

Työpaperi 7/2024

# Vastaanottopalveluiden saatavuuden parantaminen – Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennus

Läpimurtovalmennus osana  
Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa

Tuula Heinänen, Heli Mattila, Jenni Krogell, Sara Launio

Läpimurtomenetelmää soveltaen toteutettu Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennuskokonaisuus oli osa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa. Työpaperissa kuvataan valmennuksen tausta, käytännön toteutus sekä tulosten arviointi. Valmennusten ensisijaisena tavoitteena oli parantaa perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta. Valmennuskierrosten toteutusta haastoivat omalta osaltaan covid-19-pandemian puhkeaminen ja pandemian hallintaan liittyvät toimet, sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus, sekä myöhemmin merkittäväkin henkilöstövaje terveydenhuollon yksiköissä. Työpaperi on kohdennettu valmennukseen osallistuneille, muille kehittämisestä kiinnostuneille sekä mahdollisia uusia valmennuksia suunnitteleville. Käytettävissä olevan tiedon ja materiaalin pohjalta arvioidaan valmennusten onnistumista sekä haasteita ja oppeja tulevaa ajatellen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Yksityiskohtaiset raportit ovat [Innokylässä](#)

## Lukijalle

Jos ongelma on pieni ja tiedät, mitä pitää tehdä, tee se. Jos ongelma on suuri ja monisyinen ja ratkaisuyritykset ovat toistuvasti epäonnistuneet, pysähdy ja mieti, mitä voisit tehdä toisin ja miten voisit ajatella toisin.

Palveluja pitää jatkuvasti kehittää, mutta kaikki kehittämisen nimissä tehty työ ei ole vaikuttavaa, jos vaikuttavuutta mitataan asiakashyödyn tuottamisella. Oleellista on, että kehittämiseen osallistuu mahdollisimman moni – eri alojen ammattilaiset, johtajat ja asiakkaat. Vaikka on kiire, sote-henkilöstö osaa ja haluaa kehittää omaa työtään. Jos tuntuu, ettei kaikkeen ehdi, priorisoi ja fokusoi oleelliseen.

Maailmalla on jo vahvaa näyttöä asiakkaiden mukaan ottamisen (co-creation) hyödyistä. Suomessa on oltu toistaiseksi liiankin varovaisia ottamaan asiakkaita mukaan kehittämistyöhön.

Kehittämisen vaikuttavuuteen liittyvät myös kehittämismenetelmät, systemaattisuus, kurinalaisuus ja muutoksen johtaminen. Tässä paperissa kuvattujen läpimurtovalmennusten keskeinen elementti on myös eri puolilta maata tulevien tiimien keskinäinen verkottuminen ja toisilta oppiminen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on menetelmien suhteen paljon opittavaa muilta aloilta: esimerkiksi palveluprosessien kehittäminen, palvelumuotoilu, logistiikka, tuotantotalous, lean-opit ja systeemiteoria ovat laajasti käytössä eri toimialoilla.

Ensimmäinen Hyvä vastaanotto -valmennus toteutettiin osana alueellisia Kaste-hankkeita. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmassa valmennuksesta vastasi THL.

Tämä työpäperi toimii Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennuksen loppuraporttina. Tässä kuvattua läpimurtovalmennukseksi kutsuttua yhteisöllistä ja systemaattista kehittämisen menetelmää voidaan kuitenkin käyttää myös muiden ongelmien kuin huonon saatavuuden ratkaisemiseen.

Uusin konsepti on Suomen kestävän kasvun ohjelmassa keväällä 2023 alkanut Sujuvat palvelut -valmennus, jonka kohteena on haavoittuvien asiakasryhmien palvelukokonaisuuksien kehittäminen.

Tuula Heinänen

ylilääkäri, THL, 2021–2022

terveyspalvelujen johtaja, kehittämisjohtaja, Espoon kaupunki, 2004–2021

valmentaja ja asiantuntija, Sujuvat palvelut -valmennus, THL, 2023–2024

## Tiivistelmä

Tuula Heinänen, Heli Mattila, Jenni Krogell, Sara Launio. Vastaanottopalveluiden saatavuuden parantaminen – Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäperi 7/2024. 39 sivua. Helsinki 2024. ISBN 978-952-408-261-7 (verkkojulkaisu)

Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennus toteutettiin osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa vuosina 2021–2022. Valmennuksessa sovellettiin läpimurtovalmennusmenetelmää. Valmennuksen ensisijaisena tavoitteena oli parantaa perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden saatavuutta. Lisäksi tavoiteltiin valmennustiimien kehittämisosaamisen paranemista ja kokonaisvaltaisesti vaikuttavia tuloksia, joista mainittakoon esimerkiksi hoitosuhteiden jatkuvuus, henkilöstön työhyvinvointi sekä toiminnan kokonaiskustannusvaikuttavuus. Valmennuskierroksen käytännön toteutusta haastoivat covid-19-pandemia, sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus ja palvelujärjestelmän henkilöstövaje.

Valmennus toteutettiin eri paikkakunnilla viitenä valmennuskierroksena yhteensä 50 kehittämissiimille. Kokonaisuuteen kuului neljä valmennustapaamista tai työpajaa, välityöskentely sekä näitä tukeva kontakti valmentajien kanssa.

Valmennuksessa hyödynnettiin systemaattisen kehittämisen menetelmiä. Kehittämisen ytimessä oli niin sanottujen PDSA-sykliden (suunnittele, toteuta, tarkista, ota käyttöön) kautta etenevä jatkuva kehittäminen. Pääpaino kohdistettiin saatavuuden perustrategioihin nojaaviin muutuskokeiluihin: kysynnän ja tarjonnan tasapainottamiseen ja hallintaan sekä hoitojonojen purkuun.

Valmennuksen tuloksena noin kolmannes osallistuneista tiimeistä raportoi merkittävästi parantuneesta vastaanottopalvelujen saatavuudesta. Osa tiimeistä haastoivat tiedonkeruun käytännön ongelmat, ja tulosten validointi jäi näin vaillinaiseksi. Osa tiimeistä ei kyennyt saavuttamaan tavoitteitaan toimintaympäristöön liittyvien haasteiden vuoksi.

Kehittämisosaamisen taitojen osalta tiimien itsearviot olivat kannustavia, ja seurannan perusteella toiminta yhteisöissä on jatkunut valmennusten päätyttyä. Valmennusten myötä syntynyt valmentajaverkosto on jo laajentanut toimintaa alueellisesti. Jatkon kannalta keskeistä on, että johto sitoutuu kehittämistoimintaan ja tukee sitä.

**Avainsanat:** vertaiskehittäminen, kehittäminen, palvelujärjestelmä, saatavuus, läpimurtotyöskentely, valmennukset, Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus, perusterveydenhuolto

## Sammandrag

Tuula Heinänen, Heli Mattila, Jenni Krogell, Sara Launio. Förbättring av tillgången till mottagningstjänster – Utbildningen Hyvä vastaanotto 2.0. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Arbetspapper 7/2024. 39 sidor. Helsingfors 2024. ISBN 978-952-408-261-7 (nätpublikation)

Utbildningen Hyvä vastaanotto 2.0 genomfördes som en del av programmet Framtidens social- och hälsocentral 2021–2022. Under utbildningen tillämpades en metod för genombrottsutbildning. Det primära målet med utbildningen var att förbättra tillgången till mottagningstjänster inom primärvården. Dessutom strävade man efter att förbättra utbildningsteamens utvecklingskompetens och resultat som har en övergripande inverkan, bland annat kontinuiteten i vårdrelationerna, personalens arbetshälsa samt verksamhetens totala kostnadseffektivitet. Det praktiska genomförandet av utbildningsrundan utmanades av covid-19-pandemin, social- och hälsovårdsreformen och personalbristen i servicesystemet.

Utbildningen genomfördes på olika orter som fem olika utbildningsrundor för sammanlagt 50 utvecklingsteam. Helheten omfattade fyra utbildningsmöten eller workshoppar, mellanarbete och kontakt med utbildare som stödde dessa.

I utbildningen utnyttjades metoder för systematisk utveckling. Kärnan i utvecklingen var kontinuerlig utveckling genom så kallade PDSA-cykler (planera, genomför, kontrollera, ta i bruk). Huvudfokus låg på förändringsförsök som stöder sig på grundläggande strategier för tillgången: balansering och hantering av efterfrågan och utbud samt avveckling av vårdköer.

Resultatet av utbildningen var att cirka en tredjedel av teamen som deltog i utbildningen rapporterade om en betydligt bättre tillgång till mottagningstjänster. En del av teamen utmanades av praktiska problem med datainsamling och valideringen av resultaten förblev således bristfälliga. En del av teamen kunde inte uppnå sina mål på grund av utmaningar i anslutning till verksamhetsmiljön.

I fråga om utvecklingskompetensen var teamens självutvärderingar uppmuntrande och på basis av uppföljningen har verksamheten i samfunden fortsatt efter att utbildningarna avslutats. Nätverket av utbildare som bildats i och med coachningarna har redan utvidgat verksamheten regionalt. Med tanke på fortsättningen är det viktigt att ledningen förbinder sig till och stöder utvecklingsverksamheten.

**Nyckelord:** kollegial utveckling, utveckling, servicesystem, tillgång, genombrottsarbete, utbildningar, Framtidens social- och hälsocentral, primärvård

## Sisällys

Lukijalle.....	2
Tiivistelmä.....	3
Sammandrag.....	4
Sisällys.....	5
Johdanto.....	6
Tausta, toimeksianto ja tavoitteet.....	7
Läpimurtomenetelmät.....	8
Breaktrough Series.....	8
Läpimurtovalmennus rantautuu Suomeen: Kaste-ohjelma ja Hyvä vastaanotto -hankkeet.....	9
Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma: Hyvä vastaanotto 2.0.....	10
Valmennuksen käytännön järjestelyt.....	10
Osallistujat ja kehityksen kohteena olevien palvelujen väestöpohja.....	10
Hyvä vastaanotto -valmennusprosessi.....	10
Valmennusprosessin etenemisen vaiheet.....	12
Arviointi ja tulokset.....	16
Mittarit.....	16
Tulokset.....	17
Pohdinta ja johtopäätökset.....	21
Oliko valmennus vaikuttavaa?.....	21
Resurssit ja niiden vaikutus saatavuuteen.....	22
Toimintaympäristöön liittyvät haasteet.....	22
Tiedonkeruuseen liittyvät haasteet.....	23
Tiedolla johtamiseen ja muutosjohtamiseen liittyvät haasteet.....	23
Jatko.....	24
Yhteenveto.....	24
Lähteet.....	26
Liitteet.....	27

# Johdanto

Vertaiskehittämiseen perustuvat kehittämissyhteistyöprojektit ovat viime vuosikymmeninä yleistyneet terveydenhuollossa. Katsauksessa erilaisten vertaismenetelmien ydinelementtien hyödyllisimmiksi piirteiksi nousivat valmennustilaisuudet, PDSA-sykli, moniammatilliset kehittämissiimit sekä datan keruu kehittämistyötä varten (Nadeem ym. 2013). Vastaavasti läpimurtomenetelmää sovellettaessa hyödylliseksi on koettu muun muassa asiantuntijatuki, valmennustilaisuudet ja verkkopohjainen yhteistyötila. Tavoitellussa muutoksessa onnistuneet tiimit kokivat hyötyvänsä vertaisoppimisesta enemmän kuin ne tiimit, jotka eivät saavuttaneet tavoiteltuja muutoksia (Nembhard IM 2009).

Merkittävä osa terveydenhuollon vertaiskehittämisen menetelmistä perustuu Institute for Healthcare Improvementin (IHI) kehittämään Breakthrough series (BTS) -kehittämismenetelmään (Nadeem ym. 2013). Työtapa on vakiintuneesti käytössä myös kansainvälisesti, muun muassa Isossa-Britanniassa NHS:n oman kehittämissiiminä ja Ruotsissa Jönköpöpingin kehittämissiimillä Qulturumin edistämänä. Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennuksenkin edustama läpimurtovalmennus on Suomessa muotoutunut sovellus BTS:stä. Menetelmä rantautui Suomeen Ruotsista 2010-luvun alussa. Tässä työpaperissa alkuperäiseen IHI:n kehittämään malliin viitataan nimellä Breakthrough series (BTS) ja nimi läpimurtovalmennus viittaa suomalaiseen sovellukseen.



# Läpimurtomenetelmät

## Breakthrough Series

BTS-mallin idean kehittivät Institute of Health Improvement (IHI) kärkihahmot Paul Batalden ja Don Berwick 1990-luvulla. Tavoitteena oli luoda terveydenhuoltoon kehittämisen mallia, jossa kliinisten asiantuntijoiden osaaminen yhdistettäisiin kehittämisen metodiosajien kokemukseen. Hoitoonpääsyn kehittäminen oli mukana BTS-työskentelyssä ensimmäisistä valmennuskierroksista saakka.

BTS-valmennuksen menetelmät on tarjottu vapaasti saataville ja malliin nojaava toiminta on laajasti levinnyt. BTS-mallin keskeiset elementit ovat kuitenkin säilyneet varsin tunnistettavina, ja näin mallia sovelletaan pienin poikkeuksin läpimurtovalmennuksissa.

BTS-mallin ydinelementit ovat (vapaasti suomentaen, IHI White paper)

1. **Aiheen valinta:** Edellytyksenä on, että todellisissa oloissa on osoitettu vakiintunutta toimintatapaa parempia tuloksia uusia toimintatapoja soveltaen. Aiheen tulisi koskettaa laajoja potilasryhmiä tai suppeampaan kohderyhmään kohdistuessaan sitoa merkittävästi resursseja.
2. **Asiantuntijat:** IHI:n toimintamallina on rekrytoida valmennuskierrokselle 5–15 asiantuntijaa sekä substanssiosaajista että kehittämisen asiantuntijoista niistä yksiköistä, joissa kehitettävä menetelmä on jo menestyksekkäästi otettu käyttöön. Asiantuntijoiden joukosta nimetään yhteistyön puheenjohtaja.
3. **Osallistuvat organisaatiot ja tiimit:** Halukkaat organisaatiot nimeävät moniammatillisen tiimin, jonka tehtävänä on omaksua kehittämismenetelmä, pilotoida haluttua muutosta pienin askelin ja auttaa menestyksekkäiden muutosten leviämistä koko organisaatioon. Organisaatioiden johdon tulee sitoutua tukemaan kehittämistiimiä sekä kantaa vastuu varsinaisesta muutosjohtamisesta.
4. **Valmennustilaisuudet:** Vertaisoppiminen on keskeisessä osassa BTS-työskentelyä, ja pidemmät kasvokkaiset työrupeamat on suunniteltu edistämään ajatustenvaihtoa niin osallistuvien tiimien kuin tiimien ja asiantuntijoiden välillä.
5. **Työjakso:** Valmennustilaisuuksien välissä tiimit kokeilevat suunniteltuja muutoksia, mittaavat ja arvioivat muutosten tuloksia ja sopeuttavat pienin askelin muutosta kohti tavoiteltua tulosta. Kehittämistiimejä tuetaan työskentelyjaksoilla vierailuin ja etäyhteyksin sekä tarjoamalla työskentelyalusta työn tueksi ja kokemusten jakamiseen.
6. **”The Model for Improvement”:** Menetelmällisesti BTS nojaa 1996 Associates in Process Improvement kehittämään ”The Model for Improvement” -malliin. Mallissa kehitys perustuu kolmeen ydinkysymykseen:
  1. Tavoite: Mitä yritämme saavuttaa? Osallistujien tulee nimetä konkreettiset kehittämiskohteet.
  2. Mittarit: Miten tiedämme, että muutos on kehitysaskel? Osallistujien tulee määrittää mittarit, joilla voivat arvioida muutoksen onnistumista.
  3. Mitä muutoksia voimme tehdä edistääksemme kehitysaskelaita? Osallistujien tulee tunnistaa keskeisiä muutostekijöitä, joiden avulla tavoiteltu muutos voidaan saavuttaa.

”The Model for Improvement” -malli katsoo systemaattisen kehittämisen etenevän 4-askelisissa kehittämissykleissä: Suunnittele (Plan) – Kokeile (Do) – Arvioi (Study) – Toimi (Act) (PDSA-sykli, liite 3). Mikäli suunniteltu kokeilu arvioidaan toimivaksi, tulee se vakiinnuttaa toimintaan, tai vaihtoehtoisesti suunnitella pieniä korjauksia kokeiluun, joilla tulosta saadaan parannettua. Kehittämissyklejä toistetaan, kunnes saavutetaan riittävän hyvä tulos koko organisaation toimintaan vakiinnutettavaksi. Tämä jatkuvan kehityksen malli on tarkoitettu myös organisaation pysyväksi toimintatavaksi.



7. **Yhteenveto:** BTS-kehittämisen lopuksi saavutetut tulokset jaetaan osallistujien ja keskeisten verkostojen kesken joko julkaisuna tai päätösseminaarissa.
8. **Mittaaminen ja arviointi:** BTS-kehittäminen edellyttää osallistuvilta kehittämistiimeiltä sitoutumista kuukausittaiseen seurantaan. Asiantuntijat seuraavat edistymistä tiimien tukena.

## Läpimurtovalmennus rantautuu Suomeen: Kaste-ohjelma ja Hyvä vastaanotto -hankkeet

Läpimurtovalmennus otettiin Suomessa käyttöön osana Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa (Kaste). Ruotsissa menetelmää oli sovellettu jo 1990-luvulla Bra mottagning -konseptissa (Strindhall ja Henriks 2007). Kaste-ohjelman yhtenä tavoitteena oli parantaa sosiaali- ja terveyspalveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta sekä kaventaa alueellisia eroja. Hyvä vastaanotto 1 ja 2 olivat yksi kehittämisohjelman hankkeista vuosina 2010–2013. Kehittämistyö jatkui Hyvä Potku -hankkeessa 2012–2015. Valmennusosaamisen lisääntyessä toimintamallia on sovellettu myös erilaisissa paikallisissa kehittämishankkeissa.

Läpimurtovalmennuksessa BTS-mallia sovellettiin, kuten Ruotsissakin, rikastettuna erilaisilla systemaattisen kehittämisen teorioilla ja työkaluilla. Näitä ovat muun muassa Improvement science, Lean, Theory of constraints ja Clinical Microsystems -ajattelu.

Peruseriaatteet teorioissa ovat pitkälti yhteisiä. Keskeisiä alkutoimia ovat selkeys määrittelyissä, ongelman muotoilu, faktat ja mittaaminen, selkeät tavoitteet, parannusten ideointi ja priorisointi. Muutosten tekeminen pienten kokeilujen kautta yhdessä henkilöstön kanssa johtaa nopeammin tuloksiin ja helpottaa niiden vakiinnuttamista verrattuna siihen, että muutokset suunniteltaisiin irrallaan arjesta. Muutosten pysyvyyttä ja jatkuvaa kehittämistä edistävät muun muassa päivittäisjohtamisen käytännöt. BTS-mallin mukaisesti myös läpimurtovalmennuksissa on lähtökohtana se, että kehittämistiimit muodostetaan organisaatioiden työntekijöistä eikä kehittämistä irroteta erilliseksi hankkeeksi tai toiminnoksi.

# Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus-ohjelma: Hyvä vastaanotto 2.0

## Valmennuksen käytännön järjestelyt

Hyvä vastaanotto 2.0 -läpimurtovalmennukset toteutettiin osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa. Valmennuskokonaisuuden suunnittelusta ja toteutuksesta vastasi THL. Valmennus toteutettiin noin 1,5 vuoden aikana viidessä valmennusryhmässä.

Valmentajat koottiin THL:n omien asiantuntijoiden lisäksi niistä henkilöistä, jotka ovat aiemmin vetäneet vastaavaa valmennusta. Lisäksi sovittiin, että jokainen erva-tasoinen perusterveydenhuollon yksikkö rekrytoi kolme apuvalmentajaa, jotka tulivat mukaan oppimaan läpimurtomenetelmää. Mukana oli yhteensä 11 valmentajaa ja 12 apuvalmentajaa. Samalla rakennettiin valmentajaverkosto, joka pystyy viemään läpi vastaavia valmennuksia tulevaisuuden hankkeissa ja omissa organisaatioissaan. Valmennusverkostolle tarjottiin käytännön tilanteissa harjoittelun lisäksi täydennyskoulutusta.

THL:ssä valmennuksen koordinaatiosta vastasi projektitiimi, joka sijoittui Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hanketoimistoon. Tiimissä työskenteli osa-aikaisesti kaksi ylilääkärää, suunnittelija ja ajoittaisia muita asiantuntijoita. Tiimi kokoontui 1–2 kertaa viikossa ja huolehti siitä, että käytännön asiat tulivat hoidettua ja valmennuksen sisällöllinen toteutus vastasi tarpeita. Sisältöjä muokattiin jonkin verran palautteen pohjalta, mutta suurelta osin toteutus pysyi samana kaikissa viidessä valmennusryhmässä.

## Osallistujat ja kehityksen kohteena olevien palvelujen väestöpohja

Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennukseen osallistui 50 kehittämistiimiä eri puolilta maata. Osallistujat rekrytoitiin markkinoimalla valmennusta Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hankkeiden toimijoille sekä perusterveydenhuollon yksiköiden ja valtakunnallisen kansanterveysyön johtajien verkoston kautta.

Tiimien yhteenlaskettu väestöpohja oli noin 1,5 miljoonaa asukasta. Pääsääntöisesti tiimit edustivat alueen terveys- tai hyvinvointikeskusta, ja ne keskittyivät kehittämistehtävässään perusterveydenhuollon vastaanottoon. Mukana oli myös suun terveydenhuollon yksiköitä, yksi avofysioterapian tiimi ja yksi ennaltaehkäisevän terveydenhuollon tiimi.

Valmennustapaamisiin osallistuvissa kehittämistiimeissä oli 3–10 jäsentä. Kokonaisuudessaan organisaatioiden kehittämistyöhön osallistui työyhteisöissä laaja asiantuntijoiden joukko. Suurimmat yksittäiset ammattiryhmät olivat sairaan- ja terveydenhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, suuhygienistit, hammashoitajat ja fysioterapeutit. Muutamassa tiimissä oli mukana myös sosiaalihuollon ammattilaisia.

Liitteessä 1 luetellaan osallistuneet kehittämistiimit erityisvastuualueittain.

## Hyvä vastaanotto -valmennusprosessi

Läpimurtovalmennuksen oppien mukaisesti Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennus suunniteltiin askeleittain eteneväksi.

Valmennusprosessi eteni viisivaiheisesti. Valmennus käynnistyi ratkaistavan ongelman määrittelyllä (1). Sen jälkeen kartoitettiin ongelmaa koskeva nykytilanne ja suoritettiin tarvittavat mittaukset (2). Mittausten jälkeen kerätty data arvioitiin huolellisesti (3). Data-analyysin jälkeen asetettiin tavoitteet ja suunniteltiin kehityssyklit (PDSA-syklit, liite 3) (4). Valmennuksen päätteeksi arvioitiin eteneminen ja varmistettiin kehittävän työotteen vakiintuminen työyhteisössä (5, 6).

## Taulukko 1. Valmennuksen työvaiheet ja sisällöt

Vaiheet	Sisällöt
Ennakovalmistelu	Orientoituminen omaan työhön ja valmistautuminen tiimin esittelyyn.
Työpaja 1 (2 pv)	Ongelmien tunnistaminen, fokuksen ja tavoitteiden määrittely, nykytilan analyysin ja mittauksen suunnittelu. Nykyprosessin kuvaaminen esimerkiksi arvokarttaa käyttäen. Teoreettinen viitekehys.
Välityöskentely	Mittaukset ja tiedonkeruu. Työyhteisön ja johdon osallistaminen. Asiakkaiden kuuleminen.
Työpaja 2 (2 pv)	Tulosten analyysi. Ongelmien ja tavoitteiden täsmentäminen. Parannusten ideointi, priorisointi ja kokeilujen (PDSA) suunnittelu. Uudistetun asiakasprosessin tai tavoiteprosessin kuvaaminen.
Välityöskentely	Kokeilut ja niiden arviointi. Jatkuva mittaaminen oikean suunnan varmistamiseksi. Koko työyhteisön ja organisaation johdon pitäminen mukana. Asiakkaiden osallistaminen muutosten arviointiin.
Työpaja 3 (1-2 pv)	Arviointia työskentelystä: mitä on opittu muutosten tekemisestä? Ovatko muutokset olleet riittäviä ja mitattavissa? Uusien muutosten suunnittelu. Asiakaslupaus. Päivittäisjohtamisen suunnitelma.
Välityöskentely	Muutuskokeilujen jatkaminen. Päivittäisjohtaminen. Posterin ja raportin tekeminen.
Työpaja 4 (1 pv)	Posterikierros. Miten eteenpäin? Muutoksen johtaminen. Muutoksen jatkumisen varmistaminen.

Käytännössä valmennus koostui neljästä työpajasta sekä välityöskentelystä. THL:n Hyvä vastaanotto -tiimi ja valmentajat tukivat kehittämistiimejä koko valmennuksen ajan. Valmennuskokonaisuuden vaiheet kuvataan taulukossa 1. Työskentelyprosessi havainnollistetaan kuviossa 2.

## Hyvä vastaanotto -läpimurtotyöskentelyn kokonaisuus



Kuvio 2. Esimerkki Hyvä vastaanotto -valmennuskierroksen läpimurtotyöskentelyn kokonaisuudesta ja aikataulutuksesta.

## Valmennusprosessin etenemisen vaiheet

### 1. Ongelmanmäärittely: Mitä ongelmaa olemme ratkaisemassa?

Valmennus käynnistyi ratkaistavan ongelman määrittelyllä. Hyvä vastaanotto -valmennuksen yhteiset tavoitteet asetettiin valmennusta tarjottaessa. Ensimmäisenä tavoitteena oli puuttua palveluiden heikkoon saatavuuteen. Kaikki osallistujat tunnistivat palveluiden heikon saatavuuden ja siihen liittyvät pitkät odotusajat ja jonot keskeisenä ongelmana organisaatioissaan. Ongelmien konkretisoimiseksi tiimit tunnistivat heikkoon saatavuuteen omassa organisaatiossa johtaneita syitä tai heikosta saatavuudesta edelleen johtuvia ongelmia (kuvio 3).

**Heikkoon saatavuuteen liittyviä ongelmia**

<p><b>Ensimmäinen yhteydenotto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• puhelin tukossa</li> <li>• samasta asiasta useita yhteydenottoja</li> <li>• puhelu kestää, jos ei ole antaa aikaa</li> </ul> <p><b>Ohjautuminen hoitoon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoitava taho tai tiimi väärä</li> <li>• kiireettömiä myös kiirevastaanotolle</li> </ul> <p><b>Hoidon tarpeen arviointi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ei osata tehdä tai ohjataan väärin</li> </ul> <p><b>Hoidon viivästyminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• toimintakyky heikkenee</li> <li>• ongelmat kasautuvat ja pahenevat</li> <li>• kynnys ottaa yhteyttä kasvaa, imago heikkenee</li> </ul>	<p><b>Prosessit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• epäyhtenäiset käytännöt</li> <li>• ei sitouduta sovittuun</li> <li>• hoidon jatkuvuus on heikko</li> </ul> <p><b>Hoitojaksot venyvät</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• toimintakulttuuri hoitaa tulipaloja</li> </ul> <p><b>Johtamisen ongelmia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ajanvarauskirjat tehdään viime tipassa</li> <li>• ei riittävästi tietoa johtamisen tueksi</li> <li>• yhteiset tavoitteet eivät ole tiedossa</li> </ul> <p><b>Resurssit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lääkäriresurssi vaihtelee</li> <li>• ei osata hyödyntää kaikkea resurssia</li> </ul>
---	---

Kuvio 3. Yhden valmennusryhmän (huhtikuussa 2022) kooste heikkoon saatavuuteen liittyvistä ongelmista.

### 2. Nykytilan määrittäminen: Miten voimme luotettavasti mitata nykytilaa?

Tiimit suunnittelivat omat nykytilamittauksensa ja niissä käytettävät tiedonkeruupohjat ensimmäisessä työpajassa. Mittaukset toteutettiin ensimmäisen välityöskentelyn aikana. Keskeistä oli hahmottaa kaksi asiaa: työyksikköön kohdistuva kysyntä ja sen kanavat eli mistä kaikkialta erityisesti kiireetöntä kysyntää tulee sekä miten ammattilaisten työaika käytetään ja mihin se kohdentuu. Lisäksi tuli kuvata oma nykyinen palveluprosessi eli miten tällä hetkellä toimitaan.

Kysynnän ja kapasiteetin lisäksi kaikkia tiimejä ohjattiin mittaamaan saatavuutta kuvaavaa T3-arvoa (ks. Mittarit sivu 16) jatkuvasti viikoittain koko valmennuksen ajan. Muita kiinnostavia lähtötietoja olivat esimerkiksi keskitetyn päivystyksen käyttö, erikoissairaanhoidon läheteet, asiakaspalautteet ja työtyytyväisyyskyselyt.

Periaatteena oli, että pyrittiin hyödyntämään tietojärjestelmistä saatavaa tietoa esimerkiksi puhelusta, käyntimääristä ja päivystyksen käytöstä. Käytännössä suurin osa tiimeistä kuitenkin suoritti lähtötilannemittaukset kynän, paperin ja Excelin avulla (ks. tarkemmin kuvio 4). Koko työyhteisön piti osallistua mittausdatan keräämiseen. Mittauksen onnistumista edesauttoivat selkeät ohjeet ja kehitystiimin tiivis seuranta mittausviikkojen aikana.

- **Kysynnän mittaaminen** käsityönä tarkoitti, että kaikki kiireettömiä aikoja antavat ammattilaiset kirjasiivat kahden viikon ajan tukkimiehen kirjanpidolla jokaisen antamansa kiireettömän ajan ja myös niiden potilaiden määrän, joille ei pystytty antamaan aikaa. Kysynnän mittaamisessa ajanvarauksen monikanavoituminen tuli huomioida. Suurin osa kysynnästä tulee edelleen puhelimen kautta, mutta sähköisiä välineitäkin on jo monin paikoin käytössä. Osa kiireettömistä ajoista annetaan ammattilaisten vastaanotoilla tai ”luukulla”, nekin oli tärkeä saada mukaan kysynnän mittauksiin.
- **Kapasiteetin mittaaminen** käsityönä tarkoitti ammattilaisille toista keruulomaketta pöydälle saman kahden viikon ajan. Lomakkeeseen kirjattiin sovitulla tarkkuudella (1–10 min) se, mihin työaika oli kulunut. Kapasiteetin osalta keskeisiä mitattavia asioita ovat muun muassa kiireettömään vastaanottoon käytetty aika, puhelintyö, päivystys- tai kiirevastaanotto, toimistotyö, kokoukset, koulutukset tai tauot, poissaolot ja niin sanottu sektorityö, jolloin tekijä on poissa vahvuudesta esimerkiksi neuvolassa. Tarkoitus oli tunnistaa keskeiset kokonaisuudet niin, että eri kategorioita ei ole enempää kuin 10.

Kuvio 4. Kuviossa avattu kysynnän ja kapasiteetin mittaaminen.

### 3. Tilanearvio: Mitä mittaukset meille kertovat?

Toisessa työpajassa kukin kehittämistiimi pääsi tarkastelemaan ja analysoimaan kerättyä mittausdataa. Työn tueksi tarjottiin kehikko (kuvio 5), jota kehittämistiimit muokkasivat niin, että saivat kuvattua tärkeimmät tulokset.

## Lääkäreiden kiireetön kysyntä ja kapasiteetti

Kiireetön kysyntä	2 vkoa	1 vko	Päivässä
Vastaanottoaikoja kpl			
Puhelinaikoja kpl			
Etävastaanottoja kpl			
Muita?			
<b>Yhteensä</b>			
<b>TUNTEJA*</b> (laskukaava alla)			
Aikaa ei ole antaa kpl			



#### \* Laskukaava

- Vastaanottoajan pituus (KA, min) = 30?
- Puhelinajan pituus (KA, min) = 10/15?
- Etävastaanoton pituus (KA, min) = 20?

T3 =



Tasapaino	Tunnit
Kapasiteetti/2 viikkoa	
Kysyntä/2 viikkoa	
<b>EDELLISTEN EROTUS</b>	

Kapasiteetti, kiireettömään vastaanottoon käytetty aika	Tuntia/2 vkoa	Tuntia/vko	Tuntia/pvä
Kiireetön vastaanotto			
Puhelinajat			
Muu kiireetön?			
<b>YHTEENSÄ</b>			

**Reppua eli jonoa** voidaan arvioida laskemalla päivittäinen kysyntä (kpl) x T3  
Kysyntää mitataan 5 pv/vko.  
T3:een lasketaan kaikki päivät (myös viikonloput).



#### Esimerkki

- Kysyntä/päivä (50) x T3 (30) = 1500
- 1500x5 = 7500
- 7500/7 = 1071 potilasta jonossa

Kuvio 5. Nykytila-analysin tueksi kehittämistiimeille tarjottiin kehikko, jossa kysynnän, kapasiteetin ja hoitojonon tasapainoa voitiin kuvata visuaalisesti. Esimerkkikuva lääkärien vastaanottotoiminnasta.

#### 4. Tavoitteen asettaminen: Mitä haluamme saada aikaan ja mitä tekemällä voimme päästä tavoitteisiimme?

Tilannearvion ja tavoitteen asetannan jälkeen toisessa työpajassa edettiin kohti konkreettisempia tavoitteita ja mitattavia kehittämiskokeiluja.

Tavoitteiden konkretisoimisessa kehittämistiimit hyödynsivät koottua dataa. Jokainen tiimi asetti itselleen saatavuuteen liittyvät mitattavat ja aikataulutetut tavoitteet. Osa asetti tavoitteita myös esimerkiksi työhyvinvointiin ja asiakastytyväisyyteen.


Tavoitteiden asettamisen jälkeen ideoitiin vapaasti keinoja saavuttaa asetetut konkreettiset tavoitteet. Kei-not priorisoitiin sen mukaan, kuinka helppoja ne ovat toteuttaa ja kuinka vaikuttavia niiden arvioidaan olevan tavoitteen saavuttamisen suhteen. Noin kymmenestä tärkeimmäksi katsotusta ideasta suunniteltiin niin sanottuja PDSA-kokeiluja. (PDSA-logiikka tämän valmennuksen yhteydessä on kuvattu liitteessä 3.)

Saatavuuden parantamista tavoiteltiin pienin askelin ja systemaattisesti edeten toimintatapoihin kohdistuvilla muutoksilla.


Tähän tueksi tarjottiin yksinkertaista saatavuuden perusstrategiaa:

1. kysynnän ja kapasiteetin tasapainottaminen: kapasiteetin lisääminen, kysynnän vähentäminen sekä vaihtelun vähentäminen ja toisaalta vaihteluun varautuminen
2. hoitojonojen purkaminen.


Tiimien tuli kokeilla ja tehdä muutoksia kaikilla edellä mainituilla osa-alueilla. Kun uusi, tasapainotettu toimintamalli hahmottui, kehittämistiimi valitsi työyhteisölleen sopivan tavan hoitojonojen purkamiseksi.



**Muutokset**, jotka lisäävät kapasiteettia esimerkiksi enemmän aikaa kiireettömään vastaanottoon ja vakioidut ajanvarauspohjat.



**Muutokset**, joiden avulla vähennetään kysyntää esimerkiksi kysynnän ohjaus eli hoidon tarpeen arvioinnin tehostaminen, itse- ja omahoito, seurantakäyntien harventaminen ja parempi jatkuvuus.



**Muutokset**, joiden avulla vähennetään vaihtelua ja varaudutaan vaihteluun esimerkiksi pelisäännöt ja yhteisesti sovitut käytännöt, joilla varmistetaan palvelujen sujuvuus myös lomien ja yllättävien poissaolojen aikana.

Kuvio 6. Kysynnän ja tarjonnan tasapainottaminen.

### **Hoitojonojen purkaminen on usein tarpeen, mutta se ei yksin riitä saatavuuden pysyvään parantamiseen**

Hoitojono voi purkautua uuden toimintamallin myötä itsestään, jos jono on yksikön kapasiteettiin nähden lyhyt. Yksi vaihtoehto on järjestää väliaikaisesti tilaa vakinaisen henkilöstön työpohjiin esimerkiksi lyhentämällä kokouksiin ja koulutuksiin käytettävää aikaa. Jonoa voi purkaa myös lisätyöllä, ostopalveluilla, palveluseteleillä tai vuokratyövoimalla.

**Kuvio 7. Hoitojonojen purkaminen on usein tarpeen, vaikka ainoana toimenä se ei riitä saatavuuden pysyvään parantamiseen. Kukin työyhteisö valitsee itselleen soveltuvimman keinon.**

Liitteessä 4 esitellään konkreettisia kokeiluja ja muutoksia. Liitteessä 5 avataan tiimimallia, joka oli pohjalla monissa ratkaisuisissa.

## **5. Jatkuva kehittäminen ja organisaation oppiminen**

### **Päivittäisjohtaminen ja jatkuva seuranta - Miten muutos tulee osaksi koko työyhteisön arkea?**

Kolmannessa työpajassa huomio kohdistettiin kehittämistoiminnan vakiinnuttamiseen ja uusien toimintamallien vakioimiseen ja levittämiseen koko työyhteisöön.

Tiimit opastettiin rakentamaan työpaikan arkeen päivittäisjohtamisen taulut ja sopimaan siitä, miten niihin tuotetaan tarvittava tieto ja miten niiden äärellä kokoonnutaan. Kokoontumisia kutsuttiin pystypalaveriksi, ja suositus oli kokoontua usein ja lyhyesti, 5–10 minuuttia päivittäin.

Edelleen jatkettiin PDSA-kokeilujen vaikutuksien ja vaikuttavuuden arviointia sekä harjaannuttiin PDSA-kokeilujen sykliseen toteutukseen. Kehittämistoimintaa viritettiin sisällyttämällä toistuvasti uusia pieniä muutoksia kehitettävään prosessiin. Näin päästiin kohti jatkuvaa kehittämisprosessia osana organisaation pysyvää toimintaa. Vertaisoppimisen merkitys korostui, kun kehittämistiimeille oli kertynyt kokemusta omista PDSA-kokeiluista.

## **6. Kehittämisen rakenteet – Miten varmistamme muutoksen pysyvyyden?**

Valmennuksen lopuksi kehittämistiimit tekivät yhteenvedon omasta kehittämistyöstään. Koonnissa huomioitiin alku- ja lähtötilanne sekä oppiminen, onnistumiset ja haasteet valmennuksen aikana. Tiimit kokosivat valmennuksen aikana tekemästään työstä posterit ja kutsuivat viimeisiin työpajoihin myös johdon edustajia kuulemaan oivalluksista, tuloksista ja jatkosuunnitelmista.

Viimeisessä työpajassa osallistujia kannustettiin muutosjohtamisen teemojen pariin ja varmistamaan, että resurssit kehittämistyölle huomioidaan organisaatiossa myös jatkossa. Valmennuksen päättyessä kehittämistiimit sopivat organisaatiossaan, miten kehittämistä jatketaan hyödyntäen muun muassa organisaation normaaleja kokous- ja muita rakenteita.

# Arviointi ja tulokset

Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennuksen ensisijaiset tavoitteet olivat saatavuuden paraneminen ja työyhteisöjen kehittämisosaamisen paraneminen. Saatavuuden mittareiksi valittiin koko valmennuksen ajalle T3-mittari, ja rinnakkaismittarina arvioitiin Avohilmo-tietojen käytettävyyttä saatavuuden mittaamisessa. Työyhteisöjen kehittämisosaamisen arvioinnissa seurattiin, pysyivätkö tiimit mukana valmennuksen loppuun asti (drop out) ja tiimien itsearvioinnin perusteella.

Lisäksi palvelujen jatkuvuutta, paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidon suunnitelmallisuutta ja tuloksia, henkilöstön työtyytyväisyyden kehittymistä sekä toiminnan kustannusvaikuttavuutta pidettiin esillä sekä koulutustilaisuuksissa että valmennustapaamisissa. Kehittämistiimeille tarjottiin myös tukea näiden kokonaisuuksien seurantaan. Niille ei kuitenkaan asetettu erillisiä tavoitteita tai mittareita.

## Mittarit

### 1. Saatavuuden mittarit

Valmennuksen ensisijainen mittari oli **T3-mittari** (= kolmansien vapaiden kiireettömien aikojen mediaani). Kaikilta tiimeiltä edellytettiin sen käyttämistä.

T3 mittaa sitä, onko kiireettömiä aikoja annettavissa ja kuinka pian. Kansallisen ja kansainvälisen kokemuksen perusteella kolmas vapaa aika korreloi varsin hyvin saatavuuden kanssa. Ensimmäinen vapaa aika voi olla viime hetken peruutus, eikä sen ympärillä välttämättä löydy muita aikoja, mutta kolmannen vapaan ajan ympäriltä niitä yleensä jo löytyy. T3-mittaus pitää sopia kussakin yksikössä niin, että tulos on uskottava. Käytännössä jokaisen valittuun ammattiryhmään kuuluvan ammattilaisen ajanvarauskirjasta etsitään kolmas kiireetön vapaa aika ja sovitaan, mikä lukuarvo annetaan, jos aikoja ei löydy. Monilla luku on 42, mikä tarkoittaa, että ohjeen mukaan kirjojen pitää olla auki 6 viikkoa. Luvuista lasketaan **mediaani**, joka on yksikön T3.

**Avohilmon eli perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoituksen** tietoja käytetään kansallisesti saatavuuden seurantaan. Tieto kootaan potilastietojärjestelmästä, ja paikallisesti on edelleen haasteita saada hoidon saatavuustietoa kattavasti. Mittaustapa ei myöskään täysin huomioi erilaisia tapoja järjestää palvelua. Valmennuksessa seurattiin hoitoonpääsyn toteutumista hoitotakuun piiriin kuuluvien käyntien osalta.

### 2. Työyhteisöjen kehittämisosaamisen paraneminen

**Valmennuksen suoritusaste** kuvaa sitoutumista valmennukseen. Valmennuksessa seurattiin, oliko tiimeiltä edustus kaikilla valmennuskerroilla, suoritettiinko itsenäisen työskentelyn tehtävät ja pysyivätkö tiimit valmennuksessa loppuun saakka.

**Tiimien itsearvio** oman kehittämistyön tilanteesta tehtiin seuraavan ohjeen mukaisesti 2, 3 ja 4 työpajan alussa.



### Kehittämistyön (itse-)arviointi (arviointiasteikko)

- 0** = nykytilan data kerätty, kehittäminen ei ole vielä alkanut
- 1** = suunnitelmia muutoksista tehty (PDSA)
- 2** = kokeiluja aloitettu ja arvioitu (PDSA)
- 3** = joitakin muutoksia on vakiinnutettu osaksi normaalia toimintaa ja alustavia tuloksia näkyvissä (PDSA)
- 4** = Useita muutoksia toteutettu ja se näkyy selvästi tuloksissa
- 5** = Kehittäminen on jatkuvaa, uusia ideoita käsitellään säännöllisesti ja otetaan hallitusti kokeiluun sovitun menettelytavan mukaisesti. Tulokset paranevat koko ajan.

Kuvio 8. Tiimien itsearviointi.

#### Palaute työpajoista

Osallistujilta kerättiin palaute kustakin työpajasta. Palauteissa pyydettiin arvioimaan sekä numeraalisesti että sanallisesti tiettyjä koulutuksen ulottuvuuksia.



- Olen oppinut omasta työstäni ja sen kehittämisestä, 1–6
- Valmennus tuki tiimimme etenemistä, 1–6
- Käytännön järjestelyt tukivat tiimimme työskentelyä, 1–6
- Mainitse 1–3 keskeistä oivallusta.
- Mikä valmennuksessa oli teille hyödyllisintä?
- Kehittämisehdotuksia valmennuksen sisältöön liittyen.
- Kehitysehdotuksia käytännön järjestelyihin.
- Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kuvio 9. Työpajojen palautekysely. Väittämät, arviointiasteikko 1–6 sekä avoimet kysymykset.

## Tulokset

### 1. Saatavuuden arviointi

Palveluiden saatavuutta mitattiin sekä tiimien omin mittauksin T3-ajalla että kansallisten Avohilmo-tietojen perusteella. Käytössä olleen datan perusteella ei ollut mahdollista nähdä korrelaatiota T3-aikojen ja Avohilmon tietojen välillä. Näin loppuraportoinnin osalta on painotettu muutosta T3-aikojen osalta.

Lähtötilanteessa kaikilla valmennukseen osallistuvilla tiimeillä oli ongelmia saatavuudessa ja T3 joko korkea tai ”mittaamaton” (= ei aikoja lainkaan). Silti kahden ensimmäisen valmennusryhmän Avohilmo-datassa nähtiin suurta variaatiota: kiireettömän käynnin toteutuminen yksikössä seitsemän päivän sisällä vaihteli alle 10 prosentista 87 prosenttiin.

Valmennuksen aikana osa tiimeistä saavutti merkittävän parannuksen lääkärikäyntien saatavuudessa. Kehittämistiimien loppuraporteista (n = 42) hoidon saatavuus parani merkittävästi 11 tiimissä (taulukko 2), mutta 19 tiimin saatavuudessa ei ollut tapahtunut merkittävää muutosta. 12 tiimin osalta muutosta ei voitu luotettavasti saatavilla olleen datan perusteella arvioida.

**Taulukko 2. Hoidon saatavuuden kehittyminen valmennuksen aikana:** Valmennuksen tuloksia mitattiin T3-luvulla. Muutos on merkittävä, jos T3 on vähintään puolittunut tai jos sosiaali- ja terveyskeskukseen pääsee kahden viikon sisällä ja suun terveydenhuoltoon kahden kuukauden sisällä.

Kohde	Saatavuus on parantunut merkittävästi	Ei merkittävää muutosta/ei tietoa
Kaikki (sosiaali- ja) terveyskeskukset valmennuksen päättyessä* (n = 42)	11	19/12
Seuranta (sosiaali- ja) terveyskeskuksille puoli vuotta valmennuksen päättymisen jälkeen** (n = 14)	7	7
Kaikki suun terveydenhuollon yksiköt valmennuksen päättyessä* (6 kuntaa, 7 tiimiä)	3***	3
Seuranta suun terveydenhuollon yksiköille puoli vuotta valmennuksen päättymisen jälkeen** (n = 4)	3***	1

\* Tiedot on koottu postereista ja raporteista, joita osallistujat laativat valmennuksen päätteeksi.

\*\* Tiedot on koottu kyselystä, joka tehtiin osallistujille puoli vuotta valmennuksen jälkeen.

\*\*\* T3 alle 60, mutta ei isoa muutosta valmennuksen myötä.

## 2. Tiimien kehittämisosaamisen parantuminen: Tiimit osaavat kehittää omaa työtään systemaattisesti

### Sitoutuminen valmennukseen

Kaikki osallistuneet tiimit pysyivät valmennuksessa mukana loppuun asti ja tuottivat raportin työstään. Vaikka muutos ei kaikilla näkynytään T3-mittarissa, kaikki tekivät konkreettisia muutoksia omaan työhönsä systemaattisen kehittämisen menetelmiä hyödyntäen. Osallistujat toivat esiin myös sitä, kuinka ymmärrys toisten ammattilaisten tekemästä työstä kirkastui yhteistyön myötä.

### Kehittämistyön itsearviointi: Oppivatko tiimit kehittämistyön menetelmiä ja jatkuuko kehittäminen valmennuksen jälkeen?

Tiimien kehittämisprosessien etenemistä mittaava itsearviointi osoitti selkeää edistymistä ensimmäisen kolmen valmennuskierroksen osallistujilla. Kuviossa 10 kolmen ensimmäisen valmennusryhmän (30 tiimiä) itsearvioiden keskiarvot. Arvio tehtiin suhteessa saatavuuden kehittämiseen. Suurin osa kokee päässeensä vähintään tasolle 3, jossa joitakin muutoksia on vakiinnutettu osaksi normaalia toimintaa ja alustavia tuloksia on näkyvissä.

Laadullista arviointia oivalluksista ja opeista on myös palautekoosteessa (liite 2).



Kuvio 10. Kehittämistyön itsearviointin kehitys työpajasta 2 (tp2) työpajaan 4 (tp4) valmennuskierroksille 1–3 osallistuneiden tiimien osalta (keskiarvot). Kehittämistyön (itse-)arviointi (arviointiasteikko): 0 = nykytilan data kerätty, kehittäminen ei ole vielä alkanut, 1 = suunnitelmia muutoksista tehty (PDSA), 2 = kokeiluja aloitettu ja arvioitu (PDSA), 3 = joitakin muutoksia on vakiinnutettu osaksi normaalia toimintaa ja alustavia tuloksia näkyvissä (PDSA), 4 = Useita muutoksia toteutettu ja se näkyy selvästi tuloksissa, 5 = Kehittäminen on jatkuva, uusia ideoita käsitellään säännöllisesti ja otetaan hallitusti kokeiluun sovitun menettelytavan mukaisesti. Tulokset paranevat koko ajan.

### Palaute työpajoista

Jokaisen työpajan jälkeen osallistujilta pyydettiin palautetta (liite 2), ja sen pohjalta tehtiin tarvittaessa muutoksia seuraavaan työpajaan. Palautetta saatiin kaikilta viideltä valmennusryhmältä 14 työpajasta. Palautetta antoi keskimäärin 15–20 henkilöä. Yhteensä palautteita tuli 288.

### Taulukko 3. Palautteet, numeerinen asteikko 1–6

Väittämä	Keskiarvo	Mediaani
Olen oppinut omasta työstäni ja sen kehittämisestä	4,5	5
Valmennus tuki tiimimme etenemistä	4,6	5
Käytännön järjestelyt tukivat tiimimme työskentelyä	4,7	5

Numeerista arviointia täydennettiin avoimilla kysymyksillä. Keskeiset vapaissa vastauksissa esiintyneet näkökulmat olivat kehittämisen menetelmä, aika, vertaisoppiminen, oman työyhteisön kanssa työskentelyn merkityksellisyys, motivoituminen, suora palaute valmentajille sekä valmennuksen käytännön järjestelyihin liittyvä palaute.

### 3. Mitä tapahtui hoidon jatkuvuudelle ja suunnitelmallisuudelle?

Suurin osa valmennuksen myötä uudistetuista toimintamalleista ja hyvistä esimerkeistä on suunniteltu niin, että niiden voi odottaa parantavan hoidon jatkuvuutta.

Toteutetuissa ratkaisuissa joko kaikille tai sovitulle kohderyhmälle on nimetty vastuhenkilö tai vastuutaho. Se voi olla lääkäri, työpari, hoitaja tai tiimi.

Valmentajat ovat osaltaan ohjanneet tiimejä, jos on näyttänyt siltä, että palvelujen uudistamisideat uhkaavat heikentää asiakaskokemusta tai jatkuvuutta.

# Pohdinta ja johtopäätökset

Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennus nojasi Institute of Healthcare Improvement kehittämään Breakthrough Series (BTS) -menetelmään, jonka teoreettinen pohja on systemaattisessa kehittämisessä. Suomeen BTS-menetelmä omaksuttiin 2010-luvulla Ruotsista. Systemaattisen kehittämisen ja BTS-menetelmien sovellettavuudesta terveydenhuoltoon on kertynyt näyttöä jo useamman vuosikymmenen ajalta. Perusasiat näissä eri menetelmissä ovat pitkälti yhteisiä, ja ne toteutuivat myös Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennuksessa. Keskeisiä alkutoimia ovat selkeys määrittelyissä, ongelman muotoilu, faktat ja mittaaminen, selkeät tavoitteet, parannusten ideointi ja priorisointi. Muutosten tekeminen pienten kokeilujen kautta yhdessä henkilöstön kanssa johtaa nopeammin tuloksiin kuin jos muutokset suunnitellaan arjesta irrallaan valmiiksi ja vain jalkautetaan. Muutosten pysyvyyttä ja jatkuvaa kehittämistä edistävät vakiinnutetut päivittäisjohtamisen käytännöt. Lisäksi BTS-kehittämiseen liittyy vahva vertaisoppimisen elementti. Vertaisoppimisesta ovat kirjallisuuden mukaan kokeneet hyötynensä erityisesti positiivisia tuloksia valmennuksissa saavuttaneet tiimit. Vertaisoppiminen eli mahdollisuus oppia toisilta ja jakaa ratkaisuja oli myös yksi eniten myönteistä palautetta saanut asia Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennuksessa.

## Oliko valmennus vaikuttavaa?

Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennus tavoitteli ensisijaisesti perusterveydenhuollon vastaanottopalveluiden saatavuuden parantamista sekä osallistuneiden tiimien ja organisaatioiden kehittämisosaamisen lisääntymistä ja kehittämistoiminnan vakiintumista.

Saatavuuden mittarina kehittämisessä käytettiin pääsääntöisesti T3-mittaria. T3-mittausten rinnalla tarkasteltiin kansallisen hoitoilmoitusrekisterin perusterveydenhuollon tietoja (Avohilmo).

T3-mittarilla mitattuna vain yhdellä neljästä osallistuneesta tiimistä lääkäri- tai hammaslääkäriaikojen saatavuus oli parantunut merkittävästi eli saatavuus oli joko hoitotakuun rajoissa tai parannus oli yli 50 prosenttia lähtötilanteesta. Syksyllä 2022 tehtiin kysely tiimeille, joiden valmennus oli päättynyt puoli vuotta aikaisemmin. Kyselyn mukaan jo puolella vastanneista saatavuus oli merkittävästi parantunut. Kehittämistyötä oli ilahduttavasti jatkettu systemaattisen kehittämisen opeilla.

Moni mittasi myös esimerkiksi hoitajan, suuhygienistin, fysioterapeutin ja mielenterveysammattilaisen vastaanottoaikojen saatavuutta T3-mittarilla. Mittarina se soveltuu siihen hyvin.

Alkumittausten perusteella hoitajien aikojen saatavuus ei ollut yleensä ongelma. Hoitajan työssä kuitenkin suuri osa asiakasasioista hoidetaan puhelimesta saman tien tai nopeasti muutamassa päivässä. Hoitajilla on myös varattavissa olevia vastaanottoaikoja. Niissä on kuitenkin hyvin erilaisia käytäntöjä, ja kiireetön kysyntä jakautuu myös asiakkaan asian mukaan esimerkiksi kansanterveys-, sydän-, diabetes- tai psykiatrisille hoitajille. Suuhygienisteillä T3 toimii mittarina hyvin.

Monessa tiimissä oli mukana fysioterapeutteja, ja yksi kehittämistiimi oli kokonainen fysioterapiayksikkö. Odotusajat fysioterapeutin vastaanotolle vaihtelivat paljon, ja leimallista oli runsas eri aikatyypin määrä. Kehittäminen kohdentui erityisesti fysioterapeutin suoravastaanoton käyttöönottoon. Siinä saatavuus paranikin, ja samalla opittiin ohjaamaan asiakkaita suoraan fysioterapeutille.

Tuloksia on kuitenkin vaikea vertailla. Oleellisinta oli tuoda myös muiden ammattilaisten työn tilanne näkyviin ja keskusteluun ja tunnistaa siinä kehittämiskohteita.

Keskeinen valmennuksen tavoite oli se, että tiimit ja työyhteisöt oppivat omasta työstään ja sen kehittämisestä. Tiimit saivat työkaluja vaikuttavampaan kehittämiseen ja oppivat arvioimaan omaa tekemistään ja kehittymään siinä koko ajan paremmiksi. Tiimit sitoutuivat hyvin valmennuksen menetelmiin. Resurssipulan vuoksi valmennustapaamisista oli satunnaisia poissaoloja, ja välityöskentely ei aina toteutunut suunnitellusti. Kaikki tiimit pystyivät haastavasta ajankohdasta huolimatta jatkamaan valmennuksessa loppuun asti ja tuottivat raportit, jotka luovat pohjaa tulevalle kehittämistyölle. Kaikki tiimit myös tekivät muutoksia, joilla voi odottaa olevan vaikutuksia saatavuuteen, jos ja kun niitä jatketaan.

Kehittäminen on taito, joka kehittyy ajan myötä paremmaksi. Siihen kannattaa panostaa niin, että kehittämisessä on yhteisesti sovitut rakenteet, menettelytavat ja aikaa tehdä sitä.

Valmennuksen jälkeen saadut viestit kentältä kertovat siitä, että ainakin osa tiimeistä on hyvin saanut kiinni keskeisistä kehittämisen elementeistä ja kehittäminen jatkuu määrätietoisesti edeten valmennuksen jälkeenkin. Tämän puolesta puhuu myös se, että mukana oli useampi noin 10 vuotta aiemmin vastaavaan valmennukseen osallistunut yksikkö ja niillä oli edelleen muistissa ja joillain jopa käytössä keskeiset asiat. Ne pääsivätkin selvästi nopeammin liikkeelle uudessa valmennuksessa.

## Resurssit ja niiden vaikutus saatavuuteen

Kaikki osallistuneet tiimit kokivat resurssipulaa. Kyse oli joko henkilöstön suuresta vaihtuvuudesta tai absoluuttisesta henkilöstövajeesta, jolloin osa vakansseista oli kokonaan täyttämättä. Paikoin koettiin myös, että perusterveydenhuoltoon (mukaan lukien suun terveydenhuolto) allokoitujen resurssit, muun muassa vakanssit, oli alimitoitettu.

Resurssien määrää ei tässä valmennuksessa lähdetty vertailemaan. Työnkuvat ja työnjako vaihtelevat paljon, eikä vertailu pelkästään väestöön suhteutettuna ole siksi hedelmällistä. Myös väestön demografiassa ja siten tarpeissa oli isoja eroja – mukana oli lapsivaltaisia kuntia ja vanhusvoittoisia kuntia.

Koronaepidemian aikaan resurssia jouduttiin kohdentamaan koronatoimiin ja lykkäämään kiireettömiä asioita eteenpäin. Samaan aikaan myös henkilöstön sairaspotilaat (ml. lasten sairastumiset) olivat korkeammat kuin ennen epidemiaa.

Monessa yksikössä ongelma oli henkilöstön suuri vaihtuvuus. Vaihtuva ja kokematon henkilöstö vie vakituisen väen aikaa perehdytykseen, konsultointiin ja kouluttamiseen. On tunnistettu, että hyvin organisoitu ja sujuva työ sekä jonottomuus ovat houkuttelevia tekijöitä rekrytoinnissa. Varsinkin työvoimapula-aloilla satsataan vahvasti nuorien – opiskelijat ja vastavalmistuneet – ja uusien tekijöiden perehdytykseen, vaikka se onkin pois asiakastyöhön käytettävästä ajasta.

Lähtökohta kehittämiselle oli se, että huono saatavuus, jonot ja pitkät odotusajat ovat systeemitason ongelma. Kun sitä halutaan muuttaa tai parantaa, pitää tehdä systeemitason muutoksia. Valmennuksessa pääpaino oli sellaisissa muutoksissa, joiden toteuttaminen oli työyhteisöjen omissa käsissä, ja jotka pääsääntöisesti eivät vaatineet ylimääräistä resursointia.

Resurssien ja saatavuuden suhde on monimutkainen. Pelkkä resurssin lisääminen ei yksin johda odotusaikojen pysyvään lyhenemiseen. Pelkkä jonon purku esimerkiksi ostopalveluna ei myöskään yksin riitä toimenpiteeksi. Käytännössä jono palaa nopeasti takaisin purkamisen jälkeen. Muutamat tiimit tunnistivat tämän käytännössä valmennuksen aikana.

## Toimintaympäristöön liittyvät haasteet

Valmennuksen ajalle osui sekä covid-19-pandemia että sote-uudistukseen valmistautuminen.

Covid-19-pandemian vuoksi työvoimaa jouduttiin kohdentamaan erillisiin infektiövastaanottoihin, näytteenottoon ja rokotuksiin. Runsaat sairauspotilaat ja henkilöstön väsyminen vaikeuttivat arjen toimintaa. Korona-aikana kertynyt hoitovelka on käytännössä monin paikoin vieläkin purkamatta.

Sote-uudistuksen konkretisoituminen ja hyvinvointialueiden rakentuminen ajoittui valmennuksen kanssa samaan aikaan, ja se alkoi näkyä varsinkin loppuvaiheessa myös osallistuneiden tiimien työskentelyssä. Tiimit joutuivat varmistamaan, että heidän suunnittelemansa uudistukset ovat sopusoinnussa hyvinvointialueen strategisten linjausten kanssa. Tätä vaikeutti epävarmuus oman toiminnan jatkosta, mikä jatkui pitkälle vuoden 2022 syksyyn.

Työvoiman saatavuus ja pysyvyys nousi yhä keskeisemmäksi ja kriittiseksi kehityskohteeksi. Hoitajien vuoden 2022 työtaistelun suorat vaikutukset perusterveydenhuoltoon olivat pienet, mutta konkreettisesti se rajoitti kolmen tiimin osallistumista yhteen työpajaan.

Samaan aikaan alueilla on käynnissä paljon muutakin kehittämistä. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmalla ja Työkykyohjelmalla oli vaikutuksia myös terveysasemien toimintaan. Erilaiset

digitaaliset ratkaisut kehittyvät nyt myös nopeasti, ja niilläkin on vaikutuksia asiakasprosesseihin käytännön arjessa.

Kaikki kehittäminen on vaikuttavaa vasta kun sen tuotokset jalkautetaan eli toiminta muuttuu siellä, missä asiakkaita ja potilaita kohdataan.

## Tiedonkeruuseen liittyvät haasteet

Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennuksen arviointia vaikeuttivat tiedonkeruuseen ja tiedon hyödyntämiseen liittyvät haasteet.

Molemmissa saatavuuden mittaustavoissa ilmeni haasteita valmennuksen aikana. Ensinnäkään näiden kahden mittarin ei voitu osoittaa korreloivan keskenään ainakaan suhteessa nopeisiin muutoksiin ja lyhyellä seuranta-ajalla. Avohilmo-tietojen kattavuuteen sekä yksittäisten toimintayksiköiden T3-tietojen raportointiin liittyy vielä merkittäviä haasteita niin teknisiin ratkaisuihin kuin kirjausten kattavuuteen liittyen.

Avohilmon tietojen perusteella ei voi arvioida, kuinka moni asiakas ei ole lainkaan saanut yhteyttä perusterveydenhuoltoon. Hoidon tarpeen arviointiin pohjaavien tietojen kattavuus on teknisistä syistä erittäin matala – vuonna 2022 vajaa viidennes lääkärin ja hammaslääkärin toteutuneista käynneistä ja noin kymmenennes hoitajien toteutuneista käynneistä raportoitiin. Toisaalta varhaisimmasta kontaktista mitattuna odotusajan kattavuus on merkittävästi korkeampi, yli 80 prosenttia lääkäreille ja hammaslääkäreille ja lähes 60 prosenttia hoitajien käynneistä. Perusterveydenhuollon hoitotakuun edelleen kiristyessä avohilmo-tietoon perustuva tiedonkeruu onkin voimakkaan kehitystyön kohteena; hyvinvointialueilla on lakisääteinen velvoite toimittaa hoitopääsytiedot THL:lle.

Valmennuksessa kehittämistoiminnan seurantaan suositettu T3-mittari on parhaimmillaan tarkka, ja se reagoi nopeasti muutoksiin. T3 voidaan mitata kohtuullisen pienellä vaivalla viikoittain, jopa manuaalisesti. Se voidaan räätälöidä niin, että se mittaa oikeita asioita juuri kyseisessä yksikössä ja huomioi paikallisen toimintamallin. Näin saadaan luotettavammin ja nopeammin näkyviin tehtyjen muutosten vaikutukset saatavuuteen. T3 on suhteellisen helppo mitata myös käsin, mutta osa tiimeistä jäi odotelemaan, että tietojärjestelmä tuottaisi tiedot. Jotkut tiimit myös väsyivät mittaamaan, kun tilanne ei muuttunut. Näin ollen tietoa saatavuuden muutoksesta ei saatu kaikista tiimeistä kerättyä.

Saatavuustietojen raportit ja vertailuasetelmat eivät mahdollista sen arviointia, mitkä valmennuksessa tehdyistä muutoksista ovat todella lyhentäneet odotusaikoja. Lähtötiedot eivät välttämättä olleet luotettavia, erityisesti silloin, kun mittaus ei ollut onnistunut kattavasti ja osa henkilöstöstä oli jättänyt lomakkeet täyttämättä tai täyttänyt niitä puutteellisesti.

Hoidon jatkuvuuden osalta indikaattoreita ei valmennuksen aikana ollut kansallisesti saatavissa. Continuity of Care (COC) -indeksi otettiin kansallisesti THL:ssä tuotantoon valmennusten aikana, ja sitä on paikallisesti kokeiltu toiminnan mittarina. Vielä on aikaista sanoa, kuinka hyvin se soveltuu kehittämisen tueksi ja jatkuvaan seurantaan.

THL tarjosi kehittämistiimeille mahdollisuutta henkilöstötyytyväisyyskyselyyn. Tiimeillä oli käytössä myös paikallisesti vakiintuneita työkaluja, eikä kyselyssä saatu kerätyksi kattavasti vertailukelpoista dataa.

THL tarjosi kehittämistiimeille myös mahdollisuutta osallistua kustannusvaikuttavuuden arviointiin. Valmennuksen aikana kuitenkin osoittautui, että perustason talous- ja toimintatiedon tuottaminen yhdenmukaisesti ja vertailukelpoisesti oli vaikeaa. Kerätynkin tiedon osalta ilmeni suurta vaihtelua, joka kuitenkin ilmeisimmin liittyy pikemmin tiedon epäluotettavuuteen ja esimerkiksi erilaisiin kirjaamiskäytäntöihin kuin todellisiin eroihin toimintatavoissa, taloudellisuudessa ja tehokkuudessa. Vuoden 2021 alkumittauksia ei näin ollen toistettu, vaan suosituksena voidaan todeta, että tulevilla valmennuksilla mahdolliseen kustannusvaikuttavuuden arviointiin tulee varata enemmän resursseja ja suunnitella tiedonkeruut huolellisesti yhteistyössä osallistujien kanssa.

## Tiedolla johtamiseen ja muutosjohtamiseen liittyvät haasteet

Kaikissa organisaatioissa kerätään toimintatietoa ja myös seurantatietoa asetettujen tavoitteiden toteutumisesta. Käytännön työssä tietoa ei kuitenkaan aina hyödynnetä. Harvalla on tietoa esimerkiksi

kysynnästä, sen määrästä, laadusta ja jakaumasta. Ennen kuin rynnätään ratkaisuihin, on tärkeä hahmottaa lähtötilanne mielellään numerotietojen perusteella.

Ilman määrätietoista ja napakkaa lähijohtamista hyvätkään tulokset eivät pysy, vaan työyhteisöillä on taipumus nopeasti palata vanhaan. Uuden omaksuminen ja vakiintuminen niin, että se pysyy, voi viedä useamman vuoden.

Kiireettömään kysyntään vastaaminen pitää nostaa prioriteetiksi, sillä ilman sitä ei voida saatavuutta varmistaa. Se vaatii päivittäistä ja viikoittaista seuranta ja kapasiteetin kohdentamista niin, että kysyntään pystytään vastaamaan kaikissa tilanteissa. Ilman jatkuvaa seuranta ja sen pohjalta tehtäviä johtamisliikkeitä tämä ei ole mahdollista.

Aiemman kokemuksen ja hyvien esimerkkien perusteella menestyminen edellyttää keskeisten toimintatapojen ja esimerkiksi ajanvarauspohjien vakiointia ja uudistamista. Onnistuneet yksiköt ovat rohkeasti muuttaneet koko toiminnan konseptia ja ajattelutapaa – esimerkiksi asiakkaan asian ratkaiseminen alkaa aina ensimmäisessä kontaktissa. Isojen muutosten tekeminen vaatii aikaa ja sinnikkyyttä. Organisaation strategisen johdon tuki on välttämätöntä. Lähijohdolla eli esimerkiksi ylilääkärillä ja osastonhoitajalla on keskeinen rooli muutosten toimeenpanossa, päivittäisjohtamisen rakentamisessa ja henkilöstön mukaan ottamisessa.

## Jatko

Osallistuneet tiimit jatkavat kehittämistä valmennuksesta saaduista opeista. Uusia saatavuuden parantamiseen tähtäviä Hyvä vastaanotto -valmennuksia on käynnistetty ainakin kolmella hyvinvointialueella. Niissä hyödynnetään yhteistä materiaalia valmentajaverkoston jäsenten johdolla.

Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vuoden 2023 alussa, ja edessä on perusterveydenhuollon saatavuuden tilannearvion tekeminen ja tarvittavat toimet lain edellyttämälle tasolle pääsemiseksi. THL:lle on annettu tehtäväksi saatavuustiedon tuottaminen tavalla, joka mahdollistaa hyvinvointialueille kuukausittaisen raportoinnin. Tätä työtä tehdään yhdessä kentän toimijoiden ja tietojärjestelmätoimittajien kanssa.

Suomen kestävä kasvun ohjelmassa (RRP) on osana THL:n hanketukea käynnistynyt uusia läpimurtovalmennuksia keväällä 2023. Tavoitteena on rakentaa erityisesti haavoittuville ja heikommassa asemassa oleville asiakasryhmille sujuvat, saavutettavat ja laadukkaat palvelukokonaisuudet, ilman turhaa jonottamista ja odotusaikoja.

## Yhteenveto

Hyvä vastaanotto 2.0 -läpimurtovalmennuksia toteutettiin osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa vuosina 2021–2022. Menetelmä on vakiinnuttanut paikkansa terveydenhuollon kehittämisessä kansainvälisesti, ja Suomessakin kokemuksia on karttunut jo useammista valmennusohjelmista.

Valmennusten tavoitteena oli ensisijaisesti parantaa perusterveydenhuollon hoitopääsyä ja lisätä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kehittämisosaamista.

Valmennus toteutui covid-19-pandemian aikana. Sote-uudistuksen lainsäädäntö hyväksyttiin kesäkuussa 2021, ja tähän liittyvät valmistelut osaltaan vaikeuttivat valmennukseen liittyvää kehittämistoimintaa.

Palvelujärjestelmän tietojohdamisen ratkaisujen osalta kehittämistoiminnassa joudutaan laajasti hyväksymään puutteet tiedon laadussa ja turvautumaan edelleen myös manuaaliseen tiedonkeruuseen.

Valmennusten vaikutuksia saatavuuteen on suhteutettava ympäröivään muutokseen ja tietorakenteisiin liittyviin puutteisiin. Saatavuudessa nähtiin ajanjaksona sekä saatavuuden paranemista pandemian aikana että kysynnän selkeää kasvua pandemian rauhoittuessa. Näin kansalliset hoitopääsytiedot eivät luotettavasti soveltuneet muutosten arviointiin ja seurantaan. Kehittämistiimien toimipisteissä tekemien T3-mittausten perusteella noin kolmannes tiimeistä saavutti merkittävän parannuksen hoidon saatavuuteen. Tietoa näistä hyvistä käytänteistä on syytä levittää edelleen. Hankkeissa kehitetyt toimintamallit on kuvattu vertaiskehittämisen verkkopalveluun Innokylään.

Hyvä vastaanotto 2.0 -valmennukseen osallistujat pystyivät haastavasta tilanteesta huolimatta sitoutumaan valmennukseen. Kaikki tiimit jatkoivat valmennuksessa loppuun asti ja etenivät käytännön



kehittämiskokeiluihin ja niiden arviointiin. Tiimeiltä valmennuksen aikana ja edelleen sen jälkeen saatu palaute on ollut pääsääntöisesti rohkaisevaa, mikä kannustaa panostamaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kehittämisosaamisen nostamiseen myös jatkossa. Valmennuksen seuranta-aikaa voi pitää lyhyenä, varsinkin kun huomioidaan toimintaympäristön haasteet. Valmennuksen todelliset tulokset nähdään vuosien kuluessa paikallisen kehittämisosaamisen toivottavasti levitessä ja vakiintuessa osaksi perusterveydenhuollon prosesseja.

## Lähteet

- Nadeem E, Olin SS, Hill LC, Hoagwood KE, Horwitz SM (2013) Understanding the components of quality improvement collaboratives: a systematic literature review. *Milbank Q.* 2013 Jun;91(2):354–94. doi: 10.1111/milq.12016. PMID: 237.
- Nembhard IM (2009) Learning and improving in quality improvement collaboratives: which collaborative features do participants value most? *Health Serv Res.* 2009 Apr;44(2 Pt 1):359–78. doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00923.x. Epub 2008 Nov 28. PMID: 19040423; PMCID: PMC2677044.
- HE (2022) Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta ja siihen liittyviksi laeiksi 74/2022. Luettavissa: <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2022/20220074>.
- Sikka, R., Morath, J. M., & Leape, L. (2015) The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ quality & safety*, 24(10), 608–610. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004160>.
- STM (2016) Kallinen, S. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:8. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3699-7>.
- STM (2020) Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma 2020–2022. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4136-6>.
- Strindhall, M., & Henriks, G. (2007) How improved access to healthcare was successfully spread across Sweden. *Quality management in health care*, 16(1), 16–24. <https://doi.org/10.1097/00019514-200701000-00004>.
- Palmberg M. (1997) Quality improvement in Swedish health care. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 23(1), 47–54. [https://doi.org/10.1016/s1070-3241\(16\)30294-2](https://doi.org/10.1016/s1070-3241(16)30294-2).
- Valtioneuvosto (2019) Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019: Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-808-3>.

## Liitteet

### Liite 1. Osallistuneet tiimit alueittain

Valmennukseen osallistuneilla alueilla on yhteensä noin 1,5 miljoonaa asukasta. Joiltain alueilta mukana oli terveys- tai sote-keskuksia, osalla suun terveydenhuollon yksiköitä, osalla molempia. Turusta oli mukana vain avofysioterapia, ja Turun väestöä ei ole laskettu edellä mainittuun asukasmäärään.

Kehittämistiimejä oli yhteensä 50. Tiimissä suositeltiin olevan vähintään 5 ja korkeintaan 8 henkilöä. Pienimmissä tiimeissä oli 3 henkilöä ja isoimmissa jopa 10.

Raporttien ja ennakkotehtävien perusteella valmennus vaikutti mukana olleissa organisaatioissa yli 3000 henkilön työhön. Suurimmat yksittäiset ryhmät olivat sairaan- ja terveydenhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, suuhygienistit, hammashoitajat ja fysioterapeutit. Muutamassa tiimissä oli mukana myös sosiaalihuollon ammattilaisia.

Taulukoissa on lueteltu kaikki osallistuneet organisaatiot. Niistä yhteensä 7 tiimiä edusti suun terveydenhuoltoa ja lisäksi muutamassa tiimissä oli mukana suun terveydenhuollon ammattilaisia osana isompaa tiimiä. Yksi tiimi edusti pelkästään fysioterapiatoimintaa (Turku) ja yksi ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa (Vantaa). Muut keskittyivät käytännössä perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan.

#### Etelä-Suomi

Vantaa, Myyrmäki	Vantaan suun terveydenhuolto 2 tiimiä
Vantaa, ennaltaehkäisevän terveydenhuollon lääkäripalvelut	Vantaa, Koivukylä
Helsinki, Vuosaari	Lohjan suun th
Kymsote Kouvola	Kymsote Kotka
Kymsote Hamina	Vantaa, Hakunila-Länsimäki

#### Länsi-Suomi

Eura sotekeskus	Pöytyän kansanterveystyön ky (Aura, Kyrö, Riihikoski, Yläne)
Porin perusturva	Turun kaupungin avofysioterapia
Loimaa	Rauman kaupungin terveyspalvelut
Uusikaupunki	Pietarsaaren suun th

#### Sisä-Suomi

Hämeenlinnan suun terveydenhuolto	Hämeenlinnan terveyskeskus	Riihimäen terveyskeskus
Riihimäen suun terveydenhuolto	Pirkkala-Vesilahti	Janakkala
Valkeakoski	Akaa	Ylöjärvi
Kolmostien terveys Oy (Parkano, Kihniö)	Keiturin sote Oy (Virrat, Ruovesi)	Seinäjoki-Isokyrö
Lapua	Laukaa	Keuruu

**Itä-Suomi**

Sosteri (Itä-Savo)	Pieksämäki	Siun sote (Pohjois-Karjala) suun th
Leppävirta (Kysteri)	Rautavaara (Kysteri)	Siilinjärvi

**Pohjois-Suomi**

Rovaniemi	Selänne ky (Haapajärvi, Pyhäjärvi, Kärsämäki, Reisjärvi)	Liminka
Kempele	Helmi sosiaali- ja terveystyöpiiri (Haapavesi, Pyhäntä)	Kallio ky (Alavieska, Nivala, Sievi, Ylävieska)
Oulunkaari (Ii)	Kalajoki	Soite ky (Keski-Pohjanmaa)
Raahe		

## Liite 2. Valmennusten sisältöihin ja käytännön järjestelyihin liittyvä palaute

Jokaisen työpajan jälkeen pyydettiin osallistujilta palautetta, jonka pohjalta tehtiin tarvittaessa muutoksia seuraavaan työpajaan. Keskimäärin 15–20 henkilöä antoi palautetta. Tässä liitteessä on lyhyt yhteenveto kaikista palautteesta (yhteensä 288 palautetta, kaikilta viideltä valmennusryhmältä, 14 työpajasta).

Numeeriset arvosanat (asteikko 1–6):

Väittäjä	keskiarvo	mediaani
Olen oppinut omasta työstäni ja sen kehittämisen	4,5	5
Valmennus tuki tiimimme etenemistä	4,6	5
Käytännön järjestelyt tukivat tiimimme työskentelyä	4,7	5

Lisäksi avoimilla kysymyksillä pyydettiin kertomaan keskeisiä oivalluksia ja oppeja sekä kuvaamaan, mikä valmennuksessa oli hyödyllisintä, sekä esittämään kehittämissuhteita tuleviin valmennuksiin.

Keskeiset vapaissa vastauksissa esiintyneet näkökulmat:

Kehittämisen menetelmä	Koettiin hyväksi, että oli selkeä struktuuri. Teoria ja sen soveltaminen saman tien. Erityisiä nostoja oivalluksista: Mittaamisen tärkeys. Tavoitteen asettaminen. Oman prosessin kuvaaminen ja tarve oikoa mutkia ja yhdenmukaistaa käytäntöjä (useat prosessit hyvin monipolvisia). Ongelmien pilkkominen. Ideointi ja priorisointi. Pienet askeleet. Seuranta ja päivittäisjohtaminen. Jatkuva kehittäminen.
Aika	Paljon kiitosta siitä, että oli kerrankin aikaa keskittyä oman työn kehittämiseen oman porukan kanssa. Kehittämiskohteissa eniten nousi esille myös aika – sitä olisi haluttu vielä lisää.
Vertaisoppiminen, muiden esimerkit	Sekä työpajoissa esitellyt ”hyvät esimerkit” että muiden tiimien kokemukset koettiin hyvinä ja niistä saatiin ideoita omaan työhön. Tätäkin olisi haluttu vielä lisää. Osa olisi kaivannut enemmän ”ristiinpölytystä” (Koronan vuoksi tiimit pidettiin toisistaan erillään myös esim. ruokailuissa).
Oma tiimi ja työyhteisö Yhdessä tekeminen	Keskustelu ja toisten kuuleminen, eri ammattiryhmien ja henkilöiden näkemysten ymmärtäminen nousi esille useissa vastauksissa. Koko työyhteisön mukaan ottamisen tärkeyttä korostettiin. Ongelmapuolella nousi esim. kiire ja se, ettei ehditty kunnolla perehdyttää kaikkia mittauksiin ja siksi osa mittauksista jäi puutteellisiksi (lomakkeita ei palautettu tai ei ollut täytetty).
Uskoa omaan kykyihin ja parempaan tulevaisuuteen	Muutama sitaatti: Huomaan, että muilla on ihan samoja ongelmia kuin meillä. Meillä on moni asia oikeastaan aika hyvin. Muutosta ei tarvitse pelätä. Vanhoja toimintatapoja pitää uskaltaa muuttaa. Tarvitaan vahva tahtotila ja johdon tuki. Kehitys tulee kehityksen luo. Kehittämistä pitää tehdä koko ajan. Uskon ja toivon valaminen siihen, että meillä on pattitilanteesta huolimatta täydet mahdollisuudet onnistua. Tämä on maraton, ei sprintti.
Valmentajien rooli	Valmentajille tuli paljon kiitosta. Heiltä sai konkreettista apua ja auttoivat eteenpäin jumittavissa tilanteissa. Auttoivat mm. kirkastamaan tavoitteita.

	<p>Osa olisi kaivannut valmentajalta vahvempaa otetta ja läsnäoloa. (Valmentajilla oli jokaisella kaksi ryhmää valmennettavanaan. Valmentajia oli myös ohjeistettu olemaan liikaa puuttumatta tiimin työskentelyyn, jos se tuntui etenevän.)</p> <p>Toisaalta koettiin hyvänä se, että ei annettu valmiita ratkaisuja vaan tiimit pantiin itse miettimään mitä kannattaisi tehdä. ”Löysimme oikeasti hyviä ja realistisia kehittämiskohteita”.</p>
Valmennuksen rakenne ja järjestelyt	<p>Läsnätyöpajat saivat pääosin kiitosta. Muutamia kommentteja tuli pitkistä matkoista ja raskaista päivistä ja joku olisi halunnut hoitaa valmennuksen etänä.</p> <p>Yksi yhden päivän tilaisuus (TP3) jouduttiin koronan vuoksi pitämään etänä ja se koettiin raskaana. Valmentajat kokivat vaikeana etävalmennuksen.</p> <p>Kolmas työpaja pidettiin yksipäiväisenä ja siitä tuli paljon palautetta raskaudesta ja kiireen tunnusta. Jos Hyvä vastaanotto -valmennuksia jatketaan, kannattaa ehkä harkita kolmannenkin työpajan pitämistä 2-päiväisenä.</p>

Mitä muutoksia tehtiin tai kannattaisi harkita palautteen perusteella:

- Tarkempi ennakkoinfo siitä, mitä aiotaan mitata ja miksi ja miten mittausdataa on tarkoitus hyödyntää.
- Mahdollisesti valmiita mittauspohjia ja saatekirjeitä (Pirkanmaalla kokeiltu, kannattaa kysyä, miten toimivat).
- Parempi ennakkotieto tulevasta työpajasta ja sen työskentelystä, mitä on tarkoitus saada aikaan ja miten tiimit voivat valmistautua.
- Ajallisesti tiukaksi koetun 3-työpajan ohjeistusta muutettiin niin, että ohjattiin selkeämmin ryhmää jakautumaan ja annettiin myös tarkat aikaraamit, missä piti saada mitään tuotoksia aikaan.
- Vakavasti harkintaan: Kolmas työpaja 2-päiväiseksi.
- Valmentajan roolin kirkastaminen ja esillä pitäminen. Eri tiimeillä on erilaiset tarpeet, myös tiimien sisällä eri ihmisillä. Valmentajan kannattaa myös keskustella tästä omien tiimiensä kanssa toistuvasti.
- Tiimien työskentelyn tehostaminen (osalla olisi ollut hyvin tarpeellinen, ei ehkä kaikilla). Nyt kokeiltiin STAR työkalua, mutta sen tehokkaampi käyttö olisi vaatinut enemmän aikaa purkuun. Muutaman ryhmän kanssa otettiin käyttöön tiimissä roolit: Opas, Toimittaja ja Helikopteri, ja keskusteltiin päivien päätteeksi tiimin työskentelystä. Tämä teema voisi olla mukana jo ensimmäisestä työpajasta alkaen. Esim. tiimin pelisäännöt tms.
- ”Ristiinpölytystä” pitkin matkaa lisää.

### Liite 3. PDSA-logiikka käytännössä

#### **PDSA-pohjaisessa kehittämisessä oleellista on systemaattinen eteneminen pienin askelin, kokeilujen kautta ja jatkuvasti mitaten.**

Sen sijaan, että yritetään tehdä kehittämisryhmässä valmista ja sitten niin sanotusti jalkauttaa uudet toimintatavat, PDSA-kehittämisessä koko työyhteisö otetaan mukaan jo mittaus- ja ideointivaiheessa. Parhaat onnistumisen edellytykset ovat silloin, kun kaikki ovat kokeilujen takana tai ainakin tietoisia ja kiinnostuneita niiden tuloksista. Kokeiluja voidaan tehdä pienesti ja arvioinnin perusteella muokata toimintatapoja useamman PDSA-kierroksen ajan ennen kuin voidaan todeta, että nyt käsillä on riittävän hyvä uusi tapa toimia, joka voidaan vakiinnuttaa.

Isot, mullistavatkin toiminnan muutokset suositellaan toteuttamaan kokeilujen kautta niin, että ne toteutuvat paitsi teoriassa myös käytännössä ja istutetaan kulloiseenkin toimintaympäristöön.

PDSA-kehittäminen voi kuulostaa helpolta, mutta seuraavien askelten systemaattinen ja kurinalainen toteuttaminen vaatii suurimmalta osalta kurinalaisuutta ja vanhasta luopumista.

#### **P = Plan = Suunnittele**

- Suunnitelma perustuu faktoihin (mittaukset ym).
- Kokeilun kohteeksi valittu muutos on priorisoinnissa arvioitu sekä vaikuttavaksi että mahdolliseksi toteuttaa sovitussa raameissa.
- Suunnitelma on mahdollisimman konkreettinen (vastuut, aikataulut jne).

#### **D = Do = Kokeile**

- Toteuta kokeilu mahdollisuuksien mukaan rajattuna.
- Kerää kokeilun aikana arviointia tukevaa dataa.

#### **S = Study = Arvioi**

- Arvioi kokeiluun osallistuneiden henkilöiden kanssa, mikä toimi, mikä ei toiminut, mitä pitäisi muuttaa, jotta muutos olisi vaikuttavampi.
- Mittaa odotettuja vaikutuksia (T3 hyvä mittari, kun tavoitteena on saatavuuden paraneminen. Aina se ei kuitenkaan ainoana mittarina ole riittävä).

#### **A = Act = Vakiinnuta**

- Kun kokeiltu muutos todetaan toimivaksi ja sillä on mitattavia vaikutuksia esim. saatavuuteen, voidaan siirtyä vakiinnuttamaan uusi tapa toimia.
- Vakiinnutettu toimintatapa on uusi perusta ja pohja. Tarpeen mukaan sitä voidaan aina edelleen kehittää ja muuttaa.
- Vakiinnuttamisessa korostuu muutoksen johtaminen. Lähijohtajan rooli on keskeinen.
- Päivittäisjohtamisen taululla seurataan sitä, että todella tehdään kuten on sovittu eikä vahingossa ”valuta” vanhaan.

Yksikkö:                      Pv:                      Osallistujat:

<b>P</b> Kehittämistoimenpide (pienet parannukset)			
Tavoite (mitä vaikutuksia haluamme saada aikaan)			
<b>D</b> Toimintasuunnitelma (tarvittavat toimenpiteet)			
<b>Mitä</b>	<b>Kuka</b>	<b>Milloin</b>	<b>v</b>
<b>S</b> Arvionti ja mittaukset (miten toimenpide onnistui?)		<b>A</b> Yhteenveto (tarvittavat lisätoimenpiteet)	



**Sote-uudistus**  
Tulevaisuuden  
sosiaali- ja terveystyö



#### Liite 4. Kehittämistiimien konkreettiset muutuskokeilut saatavuuden parantamiseksi

Läpimurtovalmennuksessa kehittämistiimit kantavat vastuun oman muutosprosessin johtamisesta. Hyvä vastaanotto -valmennuksessa kaikki kehittämistiimit etenivät konkreettisiin muutuskokeiluihin. Kaikki tekivät muutoksia, ja suurin osa niistä on sen laatuista, että niillä voi ainakin pitkällä tähtäimellä ja osana isompaa kokonaisuutta odottaa olevan saatavuutta ja jatkuvuutta ja myös hoidon tai palvelun laatua parantavia vaikutuksia. Tässä liitteessä on esimerkkejä Hyvä vastaanotto -valmennuksessa tehdyistä PDSA-kokeiluista.

#### Vakiointi ja saatavuuden perusstrategiat

Lähes kaikkiin muutoksiin liittyi toiminnan vakiointia (standardointi). Käytännössä on sovittu yhdessä toimintamallit ja kuvattu ja ohjeistettu sovitut asiat. Vakiointi vähentää tarpeetonta vaihtelua ja sitä kautta parantaa laatua. Kun toimintamallit on kuvattu ja vakioitu, niitä voidaan myös helpommin kehittää, kun on yhtenäinen pohja. Vakioinnilla pyritään myös vähentämään systeemissä aina esiintyvää hukkaa (suomeksi: sähäys, päällekkäisyys ym).

Kun kehittämisen fokuksessa oli saatavuus, keskeistä oli suunnitella muutokset kysyntää ja kapasiteettia kuvaavien mittausten perusteella. Tiimejä ohjataan kartoittamaan parannuskeinoja **saatavuuden parantamisen perusstrategian** mukaisesti jokaisen neljän otsikon alle:

1. toimet, joilla vähennetään kysyntää
2. toimet, jotka lisäävät kapasiteettia (tässä ensi sijassa kiireettömään kysyntään vastaamiseen)
3. toimet, jotka vähentävät vaihtelua ja joilla vaihteluun voidaan varautua paremmin
4. jonon tai ”repu” purkaminen.

Kehittämisen kohteeksi valittiin alkuun ne ideat, joiden toteuttaminen arvioitiin priorisointimallin mukaisesti sekä vaikuttaviksi että helpoiksi toteuttaa (käytännössä toteutus yksikön omissa käsissä eikä vaatinut merkittäviä lisäresursseja tai ylemmän tason päätöksiä).

Tiimit tunnistivat myös sellaisia vaikuttavia toimia, joilla on hintalappu tai jotka vaativat organisaation (jatkossa hyvinvointialueen) yhteistä linjausta tai päätöksentekoa. Näitäkin on kuvattu raporteissa. Suuri osa liittyy henkilöresursointiin ja digitalisaatioon.

**Seuraavissa taulukoissa tiimien loppuraporteista poimittuja muutoksia, joita on ainakin kokeiltu ja monin paikoin myös toteutettu.**

#### Kysynnän vähentämiseen tähtäviä muutoksia

Toimintamallin uudistaminen, asiakasprosessin kuvaus ja siihen liittyvät ohjeet (vakiointia!)
Ns. tiimimallin erilaiset versiot – keskeinen muutos on se, että asiakkaan asiaa aletaan hoitaa heti ensimmäisen yhteydenoton yhteydessä (sen sijaan, että vain annettaisiin aika / pyydetäisiin soittamaan uudelleen)
Konsultaatiokäytännöt, esim. konsulttilääkäri hoitajien tueksi em. toimintamallin toteuttamiseksi
Yhteydenottoja ohjataan puhelimesta digikanavaan (esim. sähköinen ajanvaraus, Klinik ja Omaolo) Digityön ohjeet huoneentaulu
OmaKantan hyödyntäminen esim. laboratoriotulosten kyselyjen sijasta
Vakioitu hoidon tarpeen arvioinnin malli ja yhtenäinen kirjaamiskäytäntö, nettipohjaiset apuvälineet kuten Pirkanmaan Hoituki, Hoidonperusteet.fi sivusto
Kutsu- ja jonotusjärjestelmät, ilmoittautumisautomaatit
Ammattilainen antaa itse jatkoajan (sen sijaan, että ohjataan soittamaan puhelinpalveluun)
Pitkäaikaissairauksien hoitomallit
Monipalveluasiakkaan tunnistaminen ja yhtenäinen toimintamalli
Hoitosuunnitelmat ajan tasalle
Marevan seurannan prosessi (lääkäri vain tarvittaessa)
Sovitut kontrolli- ja hoitovälit

Erilaiset järjestelyt, joilla asiakas tarvitessaan voi tavata useamman eri ammattilaisen samalla käynnillä (yhteisvastaanotto, ketjuvastaanotto, kerralla kuntoon malli suun th:ssa, ”reikä” kalenterissa jne.)

### **Kapasiteetin lisäämiseen tähtäviä muutoksia**

Yhdenmukaiset ajanvarauspohjat ja yhteiset pelisäännöt siitä, miten ja millä periaatteilla työkirjat tehdään (esim. paljonko eri vastaanottolajia pitää pohjasta löytyä ja mikä on vastaanoton pituus). Tämä perustuu kysynnän mittauksiin ja suunnitellaan niin, että aikoja löytyy kysyntää vastaavasti. (Johdetaan ja hienosäädetään päivä- ja viikkotasolla osana päivittäisjohtamisen rakennetta.)

Aikatyyppäjä vähennetty, lisää kokonaisuuden hallittavuutta.

Työpohjia on pyritty rakentamaan niin, että ammattilainen pystyy keskittymään kulloinkin määriteltyyn tehtävään ilman keskeytyksiä (tai ns. multi-taskausta) ja siirtymiset paikasta toiseen on minimoitu.

Puhelintyön suunnittelu vastaamaan ruuhka-aipeja ja ajan varaaminen myös digitaalista kanavaa myöten tuleviin yhteydenottoihin vastaamiseen. Koskee erityisesti hoitajia.

Päivystys-/kiireevastaanoton uudistaminen niin, että sieltä vapautuu resurssia kiireettömään hoitoon (käytännössä kiireevastaanotolle on aiemmin ohjautunut kiireetöntä kysyntää, kun aikoja ei ole ollut antaa), lisäksi hoitajat ottaneet enemmän vastuuta kiireellisen kysynnän etulinjassa (lääkärin konsultaatiotuella).

Erilaisia ratkaisuja paikan päälle kävelevän asiakaskunnan palveluun. Ns. luokkuja on vähennetty ja niiden aukioloa lyhennetty → vapautettu aikaa suunnitelmalliseen työhön ja puhelimeen. Toisaalta on myös pystytetty ajanvarauksettomia ns. walk in -palveluja (esim. hoitajan vastaanotto ”Neuvo”)

Työpohjat suunnitellaan niin, että kirjaaminen tapahtuu vastaanoton yhteydessä, eikä myöhemmin toimistoajalla

Lääkärien sektoritöiden organisointi ja osittainen keskittäminen kiinnostuksen mukaan (esim. neuvola, koulu, kotihoito, hoivakodit)

Etälääkärin työnkuvan määrittely ja ohjauksesta sopiminen

Kaikkien eri ammattilaisten osaamisen parempi hyödyntäminen, ml. erilaisia työnkuvien tarkistuksia ja määrittelyjä.

Esim. fysioterapeutti (suoravastaanotto, konsultaatio), HTA-hoitaja, MiePä ammattilaiset, terveysosasto, Lämä-hoitaja, Triage-hoitaja, farmaseutti, digihoitaja, diabetes- sydän,- astma-, elintapa- ym. hoitajat pitkäaikaissairauksien seurannassa. Team leader työnkuvan määrittely.

Jatkuvuuden varmistaminen (vähentää hukkatyötä, parantaa laatua ja vähentää sitä kautta myös kysyntää). Nimetty ammattilainen hoitaa asian loppuun. Oma tiimi. Omahoitaja. Vastuuhenkilö. Omalääkäri. Oma työpari (lääk+hoit). Sovittu, keille nimetään (kaikille vai vain niille, joilla kriteerit täytyvät) ja miten asiakasprosessi tämän myötä muuttuu (esim. yhteydenotto suoraan tutulle työntekijälle).

Joidenkin usein toistuvien, kiireettömien asioiden ”niputtaminen”, saadaan hoidettua enemmän potilaita samassa ajassa. Esim. luomi- tai pattipolit, ajoterveyspoli ym.

Pelisäännöt ja käytännöt, jotka varmistavat, että peruutetut ajat saadaan käyttöön (erityisesti suun th:ssa näitä on merkittävä määrä, koska jonot niin pitkät)

Koronaan liittyviä erillisjärjestelyjä (esim. näyteenotto, infektiopolit) voitu purkaa ja vapauttaa resurssia kiireettömään hoitoon.

### **Vaihtelun vähentäminen ja siihen varautuminen**

Sovitut pelisäännöt sairastumisten varalle, lomakäytännöt

Ohjeet koulutusten järjestämiseen (lyhyet Teamsin välityksellä, vähemmän matkustelu-aikaa)

Etätyön ohjeet

Jatkuva mittaaminen (jotta tiedetään, missä mennään ja voidaan reagoida)

Yhteiset palaverikäytännöt

Päivittäisjohtaminen (”pika-/pystypalaverit” joka päivä, kaikki eri ammattilaiset yhdessä)

Yhteinen sähköinen työtila (esim. Teams), sähköinen ilmoitustaulu

Tiimirakenne ja sijaisjärjestelyistä sopiminen tiimin sisällä
“Jokeri”hoitaja, varalääkäri ym. toimenkuvat, jotka lisäävät joustoa arkeen

### Repun (= jonojen) purku

Lisätyö (ilta- ja viikonloppuvastaanotot, purkutalkoot)
Ylimääräinen työvoima (kesäkandit, ostopalvelu, palveluseteli) Onnistumisia tässä nähtiin, mutta myös nopeasti uudelleen kertyvä jono, ellei toimintatapoja ole riittävästi kyetty muuttamaan
Pysyviä lisäresursseja (näitäkin on saatu useampaan yksikköön, ei selvää korrelaatiota tuloksiin toistaiseksi, mutta toki koettu hyvänä, että perusterveydenhuollon tiukka tilanne on huomattu ja huomioitu myös päättävissä elimissä)

### Muita muutoksia / kokeiluja

Koulutusta kehittämisen kohteena oleviin tehtäviin (esim. hoidon tarpeen arviointi, digi- ja etätyö, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat)
Perehdytys ohjeet ja käytännöt vakioitu
Asiakaspalautteen keruu
Potilaiden / asiakkaiden kohtaamiseen panostaminen (ystävällisyys) ja odotustilojen viihtyisyys
Työhyvinvointiin suunnatut interventiot (ml. tyhyn mittaaminen), kehittämispäivät, juhlat
Uusien toimintamallien edellyttämät tilaratkaisut (esim. tiimimalli, konsultaatiot, yhteisvastaanotot ym.)
Työhuoneiden standardisointi, yhdenmukainen varustelu ja sopimukset siitä, miten järjestystä ylläpidetään.
Viestintä (nettisivujen päivittäminen, Facebook- ja Instagram-tilit, juttuja toiminnan uudistuksista paikallislehtiin)
Pop-up tarkastusyksiköt suun terveydenhuollossa
Työyhteisön toiminnan vuosikello auttaa suunnittelussa ja ennakoinnissa
Rekrytointiin kohdenneet toimet (työvoimapulaa kaikkialla, varsinkin sijaisten osalta, mutta myös vakituisten tehtävien täyttö hidasta)

## Liite 5. Tiimimallit

Monessa vastaanottoyksikössä, jossa saatavuutta on onnistuttu parantamaan, sovelletaan tiimimallia. Myös monen valmennukseen osallistuneen tiimin organisaatiossa oli päätetty tiimimallin käyttöönotosta. Tässä liitteessä on lyhyesti koottu tiimimallien käytäntöjä (perustuu Hyvä vastaanotto -valmennusten yhteydessä to-teutettuihin ja työpajoissa kuultuihin käytännön esimerkkeihin).

Mallit eivät suinkaan ole identtisiä. Seuraavia ominaisuuksia näyttäisi kaikilla kuitenkin olevan:

- Asiakkaan asian ratkaisu alkaa ensimmäisessä kontaktissa (ja käytännössä se myös hyvin usein ratkaistaan kerralla).
- Puhelintyön luonne muuttuu pelkästä hoidon tarpeen arvioinnista ja ajanvarauksesta asian ratkaisemiseen tai edistämiseen. Puhelintyötä näkyy olevan näissä yksiköissä paljon, erityisesti hoitajilla, ja se on muuttunut ammatillisesti vaativammaksi.
- Eri ammattilaiset toimivat yhdessä, toisiaan konsultoiden. Esimerkiksi konsulttilääkärin rooli etulinjan hoitajien tukena mahdollistaa asioiden hoitamisen kerralla pidemmälle. Tiimeissä voi olla mukana myös fysioterapeutteja, mielenterveystyön ammattilaisia, sosiaaliohjaajia, farmaseutteja ja suun terveydenhuollon ammattilaisia (suuhygienisti).
- Tiimien yhteistyötä on edistetty muun muassa tilaratkaisuilla. Suurimmalla osalla on käytössä jonkinlainen päivittäisjohtamisen rakenne, joka mahdollistaa jatkuvan keskustelun ja nopean reagoinnin muuttuviin tilanteisiin.
- Vastaanottoaikoja “varjellaan” (koska niistä tuntuu aina olevan pulaa). Niitä tarjotaan tarpeen mukaisesti. Ennen vastaanottoa asiakkaan asiaa esivalmistellaan (laboratorio, kotimittaukset jne.) ja siten pyritään siihen, että asiakas saa avun kerralla myös vastaanotolla ja seuranta- ja kontrollikäyntien määrää voidaan vähentää tai harventaa.
- Vastuuhenkilön nimeäminen joko kaikille tai erikseen sovituin kriteerein niille, joiden erityisesti arvellaan hyötyvän jatkuvuudesta. Osalla vastuuhenkilö on lääkäri tai lääkäri-hoitajatyöpari, osalla hoitaja, joissain yksiköissä nimetään vastuutiimi.
- Digiratkaisujen ja etähoidon hyödyntäminen vaihtelee paljon eri toimijoiden välillä. Puhelin on edelleen keskeisin etäyhteyden väline. Pidemmälle kehittyneiden digipalvelujen ja videovälitteisten etävastaanottojen mahdollisuudet saattavat olla alihyödynnettyjä, vaikka julkisuudessa esitetystä kritiikistä voisi ehkä toisin päätellä.

Tiimimallit ovat vielä kehitysasteella ja sisäänajovaiheessa monessa paikassa. Käytännön arjessa joudutaan pohtimaan henkilöstön hyvinvointia (puhelintyö koetaan raskaaksi), jatkuvuuden varmistamista sekä asiakastyytyväisyyttä (osa asiakkaista haluaisi vanhaan malliin vain varata ajan lääkärille asioimatta hoitajan kanssa). Koska resurssit ovat rajalliset ja paikoin ollaan kipurajoilla jaksamisen suhteen, pitää myös koko ajan olla tarkkana siitä, että sovitut ratkaisut tuottavat asiakasarvoa. Uudet mallit voivat alkuun olla liiankin jäykkiä ja hukkaa ja päällekkäisyyttä löytyy edelleen paljon. Näyttäisi siltä, että vaikka digipalvelujen tulemisesta kovasti puhutaan, arjessa ne ovat edelleen alihyödynnettyjä.

## Liite 6. Suun terveydenhuollon saatavuus ja siihen liittyvät erityispiirteet – Hyvä vastaanotto -valmennuksessa opittua

Valmennuksessa oli mukana seitsemän suun terveydenhuollon tiimiä, joista kaksi yhdestä kaupungista (Vantaa). Lisäksi joissain tiimeissä oli 1–2 suun terveydenhuollon ammattilaista, jotka yhdessä veivät muutoksia eteenpäin omissa organisaatioissaan. Samalla vahvistui suun terveydenhuollon ja muun perusterveydenhuollon välinen yhteistyö.

Lain mukaan suun terveydenhuollossa kiirettömään hoitoon (käytännössä tarkastukseen) pitää päästä kuuden kuukauden sisällä. Kiireellinen ja puolikiireellinen hoito pitää toteuttaa potilaan kannalta kohtuullisessa ajassa. Uusi laki kiristää myös suun terveydenhuollon hoitotakuun aikarajoja. Kiirettömään hoitoon pitää päästä kolmen kuukauden sisällä.

Suun terveydenhuollossa kertyy jonoja, jos aikoja ei ole annettavissa. Jonoja on sitten purettu aika ajoin joko itse tai ostamalla. Pienemmillä paikkakunnilla ei tosin ole juurikaan yksityistä tarjontaa ja ostaminen ulkoa on vaikeaa.

### Saatavuuden mittaaminen suun terveydenhuollossa

T3 soveltuu mittariksi myös suun terveydenhuollossa. Moni mittaa erikseen uusille asiakkaille tarjottavien tarkastusaikojen T3:n ja jatkohoitoaikojen T3:n. Paitsi aikojen saatavuus myös hoitojakson pituus sekä hoitojaksojen ja käyntien määrä ovat keskeisiä huomioitavia asioita.

Avohilmon kautta seurataan nykyään myös suun terveydenhuollon hoidon saatavuuden toteutumista. Siihen liittyy samoja haasteita tiedon luotettavuudesta kuin terveystieteiden vastaanotoilla. Kirjaamista ja tietojärjestelmiä kehitetään koko ajan, jotta uuden lain tultua voimaan Avohilmon tietoja voidaan yhä paremmin hyödyntää.

### Suun terveydenhuollon asiakasprosessit

Suun terveydenhuollon toimintaa pitää katsoa kokonaisuutena ja arvioida, miten resurssit saadaan parhaiten kohdennettua asiakastarpeen ja -kysynnän pohjalta. Eri ammattilaisten välinen työnjako ja yhteistyö on keskeinen sovittava asia (erityisesti hammashoitaja, suuhygienisti ja hammaslääkäri).

**Hammaspäivystys** hoitaa kiireelliset asiat yleensä nopeasti ja tehokkaasti, keskeistä on pohtia niiden pakolliset ja kiireelliset jatkokäynnit (esim. juurihoito).

Lohkeamat ja muu niin sanottu **puolikiireellinen kysyntä** on monin paikoin toteutettu osana suun terveydenhuollon päivystystä. Erillinen puolikiireellinen toiminto on vaikea saada toimimaan tehokkaasti, ja asiakkaan kannalta lohkeamakin voi tuntua kiireelliseltä (tarve saada apua noin viikon sisällä).

Kiireellisessä ja puolikiireellisessä hoidossa oleellista on saada hoidettua mahdollisimman moni potilas **kerralla kuntoon** ja minimoida jatkohoidon tarve. Kerralla kuntoon -ratkaisuja on käytetty myös muiden asiakasryhmien hoidon toteutukseen.

**Lasten tarkastuksista** säädellään asetuksessa. Niihin käytetään merkittävästi suun terveydenhuollon ammattilaisten aikaa, ja on oleellista tarkastella näiden toimintamallien ja prosessien tehokkuutta. Myös asiakkaan ja hänen vanhempiansa aika on tärkeä huomioida.

**Aikuisten kiireetön hoito** alkaa joko oireista (voi tulla päivystyksen kautta) tai kyse voi olla oireettoman ihmisen sovitusta määräaikaistarkastuksesta. Tarkastusväli sovitaan yksilöllisen riskin mukaan. Jos tarkastuksessa ei saada kerralla vastattua kaikkeen todettuun hoidon tarpeeseen, on oleellista voida tarjota potilaalle jatkoaika samalla kertaa mahdollisimman nopeasti ja hoitaa senkertainen hoidon tarve ilman viiveitä (eli lyhentää niin sanottua läpimenoaikaa).

**Ennaltaehkäisy ja omahoito** on keskeistä myös aikuisille. Tässäkin voidaan sopia yhteisistä pelisäännöistä, ohjeistuksista ja työnjaosta. Omahoitoa on viisasta markkinoida myös väestötason terveyden edistämisen toimien yhteydessä.

**Ikäihmisillä suun terveys** on keskeinen osa kokonaisterveyttä. Siitä huolehtimiseen yhteistyössä vanhustenhuollon toimijoiden kanssa löytyy hyviä malleja. Valitettavan usein asia jää kuitenkin huomioimatta, ellei asiakas tai omainen itse ole sen suhteen aktiivinen.

## Liite 7. Hyvät esimerkit

Työpajoissa kuultiin **onnistumistarinoita** eri puolilta Suomea. Tarinoissa kerrottiin, miten on lyhennetty odotusaikoja ja millaisia toiminnallisia muutoksia tämä on edellyttänyt. Tarinoissa oli eroja, sillä ei ole olemassa yhtä toimintamallia, joka soveltuisi kaikille. Voimme silti oppia toisiltamme ja saada ideoita siitä, mitä toimii ja mikä ei toimi. Edelläkävijät antavat myös toivoa ja uskoa siihen, että nykyisilläkin rajallisilla resursseilla voidaan eri tavoin toimimalla saada erilaisia tuloksia.

Näiden ulkopuolisten esitysten lisäksi tiimit toki saivat ideoita toisiltaan, ja kokemuksia jaettiin joka työpajassa. Muutama valmennukseen osallistunut tiimi kävi kertomassa omasta työstään myös muille valmennusryhmille (Vuosaari ja Valkeakoski). Näiden tiimien toimintamalleista ja ratkaisuksista voi lukea valmennuksen loppuraporteista.

Muutama valmennuksessa esitelty hyvä esimerkki, kirjoittajan tiivistelmä siitä sekä linkkejä tarkempiin kuvauksiin.

Hyvä esimerkki	Keskeinen viesti	Tutustu lisää
Iisalmen terveyskeskus (Enska-toimintamalli)	Etulinjan palvelu, missä hoidetaan ilman ajanvarausta kaikki ne asiat, joita pystyy kerralla hoitamaan ja ohjelmoidaan muille jatkot. Toiminut vuosia ja kehittynyt ajan myötä. Koronan myötä mukaan ajanvaraus ja puhelin. Mallin avulla pystytty vastaamaan kysyntään nopeasti ja ilman merkittäviä jonoja. Etulinjassa tärkeä olla kokemusta.	
Keravan suun terveydenhuolto	Keravan suun terveydenhuolto oli mukana Hyvä vastaanotto -valmennuksessa jo v. 2011 ja jatkanut oman toiminnan kehittämistä siitä lähtien. Saatavuus edelleen suun terveydenhuollon yksiköksi erinomainen, vaikka korona, Apotti ovat sitä haastaneet ja palvelusetelien käyttöä kysynnän tasaajana on rajoitettu.	<a href="#">Krista Brander-Aallon diat</a>
Harjun terveys (Päijät-Sotesta)	Päijät-Soten ja Mehiläisen yhteisyrityksen sopimuksessa on tiukat tavoitteet liittyen palvelujen saatavuuteen ja ns. Tiimimallin toteuttamiseen. Asiakkaille nimetään vastuutyöntekijä ja puhelinjärjestelmä mahdollistaa puhelujen ohjautumisen jatkossa ko. henkilölle. Saavuttanut nopealla aikataululla (alle vuodessa) merkittävät tulokset. Niiden pysyminen näyttää vaativan vielä vahvaa lähijohtamista tiimitasolla. Taustalla Mehiläisen iso koneisto ja digipalvelut tasaavat painetta.	<a href="#">Mehiläisen tiimimalli diat</a>
Kolarin terveyskeskus	Pieni Lapin terveyskeskus (pitkät etäisyydet, tuttuus) mietti toiminnan logiikan kokonaan uusiksi. Asiat hoidetaan ensikontaktissa, jonoja ei kerätä. Moni asia hoituu puhelimesta, vastaanotto vain niille, jotka siitä hyötyvät. Pienessä yksikössä jonot purkautuivat yllättävän nopeasti niin, että ammattilaiset soittivat joka päivä seuraavan päivän potilaille	<a href="#">Ulla Ylläsjärven diat</a>

	ja jos asia hoitui puhelimesta, vastaanottoaika vapautui ja annettiin seuraavalle tarvitsevalle.	
Siun soten terveysasemat	Pohjois-Karjalassa tiimimallia on rakennettu terveysasema kerrallaan. Tuloksia on saatu mutta uudet toimintatavat ovat myös herättäneet voimakasta vastustusta. Leimallista alueelle on lukuisat pienet kunnat ja niiden "omat" terveysasemat, joiden pyörittämistä haastaa vaikea henkilöstöpula ja väestön ikärakenne.	<a href="#">Suomen lääkärilehti</a> <a href="#">18.11.2022 Jokelin &amp; al</a>
Sotkamo / Kainuun sote	Sotkamossa jonot saatiin purettua ja toiminta sujumaan uudella konseptilla (sikäläinen tiimimalli), mutta sen levittäminen Kainuun muille alueille on osoittautunut vaikeaksi. Myös Kainuussa väestö ikääntyy nopeasti, terveysongelmia on paljon. Samalla henkilöstövaje on suuri. Henkilöstövajetta syvensi osaltaan Oulun yliopiston linjaus siitä, että ko. toimintamalin vuoksi Kainuulle ei enää myönnetty lääkäreiden koulutusoikeuksia.	<a href="#">Tuula Sassin diat</a>