
222. Best MF, Thurston NE. Canadian public health nurses' job satisfaction. *Public Health Nurs* 2006;23:250-5 [PubMed](#)
223. Lucas MD, McCreight LM, Watkins JG ym. Job satisfaction assessment of public health nurses. *Public Health Nurs* 1988;5:230-4 [PubMed](#)
224. Stuart EH, Jarvis A, Daniel K. A ward without walls? District nurses' perceptions of their workload management priorities and job satisfaction. *J Clin Nurs* 2008;17:3012-20 [PubMed](#)
225. Storey C, Cheater F, Ford J ym. Retaining older nurses in primary care and the community. *J Adv Nurs* 2009;65:1400-11 [PubMed](#)
226. Flynn L, Deatrick JA. Home care nurses' descriptions of important agency attributes. *J Nurs Scholarsh* 2003;35:385-90 [PubMed](#)
227. Cameron S, Armstrong-Stassen M, Bergeron S ym. Recruitment and retention of nurses: challenges facing hospital and community employers. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2004;17:79-92 PMID: 15499843
228. Campbell SL, Fowles ER, Weber BJ. Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. *Public Health Nurs* 2004;21:564-71 [PubMed](#)
229. Laserna Jiménez C, Casado Montañés I, Carol M ym. Quality of professional life of primary healthcare nurses: A systematic review. *J Clin Nurs* 2022;31:1097-1112 [PubMed](#)
230. Patel RM, Bartholomew J. Impact of Job Resources and Job Demands on Burnout among Physical Therapy Providers. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18: [PubMed](#)
231. Rosenberg MK, Bonsaksen T. Job Satisfaction Among Psychomotor Physiotherapists in Norway. *Inquiry* 2022;59:469580221126763 [PubMed](#)
232. Latzke M, Putz P, Kulnik ST ym. Physiotherapists' job satisfaction according to employment situation: Findings from an online survey in Austria. *Physiother Res Int* 2021;26:e1907 [PubMed](#)
233. Kjellström S, Avby G, Areskoug-Josefsson K ym. Work motivation among healthcare professionals. *J Health Organ Manag* 2017;31:487-502 [PubMed](#)
234. Johtaminen terveydenhuollossa. (Viitattu 7.4.2022). Saatavilla: <https://www.laakariliitto.fi/laakarini-etikka/laakari-ja-yhteiskunta/johtaminen-terveydenhuollossa>

235. Royal College. Evidence based guideline for the management of CFS/ME in children and young people. 2004. (Viitattu. Saatavilla: <http://rcpch.adlibhosting.com/files/Evidence%20Based%20Guideline%20for%20the%20Management%20of%20CFS%20and%20ME%20in%20Children%20and%20Young%20People%20004-12.pdf>)
236. Kappaleessa 7 Yleislääkärin työn erityispiirteet. Kirjassa Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P ym. (toim.). Yleislääketieteen perusteet. Kustannus Oy Duodecim 2020
237. Yleissairaanhoitajan (180 op) osaamisvaatimukset ja sisällöt. (Viitattu 7.4.2022). Saatavilla: <https://blogi.savonia.fi/ylesharviointi/2020/01/15/yleissairaanhoitajan-180-op-osaamisvaatimuslauseet-ja-sisallot-julkaistu>
238. Fysioterapeutin ydinosaaminen. Suomen Fysioterapeutit 2018. (Viitattu 7.4.2022). Saatavilla: <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/wp-content/uploads/2018/04/FysioterapeutinYdinosaaminen2018.pdf>
239. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med* 2005;142:260-73 [PubMed](#)
240. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M ym. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA* 2006;296:1094-102 [PubMed](#)
241. Ericsson KA. Acquisition and maintenance of medical expertise: a perspective from the expert-performance approach with deliberate practice. *Acad Med* 2015;90:1471-86 [PubMed](#)
242. Hetemäki I, Merenmies J. Osaamista tukeva ohjaus erikoislääkärinkoulutuksessa. *Duodecim* 2022;138:243-9
243. Martin P, Copley J, Tyack Z. Twelve tips for effective clinical supervision based on a narrative literature review and expert opinion. *Med Teach* 2014;36:201-7 [PubMed](#)
244. Työterveyslaitos. (Viitattu 12.10.2022). Saatavilla: <https://www.ttl.fi/>
245. Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013. (Viitattu 12.10.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130708>
246. Laki yhteistoiminnasta yrityksissä 334/2007. (Viitattu 12.10.2022). Saatavilla: <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070334>
247. Työturvallisuuslaki 738/2022. (Viitattu 12.10.2022). Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>
248. Lönnqvist J. Työnohjauksen mahdollisuudet lääkärin työssä. *Duodecim* 2014;130:1551-7
249. Kärkkäinen M. Työnohjaus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa: Laadullinen haastattelututkimus. University of Eastern Finland, 2013
250. Mäkelä M, Keinänen-Kiukaanniemi S, Korhonen P ym. Yleislääketieteen perusteet. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki. 2020
251. Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
252. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Med Educ* 2000;34:827-40 [PubMed](#)
253. Torppa M. Clinical supervision among medical students and general practitioners. University of Helsinki, 2017

254. Mc Carthy V, Goodwin J, Saab MM ym. Nurses and midwives' experiences with peer-group clinical supervision intervention: A pilot study. *J Nurs Manag* 2021;29:2523-2533 [PubMed](#)
255. Pollock A, Campbell P, Deery R ym. A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *J Adv Nurs* 2017;73:1825-37
PMID: 28072482
256. Martin P, Baldock K, Kumar S ym. Factors that contribute to high-quality clinical supervision of the rural allied health workforce: lessons from the coalface. *Aust Health Rev* 2019;43:682-688 [PubMed](#)
257. Sutinen P. Johtajana kehittymisen olemus kunta-alan johtajan kokemana. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 1173. Helsinki 2012. Painopaikka: Kuntatalon paino, Helsinki
258. Huikko-Tarvainen S. Johtaminen lääkäriprofessionissa. *JYU dissertations*. 2022. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-9332-0>
259. Sarto F, Veronesi G. Clinical leadership and hospital performance: assessing the evidence base. *BMC Health Serv Res* 2016;16 Suppl 2:169 [PubMed](#)
260. Clay-Williams R, Ludlow K, Testa L ym. Medical leadership, a systematic narrative review: do hospitals and healthcare organisations perform better when led by doctors? *BMJ Open* 2017;7:e014474 [PubMed](#)
261. Savage M, Savage C, Brommels M ym. Medical leadership: boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. *BMJ Open* 2020;10:e035542 [PubMed](#)
262. Heinänen T, Jokiniemi T. Lean-ajattelu terveydenhuollon johtamisessa. *Suom Lääkäril* 2020;75:1224-29
263. Väyrynen H. Erikoistuva ei jää yksin Malmilla. *Suom Lääkäril* 2020;75(1-2):22-23
264. Terveyskeskuslääkäri 2.0 -malli saa jatkoa Siun sotessa. Tiedote 4.5.2022. (Viitattu 19.6.2022). Saatavilla: <https://www.siunsote.fi/-/terveyskeskuslaakari-2-0-malli-saa-jatkoa-siun-sotessa>
265. Haimakainen H, Vehviläinen A, Kumpusalo E. Perusterveydenhuollon johtamista ja terveyskeskuslääkärien oman työn hallintaa on parannettava. *Suom Lääkäril* 2011;66:2423-2429
266. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2017;67:e227-e237 [PubMed](#)
267. McGonagle AK, Schwab L, Yahanda N ym. Coaching for primary care physician well-being: A randomized trial and follow-up analysis. *J Occup Health Psychol* 2020;25:297-314 [PubMed](#)
268. Crossland L, Janamian T, Jackson CL. Key elements of high-quality practice organisation in primary health care: a systematic review. *Med J Aust* 2014;201:S47-51 [PubMed](#)
269. Janamian T, Upham SJ, Crossland L ym. Quality tools and resources to support organisational improvement integral to high-quality primary care: a systematic review of published and grey literature. *Med J Aust* 2016;204:S22-8 [PubMed](#)
270. Wang J, Zhao S, Xu DR ym. Developing evidenced-based quality assessment checklist for real practice in primary health care using standardized patients: a systematic review. *Ann Palliat Med* 2021;10:8232-8241 [PubMed](#)
271. Ricci-Cabello I, Avery AJ, Reeves D ym. Measuring Patient Safety in Primary Care: The Development and Validation of the "Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care" (PREOS-PC). *Ann Fam Med* 2016;14:253-61 [PubMed](#)

272. Verbakel NJ, Zwart DL, Langelaan M ym. Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE-PC questionnaire. *BMC Health Serv Res* 2013;13:354 [PubMed](#)
273. Klemp K, Dovey S, Valderas JM ym. Developing a patient safety incident classification system for primary care. A literature review and Delphi-survey by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract* 2015;21 Suppl:35-8 [PubMed](#)
274. Asiakas- ja potilasturvallisuusstrategia ja toimeenpanosuunnitelma 2022-2026. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2022. (Viitattu 24.5.2022). Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8464-6>
275. Lääveri T, Reponen J, Vänskä J ym. Tiedollako johdetaan? Tietojärjestelmät johtamisen tukena 2014 ja 2017 lääkärikyselyn mukaan. *Suom Lääkäril* 2020;49:2693-9
276. Saastamoinen P, Hyppönen H, Kaipio J ym. Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä ovat parantuneet hieman. *Suom Lääkäril* 2018;73:1814-19
277. Paane-Tiainen T. Murtuuko muuri. Lääkäriverkko pyrkimyksenä muuttaa alueellista yhteistyötä Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteellinen tiedekunta. 2013. ISBN 978-952-10-8207-8 (pdf)