

## Hyvä vastaanotto terveyskeskuksissa – kokemuksia ja tuloksia

Tässä artikkelissa kuvataan Hyvä vastaanotto -työskentelyä sekä niitä tuloksia, joita kymmenillä terveysasemilla eri puolilla Suomea on saatu aikaan erityisesti saatavuuden näkökulmasta.

### Mikä on Hyvä vastaanotto?

Nimi *Hyvä vastaanotto* on suora käännös ruotsalaisten käyttämästä nimestä ”*Bra mottagning*”. Hyvä vastaanotto ei ole itsessään ratkaisu vaan tapa selvittää terveysaseman (tai muun toiminnon) tilanne ja selvityksen pohjalta rakentaa asiakkaiden tarpeisiin paremmin vastaava toimintamalli. Käytännössä kyse on systemaattisesta työskentelystä, jossa sovelletaan tuotantotalouden jonoteorioita ja Lean-opeja. Työote on alun perin kehitetty USA:ssa (4) ja tuotu sieltä Eurooppaan (5,6,7). Perimmäisenä tavoitteena on parantaa työyhteisön kykyä organisoida omaa arkeaan ja kehittää sitä jatkuvasti. Toiminta suunnitellaan asiakkaiden (potilaiden) kysynnän pohjalta, joskin julkisella sektorilla joudutaan myös miettimään kysynnän ohjauksen keinoja (esim. eri ammattilaisten välinen työnjako, hoitosuunnitelmat, seurantalit ym.), koska tavoitteena ei ole lisätä kysyntää, vaan hallita sitä.

### Taustaa

Yksi viime vuosien eniten julkisuutta saaneista suomalaisen terveydenhuollon ongelmista on vaikeus päästä terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolle. Ilmiö on kovin suomalainen ja herättää kummas-

tusta ulkomailla. Onhan yksi perusterveydenhuollon peruspilareista matala kynnys ja helppo saavutettavuus ja saatavuus, ja samaan aikaan lääkärin määrä väestöön nähden on kasvanut.

Yhdeksänkymmentäluvulla omalääkärijärjestelmän myötä terveyskeskusten toiminta oli jonkin aikaa hyvässä nousussa, hoidon jatkuvuus ja saatavuus paraniivat, lääkärit ottivat enemmän vastuuta väestöstään ja olivat tyytyväisiä parempaan palkkatasoon sekä vapauteen suunnitella oma työnsä oman väestön tarpeista lähtien. Kaksituhattaluvulla ongelmat kuitenkin lisääntyivät. Omalääkärijärjestelmässä ei osattu ennakoida lääkärin vajetta ja vaihtuvuutta, työkuorma jakautui epätasaisesti ja varsinkin nuorilla lääkäreillä oli vaikeuksia hallita työaikaansa.

Hoitotakuusta säädettiin lailla vuonna 2005 ja lain vaikutukset paransivat erityisesti operatiivisten erikoisalojen hoitoon pääsyä. Määräajat kiireettömään hoitoon pääsyyn (3kk ja 6kk) ovat terveyskeskuksia ajatellen aivan liian pitkät. Säädos hoidon tarpeen arvioinnista kolmen päivän sisällä johti hoitajatyön kohdentamiseen puhelinpalveluun, mutta hoitoon pääsy se ei parantanut (1).

Keskustelu lääkärin ja muiden ammattilaisten välisestä työnjaosta laajeni

2000-luvulla ja johti käytännössä hoitajataustaisten ammattilaisten itsenäisen työn lisääntymiseen ja samalla niin sanottujen helppojen potilaiden vähenemiseen lääkärinvastaanotolla. Toinen ratkaisuyritys on ollut vuokralääkäriyritysten käyttö sekä virka-aikaisessa että virka-ajan ulkopuolisessa työssä. Yhä harvemmassa terveyskeskuksessa on enää päivystysveloitetta, koska päivystys on ulkoistettu. Syystä tai toisesta tämä kehitys ei kuitenkaan ole laajemmin helpottanut sen enempää terveyskeskuslääkäreille pääsyä kuin lääkärivajettakaan.

**Kaste** on kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma, jonka yhtenä painopisteenä on ollut perusterveydenhuollon vahvistaminen. Hyvä vastaanotto käynnistettiin Kaste-hankkeena keväällä 2010 ja se jatkoi vuoden 2014 alusta lähtien **Hyvä Potku** -nimellä. Kesään 2014 mennessä työskentelyssä on ollut mukana yli 130 suomalaista terveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen yksikköä pääkaupunkiseudulta Rovaniemelle. Osallistujista noin 90 on ollut terveysasemia. Tässä artikkelissa keskitytään arvioimaan, mitä Hyvä vastaanotto on tarkoittanut terveysasemilla, mikä edistää ja mikä estää myönteistä kehitystä sekä miten saavutetut tulokset olisi mahdollista säilyttää.

## Hyvä vastaanotto -työskentelyn kulku

Hyvä vastaanotto on valmennusohjelma, joka rakentuu niin sanotun läpimurtotyöskentelyn pohjalle (2,3). Kukin terveysasema valitsee keskuudestaan pienen moniammatillisen tiimin, joka osallistuu lähipäiviin (yhteensä 7 päivää n. 9kk:n aikana) ja johtaa kehittämistyötä omissa työyhteisössään. Kehittämissä tulee olla kaikkien niiden ammattiryhmien edustus, jotka osallistuvat vastaanoton toimintaan. (Lähi-)esimiehen on hyvä

Taulukko 1. Tavallisimpia muutoksia terveysasemien arjessa liittyen saatavuuden parantamiseen Hyvä vastaanotto -työskentelyn aikana.

- Ajanvarauspohjien yhdenmukaistaminen
- Sovitut tavat varmistaa tarjonnan riittävyys oletettuun kysyntään nähden
- Yhteiset ohjeet ja pelisäännöt hoidon tarpeen arviointiin
- Eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta sopiminen
- Pitkäaikaissairauksien hoitopoluista sopiminen
- Tutkimustulosten antamisen pelisäännöt
- Mittaaminen ja tulosten visualisointi yhdessä sovitulla tavalla (tavallisimmat mittarit: saatavuus = T3, asiakastytyväisyys, henkilökunnan työtyytyväisyys)
- Kokouskäytännöt

Taulukko 2. Osallistuneiden terveysasemien tilanne syksyllä 2014. Vastaus saatiin yhteensä 90 terveysasemalta (97:stä).

- Mittaateko säännöllisesti T3?
• kyllä: 87 terveysasemaa
• ei: 3 terveysasemaa
- Kuinka usein mittaus suoritetaan?
• kerran viikossa 33 terveysasemaa
• kerran kk:ssa tai harvemmin 54 terveysasemaa
- Mitä on viimeisin T3-taso (vastaukset elo-lokakuulta 2014)?
• 14 vrk tai alle: 24 terveysasemaa
• 15–30 vrk: 46 terveysasemaa
• 31 vrk tai yli: 17 terveysasemaa

olla mukana ja ylemmän johdon hyvin tietoinen siitä, mitä on tekeillä.

Alussa tehdään mittaus, jossa selvitetään kysynnän ja tarjonnan määrät sekä se, kuinka hyvin ne arjessa kohtaavat. Lisäksi jokainen tiimi mittaa saatavuutta samalla mittarilla (kolmas varattavissa oleva kiiretön aika = T3) ja asettaa itselleen tavoitteen sen lyhentämisestä. Mittaukset auttavat näkemään omaa arkea aiempaa analyttisemmin ja lisäksi ne toimivat pohjana uuden toimintamallin suunnittelussa.

Mittaukset ja toiminnan muutokset

tehdään normaalissa arjessa, pääsääntöisesti normaalien rakenteiden puitteissa (työpaikkakokoukset, kehittämispäivät, koulutustilaisuudet jne.). Kukin tiimi omistaa itse omat mittaustuloksensa. Työskentelyn loppuksi kaikki laativat posterin ja raportin, jotka muutamaa lukuun ottamatta on tiimien luvalla julkaistu hankkeen nettisivuilla (viite). Läpimurtotyöskentelyssä on samaan aikaan ollut mukana 8–10 tiimiä ja lisäksi aiemmin mukana olleet ovat käyneet kertomassa omista kokemuksistaan. Keskeinen oppi tulee siis vertaisilta. Valmen-

Taulukko 3. Vuonna 2010 aloittaneiden terveysasemien T3-pitkittäisseuranta. Alkutilanteessa suurimmalla osalla terveysasemia ei ollut aikoja tarjolla 6 viikon seurantajakson aikana (T3 ei ollut mitattavissa). Joko ajat olivat täynnä tai ajanvarauskirjoja ei ollut tehty. Puhelimeen vastaavan henkilön näkökulmasta tilanne on joka tapauksessa sama. Seuranta tehtiin 1-3 vuotta valmennuksen loppumisen jälkeen ja kaikki ne, joilta tiedot saatiin, pysyivät mittaamaan T3:n. Kahdeksalla terveysasemalla odotusaika oli alle kolmen viikon.

Terv. asema	Lähtötilanne	9–10kk:n kuluttua	tilanne 1–3 vuoden kuluttua
1	ei mitattavissa	3	ei tietoa
2	ei mitattavissa	ei mitattavissa	17
3	ei mitattavissa	ei mitattavissa	28
4	27	3	7
5	ei mitattavissa	5	7
6	ei mitattavissa	17	7
7	17	ei mitattavissa	ei tietoa
8	ei mitattavissa	ei mitattavissa	ei tietoa
9	ei mitattavissa	ei mitattavissa	17
10	ei mitattavissa	29	38
11	ei mitattavissa	ei mitattavissa	26
12	20	11	28
13	23	8	19
14	32	36	20
15	ei mitattavissa	ei mitattavissa	17
16	ei mitattavissa	ei mitattavissa	43
17	ei mitattavissa	ei mitattavissa	33
18	ei mitattavissa	23	ei tietoa
19	ei mitattavissa	ei mitattavissa	34

tajien rooli on ylläpitää rakennetta sekä tukea menetelmien käyttöä ja oppimista.

## Osallistujat

Vuosina 2010–2013 valmennuksiin osallistui yhteensä 129 terveydenhuollon työyhteisöä, joista 87 terveysasemia 34 eri kunnasta. Valmennusten lähipäivissä on ollut mukana yli 1000 terveydenhuollon ammattilaista. Osallistuneet terveysasemat kattavat (vuoden 2014 alkuun mennessä) jo noin 1,5 miljoonan väestöpohjan.

Hanke alkoi Etelä-Suomen alueella, mutta levisi nopeasti myös muualle Suomeen. Työskentely on kuntien sisällä levinnyt myös niille terveysasemille, jotka eivät ole osallistuneet valmennuksiin.

Pääsääntöisesti osallistuminen on lähtenyt työyhteisön omasta mielenkiinnosta. Joissakin isoissa kaupungeissa/organisaatioissa päätettiin johdon tasolla, että kaikki terveysasemat osallistuvat työskentelyyn. Osalle on jopa järjestetty niin sanottuja kertauskursseja tulosten antaessa odottaa itseään.

Odotusajat olivat lähtötilanteessa pitkät (usein mittaamattomissa) lähes kaikilla osallistuvilla terveysasemilla ja kaikkialla koettiin kiirettä, riittämättömyyttä ja stressiä. Hyvinkin resursoidulla terveysasemilla jonot saattoivat olla viikkoja tai jopa kuukausia.

## Mitä tekemällä saatavuutta on voitu parantaa

Eri terveysasemat lähtivät työskentelyyn hyvin erilaisista tilanteista ja siten myös muutokset, joita ne ovat tehneet, vaihtelevat. Joskus pitää aloittaa perusasioista, kuten esimerkiksi kokouskäytännöt ja tärkeimmät pelisäännöt. Osalla terveysasemista oli pitkät perinteet esimerkiksi Rohto-työskentelystä ja kirjallisia pelisääntöjä eri potilasryhmien hoitoon, jolloin voidaan suoraan miettiä, miten niiden noudattamista voidaan edistää.

Taulukossa 1 on listattu tavallisimpia muutoksia, mitä terveysasemilla on tehty. Lähes kaikki joutuivat uusimaan

ajanvarauspohjansa ja sopimaan niihin selkeät yhteiset pelisäännöt. Muut muutokset riippuivat itse kunkin tilanteesta. Muutoksia tehtäessä hyödynnetään jatkuvan parantamisen menetelmiä (esim. kalanruoto, 5x miksi, PDSA, mittaaminen, dokumentointi, visualisointi).

## Tulokset

Tämän artikkelin kirjoittajat (*Heinänen, Kortte*) kartoittivat syksyn 2014 aikana mukana olleiden kuntien tilannetta. T3-mittaaminen on tullut rutiiniksi useimmilla ja monet käyttävät mittaustuloksia myös toiminnan ohjauksessa ja raportoivat niitä internetissä osana hoitotakuuseen liittyvää raporttia. Vain yhdellä terveysasemalla ei ollut lääkäriainekoita lainkaan tarjolla (T3 mittaamaton), muilla oli tieto odotusajasta. Tiedot saatiin yhteensä 89 terveysasemalta, joista 42:lla odotusaika oli kolme viikkoa tai lyhyempi. Yli kuukauden odotusaikoja mitattiin kyselyn aikana 18 terveysasemalla (taulukko 2).

Vuonna 2010 aloittaneiden terveysasemien saatavuuden kehittymisestä sekä tulosten pysyvyydestä on saatu seuranta-tietoa jo muutamalta vuodelta ja ne on julkaistu II-hankkeen loppuraportissa (9) (taulukko 3).

Hyvä vastaanotto -hanketta arvioitiin sen ensi vaiheessa menetelmän implementoinnin näkökulmasta. ”Hankkeen tuloksina on dokumentoidusti todettu varhaisia onnistumisia, ja kolmannen vapaan vastaanottoajan löytyminen parhaissa tapauksissa 1–7 vuorokauden sisällä. Seurannaisvaikutuksina on raportoitu puhelinpalvelujen parantuminen, työn tasapainottuminen sekä parantunut työilmapiiri ja -viihtyvyys. Hyviin tuloksiin ovat myötävaikuttaneet Hyvä vastaanotto -toimintakonsepti ja sen hyväksyttävävyys, järjestelmällisen kehittämistyön toteutus, säännölliset tavoitteiden saavuttamista osoittavat mitaukset, vahva hankeorganisaatio ja innostuneet paikalliset kehittämisryhmät. Edistymistä haittaavia tekijöitä ovat henkilökunnan vajoisuus ja suuri vaihtuvuus

sekä organisaation johdon puute.” (ote loppuraportin tiivistelmästä, *Mats Brommels ja Santeri Huvinen*, 2012)

Yksi tärkeä, mutta vaikeammin mitattava tavoite oli lisätä systemaattisen kehittämistyön osaamista. Tiimien itsearvion perusteella osaaminen kehittyi valmennuksen aikana, mutta siitä ei ole tietoa, kuinka hyvin osaamista on käytetty arjen keskellä valmennusjakson jälkeen. Suomen Lean-yhdistyksen ryhmä arvioi kolmen eri yksikön tilannetta vuonna 2013 ja antoi arvionsa ja kehittämisehdotuksia niille suoraan. Yhteenveto suosituksista taulukossa 4.

Hyvä vastaanotto -työskentelyssä käytettyjen menetelmien osaamista karttui kansallisesti paitsi hankkeessa mukana olleille myös niille kentän toimijoille, jotka ovat kertoneet omista kokemuksistaan toisille ja osallistuneet toisten tiimien valmennuksiin. Työskentelyssä käytetyt materiaalit on paitsi käännetty suomeksi, myös muokattu tarvittavin osin suomalaisen todellisuuteen sopiviksi. Excel-pohjaiset mittaus- ja suunnittelu-pohjat on muokattu web-pohjiksi ja ajantasaistettu yhdessä ruotsalaisten kanssa. Niistä on samalla tehty kieliversiot (suomi, ruotsi, englanti).

## Yhteiskunnalliset vaikutukset

Hyvä vastaanotto on vaikuttanut julkiseen keskusteluun terveyskeskusten tilanteesta ja jonoista tuomalla esiin myös onnistumisia (useissa paikallislehdissä sekä ammattilaisten koulutustilaisuuksissa). Terveyskeskuksissa on koettu, että niillä on mahdollisuus vaikuttaa omaan tilanteeseensa ja nostaa sen myötä profiliaan. Yhteinen mittari kiireettömän ajan saatavuuteen (T3) on otettu käyttöön lähes kaikissa osallistuneissa kunnissa ja sitä on ehdotettu valtakunnalliseksi mittariksi nykyisten kyselypohjaisten seuranta-tietojen sijasta/rinnalle. Hyvä vastaanotto on myös käytännön esimerkki Lean-oppien soveltamisesta perusterveydenhuollossa. Lean-opit ovat samaan aikaan jalkautumassa myös suomalaisen erikoissairaanhoidon (10).

Hyvä vastaanotto -hankkeen kokemukset on otettu huomioon hoitotakuuta koskevien säädösten uudistamisen yhteydessä (1). Kysyntä Hyvä vastaanotto (nykyään Hyvä Potku -hanke) -valmennuksiin on viidentenä toimintavuonna edelleen vilkasta ilman aktiivista markkinointia.

### Pohdintaa

Hyvä vastaanotto -työskentelyssä käytetyt menetelmät toimivat odotetulla tavalla ja ovat kohtalaisen pienellä vaivalla moniammatillisten tiimien opittavissa. Mahdollisuus irrottaa aikaa oman työn tutkimiseen ja kehittämiseen on koettu palkitsevaksi. Käytetyt menetelmät eivät radikaalisti poikkea totutuista työtavoista, mutta joitakin eroja ”perinteiseen” toiminnan kehittämiseen on hankkeen aikana tunnistettu:

- fokus asiakkaassa (potilaassa) ja hänen tarpeissaan
- mitattavien tavoitteiden asettaminen ja muutosten perustaminen faktoihin
- tunnistetaan kokonaisuus, siihen liittyvät eri ongelmat ja niiden mahdolliset kytkökset toisiinsa
- ongelman huolellinen analysointi ennen ”ryntäämistä” ratkaisuihin
- systemaattisuus, kehittämistyökalujen käyttö
- voim dokumentointi sekä työyhteisön sisällä että ulospäin, myös asiakkaalle
- kokeillaan ratkaisuja matalalla kynnyksellä: pienet muutokset, testit (PDSA), joiden vaikutuksia arvioidaan ennen kuin päätetään niiden laajemmas-ta käytöstä
- moniammatillinen työskentely ja tiimityön laatuun panostaminen
- koko työyhteisön osallistuminen.

Hyvä vastaanotto -hankkeessa keskitytään saatavuuden parantamiseen ja yhteistä mittaria (T3) käytetään samalla tavalla kaikissa osallistuvissa organisaatioissa. Näin pystytään nopeasti osoittamaan mitattavia tuloksia ja myös vertailemaan tuloksia eri organisaatioiden

välillä. Mittaria käytetään myös muissa maissa ja se soveltuisi jatkossa valtakunnalliseen seurantaan. Mittaaminen vie käsipelilläkin vain 5–10 minuuttia/kerta ja joissakin tietojärjestelmissä sen keruu on jo onnistuttu automatisoimaan.

Kaikki eivät onnistuneet lyhentämään odotusaikoja kehittämistyön aikana. Joidenkin tulokset ovat lupaavan alun jälkeen heikentyneet. Joillakin terveysasemilla tuloksia on saatu viiveellä. Alustavien selvitysten mukaan onnistumista edesauttaa johdon tuki ja sitoutuminen (sekä lähijohto että kunnan strateginen johto), kohtalaisen stabiili henkilöstötilanne, toimiva (moniammatillinen) tiimityö ja sen oivaltaminen, että kehittämistyö on jatkuvaa toimintaa. Palkitsemisjärjestelmissä on myös huomioitava saatavuus. Niin kauan kuin pitkien odotusaikojen perusteella voi saada lisäresursseja yksikköön, ei ole realistista odottaa jonojen lyhenevän.

Hyvä vastaanotto -tuloksia ei voi seilittää resurssien lisäämisellä. Muutamat käyttivät ostopalveluita ”repu” (=jonon) purkuun, mutta näissä kunnissa oli ostopalveluja käytetty muutenkin. Muu-

tamat edelläkävijät ovat pystyneet laskelmin osoittamaan, että työtä paremmin organisoimalla on pystytty tuottamaan parempia palveluja edullisemmin yksikkökustannuksin kuin aiemmin (esim. työnjako, suorite- ja asiakasmäärien kasvu, ostopalvelujen väheneminen ym.). Tämä on linjassa Lean-oppien kanssa, missä eri aloilla on voitu osoittaa että Lean-menetelmien käyttö johtaa jopa kymmenien prosenttien tuottavuuden kasvuun (10). Vaikka tässä hankkeessa tarkoituksellisesti ei käytetty teollisuuden termejä, Hyvä vastaanoton teoreettinen ydin pohjautuu niin sanottuun *Little*n lakiin (jonossa olevien yksiköiden, käsittelyajan ja läpimenoajan välisestä suhteesta), ymmärrykseen kysynnän ja kapasiteetin muodostumisesta, vaihtelun vaikutuksesta toimintaan sekä työyhteisöjen oppimista tukevien kehittämismenetelmien käyttöön (9).

Niissä työyhteisöissä, joissa on onnistuttu parantamaan saatavuutta, ovat myös työtyytyväisyys ja työn hallinta parantuneet. Sen seurauksena on kohtuullista olettaa, että myös ammattilaisten rekrytointi näihin yksikköihin helpot-

Taulukko 4. Tiivistelmä Suomen Lean yhdistyksen arvioinnin tuloksista kolmeen työyhteisöön (terveysasema, hammashoitola ja kuntoutusyksikkö)

	Vahvuudet	Kehittämisehdotukset
<b>Johtaminen</b>	Kaikki ammattiryhmät yhdessä, yhteiset palaverit Delegointi, kaikki ei ole ”yhden kortin varassa”	Päivittäisjohtaminen yhteisesti kaikille ammattiryhmille Visuaalinen johtaminen (tulokset näkyviin) Varmista ylimmän johdon tuki
<b>Henkilöstö</b>	Yhteinen taukotila, hyvä yhteishenki, luottamus, avoimuus ja rehellisyys Potilaille kerrottu aktiivisesti muutoksista	Vältä siiloutumista toiminnallisesti ja ammattiryhmittäin Yhteiset tavoitteet Poikkiammatillinen kehittämissiimi, kehittämiskoulutusta kaikille
<b>Prosessit</b>	Opasteet, siisti varasto, monipuolinen omahoituhuone Toiminnan tasapainotus ajanva- rauskirjoilla	Enemmän faktoja toiminnan kehittämisen pohjaksi Jatkuva kehittäminen, ei pidä tyytyä kun yksi tavoite on saavutettu Materiaalivirtaukset, selkeämmät opasteet (infoähky) Avainpotilaiden virtaus
<b>Tulokset</b>	Siisti ja rauhallinen ympäristö, toiminnalliset tavoitteet (puhe- linvastaus%, sähköinen asiointi ja T3) saavutettu erinomaisesti	Mittarointi, visuaalisuus (tulosten esittely) Saavutettujen tulosten taloudellisten vaikutusten arviointi

tuu. Asiakastyytyväisyys korreloi myös positiivisesti odotusaikoihin ja työilma- piiriin.

Laadukas perusterveydenhuolto on muutakin kuin hyvä saatavuus. Käytännössä monilla terveysasemilla kehittämistyö oli lähes loppunut, koska pitkien odotusaikojen aiheuttama kiire on vienyt tilan, ajan ja innostuksen. Parempi työn hallinta ja lyhyemmät odotusajat ovat edellytys työn ja palvelujen edelleen kehittämiseksi. Osallistuvat terveysasemat tunnistivat omia kehittämiskohteita laajasti. Lämpimurtoyöskentelyn myötä heillä oli mahdollisuus saada ideoita myös toisiltaan ja jakaa kokemuksiaan. Kehittämiskohteiden lista on pitkä, mutta tässä joitakin usein toistuneita: pitkäaikaissairauksien hoito (Terveys- hyötymalli), sähköiset välineet ja niiden tehokas ja yhdenmukainen käyttö, ”avainasiakkaat” (ent. suurkuluttajat), eri ammattilaisten välisen työnjaon kehit-

täminen sekä niihin liittyvät joustavat konsultaatiomallit.

Hoidon jatkuvuus Suomen perusterveydenhuollossa on kärsinyt viime vuosina sekä henkilöstövajeen ja -vaihtuvuuden että omalääkärijärjestelmän purkautumisen vuoksi. Myös tiukka fokusointi odotusaikoihin ja hyvään saata- vuuteen voi johtaa toimintamalleihin, joissa hoidon jatkuvuus kärsii. Jatkuvuus on kuitenkin yksi tapa vähentää kysyntää ja sujuvoittaa työtä, puhumattakaan sen myönteisistä vaikutuksista hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Jatku- vuuden parantaminen onkin luonteva seuraava askel perusterveydenhuollon kehittämistyössä.

On selvä, että paikallisen kehittämi- sen ohella tarvitaan myös valtakunnalli- sia linjauksia, jos/kun halutaan pysyviä systeemitason tuloksia. Hyvä vastaanotto -työskentely lähti tietoisesti ruohonjuu- ritasolta, mutta pyrki samaan aikaan vai-

kuttamaan tuleviin linjauksiin ja lainsäädäntöön. Sote-järjestämislaki tavoittelee perusterveydenhuollon vahvistamista ja yhdenmukaisia käytäntöjä. Samassa yhteydessä Terveydenhuoltolakiin tullaan tekemään muutoksia, todennäköisesti myös niin sanotun hoitotakuun säädök- siin. Tässä kohtaa on luontevaa asettaa uusia tavoitteita myös perusterveyden- huollon toiminnalle.

**// Tuula Heinänen**

*kehittämisjohtaja  
Espoon sos. ja terv.toimi*

**// Henna Korte**

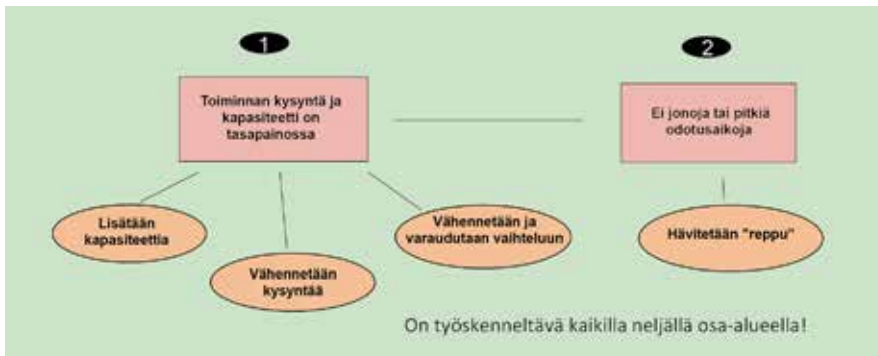
*suunnittelija, HUS*

**// Jussi Malinen**

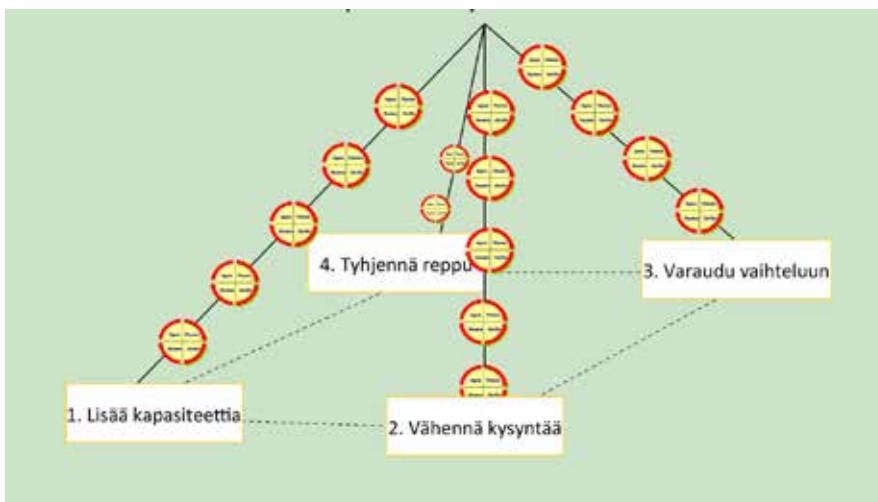
*projektipäällikkö  
Espoon sos. ja terv.toimi*

**Kirjallisuusviitteet**

- 1 Peltari Hanna, Kaila Minna: Kiireettömän hoi- toon pääsyn selvitys - nykytila ja toimenpide-ehdo- tuksia, Sosiaali- ja terveysministeriön raportti, 2014
- 2 Mäntyranta T, Heinänen T, Kaila M: Lämpimurto- mallilla terveyshyötyä tuottamaan. Suomen Lääkärehti, 2011
- 3 Institute for Healthcare Improvement (IHI). The Breakthrough Series: IHI's Collaborative, Model for Achieving Breakthrough Improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement, 2003.
- 4 Murray M, Berwick DM. Advanced Access: Redu- cing Waiting and Delays in Primary Care. JAMA 2003; 289(8):1035-1040.
- 5 How Improved Access to health Care was success- fully spread across Sweden. Margareta Strindhall, Göran Henriks. Quality management in health Care, 2007, Vol 16, no 1, pp 16-24
- 6 Reducing waiting times in the NHS: is lack of capacity the problem? Kate Silvester, Richard Lendon, Helen Bevan, Richard Steyn, Paul Walley. Clinician in Management, 2004
- 7 Using Business Process redesign to Reduce Waiting Times at a University Hospital in the Netherlands. Sylvia Alkhuizen, Matthe Burger et al. The Joint Commission Journal on Quality and Safety. June 2007, Vol 33, no 6
- 8 Brommels M, Huvinen S: Hyvä vastaanotto hank- keen ulkoinen arviointi, loppuraportti, 2012
- 9 Hyvä vastaanotto loppuraportit, <http://www.webforum.com/hyvavastaaanotto>
- 10 Mäkijärvi Markku: Lean menetelmä suomalai- ssa terveydenhuollossa - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa, MBA tutkielma, Tampereen teknillinen yliopisto, 2013



Kuvio 1. Saatavuuden parantamisen perusstrategiat



Kuvio 2. Parempi saatavuus saavutetaan useiden pienten parannusten kautta.