



Vastaanottotoiminnan Hoidon jatkuvuuden pilotti Tuiran hyvinvointikeskuksessa

Janne Mäkelä/Jenna Axelsson 26.02.2023

Sisällys

1	Ongelman määrittely	2
2	Nykytilan kuvaus	3
3	Pilotin tavoitteet	4
4	Pilotin suunnittelu ja eteneminen.....	5
5	Mittaaminen ja arviointi	6
6	Viestintä	7
7	Tulokset ja yhteenveto	7
8	Käyttöönoton laajennus.....	17
9	Suositukset ja toimenpide-ehdotukset jatkohankkeelle	17
10	Haasteet.....	18
11	Liitteet	

1 Ongelman määrittely

Perusterveydenhuollon hoidonjatkuvuus on heikentynyt vuosien saatossa valtakunnallisesti 2000 - luvulla ja koronapandemian aiheuttama hoitovelka on edelleen heikentänyt kiireettömän lääkärivastaanoton saatavuutta. Heikentynyt hoidon jatkuvuus ja pitkäaikainen perusterveydenhuollon aliresursointi on johtanut perusterveydenhuollon pitkäaikaiseen häiriötilaan ja kriisiytymiseen. Potilaiden hoito on pirstaloitunut ja yhä useampi hoitaja ja lääkäri hoitaa saman potilaan asioita. Saatavuuden parantamisen tavoittelu lyhyellä aika välillä ilman hoidon jatkuvuuden huomioimista on johtanut perusterveydenhuollon häiriökysynnän kasvuun ja pitkällä aikavälillä sekä hoidon jatkuvuuden että hoidon saatavuuden heikentymiseen. Moniammatillisuus on Suomen terveydenhuollon vahvuus, mutta terveydenhuollon eri työntekijöiden ja ammattiryhmien sekä heidän potilaiden henkilökohtaiseen hoidon jatkuvuuteen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota.

Tuiran hyvinvointikeskus lähti mukaan POPsote hoitotakuu hankkeen koordinoimaan vastaanottotoiminnan kehittämishankkeeseen mukaan. Sosiaali- ja terveysministeriön kestävän kasvun ohjelman RRP1-hankkeen tavoitteena on kartoittaa olemassa olevia toimintamalleja hoidontarpeen arvioinnista, jossa asiakkaan hoito alkaa ensimmäisestä yhteydenotosta. Tavoitteena on kartoittaa olemassa olevia toimintamalleja eri ammattiryhmien vastaanottoista, jossa asiakas pääsee suoraan tarvitseman ammattilaisen vastaanotolle. Tavoitteena on laatia vastaanottopalveluihin uusi malli moniammatillisuutta hyödyntäen, ja joka vastaa hyvinvointialueen asiakkaiden tarpeita.

Pilotti perustuu Sosiaali- ja terveysministeriölle kesän 2022 aikana laaditun ja elokuussa luovutetun Omälääkäri 2.0 selvityksen mukaisen Hoidon jatkuvuusmallin implementointiin. Pilotissa keskeisenä elementtinä on potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen jatkuvuus, jossa potilaan hoidon tukena on omahoitaja ja tarvittaessa moniammatillisen tiimin muita jäseniä. Hoidon jatkuvuusmallilla tuetaan parhaiten meneillään olevan sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumista, kuten kustannusten nousun hillitsemistä ja yhdenvertaisuuden toteutumista terveydenhuollossa.

POPsote hankkeessa tehdään konkreettisesti ja vastuullisesti organisaatioiden kehittämistyötä Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen järjestämissuunnitelman mukaisesti tarpeen mukaiset SOTE-keskuksen tavoitteet ja määritelmä huomioiden. Hoitotakuu ohjelmassa kehitetään ja implementoidaan uusia toimintamalleja suunnitelmallisesti ja vahvistetaan osaamista hankkeen mahdollistamilla koulutuksilla. Hoidon jatkuvuus on nostettu esille Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen järjestämissuunnitelman tarpeen mukaisten SOTE-keskusten toimenpiteissä.

2 Nykytilan kuvaus

Tuiran hyvinvointikeskuksen vastaanotolla on aakkosjakoon perustuva tiimimalli, jossa reilu 63 000 ihmisen väestöpohja on jaettu neljään eri tiimiin potilaiden sukunimen perusteella ikärakenteen tasaamiseksi. Tiimin sisällä potilaiden hoidonjatkuvuus ei ole ollut paras mahdollinen ja tähän on vaikuttanut suuren henkilökuntamäärän lisäksi henkilökunnan suuri vaihtuvuus sekä hoidon saatavuuden tavoittelu ilman hoidon jatkuvuuden huomioimista. Häiriökysynnän näkyväksi tekeminen, ymmärtäminen ja vähentäminen on yksi tämän pilotin tärkeistä lähtökohdista. Lähdimme kokeilemaan yhdessä vastaanoton tiimissä hoitaja - lääkäri työparimallia, jossa koko tiimin väestö jaettiin pysyville lääkäreille ja heidän työpareilleen.

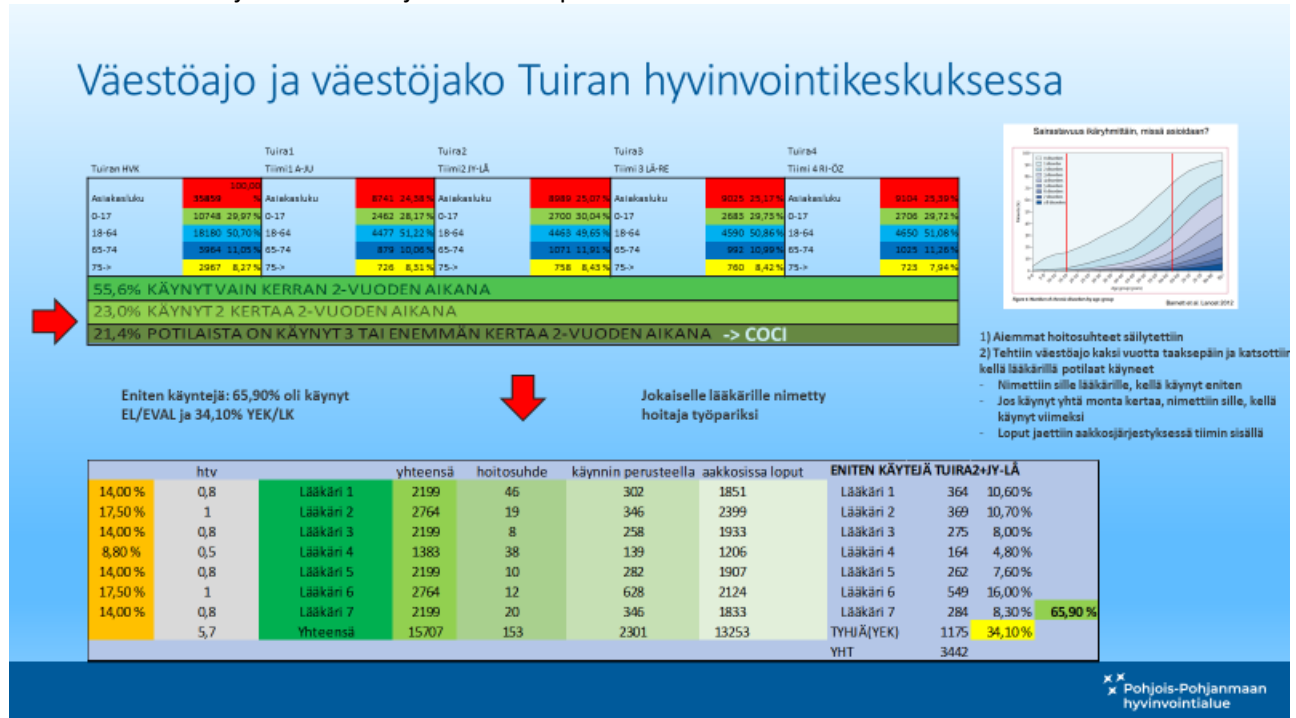
Hyvinvointikeskuksen hoitajat ja lääkärit on jaettu neljään noin 7-10 lääkärin ja noin 7-10 hoitajan tiimeihin ja pilottitiimissä työskentelee 4 yleislääketieteen erikoislääkärinä, 3 yleislääketieteeseen erikoistuvaa lääkärinä, 4 YEK-vaiheen lääkärinä sekä 12 sairaanhoitajaa sekä lähihoitajia. Pilottitiimin väestö (n. 16 000) on jaettu pilotissa yleislääketieteen erikoistuville ja erikoislääkäreille (taulukko 1) ja kullekin asukkaalle on osoitettu omalääkäri ja omalääkäri - omahoitaja työparin kautta omahoitaja (lääkäri - hoitaja työparit nimetty).

Väestöjako on tehty tarkastelemalla käyntejä 2-vuotta taaksepäin ja nimeämällä potilaat lääkäreille ja hoitaja - lääkäri työpareille käyntitietojen perusteella hoidon jatkuvuus huomioiden. Palvelukotien ja kotisairaanhoidon potilaat on jätetty väestöjaon ulkopuolelle, koska heillä on jo oma lääkäri kotisairaanhoidossa kiertävien lääkäreiden toimesta. YEK-vaiheen lääkäreille ja heidän työpareilleen ei ole osoitettu väestöä, vaan he toimivat pysyvimpien lääkäreiden väestön varaventiilinä/sijaisina ja heille on ohjattu omalääkärien ja heidän työpari omahoitajien väestöjen potilaita, joiden terveysongelma on mahdollisuuksien mukaan lyhytaikainen.

Kiireetön ja kiireellinen (ei päivystyksellinen) hoidon tarpeen arvio pyritään toteuttamaan oman tiimin/omahoitajan toimesta (muut hoitajat sijaistavat tarvittaessa). Tämä mahdollistetaan luomalla neljälle tiimille omat puhelinnumerot ja ohjaamalla puhelut oman tiimin hoitajille ja hoidon tarpeen arvio saadaan mahdollisimman lähelle potilasta hoitavalle hoitaja – lääkäri työparille. Potilailla on vapaus vaihtaa potilaalle osoitettua omatiimiä, omahoitajaa ja omalääkärinä samoin kuin terveysasemaa ja valita erikoissairaanhoidon hoitopaikka.

Fysioterapeuttien suoravastaanottoaikoja on lisätty, yhteistyötä kehitetty ja fysioterapeuttien suoravastaanoton potilasvalintaa kehitetty hoidon tarpeen arvioissa. Yhteistyön kehittäminen sosiaalipuolen kanssa on otettu painopistealueeksi ja kehitystyö on käynnissä (sosionomi, asiakaskoordinaattori). Eri ammattiryhmien vuoropuhelun ja kehittämistyön avulla hoidon tarpeen arviota pyritään kehittämään moniammatilliseen suuntaan, jotta potilaat ohjautuisivat oikealle ammattilaiselle hoidon jatkuvuutta tukien.

Taulukko 1. Väestöjako tiimeihin ja lääkäreille pilottitiimin sisällä.



3 Pilotin tavoitteet

Pilotin taustalla on vahva lääketieteellinen näyttö, joka osoittaa, että saman yleislääkärin hoitaessa potilasta

- hoidon laatu paranee
- sairastuvuus ja kuolleisuus vähenee
- terveydenhuollon palveluiden kokonaistarve ja -kustannukset pienenevät
- potilastyytyväisyys paranee
- työhyvinvointi paranee

Tämä pilotti kohdistui Hoidonjatkuvuuden kehittämiseen perustuen Omalääkäri 2.0-selvityksen loppuraporttiin. Tavoitteena oli implementoida tieteellisesti todistettu nykyaikainen joustava hoidon jatkuvuusmalli osaksi perusterveydenhuollon toimintaa.

Tavoitteet

- Hoidontarpeenarvion laadun kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä, minkä avulla pyritään vahvistamaan perusterveydenhuollon hoidonjatkuvuutta
- Nykypäivän tarpeita vastaavan omahoitaja - omalääkäri työparimalliin perustuvan tiimimallin jalkauttaminen perusterveydenhuoltoon, minkä avulla pyritään parantamaan hoidonjatkuvuutta, laatua ja kustannusvaikuttavuutta
- Hoidontarpeen arviointi toteutuu moniammatillisesti, yhdenmukaisesti ja laadukkaasti hoidonjatkuvuutta tukien
- Käyttöön otetaan uudenlainen toimintamalli, joka edistää asiakkaan hoitoon pääsyä, palvelujen saatavuutta ja oikea-aikaisuutta

4 Pilotin suunnittelu ja eteneminen

Tuiran Hoidon jatkuvuus -pilotin suunnittelu käynnistettiin Teams-tapaamisella 11.5.2022. Aloituspalaveriin osallistuivat Oulun yliopiston yleislääketieteen Professori Juha Auvinen, projektikoordinaattori, Tuiran apulaisylilääkäri, yleislääketieteen erikoislääkäri Janne Mäkelä sekä yleislääketieteen erikoislääkäri Marja Paananen. Suunnittelu ja toimintasuunnitelma (liite 1) tehtiin STM:n rahoittaman RRP-hankkeen 2022 tavoitteisiin ja suunnitelmaan pohjautuen. Tämän pohjalta Tuiran hyvinvointikeskuksessa luotiin Oulun Yliopiston yleislääketieteen profession ohjaamana ja tukemana hoidon jatkuvuusmalliin pohjautuva nykyaikainen tiimimalli, joka perustuu kokeneen seniori lääkärin ja juniori lääkärin sekä hoitaja-lääkäriyöparin malliin, ja jossa hoidon tarpeen arvio tehdään tiimin sisällä.

Projektityöryhmään osallistuivat edellä mainittujen vastuuhenkilöiden lisäksi kaikki pilottitiimin lääkärit ja hoitajat sovitulla työpanoksella. Hoidon tarpeen arvion tekniseen toteutukseen perehtyi lähihoitaja Suvi Heikkala, joka tietohallinnon asiantuntijoiden lisäksi toimi lähitukena yksikössä ja hallinnoi jonokirjan käytännön toteutusta, hoidon jatkuvuuden toteutumista sekä hoitoon pääsytietojen läpimenon kehittämistyötä. Palveluesimiehet eli hoitajien esihenkilöt Marja Takalo-Eskola ja Titta Pyttynen koordinoivat käytännön toteutusta, osallistuivat pilotin kuukausipalavereihin ja asioita käytiin johtoryhmässä yhdessä läpi viikoittain. Pilottitiimistä nimettiin vastuulääkäriksi yleislääketieteen erikoislääkäri Marja Paananen, joka toimi jonokirjahoitajan apuna hoidon tarpeen arvion tekemisessä, häiriökysynnän löytämisessä ja potilaiden esivalmisteluissa vastaanotolle. Vastuulääkäri osallistui kokouksiin, kyselyiden suunnitteluun, koordinoi jonokirjan purkua ja toimi jonokirjahoitajan tukena auttaen jonokirjan purussa. Hoitotakuu kehittämisohjelman projektisuunnittelijat Jenna Axelsson ja Auli Kaleva osallistuivat hanketyön osalta sovittuihin kokouksiin ja kirjasivat muistiot, sekä osallistuivat kyselyiden toteuttamiseen ja raportointiin.

Ongelman määrittelyn pohjalta kartoitettiin nykytilanne hyödyntämällä tietohallinnon asiantuntemusta ja analysoitiin raportteja hoidon jatkuvuuden selvittämiseksi. Tietohallinnon asiantuntijat suorittivat väestöajomalleja, joiden analysoinnin pohjalta luotiin hoidon jatkuvuus mallin käytännön toteutus ja potilaiden jako lääkäreille pysyvien lääkäreiden työpanoksen suhteessa hoidon jatkuvuutta tukemaan. Potilaat nimettiin pysyville lääkäreille (erikoislääkärit ja erikoistuvat lääkärit) ja heidän työpareilleen hoitaja - lääkäri työparimallin kautta ja YEK-vaiheen lääkärit jätettiin nimeämisen ulkopuolelle. Jonokirja muokattiin henkilökohtaisiksi jonokirjoiksi aiempien tiimikohtaisten jonokirjojen tilalle.

Pilottitiimissä työskentelee 4 yleislääketieteen erikoislääkäriä, 3 yleislääketieteen erikoislääkäriä ja 4 YEK-vaiheen lääkäreitä. Yleislääketieteen erikoislääkäreiden ja erikoistuvien lääkäreiden työpanos oli 6.8-7.3 kokoaikaista työpanosta osa-aikaisuuksista johtuen ja YEK-vaiheen lääkäreiden työpanos oli 3.8 kokoaikaisen lääkärin työpanosta pilotissa. Tiimin väestö n. 16 000 potilasta (palveluita käyttää noin 6000) jaettiin 7 lääkärille. YEK-vaiheen lääkäreille ei jaettu omia potilaita, vaan he toimivat ns. varaventiileinä ja sijaisina pysyvimmille omalääkäreille. Hoitajille ei nimetty omaa väestöä, vaan he lähtivät mukaan jo käytössä olleen lääkäri - hoitaja työparimallin mukaan hoitamaan omalääkäreille nimettyä väestöä. Väestö jaettiin tiimin lääkäreiden kesken hoidonjatkuvuuden turvaamiseksi ja hoidon pirstaloitumisen ennalta ehkäisemiseksi. Lisäksi kehitettiin moniammatillista yhteistyötä kuntoutuspuolen fysioterapeuttien ja sosiaalipalveluiden sosiaalityöntekijöiden kanssa, jotta potilas ohjautuisi oikealle ammattilaiselle oikea-aikaisesti. Tuiran lisäksi vastaavanlainen tutkimus käynnistyi / oli käynnistymässä Pudasjärven terveyskeskuksessa sekä Sallan terveyskeskuksessa, joiden kanssa sovittiin yhteisiä palavereita.

Pilotissa kartoitettiin olemassa olevia toimintamalleja hoidontarpeen arvioinnista, jossa asiakkaan hoito alkaa ensimmäisestä yhteydenotosta. Pilotissa kartoitettiin olemassa olevia toimintamalleja eri ammattiryhmien vastaanotoista, jossa asiakas pääsee suoraan tarvitseman ammattilaisen vastaanotolle ja ryhdyttiin tekemään yhteistä integraatiosuunnitelmaa fysioterapeuttien ja sosiaalipalveluiden kanssa. Pilotin

aikana vastaanottopalveluiden ja sosiaalipalveluiden kanssa laadittiin yhteinen toimintamalli kaikkien toimijoille (sosiaali- ja terveystyöpalvelut ja työllisyyspalvelut), jossa potilas ohjataan tarpeen mukaan asiakaskoordinaattorille verkostotyön koordinoimiseksi (liite 2).

Fysioterapia suoravastaanottoa kehitettiin, ajanvarauskirjoja muokattiin, fysioterapeuttien suoravastaanotolle ohjautumista tehostettiin, huone järjestelyjä muokattiin ja fysioterapeutit loivat kyselylomakkeen/fraasit PPSHP:n mallin rungon pohjalta hoidon tarpeen arvion apuvälineeksi (liite 3). Suunnittelussa hyödynnettiin moniammatillista tiimityötä koko pilotin ajan. Säännölliset palaverit pidettiin toiminnan etenemisen varmistamiseksi koko pilotin ajan säännöllisesti. Mielenterveyspalveluiden toimijoita ei saatu pilottiin ja toiminnan kehittämiseen mukaan, mutta mielenterveyspalveluiden psykiatrinen sairaanhoitaja toimii hyvinvointikeskuksessa hoidontarpeenarvioinnin tukena akuuttivastaanotolla osana tiimiä vastaanoton normaalina toimintana.

Työpari työskentelyä tehostettiin ja työohjelmat suunniteltiin niin, että hoitaja - lääkäri työpareilla oli kerran viikossa yhteistä konsultaatioaikaa kiireettömänä vastaanottopäivänä yhden tunnin verran. Apulaisylilääkäri ja hoitajapuolen tiimivastaavat suunnittelivat työohjelmat. Tavoitteena oli, että hoitaja – lääkäri työparit oppivat tuntemaan paremmin työparinsa työtavat ja tekemään yhdessä töitä yhteisten potilaiden hoidon jatkuvuutta kehittäen.

Puhelut ohjattiin neljään eri tiimiin 1.12.22 alkaen, kun puhelinnumerot saatiin luotua, hoitajat ohjeistettua ja väestö informoitua uusista käyttöön otetuista puhelinnumeroista. Puheluiden jakamisella omiin tiimeihin pyrittiin sairaanhoitajan hoidon tarpeen arvion (HTA) helpottamiseen. Kun potilas ohjautui oman tiimin sairaanhoitajan arvioon, oli omalääkärin konsultaatio ja jatkojen suunnittelu helpompaa, kun arvion teki yhä useammin tuttu työntekijä ja hoitajat oppivat tuntemaan paremmin oman väestönsä potilaat. Näin häiriökysyntään päästiin vaikuttamaan ja vähentämään turhia käyntejä ja yhteydenottoja. Hoidon tarpeen arvio koulutukset oli järjestetty hoitajille ennen pilottia.

5 Mittaaminen ja arviointi

Pilotin ja hoidon jatkuvuusmallin toteutumista arvioitiin viikoittain jonotilanne seurannalla, Lifecare-raporteilla sekä COC-indeksillä, joka rakennettiin kuukausiraportiksi yhteistyössä tietohallinnon asiantuntijan toimesta. THL:n avohilmo tietoja, T3-lukuja sekä kirjaamisen prosentteja seurattiin pilotin rinnalla säännöllisesti kuukausittain ja tätä pyritään juurruttamaan normaalisti toiminnaksi. Pilotin alussa ja pilotin lopussa tehtiin hoidon jatkuvuus tiimimallissa kyselyt Webropol-kyselynä, jossa kartoitettiin kysymysten avulla henkilökunnan sen hetkistä kokemusta liittyen työtyytyväisyyteen, moniammatillisuuteen, hoidon jatkuvuuteen ja työparityöskentelyyn (liite 4). Toisena kyselynä oli työtyytyväisyyskysely, jota toteutettiin Popsoten hoitotakuu kehittämisohjelman kautta, tulokset (liite 5).

Mittarit, joita käytettiin pilotin aikana:

1. Hoidonjatkuvuus COC-indeksillä
2. Potilaiden ohjautuvuus -% omalle lääkärille
3. Työtyytyväisyys
4. Erikoissairaanhoidon läheteet
5. THL:n hoitoon pääsy tiedot
6. Lääkärivastaanoton jonotilanne

Tilastotietoa kerättiin kuukausittain pilotin aikana 8-12/22 ja tiedon keruuta jatketaan edelleen eteenpäin vuoden 2023 aikana ja tieteellisesti luotettavia tuloksia pitäisi olla käytettävissä kevään-kesän 2023 aikana. Mittareiden seurannan avulla pystyttiin lähes reaaliajassa seuraamaan muutoksen vaikutuksia ja mittausten ja kokemusten mukaan tehtiin käytäntöjä tukevia muutostoimenpiteitä pilotin aikana.

Hoidon jatkuvuuden seurannan pilotti toteutettiin suunnitelman mukaan Tuiran hyvinvointikeskuksessa tiimissä 2 ajalla 1.9-31.12.2022. Tuotoksena syntyi nykyaikainen tiimimalli, joka voidaan levittää tulosten koko hyvinvointikeskuksen kaikkiin tiimeihin ja koko hyvinvointialueelle ja joka on kehitetty Omalääkäri 2.0 selvityksen mukaiseen Hoidon jatkuvuusmalliin pohjautuen.

6 Viestintä

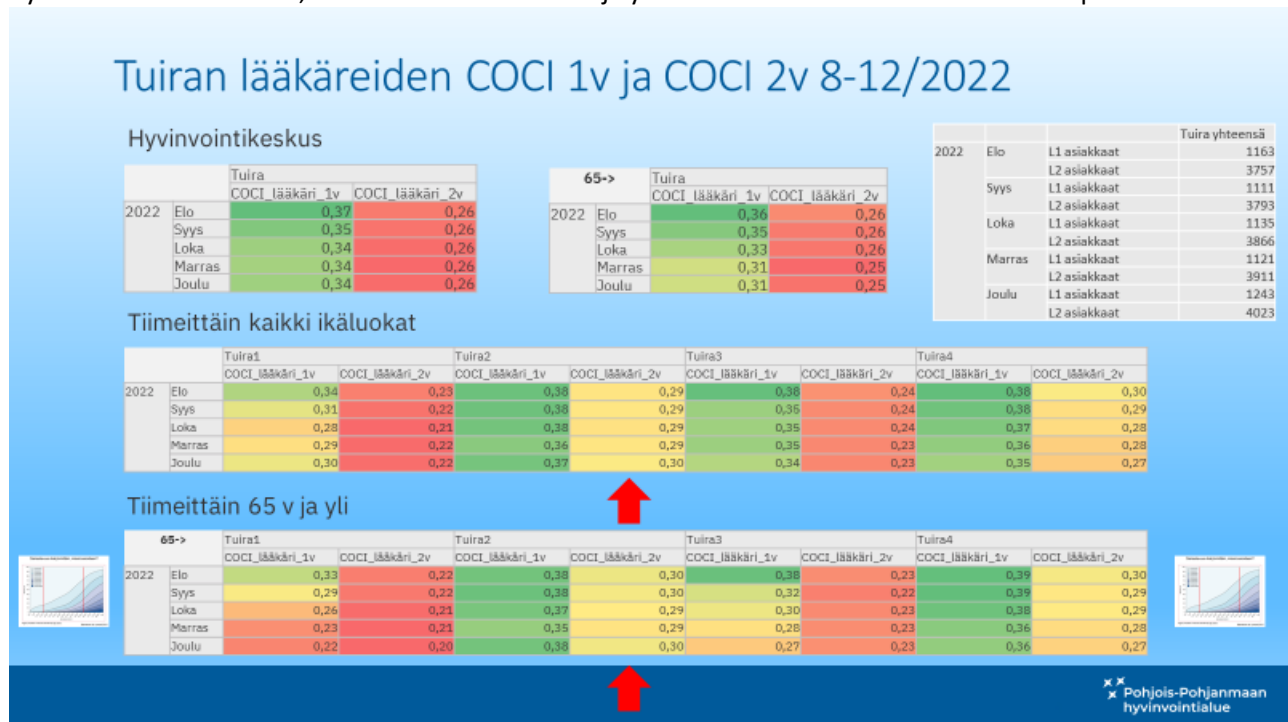
POPsoten viestintä on tapahtunut Teams:in, sähköpostin ja palavereiden avulla. Henkilöstö on sitoutettu kehittämistyöhön yhteisten palavereiden avulla ja osallistamalla henkilökuntaa kehittämistoimiin. Henkilöstön näkemyksiä on kuultu ja henkilöstölle on pidetty säännöllisesti palavereita. Kuntalaisia on informoitu tiimikohtaisista puhelinnumeroista tiimijaon mukaisesti muutosvaiheessa sekä vastaanotolla (infolappu, tv-näytöt) että tiedotusvälineissä (lehdistö, nettisivut). Jatkossa toiminnan laajentuessa koko hyvinvointikeskukseen väestön informaatio tulee ajankohtaiseksi myös hoidon jatkuvuusmallin käytännöistä.

7 Tulokset ja yhteenveto

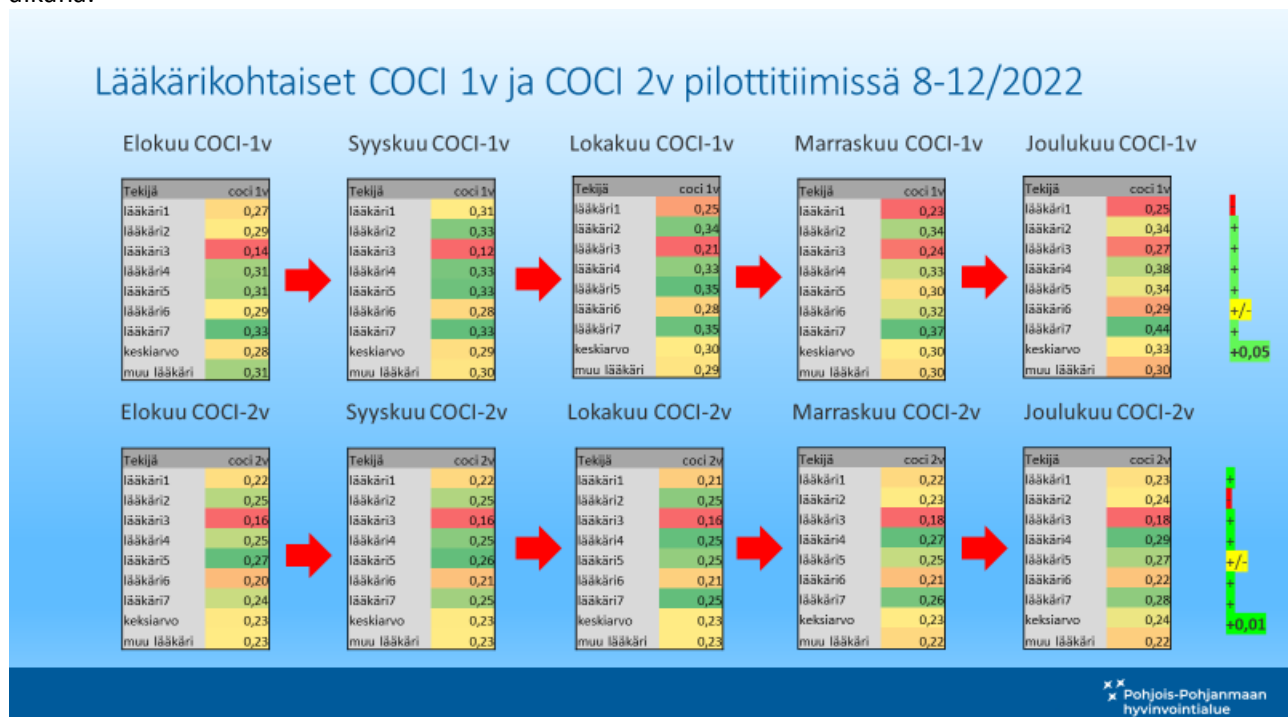
Potilasjakaumaa, kysyntää ja toteutuneita käyntejä seurattiin pilotin aikana potilastietojärjestelmä LifeCare-raporttien avulla. Väestön jakaminen lääkäreiden työaikaprosentin mukaisesti osoittautui käytännössä lääkärivastaanoton kysyntää vastaavaksi (taulukko 1) ja osoittautui jakoperusteena toimiva malliksi sekä kysynnän että toteutuneiden käyntien suhteen. Jo lyhyellä pilottijaksolla potilaiden ohjautuvuus oikealle lääkärille parani huomattavasti (taulukko 2) ollen keskiarvoisesti 92% joulukuussa ja vain 8% ajoista oli annettu ristiin omalääkäriväestöjen kesken. Tähän 8% potilasryhmään kuului toimenpideaikoja, äkillisiä peruutusaikoja ja epähuomiossa ristiin annettuja aikoja. Omalääkärit pystyivät katsomaan keskiarvoisesti 45 % omasta väestöstään ohjautuvuuden ollessa parhaimmillaan pilotin lopussa joulukuussa.

Pilotissa hoidon jatkuvuuden mittarina oli COC-indeksi (Continuity of Care Index), joka kuvaa hoidon jatkuvuuden osa-alueen, potilaan ja ammattihenkilön välisen hoitosuhteen keskimääräistä jatkuvuutta perusterveydenhuollon avosairaanhoidon kiireettömiä palveluita käyttäneillä asiakkaila (Sotkanet.fi). Hoidon jatkuvuus lähti kehittymään hoidon jatkuvuutta tukevaan suuntaan sekä tiimikohtaisesti (taulukko 3) että lääkärikohtaisesti (taulukko 4) jo 4 kuukauden seurannan aikana COC-indeksiä tarkastelemalla. Pilotin aikana pilottitiimin lääkäreiden tiimikohtainen COC-indeksi lähti paranemaan 0.29 -> 0.30 tasolle ja lääkärikohtaisesti viiden lääkärin COC-indeksi seitsemästä parani pilotin aikana sekä vuoden että kahden vuoden tarkastelussa.

Taulukko 3. Tuiran hyvinvointikeskuksen lääkäreiden 1-vuoden COC-indeksi ja 2-vuoden COC-indeksi hyvinvointikeskuksella, tiimitasolla koko väestö ja yli 65-vuotiaat erikseen tarkasteltuna pilotin aikana.



Taulukko 4. Pilottitiimin lääkärikohtaiset 1-vuoden COC-indeksi ja 2-vuoden COC-indeksi tarkasteltuna pilotin aikana.

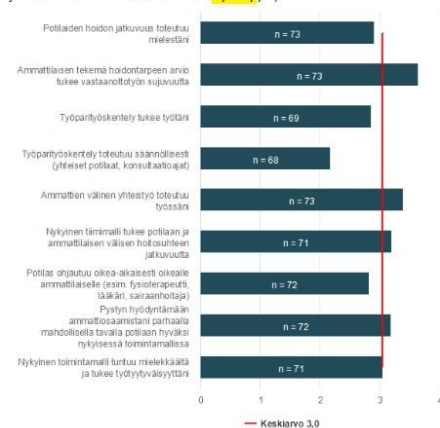


Henkilöstön työtyytyväisyys ja luottamus hoidon jatkuvuuden kehittymiseen uudella toimintamallilla parani koko henkilökunnan kesken, pilottitiimissä, ammattikuntien välisessä vertailussa ja tiimien välisessä vertailussa sekä lääkäreillä että hoitajilla hoidon jatkuvuus tiimimallissa kyselyn perusteella (taulukot 5-9). Kyselyistä suodatettiin pois ne vastaajat, jotka eivät ole vastanneet 1 kyselyyn. Vastaajien kokemuksen mukaan (kaikki tiimit sekä hoitajat ja lääkärit yhdessä) hoidon jatkuvuus tiimimallissa kyselyn kaikki osa-alueet paranivat pilotin aikana. Erityisesti potilaiden hoidon jatkuvuuden toteutuminen (ka muutos +0.7) ja työparityöskentelyn toteutumisen paraneminen (ka muutos +0.8) nousivat kyselyssä merkittävästi (taulukko 5).

Taulukko 5. Hoidon jatkuvuus tiimimallissa kyselyn vastaukset (kaikki tiimit sekä hoitajat ja lääkärit yhdessä) ennen pilottia ja pilotin jälkeen.

Hoidon jatkuvuus tiimimallissa kysely 9-12/2022

Ennen pilottia (kaikki tiimit ja hoitajat + lääkärit yhdessä) jotka eivät ole vastanneet 1 kyselyyn



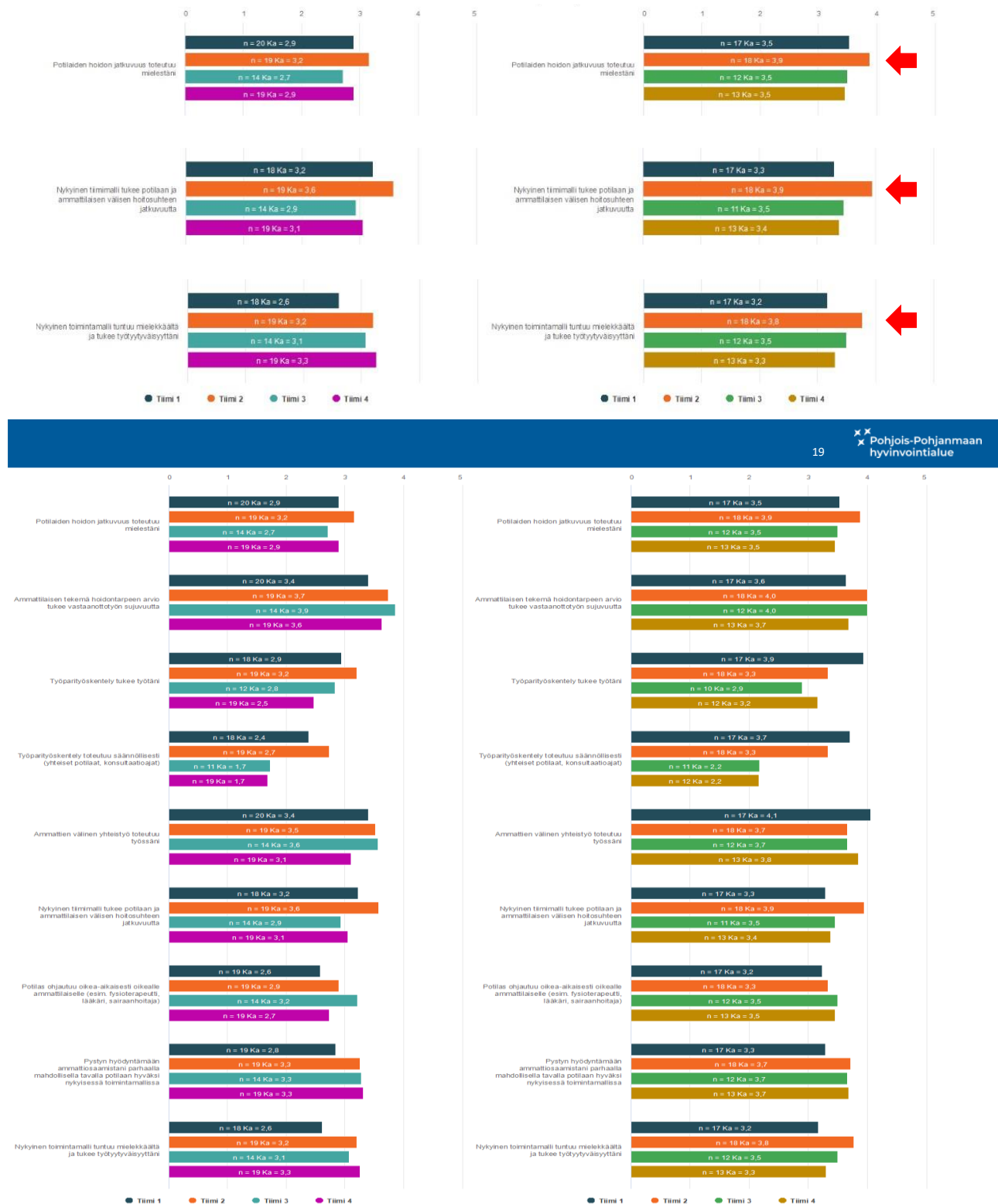
Pilotin jälkeen (kaikki tiimit ja hoitajat ja lääkärit yhdessä, kyselyistä suodatettu pois ne



Tiimien välisessä vertailussa pilottitiimin (tiimi 2) osalta tulokset paranivat kaikkien kysymysten osalta pilotin aikana (taulukko 6). Erityisesti potilaiden hoidon jatkuvuus toteutuu mielestäni (ka muutos +0.7) ja nykyinen toimintamalli tuntuu mielekkäältä ja tukee työtyytyväisyyttäni (ka muutos +0.6) kysymysten osalta.

Taulukko 6. Vastaukset ennen pilottia ja pilotin jälkeen tiimeittäin.

Hoidon jatkuvuus tiimimallissa kysely 9-12/2022



Lääkärien ja hoitajien välisessä vertailussa (taulukko 7) ennen pilottia hoitajat kokivat kaikki kyselyn osa-alueet paremmaksi kuin lääkärit, mutta pilotin jälkeen lääkärit kokivat nykyisen toimintamallin tukevan paremmin työtyytyväisyyttä, sekä potilaiden hoidon jatkuvuuden hieman paremmaksi kuin hoitajat. Lisäksi vastaajien kokemuksen mukaan tulokset paranivat pilotin aikana kaikkien kysymysten osalta sekä hoitajilla että lääkäreillä.

Taulukko 7. Vastaukset ennen pilottia ja pilotin jälkeen ammattikunnittain.



Tiimien välisessä vertailussa lääkäreillä pilottitiimin (tiimi 2) tulokset paranivat pilotin aikana kaikkien kysymysten osalta (taulukko 8). Erityisesti potilaiden hoidon jatkuvuus toteutuu mielestäni (ka muutos +0.9), pystyn hyödyntämään ammattitaitoani parhaalla mahdollisella tavalla (ka muutos +1.0), työpari työskentely toteutuu säännöllisesti (ka muutos +0.8), sekä nykyinen toimintamalli tukee työtyytyväisyyttäni (ka muutos +0.6) osalta. Muidenkin tiimien tuloksissa oli paranemista kysymysten osalta pilotin aikana, ainoastaan työpari työskentely tukee työtäni ja työpari työskentely toteutuu säännöllisesti -kysymysten kohdalla huononemista tiimien 3-4 osalta, mihin voi vaikuttaa se, että muutosta ei oltu tiimi- tai työparimalliin vielä tehty.

Taulukko 8. Vastaukset ennen pilottia ja pilotin jälkeen lääkärit tiimeittäin.



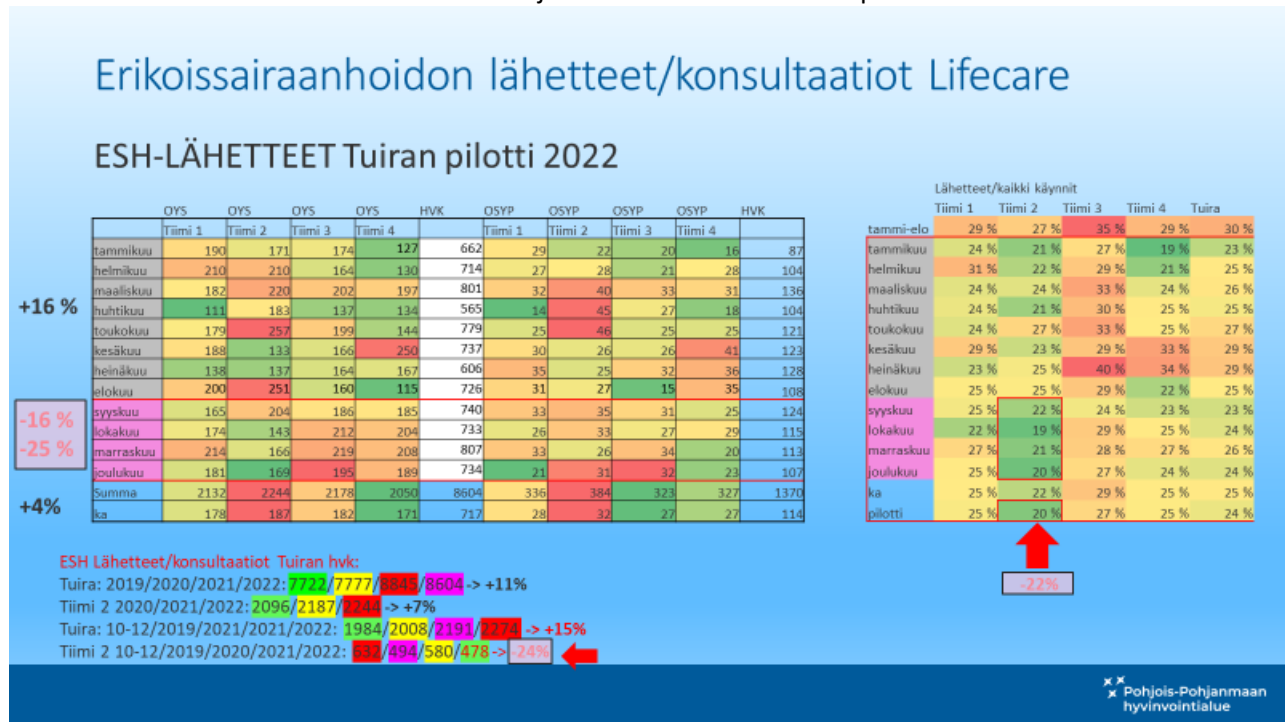
Tiimien välisessä vertailussa hoitajilla pilottitiimin (tiimi 2) tulokset paranivat kaikkien muiden kysymysten osalta, paitsi kohdassa ammattilaisen tekemä hoidon tarpeen arvio tukee vastaanottotyön sujuvuutta (taulukko 9). Myös muidenkin tiimien tuloksissa oli paranemista pilotin aikana. Hoitajien osalta muutokset olivat vähäisempiä lääkäreihin verrattuna ja hoitajien osalta pilottitiimissä oli jo lähtötilanteessa kohtalaisen hyvät vastaukset, eikä hoitajia ole vielä integroitu täysin hoidon jatkuvuusmalliin.

Taulukko 9. Vastaukset ennen pilottia ja pilotin jälkeen hoitajat tiimeittäin.



Erikoissairaanhoidon läheteiden ja konsultaatioiden määrä kääntyi laskuun pilottitiimissä ja erosi selkeästi muista tiimeistä pilotin seurantajakson aikana eli lähetemäärät olivat käynteihin suhteutettuna 22 % vähäisemmät kuin muissa tiimeissä keskiarvoisesti (taulukko 10). Erikoissairaanhoidon lähetemäärät olivat alhaisemmat erityisesti pilotin 3 viimeisen kuukauden aikana (-25 %) muiden tiimien keskiarvoon verrattuna. Verrattuna pilottitiimin lähetemääriä aiempiin vuosiin loka-joulukuun osalta, olivat lähetemäärät kaikkein matalimmat 4-vuoden seurannassa ja 24 % vähäisempiä kuin vuonna 2019 ennen koronapandemiaa.

Taulukko 10. Erikoissairaanhoidon läheteet ja konsultaatiot tiimeittäin pilotin aikana.



Alustavan tarkastelun mukaan on myös viitteitä, että laboratoriokustannukset olivat matalammat käyntiä kohti tarkasteltuna muihin tiimeihin verrattuna pilotin aikana (taulukko 11). Puhelut saatiin pilotin myötä ohjattua omiin tiimeihin ja jokaiselle tiimille saatiin omat puhelinnumerot ja tämä helpotti hoitajien työtä hoidontarpeen arvioissa. Takaisinsoittoaika on lyhentynyt ja puhelintyön kuormitus helpottanut muutoksen myötä (8/2022 1h46min -> 1/2023 58h21min).

Taulukko 11. Tiimi- ja ammattikohtaiset laboratoriolähetteen kustannukset.

Pilotin aikaiset laboratoriolähetteen kustannukset 8-12 /2022

Laboratoriotutkimukset yksikköittäin
tilaajittain
(Hinnat suuntaa antavia, ei ole päivitetty)

Yksikkö	Tilauksen ammattiryhmä	Tilaaaja	Tutkimusten lkm (pyyntö)	Hinta (pyyntö)	Asiakkaiden lkm	12/2022 euroa/potilas	11/2022 euroa/potilas	10/2022 euroa/potilas	9/2022 euroa/potilas	8/2022 euroa/potilas
vo Turun vastaanotto tim1 A-JU	Hoitohenkilö	Yhteensä:	3598	8909,32	349	25,53	23,43	24,01	22,39	25,46
	Laakarit	Yhteensä:	3004	7820,9	272	28,75	25,61	25,39	27,93	32,11
	Yhteensä:		6602	16730,22	619	27,43	24,62	25,08	25,36	29,71
vo Turun vastaanotto tim2 JV-LÄ	Hoitohenkilö	Yhteensä:	2498	6348,87	263	24,14	22,37	23,11	21,49	22,01
	Laakarit	Yhteensä:	3311	8415,81	322	26,14	24,91	25,01	27,88	26,05
	Yhteensä:		5809	14764,68	577	25,47	23,64	24,56	22,94	24,54
vo Turun vastaanotto tim3 LA-RE	Hoitohenkilö	Yhteensä:	2181	5529,36	242	22,81	25,57	25,87	23,95	25,17
	Laakarit	Yhteensä:	4312	10950,89	395	27,80	25,53	27,12	30,91	25,77
	Yhteensä:		6493	16500,25	618	26,70	26,04	27,15	28,3	25,94
vo Turun vastaanotto tim4 RI-OZ	Hoitohenkilö	Yhteensä:	2845	8094,22	304	26,63	23,62	24,43	22,6	25,69
	Laakarit	Yhteensä:	3875	9680,74	339	28,56	28,24	25,33	27,27	25,74
	Yhteensä:		6720	17774,96	622	28,58	26,42	25,57	25,49	26,48
Yhteensä:			29524	65771,11	2362	28,57	26,95	27,53	27,72	28,66

xx Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue

Lääkäreiden hoitoon pääsytietojen luotettavuutta saatiin huomattavasti parannettua pilotin aikana. THL:n perusterveydenhuollon hoitoon pääsy tilastojen mukaan lääkärin vastaanottokäyntiä oli edeltänyt hoidon tarpeen arvio 7 %:ssa kiireettömissä lääkärin vastaanottokäynneissä tammikuussa 2022. Elokuussa 2022 vastaava luku oli 30 % ja tammikuussa 2023 lääkärin vastaanottokäyntiä oli edeltänyt 33 %:ssa käynneistä hoidon tarpeen arvio pilottitiimin osalta. Pilottitiimin lääkärivastaanotolle odottavien jono lyhenyi elokuun 2022 261 potilaasta 80 potilaaseen pilottitiimeissä tammikuun 2023 alkuun mennessä.

THL:n tilastojen mukaan hoitoon pääsy eli hoidon saatavuus parani myös kokonaisuutena pilotin aikana elokuusta tammikuun alkuun. Potilaista pääsi lääkärin vastaanotolle 30 vuorokauden kuluessa 39 % elokuussa 2022, 76 % syyskuussa 2022, 76 % lokakuussa 2022, 65 % marraskuussa 2022, 62 % joulukuussa 2022 ja 68 % tammikuussa 2023. (1/2022 30vrk 49 %).

Sosiaalipuolen asiakaskoordinaattorin/sosiaaliohjaajan näkökulmasta pilotin aikana saatiin yhteistyötä sosiaalipalveluiden ja terveystieteiden kesken tiivistettyä entisestään ja toimintamalleja selkeytettyä. Syksyn aikana jaettiin yksinkertaista yhteydenottomallia (työikäisten koordinaatio) puolin ja toisin sekä pidettiin yhteisiä palaverite toiminnan kehittämiseksi. Yhteisiä verkostopalaveriteja asiakkaiden/potilaiden tilanteiden selvittämiseksi saatiin sovittua hyvin ja työntekijät osallistuivat näihin hyvin pyydettäessä. Pilotin aikana saatiin sovittua käytännöistä sosiaali- ja terveydenhuollon puolen asiakaskoordinaattoreiden kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyen.

Fysioterapeuttien suoravastaanottoa saatiin kehitettyä, suoravastaanottoaikoja lisättyä ja sairaanhoitajille luotiin hoidontarpeen arvion fraasi -malli fysioterapeutin suoravastaanotolle lähettämiseksi. Fysioterapeutit

osallistuivat THL:n suunnittelemaan tutkimukseen ja tutkimuspotilaiden kerääminen jatkuu edelleen kevään 2023 aikana.

Pilotti sujui kokonaisuutena ilman suurempia ongelmia ja oli positiivinen kokemus. Hoitajien rohkaisu ja kouluttaminen suoraan ajanantoon hoidontarpeen arviosta omalääkärille ja hoidon jatkuvuuden tieteellisen näytön ymmärtäminen ja käytännön hyötyjen esiin nostaminen on tärkeää toimintamallin käyttöönotossa ja levittämisessä. Jatkossa on hyvä ottaa hoitajat vielä aktiivisemmin kehitystyöhön mukaan ja levityksessä muihin SOTE-keskuksiin kannattaa huomioida molemmat ammattiryhmät heti alusta alkaen, koska se nopeuttaa toiminnan muutosta. Tietoa on kertynyt sekä numeerisella tasolla että kokemuksina ja se vaikuttaa kaikin puolin lupaavalta ja positiiviselta. Tiimipalaverissa keskusteltiin kokemuksista tulevaisuuden kehityskohteista ja tähän mennessä saaduista tuloksista ja palautteiden pohjalta muut tiimit odottavat uuden mallin mukaista toimintaa positiivisella mielellä.

Tehdystä pilotista kertyy edelleen jatkossa runsaasti tietoa ja sitä tullaan keräämään ja analysoimaan jatkossa tieteellisen tutkimuksen ja näytön saamiseksi. Alun perin suunniteltuja mittareita tullaan myös jatkossa vielä tarkastelemaan sekä analysoimaan ja tuloksia julkaisemaan jälkikäteen eri parametreista.

8 Käyttöönoton laajennus

Kaikkien tiimien väestöajot on tehty ja annettu Tietoevrylle ajettavaksi potilastietojärjestelmään 12/2022. Tietoevryn ajo on toteutettu koko Tuiran hyvinvointikeskuksen väestöpohjaan 2/2023 ja hoidonjatkuvuus mallin implementointi jatkuu 2/2023 aikana koko hyvinvointikeskuksessa ja näin hoidon jatkuvuusmalli saadaan levitettyä koko Tuiran hyvinvointikeskuksen kaikkien tiimien käyttöön. Jatkossa toimintaa levitettäessä muihin hyvinvointialueen SOTE-keskuksiin on hyvä ottaa sairaanhoitajat kehitystyön suunnitteluun vielä aktiivisemmin mukaan lähihoitajien lisäksi ja levityksessä muihin SOTE-keskuksiin kannattaa huomioida kaikki ammattiryhmät heti alusta alkaen, mikä nopeuttaa toiminnan moniammatillista muutosta.

Tietoa Hoidon jatkuvuusmallista on levitetty lukuisissa Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus hankkeen yhteistyöverkostoissa, Pohjois-Suomen yleislääkäripäivillä, Pohteen TESA-johtoryhmässä, Oulun kaupungin apulaisylilääkäreiden johtoryhmässä, vastaanottopalveluiden johtoryhmässä sekä Oulun kaupungin lääkäripoolissa sekä valtakunnallisesti Turun seudulla, Siunsotessa, HUS-alueen kansanterveysjohtajille, valtakunnalliseen kansanterveysjohtajaverkoston jäsenille, Helsingin lääkäripäivillä, kansallisessa Sote-VIP-seminaarissa ja tulevaisuudessa lääkäriilyn lakivaliokunnassa ja eri kunnissa valtakunnallisesti kautta maan. Koko Oulun kaupungin hoitaja- sekä lääkärijohto on sitoutunut vahvasti uuteen hoidon jatkuvuusmalliin ja mallia on tarkoitus levittää kaikkiin Sote-keskuksiin Oulussa vuoden 2023 aikana.

Pilotti oli kokonaisuudessaan onnistunut ja edennyt yllättävänkin jouhevasti ja toiminta jatkuu normaalina toimintana koko Hyvinvointikeskuksessa jatkossa ja levitykseen haetaan RRP2-rahoitusta eri ammattiryhmien integroimiseksi malliin mukaan.

9 Suositukset ja toimenpide-ehdotukset jatkohankkeelle

Suosittellemme Hoidon jatkuvuusmallin levittämistä SOTE-keskusten toiminnaksi laajalti ja valtakunnallisesti ja kiinnittämään huomiota hoitajien työnkuvien tarkasteluun ja suunnitteluun erikoisosaamisalueiden osalta hoidon jatkuvuus malliin ja työparitoimintaan sopivaksi. Fysioterapeuttien toiminnan kehittäminen tiimi- ja hoidonjatkuvuusmalliin sopivaksi ja fysioterapeuttien integrointi hoidon tarpeen arvioon mukaan on jatkossa

kehityksen kohteena sekä fysioterapeuttien työnjako sote-keskuksittain ja tiimeittäin kuntoutuspalveluiden sisällä suoravastaanoton ja tavanomaisen fysioterapeuttien vastaanoton osalta.

Sosiaalipuolen yhteistyön kehittäminen asiakaskoordinaattoritoiminnan avulla moniongelmaisten ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden tueksi on keskeistä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistyössä. Ajoittain haasteena on ollut sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden verkostopalaverien järjestämisen suhteen sopivan ajankohdan löytäminen kaikille toimijoille ja tähän on syytä kiinnittää jatkossa huomiota. Sosiaalipalveluilla ja terveyspalveluilla on hyvä olla yhteinen foorumi yhteistyön kehittämiseksi ja tiedon jakamiseksi molempien osapuolten palveluista ja toiminnasta. Saadun palautteen ja käytyjen keskustelujen perusteella niin sosiaali- kuin terveyspalveluissa on pidetty hyvänä, että molemmin puolin on selkeät ja yksinkertaiset kanavat sopia yhteistapaamisista hoitavien tahojen kanssa.

Yhdeksi selkeäksi rajapinnaksi sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistyölle on muodostunut asiakkaiden työ- ja toimintakykyyn sekä työllistymiseen vaikuttavat asiat. Koordinaation kautta tiivistetty yhteistyö työllisyyspalveluiden suuntaan on nähty terveydenhoidon puolella tarpeellisuutta ja kehityksen kohteena. Luodun toimintamallin avulla muun muassa potilaiden tarvitsemat TE-keskuksen pyytämät lausunnot potilaan työkyvystä voidaan laatia vastaamaan henkilön tarvetta aiempaa täsmällisemmin, kun yhteistyö sosiaali- ja työllisyyspalveluiden kanssa on tiiviimpää ja sujuvampaa.

10 Haasteet

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integrointi osaksi hoidon jatkuvuusmallia, osaksi isojen SOTE-keskusten tiimejä sekä hoitaja - lääkäri työpareja on keskeinen haaste jatkossa uudistuneessa organisaatio rakenteessa SOTE-uudistuksen myötä. Mielenterveyspuolen toimijoita pyrittiin saamaan mukaan hoidon jatkuvuusmallin toiminnan kehittämiseen pilotissa ja rahoitus oli tähän varattuna, mutta organisaation sisältä toimintaan ei löytynyt kehittämistyöhön resurssia ja ulkopuolinen rekrytointi ei tuottanut tulosta. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen mielenterveystyö on perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan tavoin kriisiytynyt hoitoon pääsyn suhteen. Mielenterveys- ja päihdepuolen toimijoiden saaminen mukaan Hoidon jatkuvuusmalliin olisi ensiarvoisen tärkeää moniongelmaisten ja paljon palveluita käyttävien asiakkaiden suhteen RRP2-kehittämisohjelmassa.

Digitaalisen SOTE-keskuksen ja vastaanottopalveluiden hoidon tarpeen arvioinnin sekä vastaanottotoiminnan ajanvaraukset hoidon jatkuvuuden suhteen ovat keskeisessä roolissa häiriökäynnin vähentämisessä. Hoidon tarpeen arvio eri toimijoiden välillä, lukuisat eri yhteydenottokanavat sekä ESH-PTH että digi-hoitopolkujen yhteensovittaminen hoidon jatkuvuus malliin sopivaksi on suuri haaste, mutta myös mahdollisuus. Lifecare-kutsujonon käyttöönottoa jätetään miettimään jatkoon.

11 Liitteet

Pilotin toimintasuunnitelma**Toimenpiteet ennen pilottia ja pilotin aikana****1. Hoidontarpeen arviointi**

- henkilökunnan koulutus
- moniammatillinen konsultaatiotuki
- hoidonperusteet.fi -sivuston käyttöönotto
- fysioterapeutin, sosionomin, psykiatrisen sairaanhoitajan suoravastaanotto

2. Uudenlaisen nykypäivän tarpeita vastaavan omalääkärimalliin perustuvan tiimimallin luominen väestövastuu periaatteella

- Suunnittelu yhteistyössä Oulun yliopiston lääketieteen profession kanssa
- Yhteistyö ja synergia Pudasjärven vastaavan suunnitelman kanssa
- Tutkimus mallin vaikuttavuudesta ja vertailuaineistona muut tiimit

3. Pilotin aikataulu

- Hoidontarpeenarvion koulutukset aloitettu 5/2022
- Suunnittelutyö aloitettu 5/2022
- Suunnittelu ja työntekijöiden rekrytointi jatkuu ad 8/2022
- Pilotin toteutus 9-12/2022

4. Resurssit

- Pilotin kokonaisbudjetiksi suunnittelun ja fysioterapeutin, sosionomin, lähihoitajan, sairaanhoitajan, lääkärin htv:n mukaan yhteiskustannukseksi oli arvioitu ajalle 6-12/2022 yht 96760 €.

5. Miten toimitaan?

RRP-hankkeen ja hoidonjatkuvuus pilotin suunnitelmat laitetaan käytäntöön 9-12/2022 aikana ja pilottiin on tarkoitus hakea jatkorahoitusta vuodelle 2023.

[Hoidon jatkuvuusmalli – Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti \(valtioneuvosto.fi\)](#)

6. Kokeilu aika

5.9.-31.12.2022

7. Kokeilun dokumentointi: Kuka huolehtii? Tarvitaan arviointia varten.

Hoitotakuun Projektisuunnittelija Jenna Axelsson palaverissa mukana ja kirjaa palaverimuistiot.

8. Ketä/mitä tahoja informoidaan kokeilusta? Milloin? Kuka informoi? Huom! tarvitseeko tukipalveluiden tietää...

Henkilökuntaa, kaupungin ja hyvinvointialueen johtoa on informoitu. Potilaita informoitu tiimien puhelinnumeroiden muutoksesta.

9. Kokeilun vastaava/lisätietoja antaa

Janne Mäkelä

yleislääketieteen erikoislääkäri

apulaisylilääkäri

Tuiran hyvinvointikeskus

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue

Projektikoordinaattori

Hoitotakuun kehittämisohjelma

POPSote-tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskushanke

janne.makela@pohde.fi

Palveluintegraatiomalli työikäisille

Markus Pekkala, Palveluesimies Tuiran hyvinvointikeskus Lasten, nuorten ja perheiden palvelut /
Lasse Oikarinen, asiakaskoordinaattori, Sosiaalipalvelut

Työikäisten koordinaatio

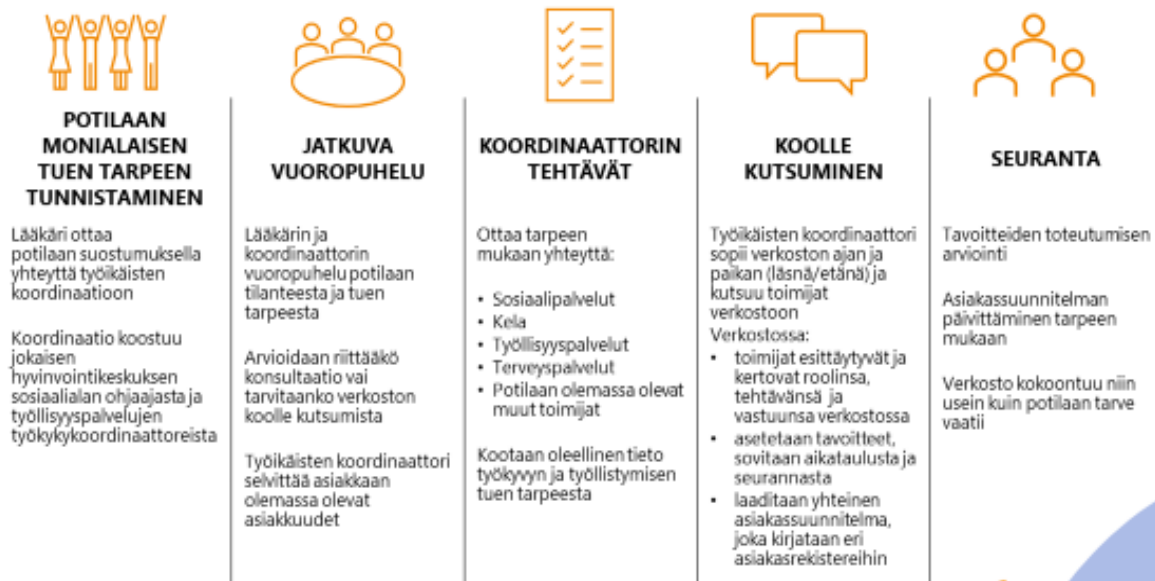
- työikäisten palvelut sovitetaan yhteen yhteisövaikuttavuuden periaatteilla



Ratkaisu löytyy harvoin yhdeltä toimijalta, kun työikäisellä asiakkaalla on haasteita useilla elämän alueilla yhtäaikaaisesti.

 **Työkykyohjelma**

YHTEYDENOTTO TYÖIKÄISTEN PALVELUUN



 **Työkykyohjelma**

Fysioterapeutin suoravastaanotto fraasi

Ville Korkala, fysioterapeutti, Tuiran hyvinvointikeskus/ Piia Laaninen, fysioterapeutti, Tuiran hyvinvointikeskus

FYSIOTERAPEUTIN SUORAVASTAANOTTO (Yli kouluikäiset)

HOIDON TARPEEN ARVIO:

(JOS POTILAS VASTAA YHTEENKÄÄN SEURAAVISTA KYSYMYKSISTÄ "KYLLÄ" OHJATAAN POTILAS AKUUTTIIN/LÄÄKÄRIN VASTAANOTOLLE).

? Arvioikaa kipunne voimakkuutta ilman kipulääkettä asteikolla

1 - 10, kun 1 on kivuton tilanne ja 10 pahin mahdollinen kipu

- Kivun voimakkuus 1 - 8 ? FYSIOTERAPEUTILLE

- Kivun voimakkuus 9 - 10 ? LÄÄKÄRILLE

YLEISKYSYMYKSET KYLLÄ(K) / EI(E)

- Onko teillä jatkuvaa yökipua

- Onko kipu kestänyt yhtämittaisesti yli 6 viikkoa

- Onko teillä kuumetta tai muita infektio-oireita

- Oletteko käynyt saman vaivan vuoksi fysioterapiassa viimeisimmän 6 kk aikana

- Onko kipu alkanut selkeän tapaturman seurauksena / onko taustalla operaatioita oirealueelle viimeisimmän 6 kk aikana

- Onko teillä todettu syöpä

ALASELÄN/ALARAAJAN OIREET KYLLÄ(K) / EI(E)

- Onko teillä virtsan tai ulosteen pidätyskyvyn hallitsemattomuutta ja/tai tunnon heikentymistä istuinpaikkaseudussa

- Onko teillä selkäkipuun liittyen voimakasta vatsakipua

- Onko teillä alaraajan äkillistä lihasheikkoutta tai nilkan velttoutta

- Onko teillä todettu osteoporoosi

NISKAN/YLÄRAAJAN ALUEEN OIREET KYLLÄ(K) / EI(E)

- Onko teillä voimakasta äkillistä päänsärkyä, huimausta, tajunnan menetyksiä, kaksoiskuvia tai poissaolo-kohtauksia

- Onko teillä voimakkaita säteilyoireita tai puutumista ylä-/alaraajoihin, äkillistä velttoutta tai voiman alentumista raajoissa

- Liittyykö kipuun hengenahdistusta tai rintatuntemusta

- Jos kipu on vasemmassa yläraajassa, säteileekö kipu kaulalle, rintaan tai yläselkään

Hoidon jatkuvuus tiimimallissa kysely

HYVÄ KYSELYYN OSALLISTUJA

Kyselyssä on 3 taustatieto kysymystä, 9 väittämää ja 1 avoin kysymys. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastaukset käsitellään anonyymisti.

TAUSTATIEDOT

1. Ammatti

Lääkäri
Hoitaja/ muu ammattilainen

2. Tiimi

Tiimi 1
Tiimi 2
Tiimi 3
Tiimi 4

3. Työkokemus

alle 5 vuotta
5-10 vuotta
yli 10 vuotta - 20 vuotta
yli 20 vuotta

Valitse vaihtoehdoista viimeisen kuukauden kokemusta parhaiten kuvaava vastaus.

4. Nykymallin toteutuminen

	erittäin huonosti	melko huonosti	ei hyvin eikä huonosti	melko hyvin	erittäin hyvin
Potilaiden hoidon jatkuvuus toteutuu mielestäni					
Ammattilaisen tekemä hoidontarpeen arvio tukee vastaanottotyön sujuvuutta					
Työparityöskentely tukee työtäni					
Työparityöskentely toteutuu säännöllisesti (yhteiset potilaat, konsultaatioajat)					
Ammattien välinen yhteistyö toteutuu työssäni					
Nykyinen tiimimalli tukee potilaan ja ammattilaisen välisen hoitosuhteen jatkuvuutta					
Potilas ohjautuu oikea-aikaisesti oikealle ammattilaiselle (esim.					

fysioterapeutti, lääkäri, sairaanhoitaja)					
Pystyn hyödyntämään ammattiosaamistani parhaalla mahdollisella tavalla potilaan hyväksi nykyisessä toimintamallissa					
Nykyinen toimintamalli tuntuu mielekkäältä ja tukee työtyytyväisyyttäni					

5. Millaisia toiveita tai ehdotuksia sinulla on toiminnan kehittämiseksi?

Tuiran hyvinvointikeskus työhyvinvointikyselyiden yhteenveto

Vastaanottotoiminnan hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden kehittämisen pilotissa tehtiin työhyvinvointikyselyt vastaanoton henkilöstölle kaksi kertaa:

- 9/2022 (n=51)
- 12/2022 (n=83)

Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä, johon vastattiin anonymisti. Kyselyt toteuttivat POPsote ja kyselyn raportit toimitettiin esihenkilöille.

Kyselyn väittämät olivat:

1. Työympäristö on hyvä
2. Työkuormitus on sopiva
3. Työyhteisö on sopiva
4. Työtäni arvostetaan
5. Osaamiseni vastaa työtehtävän vaativuutta
6. Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omaa työtäni koskeviin asioihin

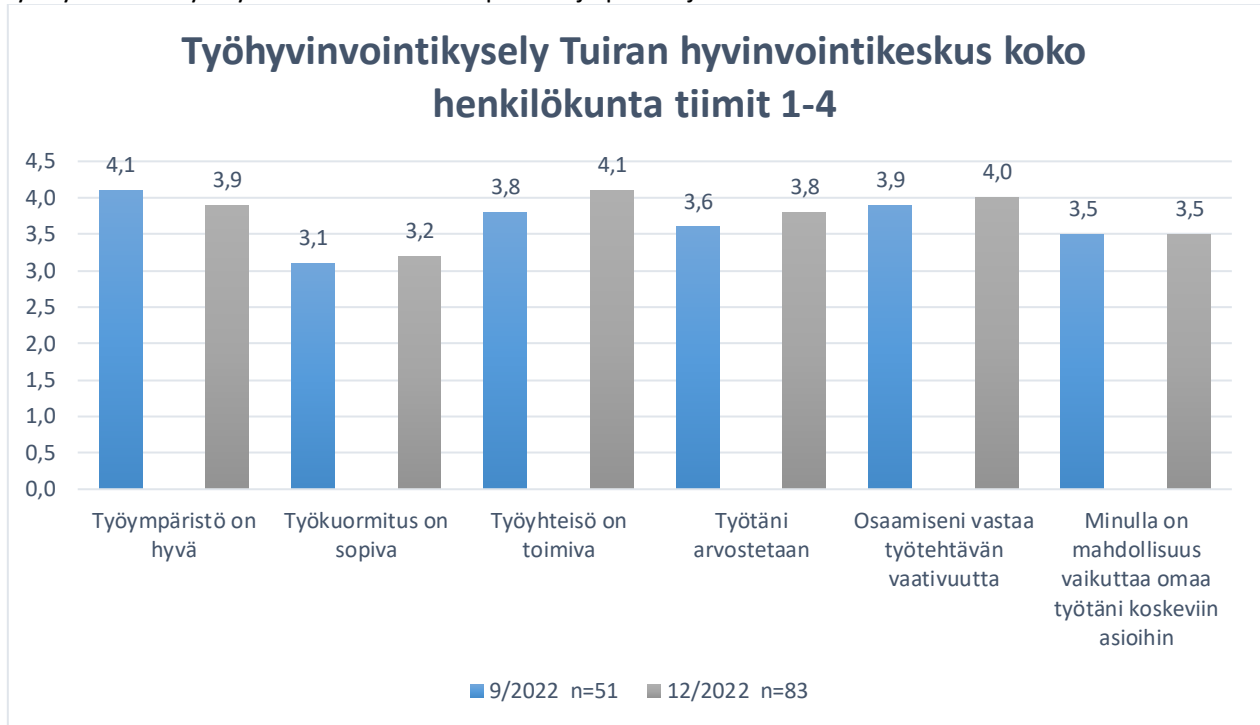
Vastausvaihtoehdot olivat:

1 = Täysin eri mieltä, 2 = Jokseenkin eri mieltä, 3 = En osaa sanoa, 4 = Jokseenkin samaa mieltä, 5 = Täysin samaa mieltä

Tuiran työhyvinvointikyselyssä pilotin alussa (n=51) ja pilotin lopussa (n=84) työhyvinvoinnin kokonaiskeskiarvo pysyi samana (ka 3,7), pilotin aikana muutosta parempaan tapahtui kuitenkin siinä, että työkuormitus on koettu hieman sopivammaksi, työyhteisö on koettu toimivammaksi, työn arvostuksen kokemus on parantunut ja osaaminen vastaa työtehtäviä paremmin. Mahdollisuus vaikuttaa omaa työtäni koskeviin asioihin koettiin samana, mutta työympäristö koettiin hieman huonommaksi pilotin lopussa. Kokonaisuutena työn kuormitukseen ja oman työn vaikuttamismahdollisuuksiin vaikuttamiseen voisi vielä jatkossa kiinnittää huomiota.

Keskiarvo	09/2022 KA=3,7	12/2022 KA=3,7
Työympäristö on hyvä	4,1	3,9
Työkuormitus on sopiva	3,1	3,2
Työyhteisö on toimiva	3,8	4,1
Työtäni arvostetaan	3,6	3,8
Osaamiseni vastaa työtehtävän vaativuutta	3,9	4,0
Minulla on mahdollisuus vaikuttaa omaa työtäni koskeviin asioihin	3,5	3,5
Vastaajamäärä	n=51	n=83

Työhyvinvointikyselyn vastaukset ennen pilottia ja pilotin jälkeen.



Miten mielestäsi työhyvinvointia voidaan ylläpitää ja parantaa?

Avoimen kysymyksen vastaukset analysointiin aineistoa pelkistämällä ja luomalla niistä yksitoista sisältöluokkaa, joita olivat 1) oman työn hallinta 2) vaikutusmahdollisuus työn suunnitteluun ja toteuttamiseen 3) työtehtävät, 4) hyvinvointi, 5) osaaminen, 6) moniammatillinen yhteistyö, 7) esimiestyö, 8) työympäristö, 9) työyhteisön toimivuus, 10) ilmapiiri ja 11) muut vastaukset.