

KARELIA - AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tanja Pesonen

VASTAANOTTOTOIMINNAN MUUTOS TERVEYSASEMALLA

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013



OPINNÄYTETYÖ

Huhtikuu 2013

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
ja johtamisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tikkarinne 9

80200 JOENSUU

p. 050 405 4816

Tekijä
Tanja Pesonen

Nimeke
Vastaanottotoiminnan muutos terveysasemalla

Toimeksiantaja
Attendo Oy

Tiivistelmä

Opinnäytetyössä kuvaan vastaanottotoiminnan muutosprosessia terveysaseman lääkäreiden vastaanotolla. Muutosprosessi pohjautui Hyvä Vastaanotto -toimintamalliin. Muutoksella pyrittiin pääsemään tilanteeseen, missä asiakas pääsee vastaanotolle mahdollisimman pian, jopa viiden päivän sisään, yhteydenotostaan terveysasemalle. Ennen muutoksen toteuttamista jonotusaika vastaanotoille oli kahdesta kolmeen viikkoa.

Muutoksen pohjana käytetty Hyvä Vastaanotto -toimintamalli oli käytössä Etelä-Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehitysohjelman (Kaste) -hankkeessa. Itse hankkeeseen tämä muutosprosessi ei osallistunut, mutta sain ohjausapua ja mittaustuloksia käyttööni hankkeeseen osallistuneelta terveysasemalta. Hyvä Vastaanotto -toimintamallin perusajatuksia olivat: tehdä tänään mahdollisimman paljon, helpottaa vastaanoton työtä poistamalla päällekkäiset ajanvaraukset, turvata jatkuvuus sekä poistaa luokittelu kiireellisen ja kiireettömän hoidon välillä.

Muutosprosessi lähti liikkeelle hyvin nopeasti. Aika ideasta toteutuksen aloitukseen oli vain pari kuukautta. Muutos päätettiin toteuttaa samalla, kun uusi asiakastietojärjestelmä tuli käyttöön. Tämä osoittautui jälkikäteen huonoksi päätökseksi, koska asiakastietojärjestelmän muutos vaati paljon resursseja. Lopulta päästiin tilanteeseen, missä asiakas pääsi vastaanotolle noin kahden viikon kuluessa yhteydenotostaan. Lääkäreiden vastaanottokäynnit vähenivät 11 prosenttia verrattuna vuoden takaiseen tilanteeseen.

Kieli
suomi

Sivuja 44
Liitteet 5
Liitesivumäärä 6

Asiasanat
vastaanotto, muutos, johtaminen, kehittäminen, toimintatutkimus

**THESIS****April 2013****Degree Programme in Development
and Management of Social Services
and Health Care (Master's Degree)**

Tikkariinne 9

FI 80200 JOENSUU

FINLAND

tel. +358 50 405 4816

Author

Tanja Pesonen

Title

Changes in Appointment Making System in Primary Health Care

Commissioned by

Attendo Oy

Abstract

This thesis describes the process of change related to the appointment making system in primary health care. This process of change is based on the model of Good Access to Primary Health Care. The aim of the change was to reach a situation in which a patient gets an appointment with a doctor as soon as possible, even within five days after having contacted a health centre. Before the implementation of this change, the waiting time to see a doctor was about two to three weeks.

This model, Good Access to Primary Health Care, was applied in Southern Finland in Kaste Project, which is a National Development Programme for Social Welfare and Health Care. The process of change described in this thesis was not included in the above mentioned project, but the author received some guidance and measurement results from one health centre which participated in the project. Some basic ideas of the model of Good Access to Primary Health Care are: do today's work today, eliminate overlapping appointments, secure continuity and eliminate the classification between urgent and non-urgent care.

The process of change commenced very fast. The time span from the idea to the execution was only a couple of months. It was decided that the change will be executed simultaneously with the introduction of the new patient information system. Assessed afterwards, this was a bad decision, because the adoption process of a new information system requires a lot of resources. Eventually, patients were able to see a doctor within two weeks from their first contact. The number of visits reduced by 11 per cent as compared to the situation in the previous year.

Language

Finnish

Pages 44

Appendices 5

Pages of Appendices 6

Keywords

appointment, change, management, development, action research

Sisältö

1 JOHDANTO.....	5
2 PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTOIMINTA	6
2.1 Perusterveydenhuollon palveluiden järjestäminen	6
2.2 Vastaanottojen ajanvarauksen toimintatavat	8
2.3 Hyvä Vastaanotto -toimintamalli	9
2.3.1 Hyvä Vastaanotto -toimintamalli Ruotsissa ja Yhdysvalloissa.....	11
2.3.2 Hyvä Vastaanotto -toimintamallin kokemuksia Suomessa	12
3 MUUTOSPROSESSI.....	15
3.1 Muutosprosessin johtaminen ja hallinta.....	16
3.2 Viestintä muutosprosessissa johtamisen apuvälineenä	18
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ.....	19
5 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMISTYÖN LÄHESTYMISTAPANA.....	20
5.1 Kehittämistyön prosessi.....	22
5.2 Läpimurtotyöskentely kehittämisprosessissa.....	23
6 VASTAANOTTOTOIMINNAN KEHITTÄMISPROSESSI	25
6.1 Vastaanottotoiminnan muutoksen suunnittelu	26
6.2 Vastaanottotoiminnan muutoksen toteutus.....	28
6.3 Vastaanottomuutoksen tulokset ja arviointi	31
7 POHDINTA.....	34
7.1 Tulosten tarkastelu	35
7.2 Menetelmän tarkastelu	37
7.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	37
7.4 Johtopäätökset, kehittämistyön hyödynnettävyys sekä jatkokehittämis- haasteet.....	39
LÄHTEET	41

Liitteet

Liite 1	Tuloksia Suomen ja Ruotsin Hyvä Vastaanotto – toimintamallista
Liite 2	Ohjeistusta henkilökunnalle
Liite 3	Seinille laitetut ilmoitukset asiakkaille
Liite 4	Vastaanotoilla jaetut ohjeet asiakkaille
Liite 5	Lehdistötiedote

1 Johdanto

Terveysthuoltoon kritisoidaan usein huonosta palveluiden saatavuudesta. Asiakkaan näkökulmasta odotusaika lääkärin ja muiden terveysalan ammattilaisten vastaanotolle on usein kohtuuttoman pitkä, ja tästä seuraa tyytymättömyyttä ja epäluottamusta. Odottava asiakas ei istu hiljaa kotonaan, vaan käyttää odotusaikanaan muita terveydenhuollon resursseja, ja sen lisäksi odottaminen itsessään tuottaa kustannuksia yhteiskunnalle. (Nyström 2005; Strindhall & Henriks 2007, 16.)

Myös hoitohenkilökunta kokee pitkät odotusajat epätydyttävänä. Paljon aikaa kuluu turhaan jonojen järjestelyyn ja selittelyyn, miksi asiakas ei heti pääse vastaanotolle, sen sijaan, että henkilökunnan resurssit kohdennettaisiin suoraan hoitotyöhön. Henkilökunnan osaamista ei pystytä tai osata hyödyntää täysimääräisesti. Nykyisessä järjestelmässä olisi potentiaalia parempiin tuloksiin, parempaan resurssien hyödyntämiseen ja parempiin kehittymismahdollisuuksiin. (Nyström 2005; Strindhall & Henriks 2007, 16 - 17.)

Hyvä Vastaanotto -projektia on toteutettu vuoden 2010 alusta Etelä-Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) -hankkeen rahoittamana. Siinä tuodaan Ruotsista ja Yhdysvalloista uudenlaista ajattelutapaa suomalaiseen terveydenhuoltoon. Tavoitteena on, että tarpeen ja kysynnän välille ei kasvateta turhaa väliä, vaan kysyntään pyritään vastaamaan mahdollisimman nopeasti. (Espoo 2010.)

Opinnäytetyössäni kuvaan vastaanotto toiminnan muutosprosessin eräällä Itä-Suomen terveysasemalla. Muutospohja tukeutuu Kaste -hankkeen malliin Hyvästä Vastaanotosta sekä Yhdysvalloissa olevaan malliin kehittyneestä hoitoon pääsystä. Muutoksen kautta haluttiin päästä tilanteeseen, jossa asiakkaiden ei tarvitsisi odottaa hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen pääsyä lääkärille kahta kolmea viikkoa, vaan odotusaika lyhenisi alle viikkoon.

Opinnäytetyön tarkoituksena on parantaa asiakastyytyvää terveysasemalla helpottamalla hoitoon pääsyä. Opinnäytetyön tavoitteena on saada aikaiseksi muutos vastaanottotoiminnassa, joka mahdollistaa varhaisemman hoitoon pääsyn. Opinnäytetyön tehtävänä on Hyvä Vastaanotto -toiminnan soveltaminen omaan terveysaseman vastaanottotoimintaan ja kuvata muutosprosessi.

Toimintatutkimus -näkökulman valitsin aiheen käytännöllisyyden takia. Saaren (2007, 124) mukaan toimintatutkimusta voidaan käyttää käytännön tarkastamiseen ja sen avulla voidaan ymmärtää vanhojen rutiinien muuttamisen tarpeellisuus ja päästään kehittämään uusia toimintatapoja. Opinnäytetyössäni on pitkälti kyse vanhan toimintatavan uudelleen muokkaamisesta ja uusien lähestymistapojen löytämisestä ja kehittämisestä.

2 Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminta

Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja erilaisia palveluita. Näitä palveluita tuotetaan kunnan terveyskeskuksessa, joka yleensä on kuntalaisen lähin hoitopaikka. Terveyskeskuksen toimintoja voidaan jakaa terveysasemille, jotka tuottavat perusterveydenhuollon palveluita omalla alueellaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a.)

Terveysasemien vastaanottotoiminnan perustehtävä on luonteeltaan sekä ennaltaehkäisevää että sairaanhoidollista. Terveysasemilla välittömään asiakastyöhön sisältyy terveysasemakäyntien lisäksi puhelimesta ja sähköisen asiain yhteydessä toteutunut sairaanhoidollinen ja ennaltaehkäisevä terveysterveyspalvelu. (Kinnunen, Ryyänen, Taskinen & Kylänen 2010, 32.)

2.1 Perusterveydenhuollon palveluiden järjestäminen

Kansanterveyslain (66/1972) mukaan kunnan täytyy tarjota perusterveydenhuollon palveluita kuntalaisilleen. 1970 -luvulla pääperiaatteena oli, että terve-

yskeskusten väestöpohjana on vähintään 10 000 henkeä. Täyttääkseen väestöpohjavaateen pienet kunnat perustivat kuntayhtymiä. (Kokko, Heinämäki, Tynkkynen, Haverinen, Kaskisaari, Pekurinen & Tammelin 2009, 15-17.) Vuoden 1993 valtiosuusuudistus muutti valtion ja kuntien välistä valtasuhdetta kuntien hyväksi. Kunnat alkoivat saada valtiolta yleistä toiminta-avustusta entisten tiukasti eri toimintoihin jaettujen rahojen sijaan. (Virtanen 2000, 385.) Vuonna 2007 voimaan tullut kunta- ja palvelurakennemuutos määräsi terveydenhuollon väestöpohjaksi 20 000 henkeä. Tämän saavuttaakseen kuntien täytyi muodostaa kuntaliitos tai muodostaa yhteistoiminta-alue toisten kuntien kanssa vuoden 2014 loppuun mennessä. (Kokko ym. 2009, 15-17; Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta.)

Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät viidellä tavalla. Kunta voi joko 1) hoitaa ne itse, 2) sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, 3) olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, 4) hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai 5) antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta.)

Päävastuu perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisestä on kunnilla, mutta ne voivat päättää, kuinka niitä järjestetään. Osa kunnista järjestää palvelut itse, mutta osa on ulkoistanut palveluiden tuotantoa. (Järvelin 2002, 17-22.) Vuonna 2009 Suomessa oli toiminnaltaan ulkoistettuja terveysasemia 37, mikä vastasi 400 000 asukkaan väestöä ympäri Suomea (Mikkola & Tuovinen 2010, 19), ja vuoden 2012 toukokuussa ulkoistettuja terveysasemia oli 38 (Vaara & Mikkola 2012, 2143). Määrä on pysynyt siis samalla tasolla. Kaikkiaan terveyskeskuksia Manner-Suomen alueella oli vuoden 2009 lopussa 197 ja vuonna 2012 enää 154. Vuonna 2009 väestöpohjaltaan alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksia oli 122 ja yli 20 000 asukkaan 72, kun vuonna 2012 alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksia oli enää 77 ja yli 20 000 asukkaan 77. (Kuntaliitto 2009; 2012.)

Ulkoistaminen tulee kuitenkin erottaa yksityistämisestä. Yksityistämisessä kaikki toiminnot ja omaisuus siirtyvät myynnissä yksityiseen omistukseen. Ulkoistamisessa kyse on tietyn toiminnon siirtämisestä ulkopuolisen toiminnanohjauksen alaisuuteen. (Fredriksson & Martikainen 2006,13.)

Komulaisen (2010, 9) mukaan ulkoistaminen voidaan jakaa eri tasoihin. *Kokonaisulkoistamisessa* palveluiden tuottaminen annetaan kokonaan ulkopuoliselle toimijalle. Palvelun tuottaja on oikeustoimikelpoinen ja itsenäinen toimija. *Osa-alueen ulkoistamisessa* on yleensä kyse toiminnallisesti ja oikeudellisesti erotettavan kokonaisuuden antamisesta ulkopuoliselle tuottajalle. *Osittaisulkoistamisessa* kunta tuottaa palvelua yhdessä ulkopuolisen tuottajan kanssa. Palveluntuottajan ei kuitenkaan tarvitse olla itsenäinen orgaani, vaan riittää, että se on toiminnallisesti ja taloudellisesti erillinen ja itsenäinen yksikkö.

Terveysasema, missä vastaanotto toiminnan muutos toteutettiin, oli kokonaan ulkoistettu. Terveysasema toimii kunnassa, missä kokonaisväestöpohja terveyskeskuksen alueella on yli 20 000 ja kyseessä olevan terveysaseman väestöpohja on noin 18 000.

2.2 Vastaanottojen ajanvarauksen toimintatavat

Perinteisesti terveyskeskuksen lääkärin vastaanotto on toiminut siten, että lääkäri ottaa tunnin aikana vastaan kolme asiakasta. Päivystysasiakkaat menevät päivystykseen, joka toimii myös niin kutsuttuna ylivuotoastiana niille asiakkaille, jotka eivät saa vastaanottoaikaa lääkärille. (Kinnunen ym. 2010, 9.) Tällaisessa *Perinteisessä mallissa* ajanvarauskirjat ovat täynnä viikkojen päähän, odotusaika jatkokäynnille on pitkä, asiakkaat ovat tyytymättömiä ja työntekijät stressaantuneita (Murray & Berwick 2003, 1036-1037). Kyseessä oleva järjestelmä ei pysty käsittelemään riittävän nopeasti asiakasvirtaa, sillä perusterveydenhuollon tulisi hoitaa suurin osa asiakkaista 24 tunnin aikana. Lääketieteellinen tiedonhallinta ei ole myöskään riittävää. Järjestelmä mahdollistaa lähinnä sairauksien ennaltaehkäisyä, ja lääkärin rooli on usein passiivinen, asiakkaaksi ilmoitautuneiden vastaanottaja, sen sijaan, että toimisi aktiivisesti väestön terveysongelmien käsittelijänä. (Kinnunen ym. 2010, 10.)

Vastaanotolla voi olla käytössä myös *carve out -malli*. Siinä ajanvarauskirjat ovat täynnä, lisäkapasiteettia saadaan lisäämällä työaikoja, pyritään selviämään vain päivittäisestä kysynnästä, ja osa ajoista on varattu kiireettömille ja osa kiireellisille asiakkaille. Tässä mallissa asiakas voi päästä kiiretapauksessa lääkärin vastaanotolle, mutta lääkäri ei välttämättä ole ennestään tuttu. Jatkuvuus ei ole turvattu. (Murray & Berwick 2003, 1036 - 1037.) *Edistyksellisessä saatavuusmallissa* ei ole erillisiä ajanvarausmalleja, kysynnän ohjausta on tehostettu ja vastaanoton laatua on parannettu, jonoja vastaanotolle ei ole ja työntekijät ja asiakkaat ovat tyytyväisempiä. (Murray & Berwick 2003, 1036 - 1037.)

Terveysasema, missä vastaanottotoiminnan muutos toteutettiin, oli *carve out* -mallin mukainen. Ajanvarauskirjat olivat varattuja jopa kuukauden päähän, ja lisääaikoja saatiin lisäämällä tarvittaessa työaikaa. Terveysasemalla oli tehty jaottelu kiireettömän ja kiireellisen hoidon saannin välille.

2.3 Hyvä Vastaanotto -toimintamalli

Hyvä Vastaanotto -toimintamalli perustuu edistykselliseen hoidon saatavuusmalliin. Se tähtää siihen, että asiakas saa tavata lääkärin tai hoitajan silloin, kun hän sitä tarvitsee. Sen tunnuspiirteenä on, että tämän päivän työt tehdään tänään, yhdelle ajalle varataan vain yksi asiakas, hoidon jatkuvuus turvataan sekä lääkärille että hoitajalle, ajanvarausaikoja on luokiteltu mahdollisimman vähän ja jakoa kiireelliseen ja kiireettömän hoidontarpeeseen ei ole tehty. (Silvester, Lendon, Bevan, Steyn & Walley 2004, 4; Murray & Berwick 2003, 1040.)

Yksi perusasioista Hyvä Vastaanotto -toimintamallin ja paremman saatavuuden saavuttamisen kannalta on luoda tasapaino kysynnän ja tarjonnan välillä. Tasapaino pitää saavuttaa sekä pitkällä tähtäimellä että päivittäisessä suunnittelussa. Kapasiteetti, joka sisältää tarjolla olevan palvelun ja kysynnän välisen tasapainon, vaikuttaa ratkaisevasti siihen, miten hyvin muita tarpeellisia parannuksia voidaan saada aikaiseksi toiminnassa. Ellei tasapaino ole kohdallaan, sillä on välittömästi negatiivisia vaikutuksia sekä asiakkaalle että henkilöstölle. Asiakkaat joutuvat odottamaan, ja henkilöstö stressaantuu. Hoidon jatkuvuus ja laatu heikkenevät. (Murray & Berwick 2003, 1038.)

Kun odotusajat pitenevät, ajanvarauskirjoissa tulee päällekkäisvarauksia ja työpaineet kasvavat, tuntuu luontevalta vaatia toimintaan lisää resursseja. Lisäresursointi on yleisratkaisu, joka joskus on tarpeellinen ja oikea ratkaisu, mutta joka usein piilottaa tehottomat työrutiinit, jotka vievät resursseja eivätkä tuota lisäarvoa asiakkaalle. (Murray & Berwick 2003, 1038-1039.)

Saatavuuden ongelmat ovat pohjimmiltaan systeemiongelmia. Systeemi pyrkii tasapainoon. Suurin osa systeemeistämme on tasapainossa, mutta monin paikoin tämän seurauksena ovat pitkät odotusajat ja jonot. Odotusajat aiheuttavat lisätyötä. Asiakkaat, jotka odottavat vuoroaan ja joilla on hoidon tarve, eivät odota passiivisina, vaan soittelevat, yrittävät löytää kanavaa päästä nopeammin vastaanotoille ja ovat tyytymättömiä. Kaikki tämä vie voimavaroja toiminnasta ja lopulta toisilta asiakkailta. Toinen seuraus on se, että mitä pidemmät odotusajat ovat, sitä todennäköisempää on, että asiakas jättää tulematta varatulle ajalle. (Murray & Berwick 2003, 1035-1036.)

Helppointa on aloittaa muutos lisäämällä omaa ymmärrystä toiminnastaan ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tämä voidaan tehdä kartoittamalla toimintaa ja keräämällä tietoja. Tärkeimpiä mittausalueita ovat päivittäinen kysyntä, vastaanoton saavutettavuus, kolmas varattavissa oleva aika, jatkuvuus ja odotuslistoilla olevien asiakkaiden määrä. Usein tiedot saadaan helposti tilastoinneista ja asiakastietojärjestelmistä. Kun tieto on saatu, sitä pitää verrata siihen, mitä tällä hetkellä tarjotaan ja kuinka se vastaa kysynnän määrään. Sen kautta voidaan määritellä, missä niin kutsutut pullonkaulat ovat ja tarttua niihin. Voidaan miettiä uudestaan esimerkiksi vastaanottoa systemaattisemmaksi uudistamalla hoitoisuusluokitusta ja järkeistämällä toimistoaikaa suhteessa vastaanottotyöhön. (Murray, Bodenheimer, Rittenhouse & Grumbach 2003, 1046.)

Hyvä hoidon saatavuus voidaan taata vain, jos kysyntä ja kapasiteetti ovat tasapainossa ja jos tämän päivän työt tehdään tänään. Se tarkoittaa sitä, että jonot on purettu ja päivittäistä ja viikoittaista kysynnän vaihtelua on opittu käsittelemään. (Murray & Berwick 2003, 1038.)

2.3.1 Hyvä Vastaanotto -toimintamalli Ruotsissa ja Yhdysvalloissa

Hyvä Vastaanotto -toimintamalli tyypeistä työskentelytapaa (Open access, Advanced access, Breakthrough Collaboratives) on arvioitu ja tutkittu maailmalla. Yhdysvalloissa toimintatapa on ollut käytössä paikoittain yli kymmenen vuoden ajan. Ruotsissa käsite tunnetaan nimellä Bra Mottagning ja toimintamalli on aloittanut ensimmäisenä Jönköpingin maakäräjien alaisuudessa vuonna 1999 (Strindhall & Henriks 2007,16).

Södra Torgets vårdcentral Boråsissa on terveysasema, joka hoitaa väestöpohjaltaan noin 9 800 asukkaan kokoista aluetta. Hyvä Vastaanotto muutos tehtiin vuosina 2003 - 2004. Tuolla ajanjaksolla odotusaika lääkärin vastaanotolle putosi yli 40 päivästä noin viiteen päivään. Muutos mahdollistui ruuhkanpurulla ennen muutosta ja ajanvaraussysteemin uudistamisella sekä hyvällä tiedottamisella asiakkaille. (Kamf, Krook, Zuif, Olsson & Odqvist 2004.)

Hageby vårdcentral hoitaa väestöpohjaltaan noin 18 500 hengen aluetta. Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutos toteutui syksyn 2006 ja 2007 välillä. Ennen muutosta lääkäreiden ajanvaraus ja soittokirjat olivat varattuja niin, että viikoittain noin 200 asiakasta jäi ilman vastaanottoaikaa ja useita hoitajia irtisanoutui. Muutoksen myötä työilmapiiri on parantunut, ja lääkäreitä tarvitaan vähemmän. Tähän on päästy purkamalla ruuhka, ja muuttamalla ajanvarauskirjojen rakennetta sekä yleisiä toimintatapoja. (Lövbom, Maxeby, Andersson, Hellman, Ragnsäter & Gernant-Bark 2007.)

Ruotsalaisten yli 10 vuoden kokemuksen mukaan uuden ajattelutavan ja uusien toimintatapojen käyttöönotto vie aikaa, ja se voi alkuun olla rankkaa, mutta tulokset palkitsevat. Työskentely on innostavaa, ja ajoittaista turhautumista ei pidä pelästyä. Sille, joka haluaa vaikuttaa työssä viihtymiseen ja lyhentää asiakkaiden odotusaikoja ja parantaa hoidon laatua, tämä työskentely on vaivan arvoisen. (Bra mottagning 2010, 21.)

Yhdysvalloissa tehty tapaustutkimus tuo esille seikkoja, joihin huomiota kiinnittämällä vastaanotto toiminnan muutos on mahdollista toteuttaa onnistuneesti. Tutkimukseen oli valittu 85 asemaa, joissa oli otettu Hyvä Vastaanotto -

toimintamalli käyttöön tai suunniteltu sen käyttöön ottamista. Näistä 23:n johtajia tai lääkäreitä haastateltiin. Haastateltavat valittiin sijainnin, maalais - kaupunki asetelman, koon ja toimintamuodon perusteella. Näistä 15 sijaitti kaupungissa ja kahdeksan maaseudulla. (Murray ym. 2003, 1042 - 1043.)

Tämän tutkimuksen pohjalta nostettiin esille seuraavia asioita. Onnistunut vastaanoton muutos vaatii kysynnän ja tarjonnan määrän selvittämisen ja kykyä yhdistellä nämä asiat päivittäin. Tällainen toiminta ei ole niin kuormittavaa kuin tupla-ajanvaraukset vastaanotoille tai päivien kaaosmaisuuksuus. Tiettyjä toimintoja on siirretty lääkäreiltä muille vastaanoton työntekijöille. Lääkäreiden motivointi muutokseen on hankalampaa kuin henkilökunnan, joka antaa aikoja lääkäreille, koska tulokset ja vaikuttavuus lääkäreiden päivän kulkuun näkyvät pidemmällä viiveellä. Pienemmillä asemilla muutos onnistuu yleensä helpommin kuin isoissa keskuksissa. Haastatteluissa huomattiin kaksi isoa ”kompastuskiveä” muutoksen toteuttamiseen: lääkäreiden tahto näin isoon muutokseen ja johdon huono sitoutuvuus. Toimintatapa ei nosta, vastoin yleistä ajatusta, työmäärää, vaan on todettu, että vastaanottokäynnit ovat laskeneet jopa 10 prosenttia. (Murray ym. 2003, 1042,1045.)

2.3.2 Hyvä Vastaanotto -toimintamallin kokemuksia Suomessa

Ruotsissa ja Suomessa metodi viedä muutos läpi on ollut samankaltainen. Suomeen Hyvä Vastaanotto -konsepti on kopioitu Ruotsista. Hyvä Vastaanotto -toimintamallin toteuttamiseen on osallistunut sekä kuntien omia terveysasemia että ulkoistettuja terveysasemia Etelä-Suomen alueelta (Etelä-Suomen kuntien yhteinen Kaste-hanke 2010 - 2012). Suomessa hanke on toteutettu sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehitysohjelman (Kaste) 2008 - 2011 alla. Kaste on strateginen ohjausväline, jolla johdetaan ja uudistetaan suomalaista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Sen organisaatioon kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta sekä sen alainen johtoryhmä ja viisi alueellista johtoryhmää. Niiden tehtävänä on valmistella ja toimeenpanna hankkeita. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

Seuraavaksi on käsitelty muutamia Hyvä Vastaanotto -toimintamalli hankkeen loppuraportteja Suomesta. Liitteeksi (1) olen koonnut yhteen Suomen ja Ruotsin Hyvä Vastaanotto -toimintamallin loppuraporteista koosteen.

Siuntion terveysasemalla Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutos toteutettiin vuonna 2010. Väestöpohja alueella on noin 6 000. Ennen toimintatavan muutosta jonotusaika lääkärin vastaanotolle oli 35 päivää. Puoli vuotta aloituksen jälkeen jonotusaika lääkärille oli alle 10 päivää, pääsääntöisesti alle viisi päivää. Muutoksen mahdollisti ruuhkan purkaminen pois ennen muutoksen aloitusta muuttamalla lääkäreiden työohjelmia, tiedottamalla hyvin asiakkaita ja parantamalla puhelimeen vastaamista sekä lisäksi tehokkaampi hoidon tarpeen arviointi. Asiakkaita ohjataan hoitajan vastaanoton kautta lääkärille, ja hoitajille on luotu konsultaatiomahdollisuudet päivittäin lääkärille. On vähennetty toimisto- ja kokousaikaa kiireaikana, mutta kuitenkin on pidetty kiinni säännöllisistä henkilökuntapalavereista. (Grotell, Kallionpää, Lindholm, Luuppala, Seijo, Wasström & Österman 2010.)

Karhulan terveysasemalla Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutos toteutettiin vuonna 2010. Väestöpohja alueella on noin 24 000. Edeltävästi jonotusaika lääkärin vastaanotolle oli noin 25 päivää, ja muutoksen myötä jonotusaika lyheni viiteen päivään. Muutoksen mahdollistivat ajanvarausmallien vähentäminen, tarkka hoidon tarpeen arviointi ja asiakkaiden puhelinsaataavuuden parantaminen. Muutoksen myötä peruuttamattomat poisjäännit loppuivat lähes kokonaan. (Lahti, Lindahl-Malin, Koivisto, Nortamaa & Varilo 2010.)

Kirkkonummen terveysasemalla Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutos tehtiin syksyn 2010 ja 2011 välisenä aikana. Väestöpohja alueella on noin 21 000. Ennen muutosta jonotusaika lääkärin vastaanotolle oli kahdesta kolmeen viikkoa, terveysasemalle ei saanut kunnolla puhelimitse yhteyttä ja hoitajien vastaanottoa ei täysin hyödynnetty. Muutokseen päästiin järjestämällä työohjelmat niin, että alkuvuodesta oli vastaanottoaikoja enemmän ja kokoukset ja koulutukset keskitettiin viikon loppupuolelle. Hoitaja - lääkäri -konsultaatiota parannettiin päivystyksessä. Uusi puhelinjärjestelmä takaisinsoittomahdollisuudella paransi puhelinsaataavuutta, samoin kuin hoitajien töiden järjestely niin, että mahdolli-

simman moni pystyi olemaan puhelimessa kiireaikoina. (Stucki-Tikkanen, Lemström, Aronen, Hilander, Hintikka & Stenqvist 2011.)

Kalajärven terveysasemalla Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutos tehtiin syksyn 2010 ja 2011 välillä. Väestöpohja alueella on noin 11 000. Jonotusaika lääkärin vastaanotolle oli ennen muutosta noin 42 päivää eli noin 6 viikkoa. Yhteyttä terveysasemalle ei saanut kunnolla puhelimitse. Muutoksen jälkeen puhelinsaataavuus on parantunut uuden puhelintietojärjestelmän avulla, ja lääkäreiden vastaanotolta on saatu painetta pois ohjaamalla hoitajien vastaanotoille pitkäaikaissairaita ja fysioterapeutille selkäsairaita. Ajanvarauskirjoja on myös muutettu niin sanottuun blokki -malliin, jossa asiakaskohtaisesti antaja määrittää tarvittun ajan pituuden: 15 minuuttia, puoli tuntia tai 45 minuuttia. Kuitenkin lääkärin ajanvarauksen jonot ovat jälleen pidentyneet alun laskun jälkeen takaisin lähes lähtötasolle. Tämä selittyy osin lääkärivajeella ja ruuhkien purkamattomuudella. (Lahtonen, Saarela, Kaski, Loponen & Ilvonen 2011.)

Tikkurilan terveysasemalla Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutos tehtiin syksyn 2010 ja 2011 välillä. Väestöpohja terveysaseman alueella on noin 52 000. Ennen muutosta jonotusaika lääkärin vastaanotolle oli reilun kuukauden, ja se oli tavoitteena saada laskemaan alle kahteen viikkoon. Lisäksi tavoitteena oli pystyä vastaamaan 80 prosenttiin puheluista. Muutoksen myötä puhelinaikoja ohjeistettiin asiakkaille ja kiireisimpiin aikoihin lisättiin henkilökuntaa vastaamaan puheluihin. Lääkäreiden ajanvarausmalleja vähennettiin ja heitä ohjeistettiin luomaan omiin ajanvarauskirjoihin tietty määrä kiireettömiä vastaanottoaikoja. Mittausaikana lääkärin jonot lyhenivät 22 päivään, mutta tavoitteeseen ei päästy. Myös vastausprosentti puheluissa ei ollut tavoitteessa. Jatkossa hoitajat saavat hoidon tarpeen arviointiin koulutusta. (Dahlström, Lindholm, Lindqvist, Kiikeri, Koskelainen, Mäkelä, Partanen, Puttonen & Roth 2011.) Tulokset sekä Yhdysvalloissa että Ruotsissa ja Suomessa ovat olleet rohkaisevia ja antavat viitettä siihen, että toimintatavoissa on paljon kehitettävää ja muutoksella saadaan aikaan pysyviä, parempia muutoksia.

3 Muutosprosessi

Muutos on jatkuvaa ja luonteva osa organisaatioiden ja yksilöiden arkea (Virtanen & Wennberg 2005, 72; Ponteva 2010, 9). Muutoksen lähtökohtana on yrityksen omassa toiminnassa havaittu muutostarve (Luomala 2008, 4).

Työntekijän kannalta muutos on tullut työhön pysyväksi ilmiöksi. Ennen riitti, kun työn teki loppuun, mutta nykyisin pitää työskennellä työtä ja itseään kehittäen. Joillekin tämä sopii hyvin, mutta jotkut kokevat jatkuvan oppimisen ja muutoksen raskaana. Työtehtävien laajentuminen ja tavoitteiden monipuolistuminen on työntekijälle kaksitahoinen asia. Ongelma voi tulla siitä, jos uudet tehtävät eivät poista vanhoja, vaan tulevat näiden lisäksi. Jos tähän liittyy vielä epäsuhta henkilöstömäärän ja työmäärän välillä, tilanne on hankala. (Järvensivu 2010, 53 - 56.)

Jokainen muutos on erilainen ja näyttäytyy eri tavalla eri henkilöille. Johtoryhmän jäsen kokee muutoksen eri tavalla kuin yksilö, jota muutos konkreettisesti koskettaa. Muutoksessa yksilö joutuu muuttamaan työskentelytapojaan tai totuttelemaan uuteen toimintakulttuuriin. (Ponteva 2010, 9; Luomala 2008, 17.)

Muutosprosessin tulisi pohjautua reflektioon. Tällä tarkoitetaan sitä, että toimijoiden tulee ymmärtää, millaisesta muutoksesta on kyse, missä muutoksen toteutuksessa mennään ja kyettävä kriittisesti kyseenalaistamaan oma toimintansa. Sillä pyritään henkilökohtaisen ja organisaation toiminnan kriittiseen tarkasteluun, oppimiskokemuksiin ja entisen toiminnan kyseenalaistamiseen. Reflektion kautta mahdollistuu yksilön, tiimien ja koko organisaation ideoiden ja kokemusten kriittinen tarkastelu. (Stenvall & Virtanen 2007, 12.)

Saadakseen aikaan onnistuneen muutosprosessin työntekijöiden täytyy sitoutua muutokseen. Helpoimmin se onnistuu silloin, kun henkilöstö on samaa mieltä muutoksen tarpeellisuudesta. Henkilöstön yhteinen havainto vaadittavasta muutoksesta ja tulkinta ongelman tai huolen perusteista on välttämätön. Yksilötasolla prosessi etenee ongelman kohtaamisesta asian selkiyttämiseen ja kirkastamiseen ja niiden kautta muutokseen. Jokainen käy läpi yksin tai yhdessä mui-

den kanssa muutokselle välttämättömät epäilyt, vertailun, mahdollisuudet ja uhkatekijät. Tätä kautta muutos kohdataan joko pakonomaisesti, mukautuen tai ajatellen sen olevan uusi mahdollisuus. (Stenvall & Virtanen 2007, 97 - 98; Luomala 2008, 14 - 15.)

Muutosvastarinta on yleistä muutosprosesseissa. Se voi kohdistua moniin asioihin, esimerkiksi muutoksen sisältöön tai omaan asemaan. Oman aseman muuttuminen muutosprosessissa voi aiheuttaa vastarintaa itse muutoksen sisältöä kohtaan, vaikka muutos itsessään olisi muuten positiivinen asia. (Stenvall & Virtanen 2007, 100; Luomala 2008, 16 - 17.)

Muutosvastarinta ei välttämättä ole aina negatiivinen asia. Se voidaan nähdä myös positiivisen puolen kautta. Muutosvastarinta kertoo siitä, että muutos on vaikuttava. Monesti vastustetaan sellaisia asioita, jotka vaativat uudistamista ja edellyttävät luopumista vanhasta. Tämä kertoo reflektiivisestä kyseenalaistamisesta ja muutosdynamikasta. Toiseksi muutosvastarinta kertoo sitoutumisesta. Muutosta vastustavat henkilöt haluavat pitää kiinni jostain itselleen tärkeästä asiasta. Kolmanneksi muutosvastarinta voi olla oikeasti uuden luomisen lähtökohta. Vastustuksen kautta voi nousta esille asioita, joita hyödyntäen muutoksen laatu voi parantua. Muutosvastarinta voi esiintyä yksilön tasolla avoimena kielteisyytenä, aggressiivisuutena tai mitään tekemättömyytenä. (Stenvall & Virtanen 2007, 100 - 101.)

3.1 Muutosprosessin johtaminen ja hallinta

Isoja ja pieniä muutoksia tapahtuu yrityksessä jatkuvasti. Täytyy siis miettiä onko syytä enää puhua erikseen muutoksen johtamisesta johtamisen osa-alueena. Kehittyminen ja uudistaminen ovat jatkuvasti läsnä organisaation arjessa. Muutokset eivät ole välttämättä selkeitä tai rajattuja ja loogisesti eteneviä. Näin ajatellen päivittäisjohtaminen ja muutosjohtamisen erottaminen toisistaan ei tunnu kovin loogiselta. Organisaation muutoskyvykkyys perustuu siihen, että muutoksen johtaminen ymmärretään kokonaisvaltaisena osana kaikkea arjessa tapahtuvaa toimintaa. (Aarnikoivu 2008, 163.)

Muutoksen vastuu on kuitenkin yleensä johtajalla. Hänen vastuullaan on päivittäisjohtaminen ja muutoksen kokonaisuuden hallinta sekä ihmisten että asioiden osalta. Hän tekee muutosprosessin suunnitelman, joka pitää sisällään tavoitteet, ympäristön, riskianalyysin, toiminnan kuvauksen, aikataulutuksen, resursoinnin ja budjetoinnin. Lisäksi hänen tulee toimia niin sanottuna moottorina. Hän innoittaa muita ja on esimerkkinä omalla toiminnallaan. Johtaja luo kuvan kokonaisuudesta siten, että kaikilla osallistujilla on mahdollisimman yhtenäinen kuva, mitä on tapahtumassa. Johtaja toimii myös arvioijana. Arvioinnin tulee olla tasapuolinen ja objektiivinen sekä analyttinen ja pysyvä tosiasioissa. Kaiken tämän toiminnan pohjalla on johtajan kyky vaikuttaa, vakuuttaa, kuunnella, innostaa, ratkoa ongelmia, työskennellä ryhmässä ja olla luova. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011, 95 - 97; Aarnikoivu 2008, 170 - 171.)

Muutoksen johtaminen on helpompaa, kun se perustuu luotettavaan tietoon ja näyttöön muutoksen tarpeesta, toteutuksesta ja toteutuksen tuomista positiivisista vaikutuksista. Tieto siis mahdollistaa muutoksen. Muutosprosessin tulee olla sarja, jossa eri vaiheiden aikana ohjausta koskeva päätöksenteko perustuu tietoon ja konkreettiseen näyttöön siitä, miltä muutos ilmiönä näyttää. Konkreettisesti muutosjohtajan tulee miettiä, millaista tietoa muutoksen toteutuksen aikana kannattaa kerätä, kenen mielipiteillä on merkitystä muutoksen vaikutuksia arvioitaessa ja millainen tieto on luotettavaa, kun muistetaan, että kyse on näyttöön perustuvasta muutosjohtamisesta. (Stenvall & Virtanen 2007, 15 - 16.)

Muutoksen johtamisen haasteena on sopeuttaa päivittäinen työnteko ja muutos. Muutoksen aiheuttamat työt pitäisi saada kytkettyä luontevaksi osaksi päivittäistä perustyötä. Tämä on siis ennen kaikkea resursointi kysymys. Lisäksi henkilöstö pitää saada sitoutumaan muutokseen eli motivoitua kunnolla. (Paasivaara ym. 2011, 94.)

Muutosjohtajalta vaaditaan myös tiettyjä ominaisuuksia. Hänen tulee olla vastuuta kantava yleisjohtaja. Hänellä on vastuu uuden toimintatavan syntymisestä, käynnistämisestä ja seurannasta. Hän kykenee itsehillintään ja -hallintaan. Hän pystyy siis suhtautumaan esiin nouseviin asioihin realistisesti ja objektiivisesti, olemaan omat tunteensa hallitseva. Muutosjohtaja on myös läsnä. Hän on kiinnostunut tavoitteista ja niiden toteutumisesta. Hänen tulee tarttua nopeasti on-

gelmiin ja eteen tuleviin mahdollisuuksiin. Hän laittaa ”itsensä likoon” ja johtaa esimerkillään. Lisäksi muutosjohtaja on valmentava ja mahdollistava johtaja. Hän huolehtii, että henkilöstön suorituskyky ja osaaminen kehittyvät muutoksen myötä. (Stenvall & Virtanen 2007, 105 - 106; Syväjärvi, Perttula, Stenvall, Majoinen & Vakkala 2007, 10 - 11.)

Muutokset ovat välttämättömiä organisaatioiden olemassaololle. Toimintakykyisen organisaation on oltava jatkuvasti liikkeessä. Muutoksen hallinnan kannalta on oleellista ymmärtää, mitä organisaatiossa tapahtuu muutosprosessin aikana. Organisaatioilla on historiansa, ja aikaisemmat kokemukset ovat vaikuttamassa seuraaviin. Tästä johtuen taitava muutosjohtaja reflektoi mennyttä ymmärtääkseen organisaatiossa olevia rajoituksia ja luodakseen edellytyksiä tulevaisuudelle. (Stenvall & Virtanen 2007, 43.)

3.2 Viestintä muutosprosessissa johtamisen apuvälineenä

Muutosprosessin onnistumisen kannalta oleellista on myös avoin kommunikaatio ja luottamus (Paasivaara ym. 2011, 83; Stenvall & Virtanen 2007, 13 - 14). Nämä ovat tärkeitä osa-alueita myös työhyvinvoinnin kannalta. Organisaatiomuutoksessa työhyvinvointi on yksi tärkeimmistä näkökulmista. Organisaatiota ei voi saada toimimaan tehokkaammin, elleivät toimijat tee työtään tehokkaammin ja tiedosta virheitään oppimisen lähteiksi. Virheiden havainnointi ja korjaaminen ovat kulmakiviä työoppimisessa. Tätä kautta yksilö ja työyhteisö ovat se maaperä, missä muutosten onnistuminen mitataan. (Stenvall & Virtanen 2007, 13 - 14.)

Ilman viestintää ei voi johtaa. Muutostilanteessa viestimisen ja johtamisen yhdistäminen on normaalitilannetta tärkeämpää. Monesti muutostilanteessa viestintä pelkistyy suppeaksi toimintatavaksi, joka on virheellinen toimintatapa. Viestintä on yksi kriittinen tekijä jatkuvuuden ja menestymisen kannalta muutostilanteessa. Kyse onkin usein siitä, kuinka hyvin monimutkaiset asiat saadaan kommunikoitua ymmärrettävästi. (Stenvall & Virtanen 2007, 60 - 61; Juuti & Virtanen 2009, 104.)

Dialoginen yhteistyöviestintä on pohja hedelmälliseen viestintätapaan. Siinä viestintä on kaksisuuntaista, ja viestinnän avulla luodaan muutosta koskevia merkityksiä yhdessä koko työyhteisön kanssa. Tätä kautta muutoshankkeen läpivieminen on helpompaa. (Stenvall & Virtanen 2007, 62 - 63; Luomala 2008, 10 – 12.) Pelkkä muutosta koskeva tiedon siirtäminen ei ole riittävää muutosprosessin aikana, vaan tietoa pitää jäsentää, muokata ja tuottaa. Näin tieto muutoksen syistä, toteutustavoista ja oletetuista vaikutuksista on ymmärrettävämpää. (Stenvall & Virtanen 2007, 64.)

Muutostilanteissa viestintä antaa mahdollisuuden epäselvyyksien ja epätietoisuutta vahvistavien asioiden yhdessä pohtimiseen ja jäsentämiseen. Tavallinen ongelma on, että johtaja kertoo vain suurista linjoista ja uudistuksen periaatteista. Näin ollen muutos jää henkilöstölle etäiseksi, koska heitä koskevia tärkeitä asioita ei käsitellä. Yhdessä tulee käsitellä myös päivittäiseen työntekoon vaikuttavia asioita ja todeta myös ne asiat, joihin johtajakaan ei vielä tiedä vastauksia. (Stenvall & Virtanen 2007, 64.)

Viestintää tulee ajatella enemmän lopputuloksen kannalta. Sillä on vaikutusta muutoksen toteuttamisessa, mutta myös suuri vaikutus yrityksen maineeseen ja identiteettiin. Käsitys toiminnan avoimuudesta, organisaation hierarkkisuudesta ja miten henkilöstölle tärkeät asiat otetaan huomioon, vaikuttavat organisaation arjessa vielä pitkään muutoksen toteutuksen jälkeenkin. (Stenvall & Virtanen 2007, 65.)

4 Kehittämistyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Kehittämistyön tarkoituksena on parantaa asiakastytyvääsyyttä terveysasemalla helpottamalla asiakkaiden hoitoon pääsyä. Tähän pyritään pääsemään oikealla hoidon tarpeen arvioinnilla ja oikeanlaisella resursoinnilla.

Kehittämistyön tavoitteena on saada aikaiseksi muutos vastaanotto toiminnassa niin, että asiakkaat pääsevät helpommin hoitoon. Tähän päästään muuttamalla sekä lääkäreiden että hoitajien ajanvarauskirjoja tarkoitusta vastaavammaksi,

suunnitteleamalla viikoittainen työohjelma vastaamaan paremmin kysyntää ja ennakoimalla tulevia ruuhka-aikoja.

Kehittämistyön tehtävänä on Hyvä Vastaanotto -toimintamallin soveltaminen omaan toimintaan ja kuvata muutosprosessi. Oikealla resursoinnilla pystytään vaikuttamaan hoidon saatavuuteen paljon ja tätä kautta asiakastyytyvyyteen.

5 Toimintatutkimus kehittämistyön lähestymistapana

Yleisellä tasolla toimintatutkimus voidaan määritellä tutkimukseksi, joka perustuu tutkittavien osallisuuteen ja on suuntautunut ongelmien ratkaisuun. Se on kiinnostunut siitä, miten asioiden tulisi olla, ei miten ne ovat. Tutkimuskohteena voi olla mikä tahansa käytännön elämän ongelma. Toimintatutkimuksen luonne on soveltava ja kehittävä. Siinä käytetään hyväksi perustutkimuksen tuottamaa tietoa käytäntöjen toiminnasta ja samalla pyritään kehittämään käytäntöjä palvelemaan paremmin yhteisöä. Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua, osallistuvaa ja itseään tarkkailevaa. (Kuusela 2005, 16, 22; Kuusela 2006; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti. 2009, 58 - 60; Metsämuuronen 2006, 234 - 238.)

Toimintatutkimus prosessina on sosiaalinen, osallistava, reflektiivinen, käytännönläheinen sekä interventioon perustuva. Toimintatutkimuksessa toimintaa kehitetään tiedon avulla, ja tietoa hankitaan toiminnan kehittämisen kautta. (Heikkinen 2006, 16 - 17, 27 - 37; Meyer 2006, 274 – 276.)

Toimintatutkimuksen luonnetta kuvaa hyvin spiraalimalli, jossa kehät seuraavat toisiaan. Toimintatutkimuksen sykli muodostuu havainnoinnin ja toteutuksen sekä sitä käsittelevän suunnittelun ja arvioinnin välisestä vuorovaikutuksesta. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007; 78 - 82; Toikko & Rantanen 2009, 66.) Kehittämisprosessin aikaiset havainnot ohjaavat tutkimusprosessia, joten toimintatutkimuksellista tutkimusprosessia ei voi tarkasti ennalta suunnitella (Heikkinen & Rovio 2007, 126 - 127; Meyer 2006, 282; Toikko & Rantanen 2009, 10, 30).

Toimintatutkimus lähtee liikkeelle tutkimuksen kohteena olevan toiminnan kuvauksesta, jossa painopiste on tutkijan ja kohteen välisessä yhteistyössä. Toimin-

tatutkimus on tutkimusta, jonka avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia, parantamaan sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä entistä syvällisemmin työyhteisössä. Toimintatutkimuksessa pyritään vastaamaan johonkin käytännössä havaittuun ongelmaan tai kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. (Metsämuuronen 2006, 234 - 238.)

Teorian ja käytännön yhdistäminen lähtee ajatuksesta, että tutkimusta tehdään yhdessä tutkittavien kanssa. Lähtökohtana on, että organisaation jäsenet ovat halukkaita yhteistyöhön ja ovat mukana prosessissa. (Kuusela 2005, 9 - 10, 16; 53 - 57; Metsämuuronen 2008, 29 - 32; Toikko & Rantanen 2009; 22 - 23.)

Toimintatutkimuksessa on keskeistä vaikuttamisen pyrkimys ja toisaalta tutkijan osallistuminen toimintaan ja hänen mukanaolonsa organisaation arkipäivässä. Toimintatutkimuksessa yhdistyvät kohteen analysoiminen ja siihen vaikuttaminen. Toimintatutkimuksessa pyritään toiminnan kehittämiseen reflektiivisen ajattelun avulla. Toimintatutkimuksen tavoitteena on muutoksen aikaan saaminen. (Heikkinen 2006, 33 - 35; Toikko & Rantanen 2009, 51 - 53.)

Toimintatutkimuksessa lopputulos voi olla aivan erilainen kuin prosessin alussa oli ajateltu, sillä muutos voi tapahtua tai olla tapahtumatta. Toimintatutkimuksessa tuotetaan kuitenkin uutta tutkimuksellista aineistoa, vaikka aiotut käytännön muutokset eivät toteutuisi. (Ojasalo ym. 2009, 59; Kuusela 2006.)

Kehittämistyöni tarkoituksena on parantaa asiakastyytyväisyyttä terveysasemalla helpottamalla asiakkaiden hoitoon pääsyä. Tähän pyritään pääsemään vastaamalla kysyntään ajantasaisemmin ja muuttamalla totuttuja toimintatapoja. Työn tavoitteena on saada aikaiseksi muutos, joka mahdollistaa nopeamman hoitoon pääsyn vastaanottotoiminnassa.

Toimintatutkimus antaa raamit kehitystyön toteutukseen. Siinä muun muassa pyritään ottamaan työyhteisö mukaan kehittämistyöhön. Tarkoitukseni on toteuttaa vastaanottotoiminnan muutos yhdessä työyhteisön kanssa, mutta olen itse kuitenkin päävastuussa yhdessä johtavan lääkärin kanssa.

5.1 Kehittämistyön prosessi

Kehittämistyö voidaan kuvata prosessina, mutta harvoin se etenee suoraan tyyppillisen prosessikaavion mukaan. Kehittämistyössä voi olla hankala havaita eroa vaiheiden välillä, ja usein prosessissa myös palataan taaksepäin ja edetään edestakaisin eri vaiheiden välillä. (Toikko & Rantanen 2009, 69-71; Ojasalo ym. 2009, 23-24.)

Lähtökohtana on tunnistaa kehittämiskohde ja ymmärtää siihen liittyvät tekijät. Yleensä kehittämishankeen tarkoituksena on saada aikaan jonkinlainen muutos. Mietitään, mitä hankkeelta odotetaan työyhteisössä ja mitä nämä muutokset merkitsevät työyhteisön arjessa. Tämän jälkeen määritellään alustavia tavoitteita kehittämistyölle. Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen haetaan siihen liittyvää tietoa ja luodaan niin sanottu tietoperusta. (Toikko & Rantanen 2009, 57-58; Ojasalo ym. 2009, 24-25.)

Käytännöstä ja toimintaympäristöstä kootun taustatiedon sekä tutkimustiedon avulla määritellään tarkempi kehittämistehtävä ja rajataan kehittämisen kohde (Toikko & Rantanen 2009, 59-61; Ojasalo ym. 2009, 25). Tämän jälkeen voidaan kuvata kehittämistyöhön liittyvät prosessit ja suunnitella oma lähestymistapa ja menetelmät, esimerkiksi toimintatutkimuksellinen lähestymistapa käyttäen kehittämismenetelmiä, kuten aivoriihiä (Ojasalo ym. 2009, 25).

Kehittämistyön arviointia tapahtuu koko prosessin ajan ja arvioinnin pohjalta kehittämistoimintaa voidaan kohdentaa ja täsmentää prosessin aikana (Toikko & Rantanen 2009, 61-62, 83). Loppuarviointi perustuu sekä kehittämisprosessiin että sen tuotoksiin. Myös eettiset kysymykset ovat tärkeitä kaikissa vaiheissa. (Ojasalo ym. 2009, 26.)

Viimeinen prosessin vaihe on tulosten levittäminen tai juurruttaminen. Tätä vaihetta käsitellään usein omana prosessinaan, koska se ei välttämättä sovi suoraan varsinaiseen kehittämisprosessiin. (Toikko & Rantanen 2009, 62.)

Oma kehittämistyöni seuraa kehitystyöprosessia ja vaihtelee jatkuvasti arvioinnin ja toiminnan muutoksen välillä palaten välillä taaksepäin. Tulosten levittämi-

nen ei suoranaisesti kuulu tähän kehitystehtävään, vaikka suotavaa olisi saada esille malli, jota pystytään hyödyntämään muillakin terveysasemilla.

5.2 Läpimurtotyöskentely kehittämisssessä

Ruotsissa ja Suomeen tuodussa Hyvä Vastaanotto -toimintamallissa käytetään niin kutsuttua läpimurto -työskentelyä konseptin levittämisessä. Siihen kuuluu työpajoja ja aktiivijaksoja työyhteisöissä. Näiden kesto on kaikkiaan noin yhdeksän kuukautta. Eri työpajojen välillä on aikaa kahdesta neljään kuukautta ja näissä työpajoissa analysoidaan ja suunnitellaan toimintaa. Väliaikoina suunniteltuja muutoksia testataan käytännössä sekä tehdään mittauksia. (Strindhall & Henriks 2007, 16-17.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty osia läpimurtotyöskentelystä, lähinnä mittaus- ja seurantapuolelta sekä tiimityöskentelystä.

Läpimurtotyöskentely perustuu tiimityöskentelyyn. Tiimien tulisi olla moniammatillisia siten, että se sisältää henkilöitä esimiestasolta, teknistä asiantuntemusta ja päivittäisjohtamiseen osallistuvia. Käytännössä on tärkeää, että ryhmässä on edustettuina kaikkien niitä ammattiryhmiä, joita tuleva muutos koskee. Tiimi työskentelee yhteisten työtapojen kehittämiseksi ja asettaa tavoitteita koko työyhteisölle. Siksi on tärkeää, että kaikki ovat yhtä mieltä tavoitteista ja osallistuvat muutoksen tekemiseen. Osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja perustua haluun kehittyä. (Strindhall & Henriks 2007, 18; Bra mottagning 2010, 7.)

Hyvä vastaanotto -toimintamalli on suunniteltu vastaamaan sekä kysymykseen *mitä* (advanced access) että *miten* (läpimurtotyöskentely) (Strindhall & Henriks 2007, 16-17). Hyvä Vastaanotto -toimintamallin tavoitteena on parantaa palvelun saatavuutta asiakkaalle ja tehostaa läpimenoa. Näiden saavuttamiseksi on tärkeää tehdä ainakin seuraavanlaisia mittauksia:

- päivittäinen kysyntä - määrä ja laatu
- vastaanoton saavutettavuus (tarjonta ja resurssit)
- odotuslistoilla olevien asiakkaiden määrä
- odotuslistan tai odotusajan pituus
- kolmas varattavissa oleva aika

- jatkuvuus (asiakkaan näkökulmasta)
- asiakaskäynnin pituus. (Strindhall & Henriks 2007, 18; Bra mottagning 2010, 42.)

Päivittäisen kysynnän kartoitukseen tarvitaan tietoa päivittäisestä kysynnästä ja tarjonnasta sekä niiden vaihtelusta. Tämän avulla saadaan kuva siitä, onko systeemi tasapainossa. Mittaus auttaa työyhteisöä suunnittelemaan, miten käytännössä kysyntään pystytään vastaamaan. Käytännössä mitataan muun muassa puheluita ja niiden sisältöä, vastaanotolla käyvien asiakkaiden määriä, sähköposteja, kirjeitä, uusintakäyntejä. (Strindhall & Henriks 2007, 18; Bra mottagning 2010, 42.)

Vastaanoton saavutettavuudella tarkoitetaan toiminnan kapasiteettia ja saatavuutta. Tulee tarkastella henkilöstön määrää ja työtunteja päivittäin, viikoittain, kuukausittain, vuosittain sekä määrittellä, kuka tekee mitään ja miten työnjako optimaalisesti pitäisi hoitaa saatavuuden ja saavutettavuuden näkökulmasta. Käytännössä mitataan, kuinka monta työntekijää on paikalla päivittäin, viikoittain, ja kuukausittain. Sitten verrataan kapasiteettista saatua tietoa kysynnän mittauksiin. (Bra mottagning 2010, 43.)

Näiden mittausten pohjalta voidaan miehitystä suunnitella uudestaan niin, että se paremmin vastaa kysyntään. Kun on selvitetty, kuinka monta ammattilaista on paikalla ja miten hyvin he ovat käytettävissä, on tärkeää tietää, montako asiakasta kukin ammattilainen kohtaa tietyssä ajassa nykyisellä toimintatavalla. Rekisteröidään jokaisen ammattilaisen asiakasajat. Lasketaan näistä päivittäinen kapasiteetti yhdessä - kahdessa viikossa tai kuukaudessa. Lasketaan yhteen kaikkien ammattilaisten ajat, jotta saadaan tieto koko työyhteisön kapasiteetista. (Bra mottagning 2010, 43.)

Paras kuva saatavuuden tilanteesta saadaan mittaamalla, kuinka monta kalenterivuorokautta on kolmanteen varattavissa olevaan aikaan: lääkärille, sairaanhoitajalle, fysioterapeutille ja muille ammattilaisille. Ensimmäinen ja toinen vapaa aika eivät ole yhtä hyviä saatavuuden mittareiksi, koska niihin kohdentuu enemmän sattumasta johtuvaa vaihtelua. Kolmas vapaa aika mitataan viikoittain, kunnes tavoite on saavutettu ja sen jälkeen kerran kuukaudessa. Sovitaan

mittauspäivä ja kellonaika ja lasketaan tuloksista mediaani. Rekisteröidään luku ja seurataan sitä ajan funktiona. Graafinen kuva helpottaa seurantaa. (Strindhall & Henriks 2007,18; Bra mottagning 2010, 43.)

Jatkuvuutta mitataan asiakkaan näkökulmasta. Tietoa saadaan esimerkiksi asiakaskyselyn avulla tai tietojärjestelmästä. *Vastaanottoaikojen läpimenoaika* mittaa vastaanottotoiminnan tehokkuutta, eli aikaa siitä, kun asiakas ilmoittautuu siihen, kun hän lähtee ulos ovesta. Tarkastellaan onko sellaista työtä, josta ei ole arvoa asiakkaalle? Läpimenoaikaa mitataan helpoimmin antamalla asiakkaalle lomake, johon hän kirjaa aikoja. Toinen vaihtoehto on, että joku henkilökunnasta kirjaa ylös, mihin aikaan eri kohtaamiset vastaanotolla tapahtuvat. Kolmas vaihtoehto on, että joku seuraa asiakkaan kulkua vastaanotolla. (Bra mottagning 2010, 44.)

Opinnäytetyössä omia alkumittauksia ei ehditty tehdä tässä laajuudessa johtuen muutoksen nopeasta aikataulusta. Sitä vastoin käytimme ominaisuuksiltaan saman oloisen Karhulan terveysaseman mittaustuloksia hyödyksi toimintaa suunnitellessa. Lisäksi teimme jatkuvasti mittauksia muutoksen aloituksen jälkeen, muun muassa vapaista ajoista ja kysynnän määrästä. Myöskään läpimurtoyöskentelyssä käytettäviä aktiivijaksoja ja työpajoja ei ollut varsinaisesti käytössä. Pyrimme kuitenkin poimimaan oleellisia asioita, kuten sen, että kaikki pääsivät osallistumaan kehitystyön suunnitteluun. Vaikka varsinaista kehitystii- miä ei ollut nimetty, niin koko henkilökunta muodosti omanlaisen tiiminsä, koska terveysaseman koko henkilökunnan määrä oli pieni, alle 20 henkilöä.

6 Vastaanottotoiminnan kehittämiprosessi

Terveysasema, missä muutos toteutettiin, oli vastaanottomalliltaan carve out -mallin tyylinen. Lääkäreiden ajanvarauskirjat olivat varattuina noin kahden kolmen viikon, jopa kuukauden, päähän. Erilaisia aikatyypppejä oli muun muassa ei kiireellisille, kiireellisille ja solupäivystyasiakkaille. Osa ei kiireellisistä asiakkais- ta jouduttiin sijoittamaan kiireajoille vaivan pahennuttua odotusaikana. Myös

peruttamattomia lääkärinaikoja jäi käyttämättä usean kerran viikossa. Lisäresursseja käytettiin ajoittain helpottamaan pahinta ruuhkaa.

Terveysasema on kokonaan ulkoistettu ja vastaa väestöpohjaltaan noin 18 000 asukkaan terveysterveystoiminnasta. Terveysasemalla työskentelee osastonhoitaja, neljä sairaanhoitajaa, diabeteshoitaja ja kuusi lääkäriä. Terveysaseman palveluihin ei kuulu äitiyshuolto eikä neuvolatoiminta, mutta se tuottaa lääkäripalvelut alueensa kouluterveydenhuoltoon, kotisairaanhoitoon ja perusterveydenhuollon päivystykseen sekä huolehtii alueensa diabetespoliklinikasta. (Attendo MedOne 2011.)

Muutoksen tarve terveysaseman vastaanotto toimintaan oli ollut esillä pidemmän aikaa työyhteisön keskuudessa. Jonotusajat lääkäreiden kiireettömälle vastaanotolle olivat kahdesta kolmeen viikkoa ja puhelintunnit ruuhkaisia. Kuitenkaan mitään merkittävää muutosta ei ollut tapahtunut pitkään aikaan. Kun idea Hyvästä Vastaanotosta esiteltiin johdon esimiespäivillä, siihen päätettiin tarttua heti. Hyvässä Vastaanotossa nähtiin mahdollisuus kokeilla jotain uutta, joka onnistuessaan helpottaisi kaikkien työtä ja lisäisi palvelun tasoa.

Muutoksen myötä haluttiin päästä tilanteeseen, jossa asiakas pääsisi vastaanotolle mahdollisimman pian yhteydenotostaan, mielellään alle viikon kuluessa. Kun asiakas pääsisi hoitoon ajoissa ja hänet hoidettaisiin mahdollisimman pitkälle yhdellä käynnillä, myös puhelinliikenne helpottaisi, kun uuden ajan kysyjät vähenisivät.

6.1 Vastaanotto toiminnan muutoksen suunnittelu

Idea muutoksesta syntyi marraskuun alussa 2010 yrityksen esimiespäivillä, missä esiteltiin Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutosta Karhulan terveysasemalta. Yhdessä johtavan lääkärin kanssa esittelimme mallia työyhteisölle, joka otti idean innostuneesti vastaan.

Karhulan terveysasemalla oli tehty vastaava muutos, ja suunnittelimme saavamme apua heiltä. Ajatuksena oli, että Karhulan terveysaseman osastonhoita-

ja tulisi kertoa heidän toiminnastaan ja muutoksen läpiviennistä meille. Lisäksi suunnittelimme hyödyntävämme heidän mittaustuloksiaan.

Marraskuussa 2010 suunnittelimme johtavan lääkärin kanssa alustavaa aikataulua muutokselle. Vuoden 2011 vaihteessa oli tulossa koko kaupungin kattava asiakastietojärjestelmän muutos, jonka yhteyteen muutoksen aloitus suunniteltiin. Muutos toteutettaisiin siis loppuvuoden 2010 ja kevään 2011 aikana seurantajakson ylettyessä syksyyn 2011.

Aikajanalla tarkasteltuna huomaa, kuinka nopea prosessi oli ideasta toteutukseen.

Esimiespäivät Karhulan oh palaveri Uusi tieto.järj. Muutos alkaa

--11/10-----12/10-----Joululomat-----3.1.11-----10.1.11-

Hahmottelimme Karhulan terveysaseman osastonhoitajan kanssa erilaisia työkirjapohjia, jotka voisivat toimia omalla terveysasemallamme, peilaten tilannetta Karhulan terveysaseman mittaustuloksiin. Näiden pohjalta pystyimme suunnittelemaan omaa toimintaamme tammikuun 2011 alkuun. Suunnitelmissa vastaanottoajat sekä lääkäreillä että hoitajilla olisivat totuttua pidemmät, koska uusi asiakastietojärjestelmä veisi aikaa. Ajatuksena oli lisäksi palkata lisähenkilökuntaa tammikuun 2011 ensimmäiselle viikolle asiakastietojärjestelmän käyttöönoton tueksi ja vastaanotolle puhelinavuksi. Myös päivittäisille palavereille suunniteltiin ajankohta.

Toiminnan suunnittelun apuna oli tarkoituksena käyttää Karhulan terveysaseman tekemiä mittauksia ulkoisesta ja sisäisestä kysynnästä. Muutoksen seurannan ja arvioinnin apuvälineeksi suunnittelimme käytettäväksi jo käytössä olleita kolmannen vapaan vastaanottoajan seurantaan, asiakastytytyväisyyskyselyitä sekä puheluraportteja.

6.2 Vastaanottotoiminnan muutoksen toteutus

Terveysasemallamme oli toteutettu aiemmin joitakin seurantamittareita, joita Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutoksessakin käytettiin, kuten kolmatta vapaata aikaa sekä puhelinkontakteja eli ulkoista kysyntää. Kun muutos päätettiin toteuttaa nopealla aikataululla niin kaikille omille, läpimurtotyöskentelyssä käytetyille mittauksille, ei jäänyt aikaa. Tämän takia päätettiin hyödyntää Karhulan terveysaseman suorittamien mittausten tuloksia tarvittavien mittausten osalta. Karhulan terveysaseman väestöpohja ja työntekijärakenne oli pitkälti samanlainen kuin omamme. Lisäksi saimme ohjausapua Karhulan terveysaseman osastonhoitajalta. Karhulan terveysasema oli toteuttanut oman Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutoksensa Kaste -hankkeen alla, ja kokemus sieltä oli hyvä. Alkusuksystä 2010 oli terveysasemallamme toteutettu vuosittainen asiakastyytyväisyyskysely, jonka tuloksia pystyin käyttämään myöhemmin hyödyksi tulosten seurannassa.

Marras- ja joulukuussa 2010 terveysaseman viikkopalaverissa kävimme läpi muutoksen toteutusta ja teimme suunnitelmia yhdessä koko työyhteisön kanssa. Karhulan terveysaseman osastonhoitaja kävi kertomassa Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutoksesta joulukuun 2010 alussa koko henkilökunnalle. Sen jälkeen keskustelimme yhdessä koko työyhteisön kanssa ja teimme omat tavoitteemme.

Asetimme tavoitteeksi, että asiakas pääsee vastaanotolle viiden päivän sisään yhteydenotostaan. Asiakkaan asiat hoidetaan mahdollisimman pitkälle yhden käyntikerran aikana ja asiakkaan jatkohoito varmistetaan. Tavoitteena oli myös henkilökunnan jaksamisen parantaminen.

Olin Karhulan terveysaseman osastonhoitajan kanssa jatkuvasti sähköposti yhteydessä erilaisten kysymysten osalta, ja saimme apua erilaisten käytännön ongelmien ratkaisuun. Karhulan terveysaseman mittauksissa oli huomattu, että maanantait ja tiistait olivat viikon kiireisimpiä päiviä, ja myös perjantaina oli hie- man enemmän kysyntää. Tämän takia palaverit ja paperiajat kannatti sijoittaa mieluummin keski- tai loppuviikkoon, ja näin myös työkirjat tehtiin. Tosin palaverit olivat aluksi joka päivä, mutta myöhemmin kerran viikossa. Toimistoaikaa oli

suhteessa enemmän loppuviikosta kuin alkuviikosta. Henkilöstölle laadimme koostetut ohjeet vastaanottotoiminnan muutoksesta (liite 2).

Asiakkaille tiedotettiin vastaanottotoiminnan muutoksesta terveysaseman seinille laitetuilla ilmoituksilla (liite 3) ja vastaanotoilla jaetuilla pienillä ohjelapuilla (liite 4) joului- ja tammikuussa 2011. Henkilöstö sai ohjeistuksen myös kirjallisena.

Vuoden 2011 tammikuun ensimmäinen päivä sattui onneksemme viikonloppuun, jolloin uuden asiakastietojärjestelmän käyttö alkoi päivystyksessä. Tätä kautta asiakastietojärjestelmästä korjattiin joitain käytännön vikoja ennen maanantain terveysaseman varsinaisen toiminnan alkua asiakastietojärjestelmän tuottajan toimesta. Meillä oli 3.1.2011 käytössä kaksi asiakastietojärjestelmän tukihenkilöä (toinen asiakastietojärjestelmän toimittajan puolesta ja toinen meidän palkkaama) ja normaalia pidemmät vastaanottoajat sekä hoitajilla että lääkäreillä. Myös avustavan henkilöstön määrää toimistossa oli lisätty yhdellä, mikä vapautti sieltä lisäkapasiteettia puhelintyöhön. Tällä pyrittiin helpottamaan henkilökunnan sopeutumista uuteen asiakastietojärjestelmään. Asiakastietojärjestelmän muutoksesta johtuen annoimme aikoja vain kiireellistä hoitoa vaativille asiakkaille.

Tammikuun toisella viikolla, eli 10.1.2011 alkaen, aloitimme varsinaisen vastaanottotoiminnan muutoksen. Maanantaina annoimme aikoja kuluvalle viikolle, niin että vuosikontrolli ja muut pidemmät asiat saivat vähintään 40 minuutin vastaanottoajan ja lyhyemmän hoidon vaativat asiat 20 minuutin ajan. Aikoja annettiin kuitenkin niin, että aina seuraavalle päivälle piti jäädä jokaiselle lääkärille vähintään viisi vapaata 20 minuutin pituista vastaanottoaikaa niin kutsutuille akuuteille asioille. Lääkäreiden päiväohjelmajohjien tekemisestä huolehdin minä osastonhoitajana. Annoimme aikoja vain viiden työpäivän sisään, eli maanantaina annettiin vastaanottoaikoja korkeintaan perjantaipäivälle. Vuosikontrolleja ei annettu mielellään maanantaille tai tiistaille, koska silloin kysyntä oli muutenkin vilkkaampaa, vaan ennemmin loppuviikolle, jolloin oli mittausten mukaan rauhallisempaa.

Päivittäin pidimme puolen tunnin palaverin keskipäivällä koko henkilöstön kesken. Näissä palavereissa kävimme myös paljon läpi asiakastietojärjestelmän hankaluuksia ja ongelmia. Keskiviikkona 12.1.2011 päädyimme lukitsemaan etukäteen päivittäiset akuutit ajat, mikä helpotti ajan antajien työtä huomattavasti. Enää ei tarvinnut laskea aikojen riittävyyttä päivittäin. Tammikuun lopulla siirryimme lääkärien ajanvarauksissa 20 minuutin akuutteihin ja 30 minuutin kiireetömiin vastaanottoaikoihin. Tämän muutoksen myötä jokainen lääkäri otti vastaan noin 13 asiakasta, kun edellisellä viikolla määrä oli 5 - 11 asiakasta päivässä.

Helmikuun alusta alkaen lääkärit alkoivat tehdä itse omat vajanvarausohjelmansa. Sairaanhoitajat huolehtivat omista ajanvarausohjelmistaan koko ajan. Lehdistölle julkaistiin lehdistötiedote (liite 5), jonka jälkeen paikallinen sanomalehti kävi tekemässä haastattelun ja julkaisi artikkelin.

Joulukuun loma-ajoista ja tammikuun ensimmäisen viikon akuuttien aikojen antamisesta johtuen normaalit vastaanottoajat alkoivat ruuhkautua. Tämän takia pidimme ruuhkan purkuna iltavastaanottoa tammikuun lopussa ja helmikuun alussa muutamana iltana. Tämä auttoi hieman, sillä keskiviikkona 2.2.2011 iltapäivän ajanvaraustunnin jälkeen terveysasemalle oli tulevien viiden päivän sisään vapaana 27 aikaa ja parin viikon jälkeen, 17.2.2011, iltapäivän ajanvaraustunnin jälkeen seitsemän aikaa. Seuraavana päivänä aamun ajanvaraustunnilla oli siis jaettavana tuo edellispäivän jäämä ja viiden päivän päässä odotavat noin 35 vapaata aikaa.

Vastaanotoilla tuntui kuitenkin olevan jatkuvasti ruuhkaa, ja puhelimesta jouduttiin tarjoamaan asiakkaille ”ei oota”, minkä takia asiakkaat joutuivat soittamaan parikin kertaa ennen kuin saivat ajan. Huhtikuun 2011 alussa siirryttiin antamaan aikoja kuuden päivän päähän. Tämä tarkoitti sitä, että kun maanantaina oli suurin kysyntä, niin silloin annettiin aikoja seuraavalle maanantaille, jolloin oli eniten väkeäkin töissä. Keskiviikon 6.4.2011 iltapäivän ajavaraustunnin jälkeen vapaita aikoja tulevien kuuden päivän sisään oli kuusi eli tarjontaa oli ollut enemmän kuin kysyntää. Iltavastaanottoja toteutettiin maaliskuussa kerran ja huhtikuussa kerran.

Toukokuun 2011 alusta siirryin itse toiseen toimipisteeseen töihin, joten muutoksen johtovastuu siirtyi osastonhoitajalle, jonka sijaisena olin itse toiminut tähän asti. Toukokuun aikana terveysasemalla siirryttiin jonojen takia kahden viikon rytmiin, eli aikoja annettiin kahden viikon päähän kuuden päivän sijaan. Tämä rytmi muotoutui pysyväksi.

Toukokuussa astui voimaan myös uusi terveydenhuoltolaki. Sen perusteella asiakas pystyi valitsemaan kunnan sisällä terveysaseman, missä hän asioi. Terveysaseman vaihtamisesta täytyi tehdä kirjallinen ilmoitus, ja muutos astui voimaan kolmen viikon kuluttua ollen voimassa vähintään vuoden kerrallaan. (Terveydenhuoltolaki, §47.)

Toukokuussa 2011 alkoi myös puhelinliikenteen parantamiseksi pilottikokeilu takaisinsoittojärjestelmästä terveysasemalla. Siinä asiakas pystyi jättämään soittopyynnön terveysasemalle. Palvelu oli tarkoitettu lähinnä kiireettömien asioiden hoitamista varten. Asiakas siis soitti puhelinaikana terveysasemalle ja jätti soittopyynnön, jonka hoitajat käsitelivät muun puhelinruuhkan helpotuttua.

6.3 Vastaanottomuutoksen tulokset ja arviointi

Viiden päivän päähän annettavat ajat eivät olleet toimiva ratkaisu, koska maanantaina, jolloin annettiin aikoja perjantaille, oli suurin kysyntä ja pienin tarjonta. Epäsuhta oli jo valmiiksi voimassa. Siirtyminen viidestä päivästä kuuteen päivään huhtikuussa 2011 helpotti kysynnän ja tarjonnan suhdetta. Tuolloin rekisteröityjen hoidon tarpeen tuloksien, ”aika tarpeen, ei voida antaa” -määrä putosi viikossa yli 80:stä hieman yli 50:een (taulukko 1). Muutos kuudesta päivästä kahteen viikkoon tapahtui puolestaan sen verran nopeasti, ettei pidemmän ajan muutoksesta saanut kunnolla tietoa. Syksyllä 2011 ”aika tarpeen, ei voida antaa” -määrät olivat kuukausitasolla 17 - 35, eli merkittävästi vähäisempiä. Tämä puolestaan kertoo kysynnän ja tarjonnan tasaantumisen.

Taulukko 1. Hoidontarpeen arvioinnin tulos ”aika tarpeen, ei voida antaa” kehittyminen vuonna 2011

Hoidontarpeen tulos	Maaliskuun 2011 loppu	Huhtikuun 2011 puoliväli	Syysy 2011 (elokuu - lokakuu)
Aika tarpeen, ei voida antaa	80	50	17 - 35

Puhelinmäärissä on tapahtunut kuitenkin merkittävää eroa. Kun terveysasemalle tuli syyskuussa 2010 hieman vajaa 2 500 puhelua niin syyskuussa 2011 määrä oli hieman vajaa 3 200 eli 700 enemmän (taulukko 2). Sama suunta oli useamman kuukauden aikana. Tätä asiaa voi selittää puhelimesta annetun neuvonnan lisääntyminen, mutta asia vaatisi tarkempaa selvittämistä.

Taulukko 2. Saapuneiden puheluiden määrä terveysasemalle syyskuussa 2010 ja 2011

	syyskuu 2010	syyskuu 2011
Puhelumäärät terveysasemalle	2500	3200

Lääkäreiden vastaanottomäärät ovat pienentyneet ja olivat syys- ja lokakuussa 2011 noin 400 käyntiä vähemmän kuin vuotta aiemmin eli lasku oli noin 11 prosenttia. Hoitajakäynnit puolestaan ovat hieman nousseet, ja olivat noin 70 käyntiä enemmän vuoden takaiseen verrattuna. Kasvu oli noin neljä prosenttia. Muutokset on kuvattu taulukossa 3. Tilastojen luotettavuutta heikentää tosin se, että asiakastietojärjestelmät ovat erilaiset, ja tilastointitavat ovat olleet hieman erilaiset. Joten täysin vertailukelpoisia tuloksia ei siis ole, tämä heikentää tulosten luotettavuutta tältä osin.

Taulukko 3. Lääkärin ja hoitajan vastaanottokäyntien kehitys vuosina 2010 – 2011

vastaanottokäynnit	syys- ja lokakuu 2010	syys- ja lokakuu 2011	muutosprosentti
Lääkäri	~3400	~3000	-11
Hoitaja	~1790	~1860	+4

Asiakastyytyväisyyskysely muuttui syksystä 2010 syksyyn 2011, joten tulokset eivät ole suoraan vertailukelpoisia. Syksyllä 2010 terveysasemalla tehtiin yrityksen oma asiakastyytyväisyyskysely ja syksyllä 2011 Terveyden ja hyvinvointilaitoksen (THL) valtakunnallinen kysely. Vuonna 2010 vastaajista 65 prosenttia oli täysin samaa mieltä tai samaa mieltä, että sai ajan vastaanotolle hyvin (Attendo MedOne 2010). THL:n kyselyssä 2011 kysyttiin puhelinyhteyden saamisesta terveysasemalle ja 50 prosenttia vastanneista arvioi sen tasolle 4 tai 5 (1 heikoin, 5 vahvin). Tulokset ovat yhteneviä puhelinmäärien kasvun kanssa.

Hyvä Vastaanotto -toimintamalli muutos ei lopputulokseltaan ollut aivan odotusten kaltainen. Vastaanotolle ei loppujen lopuksi päässyt viiden päivän sisään. Lääkäreiden vastaanottoajat ovat vähentyneet, kuten oli odotettukin muualta saatujen tulosten perusteella, hoitajien vastaanottomäärän hieman lisääntyessä.

Muutos kaikkiaan oli positiivinen ja sai ihmiset hyvin mukaan toteuttamaan uutta ideaa. Samalla huomasimme oman joustamis- ja mukautumiskykymme. Uusia asioita kannattaa kokeilla ja ottaa niistä opiksi vaikka kaikki ei sujuisi niin kuin aluksi oli ajateltu.

Näin ison muutoksen sijoittaminen samaan yhteyteen asiakastietojärjestelmän uusiutumisen kanssa oli huono ratkaisu. Molemmat vaativat paljon uusien asioiden sisäistämistä, ja varsinkin uusi asiakastietojärjestelmä vie aluksi vastaanottoaikoja. Tämä puolestaan ruuhkauttaa entisestään tilannetta. Hyvä Vastaanotto -toimintamalli vaatisi onnistuakseen kunnollisen ruuhkan purun (Murray & Berwick 2003, 1038). Kun vielä ennen muutoksen toteutusta oli lomakausi, niin tilanne ei ollut optimaalinen.

Henkilökunnan palaute vastaanottotoiminnan muutoksesta on ollut pääosin positiivista: ei ole tarvinnut tehdä pitkälle eteenpäin työkirjoja ja joustamisen varaa on ollut enemmän. Puhelinliikenne on rasittanut hoitohenkilökuntaa enemmän kuin ennen, ja varsinkin alkuajan vastaanottoaikojen puute oli raskasta. Alussa puheluruuhkat ja aikojen puute loivat tyytymättömyyttä asiakkaissa. Sittemmin asiakkaat ovat olleet melko tyytyväisiä, kun ovat saaneet ajan suhteellisen nopeasti yhteydenotostaan. Jos lääkäri on sairastunut tai aikoja on muuten jouduttu siirtämään, korvaava aika on tullut pian, eikä ole tarvinnut odottaa montaa kuukautta.

Uuden terveydenhuoltolain vaikutuksia vastaanottotoiminnan muutokseen ei arvioitu kunnolla ennalta. Marraskuun 2011 loppuun mennessä terveysaseman piiristä oli siirtynyt pois 15 asiakasta ja tullut uusia 100, eli kasvua oli 85 henkeä. Uusi terveydenhuoltolaki mahdollisti asiakkaan itse valita asuinkuntansa sisällä terveysaseman, jolla hän haluaa asioida (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 27).

Terveysasemalla otettiin käyttöön pilottitoimintana takaisinsoittojärjestelmä toukokuun 2011 alussa. Tämän kautta asiakas pystyi valitsemaan, jääkö odottamaan hoitajan vastaamista puhelimeen vai jättääkö soittopyynnön. Palvelu otettiin hyvin vastaan sekä asiakkaiden että henkilökunnan osalta, ja pian käytäntö siirtyi muillekin kaupungin terveysasemille. Toki aluksi oli ongelmana se, että asiakkaat jättivät soittopyynnön, mutta soittivat vielä uudestaan. Palvelun tullessa tutuksi sen käyttökin helpottui. Yrityksen johto samoin kuin kaupungin edustajat antoivat tuen kehittämistyölle. Tämä loi myös hyvän pohjan kokeilla uutta toimintatapaa. Ilman suostumusta muutosta ei olisi voinut toteuttaa.

7 Pohdinta

Valtaosassa terveysasemia käytössä oleva, perinteinen vastaanottomalli, on tullut tiensä päähän johtuen muuttuneista tarpeista. Tätäkin näkökulmaa vasten uusien toimintamallien kokeileminen ja käyttöön ottaminen on perusteltua. Mi-

kään ratkaisu ei yksistään riitä, jos näkökanta pysyy samana eikä ennakointia osata tehdä. (Kinnunen ym. 2010, 10.)

Hyvä Vastaanotto -toimintamalli pohjautuu ajatukseen, jossa pyritään ennakoimaan tulevaa ja hoidetaan asiat yhdellä kerralla mahdollisimman pitkälle. Pitkät odotusajat ja jonot voivat johtua resurssien vähyydestä, mutta usein kyse on siitä, että kysyntä ja tarjonta eivät kohta. Pääsääntöisesti odotusaika on stabiili, mikä viittaa siihen, että tilanne on tasapainossa: kysyntä ja tarjonta ovat yhtä suuret, niiden välillä vain on jonon pituinen viive. Nämä pitkät odotusajat vievät resurssia ja vaikeuttavat työn hallintaa. Odottavat asiakkaat eivät yleensä odota kodeissaan, vaan kuormittavat järjestelmää muilla tavoin. Pitkät odotusajat voivat johtaa taudin pahenemiseen tai sitten asiakas paranee, mutta ei kuitenkaan peru aikaansa. Perumattomat poisjäännit ovat sitä yleisempiä, mitä pidempi odotusaika on. (Murray & Berwick 2003, 1035-1040.)

Kuinka sitten aloittaa vastaanottotoiminnan muutos? Ensimmäinen tehtävä on kerätä perustietoja muun muassa kysynnästä, tarjonnasta ja kapasiteetista, vastaanoton pituudesta, kontrolliajoista ja monen päivän päässä on jokaisen lääkärin kolmas vapaa vastaanottoaika. Tietojen keräämisen jälkeen voidaan laskea, mikä määrä vastaanottoaikoja riittää vastaamaan kysyntään. Hankalinta on ennakoida sesongit ja ruuhka-ajat. Jos tuntuu, ettei ole valmis kokonaisuutukseen kerralla, voi edetä pienemmin askelin. Liikkeelle voi lähteä suunnittelemalla paremmin vastaanoton toimintaa, miettimällä uudestaan hoidontarveluokituksen (Triage) määrittelyt sekä suunnittelemalla uudestaan toimistotyöt suhteessa kliiniseen työhön. Suurin haaste on muuttaa ajattelutapaa. Kun ennen on jätetty tämän päivän työt huomiseksi, pitäisi oppia ajattelemaan, että tehdään huomisen työt tänään. (Murray ym. 2003,1046.) Käytännössä kannattaa siis tehdä kunnolla perusmittaukset ja mitoittaa toiminta niiden pohjalta. Jos resurssit ovat riittämättömät, toiminta on mahdoton saada kunnolla toimivaksi.

7.1 Tulosten tarkastelu

Yhtenä tavoitteena oli vastaanotolle pääsyn nopeutuminen. Aluksi työyhteisön asettamana tavoitteena oli, että asiakas pääsisi vastaanotolle viiden päivän si-

sään yhteydenotostaan, mikä pian osoittautui toimimattomaksi. Aika vakiintui lopulta noin kahteen viikkoon. Suurimmaksi syyksi tavoitteen saavuttamattomuuteen näen kahden ison muutoksen, asiakastietojärjestelmän vaihtumisen ja vastaanottotoiminnan muutoksen, sijoittamisen samaan ajankohtaan. Muutosten välillä olisi pitänyt olla pitkä väli, että uudet tavat olisi ehtinyt kunnolla sisäistää ennen uutta muutosta.

Lääkäreiden vastaanottomäärät putosivat vuodessa noin 11 prosenttia. Suunta on samanlainen kuin Murray ym. (2003, 1045) ovat tutkimuksessaan huomanneet. Hyvä Vastaanotto -toimintatapa ei nosta, vastoin yleistä ajatusta, työmäärää vaan on todettu, että vastaanottokäynnit ovat laskeneet jopa 10 prosenttia.

Kaupunki, missä terveysasemamme sijaitsee, on ottanut samantyyllisen toiminnan käyttöönsä muilla terveysasemillaan vuoden 2012 aikana. Tämä osoittaa mielestäni sen, että vaikka lopputulos ei ollut toivotunlainen, niin siinä oli paljon hyvää ja hyödynnettävää.

Henkilökunnan motivoituminen oli loistavaa näin isoon muutokseen. Myös se, että vastaanottokirjoilla ei ollut päällekkäisiä ajanvarauksia ja omaan työvuorosunnitteluun voi vaikuttaa, koettiin positiivisena. Murrayn ym. (2003, 1045) tutkimuksessa lääkäreiden sitoutuminen oli heikompaa muutokseen. Tässä kehitystyössä tällaista ilmiötä ei ollut havaittavissa missään vaiheessa, vaan muutokseen sitoutuivat niin hoitohenkilökunta, lääkärit kuin avustava henkilöstö.

Puhelinliikenne ei muutoksen myötä helpottunut, vaan tulevien puheluiden määrä lisääntyi. Tämän syyn selvittäminen olisi myös syytä jatkossa tehdä. Puhelinliikennettä kuitenkin helpotti takaisinsoittojärjestelmän käyttöön ottaminen syksyllä 2011.

Asiakastyytyväisyys on mittauksissa ollut samansuuntainen, mutta paikallislehdissä ei ole ollut enää niin paljon negatiivista kirjoittelua mielipidepalstoilla kuin aiemmin. Myöskään suullinen palaute ei ole ollut niin negatiivista kuin aiemmin.

Prosessina opinnäytetyö ja vastaanottotoiminnan muutos on ollut opettava ja avartava. On ollut hyvä huomata, kuinka hyvin työyhteisön voi saada mukaan uuden opettelemiseen ja miten yhdessä tekemällä saadaan muutosta aikaisek-

si. Myös johdon tuki ja niin sanottu vapaiden käsien antaminen toteutukseen on ollut luottamusta herättävää. Ilman kokeneempien kollegoiden tukea vastaanototoiminnan muutos olisi ollut vaikea toteuttaa, joten Karhulan terveysaseman osastonhoitajan kokemus ja kannustus oli erityisen tärkeää.

7.2 Menetelmän tarkastelu

Mielestäni kehittämistyöhön sopii hyvin toimintatutkimuksellinen näkökulma. Se antaa melko vapaat kädet toimia ja mahdollistaa siirtymisen helposti eri vaiheiden, kuten suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin, välillä. Tutkija voi osallistua käytännön kehittämiseen niin, etteivät jossain vaiheessa tapahtuva toimintatutkimuksen aloitus ja päätös ole samat kuin varsinainen kehittämisen aloitus ja päätös (Saari 2007, 122). Tässä opinnäytetyössäni tapahtunut kehitystyö alkoi samaan aikaan, mutta opinnäytetyön seurannan loppuminen tapahtui aiemmin kuin varsinainen toiminnan kehittyminen loppui.

Tutkijan osallistumisen aktiivisena toimijana mahdollistui myös hyvin toimintatutkimuksessa. Tutkija ja muut tutkittavan yhteisön jäsenet tekevät tiivistä yhteistyötä kehitystyön aikana, jotta käytäntö ja sen tutkiminen integroituvat toisiinsa (Saari 2007, 124). Tarvittaessa tavoitteita on hyvä pystyä muuttamaan, kuten tässä kehitystyössä tapahtui. Kun totesimme, ettei tällä hetkellä viiden päivän sisään lääkärin vastaanotolle pääsy ole realistista, niin tavoitetta muutettiin vastaamaan tarvetta paremmin. Kun tutkija on mukana sekä käytännön toiminnan tavoitteiden asettamisessa että niiden saavuttamiseen käytettävien keinojen valitsemisessa, voidaan tavoitteita ja keinoja muuttaa käytännön kehittämisen kulloinkin vaatimalla tasolla (Saari 2007, 125).

7.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyössä, joka lähtee työelämästä, korostuvat sekä tieteen tekemisen että yritysmaailman eettiset säännöt. Kehittämistyön tavoitteiden tuleekin olla korkean moraalin mukaisia, ja työ tulee tehdä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Kysymys on samoista eettisistä säännöistä kuin yhteiskunnassa ja ihmisten

välisessä vuorovaikutuksessa yleensäkin. (Ojasalo ym. 2009, 48; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Tieteellisen tutkimuksen säännöt koskevat myös työelämälähtöistä kehittämissi-työtä tutkimuseetikassa. Kehittämisen kohteena olevien ihmisten on tiedettävä, mitä kehittäjä on tekemässä ja mikä on toiminnan kohde ja tavoitteet sekä mikä heidän roolinsa kehittämishankkeessa on. Työyhteisössä toimittaessa joudutaan pohtimaan suostuttelun ja pakottamisen rajaa. Tieteellisessä tutkimuksessa kohderyhmältä kysytään suostumus tutkimukseen osallistumiseen, mutta kehittämistyössä oletetaan, että yrityksen henkilökunta osallistuu organisaation toimintojen kehittämiseen. (Ojasalo ym. 2009, 49.)

Tutkimustyössä tulee välttää epärehellisiä asioita. Näitä ovat muun muassa: tekstien plagiointi, toisten osallistujien osuuden vähättely, tulosten kritiikitön yleistäminen, harhaanjohtava tai puutteellinen raportointi sekä määrärahojen väärinkäyttö. Kehittämiskohdetta valittaessa tulee pohtia, kenen ehdoilla tehtävä valitaan ja miksi siihen yleensäkin ryhdytään. (Ojasalo ym. 2009, 49; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Muutosprosessin aloitus ja eteneminen määräytyi pitkälti esimiehistä. Mietin pääsikä kaikkien työntekijöiden mielipiteet esiin, kun muutosta vietin eteenpäin johdon taholta. Jos aikaa olisi ollut enemmän alkuidean ja aloituksen välillä, olisi parempi toimintamuoto voinut olla se, että toteutuksesta vastaamaan olisi saatu työryhmä, johon olisi kuulunut edustaja kaikista työpaikan ammattiryhmistä. Kuitenkin, muutosta mietittiin koko työyhteisön kesken, ja palaverissa olivat yleensä kaikki paikalla. Kaikki pääsivät siis kertomaan mielipiteensä asiaan. Kaikki työntekijät veloitettiin osallistumaan kehitystyöhön, ilman erillistä suostumuksen pyytämistä. Tältä osin toiminta erosi suuresti tieteellisestä tutkimuksesta.

Raportoin muutosprosessin vaiheista ja tuloksista rehellisesti. Koko muutoksen ajan raportoin toiminnasta myös omille esimiehilleni. Kaikki osallistujat olivat tietoisia tapahtumista, ja myös kaupungin edustajia informoitiin sekä asiakkaille tiedotettiin asioiden muuttumisesta ja etenemisestä.

Käytäntöä tutkiva tutkija vaikuttaa aina läsnäolollaan ja toiminnallaan tutkimuksensa kohteeseen, ja toiminnan tulee olla tietoista ja avointa. Näin tutkijan mukana olosta ja toiminnasta aiheutuvat vaikutukset tulevat paremmin tietoisuuteen. (Saari 2007, 121.)

Kehittämistyöhön kiinnittyvä toimintatutkimus asettaa tutkijalle erilaiset haasteet ja nostaa esiin eettisiä kysymyksiä: kuinka tutkija voi tutkia kriittisesti ja luotettavasti prosessia, jota on itse tekemässä tai vahvasti mukana siinä. Arvioinnilta saatetaan toivoa hankkeen onnistumisen tutkimuksellista osoittamista ja kriittisyyttä pelätään. Nämä asiat voivat tuoda jännitteitä tutkijan ja muiden toimijoiden välille. (Pohjola 2007, 22 - 23.)

Itse toimin aluksi muutoksen johtajana yhdessä vastaavan lääkärin kanssa. Toimin tuolloin osastonhoitajan sijaisena. Loppuvaiheessa siirryin toiseen työpisteeseen ja seurasin sivusta muutosprosessia. Olin siis vahvasti mukana kehitystyössä lähes koko ajan. Olen kuitenkin rehellisesti raportoinut muutoksista ja antanut myös palautetta eteenpäin negatiivisistakin asioista. Pysin myös siihen, että minulle pystyttiin antamaan negatiivistakin palautetta. Siihen olisi ehkä pitänyt luoda myös mahdollisuus tehdä se nimettömästi. Myös omien virheiden ja väärin päätösten myöntäminen ja korjaavien toimenpiteiden tekeminen luovat mielestäni luotettavuutta ja ovat esimerkkejä eettisesti oikeasta toiminnasta.

7.4 Johtopäätökset, kehittämistyön hyödynnettävyys sekä jatkokehittämishaasteet

Hyvä Vastaanotto -toimintamalli konsepti on hyvä, mutta vaatii paremmat mittaukset alussa onnistuakseen sekä kunnolla aikaa. Liian nopea aikataulu ja samanaikainen toteutus asiakastietojärjestelmän muutoksen kanssa eivät luoneet otollista pohjaa muutoksen toteuttamiselle. Jatkossa voisi tehdä mittauksia ihan rauhassa ja katsoa muutoksia uudestaan niiden pohjalta. Myös muita isoja muutoksia tulee välttää samanaikaisesti.

Kuitenkin pienillä muutoksilla, kuten kokousaikojen ja toimistotöiden järjestämisellä uudestaan, voidaan helposti saada sujuvuutta viikon kulkuun. Mahdollisesti

simman hyvällä ennakkoinnilla on suuri merkitys huomisen töiden kertymisen kannalta. Mitä enemmän voi tehdä tänään, sitä helpompi on huomina. Täytyy muistaa, että kysynnän määrä on suhteellisen vakio, ja vain siihen vastaamisen nopeus on muuttuva. Nopeammalla hoidon vasteella ei lisätä vastaanoton käyntimääriä, mutta helpotetaan paljon asioiden sujumista ja mahdollisesti vähennetään odotusaikojen tuomia lisävaivoja asiakkaille.

Pienessä yksikössä muutosten läpi vieminen voi olla helpompaa kuin isossa yksikössä, kuten Murray ym. (2003, 1045) ovat tutkimuksessaan todenneet. Saman huomasi itsekin tässä kehittämistyössä. Kaikkien mielipiteitä pystyi kuuntelemaan, ja motivoiminen oli helppoa. Asian läpiviemistä auttoi myös työpaikan hyvä työilmapiiri.

Tulevaisuudessa tulisi selvittää mahdollisuutta vastaanoton sujuvuuteen niin, että asiakas pääsisi vastaanotolle alle viikossa yhteydenotostaan. Myös uudenlaisten toimintojen kuten, terveystietokioskien ja omaa terveyttä helpottavien seurantaohjelmien, kehittämistä tulisi kokeilla. Puhelinliikenteen sujuvuuteen tulisi myös kehittää keinoja.

Lähteet

- Aarnikoivu, H. 2008. Esimiehenä arjessa. Juva: WS Bookwell Oy.
- Attendo MedOne. 2010. Asiakastytyväisyyskysely. Niinivaaran terveysasema 10/10.
- Attendo MedOne. 2011. Toimintakertomus. Niinivaaran terveysasema 2010.
- Bra Mottagning. 2010. Hyvä vastaanotto. Matkamme uusiin työtapoihin ja parempaan hoidon saatavuuteen potilaille 26.10.2010. Landstinget i Jönköping.
- Dahlström, K., Lindholm, J., Lindqvist, P., Kiikeri, M., Koskelainen, P., Mäkelä, J., Partanen, I., Puttonen, P. & Roth, K. 2011. Hyvä Vastaanotto 2011. Loppuraportti. Tikkurilan terveysasema.
<http://www.webforum.com/hyvavastaanotto/web/page.aspx?refid=19>.
25.10.2011
- Espoo 2010. Hyvä vastaanotto.
www.espoo.eu/binary.asp?path=117148&field=FileAttachment.
31.8.2011.
- Fredriksson, S. & Martikainen T. 2006. Kilpailuttaminen ja kvasimarkkinat: käsitteelliset lähtökohdat. Teoksessa Fredriksson, S. & Martikainen T. (toim.) kilpailuttamisen kokemukset. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö.
http://www.kaks.fi/sites/default/files/1157-KunnatJaKilp_1_net.pdf.
14.10.2012.
- Grotell, J., Kallionpää, J., Lindholm, M., Luuppala, L., Seijo, M., Wasström, M. & Österman, C. 2010. Hyvä Vastaanotto. Loppuraportti. Siuntion terveysasema (LOST).
<http://www.webforum.com/hyvavastaanotto/web/page.aspx?refid=19>.
25.10.2011.
- Heikkinen, L. T. H, 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H. L. T, Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16 - 38.
- Heikkinen, L. T. H. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkimuksen raportointi. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 114 - 130.
- Heikkinen, L. T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78 - 93.
- Etelä-Suomen kuntien yhteinen Kaste-hanke 2010 - 2012. Hyvä Vastaanotto 2010 - 2012.
<http://www.webforum.com/hyvavastaanotto/web/page.aspx?sid=616>
2. 28.10.2011.
- Juuti, P. & Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Helsinki: Otava.
- Järvelin, J. 2002. Health Care Systems in Transition: Finland. European observatory on health care systems. 4 (1).

- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/80693/E74071.pdf. 28.10.2011.
- Järvensivu, A. 2010. Tapaus työelämä ja voiko sitä muuttaa? Tampere: Tampere university press.
- Kamf, D., Krook, I.-L., Zuif, E., Olsson, K. & Odqvist L. 2004. Bra mottagning 9 Södra Torgets vårdcentral, Borås. http://www.lj.se/info_files/infosida31592/sodratorget_VC_Boras.pdf. 26.10.2011.
- Kansanterveyslaki 66/1972.
- Kinnunen, J., Ryyänen, O.-P., Taskinen, H. & Kylänen, M. 2010. Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveyskeskuksessa. Lähtötilanteen raportti. Helsingin terveyskeskuksen raportteja 2010:2. http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/e644ad0045760bf5a785a7f7932aa8f9/L%C3%A4ht%C3%B6tilanteen+raportti+tammikuu+2010_korjattu.pdf?MOD=AJPERES&lmod=957465654. 6.3.2012.
- Kokko, S., Heinämäki, L., Tynkkynen, L.-K., Haverinen, R., Kaskisaari, M., Pekurinen, M. & Tammelin, M. 2009. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Raportti 36/2009. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Komulainen, M. 2010. Ulkoistaminen kunnissa. Acta nro 222. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Väitöskirja. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8254-0.pdf>. 28.10.2011.
- Kuntaliitto. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2009. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallintojarjestaminen/entuottaminen/hallinto/sosiaali%20ja%20terveydenhuollon%20jarjestaminen%202009/Sivut/default.aspx>. 31.10.2012.
- Kuntaliitto. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2012. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallintojarjestaminen-tuottaminen/hallinto/2012/Sivut/default.aspx>. 31.10.2012.
- Kuusela, A. 2006. Toimintatutkimus. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html. 16.3.2012.
- Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Raporttisarja 2005:2. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lahti, M., Lindahl-Malin, T., Koivisto, K., Nortamaa, T. & Varilo, S. 2010. Hyvillä ajanvarauskäytännöillä pidetään jonot kurissa Attendo MedOne Karhulan terveysasemalla. <http://www.webforum.com/hyvavastaanotto/web/page.aspx?refid=19>. 25.10.2011.
- Lahtonen, J., Saarela, P., Kaski, A., Loponen, E. & Ilvonen, K. 2011. Hyvä vastaanotto. Loppuraportti. Kalajärven terveysasema. <http://www.webforum.com/hyvavastaanotto/web/page.aspx?refid=19>. 25.10.2011.
- Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta 169/2007.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992.
- Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC, Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa. Tampereen yliopiston kaupakorkeakoulu.

- https://arkki.ramk.fi/RAMK/arkisto/julkinen/2_Muutosjohtamisen%20ABC.pdf. 11.2.2013.
- Lövbom, R., Maxeby, Å., Andersson A., Hellman, B., Ragnsäter, Z. & Gernant-Bark, G. 2007. Redovisning från Hageby vårdcentral BRA MOT-TAGNING nr 16, 2007.
http://www.lj.se/info_files/infosida31592/vc_hageby_norrkoping.pdf. 26.10.2011.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Helsinki: International Methelp Ky.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Helsinki: International Methelp Ky.
- Meyer, J. 2006. Action research. Teoksessa Gerrish, K. & Lacey A. (toim.) The Research Process in nursing. Oxford: Blackwell Publishing, 274 - 288.
- Mikkola, H. & Tuovinen, U. 2010. Ulkoistamiskehitys ja kilpailun toimivuus lääkäripalveluissa. Teoksessa Klavus, J. (toim.) terveystaloustiede 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, avauksia 2/2010.
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/20d4785d-e13e-49de-a54e-0e7285854736>. 28.10.2011.
- Murray, M. & Berwick, D. M. 2003. Advanced Access, Reducing Waiting and Delays in Primary Care. JAMA 289 (8), 1035 - 1040.
- Murray, M., Bodenheimer, T., Rittenhouse, D. & Grumbach, K., 2003. Improving Timely Access to Primary Care, Case Studies of the Advanced Access Model. JAMA 289 (8), 1042 - 1046.
- Nyström, A. 2005. Mindre stress utan kö. Kvalitetsmagasinet 1-2005.
<http://www.kvalitetsmagasinet.se/nyheter/artikel.php?id=11951> 31.8.2011.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011 Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Pohjola, A. 2007. Eettisyyden haaste tutkimuksessa. Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: kustannusosakeyhtiö Tammi, 11 - 30.
- Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy. Research Process in nursing. Oxford: Blackwell Publishing, 274 - 288.
- Saari, E. 2007. Mitä – Pitäkö tutkijan olla myös käytännön toimija? Teoksessa Viinamäki, L. & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 121 - 151.
- Silvester, K., Lendon, R., Bevan, H., Steyn, R. & Walley, P. 2004. Reducing waiting times in the NHS: is lack of capacity the problem? Clinician in Management 12/2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Terveyskeskukset 9.8.2012.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut. 24.9.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste).
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste. 14.11.2012.

- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta Johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Strindhall, M. & Henriks, G. 2007. How Improved Access to Healthcare Was Successfully Spread Across Sweden. *Manage Health Care*. Vol. 16. 16 - 24.
https://www.skane.se/upload/Webbplatser/Utvecklingscentrum/dokument/BM_vetenskaplig_artikel07.pdf. 20.3.2012.
- Stucki-Tikkanen, H., Lemström, A-M., Aronen, K., Hilander, A., Hintikka, M. & Stenqvist, J. 2011. Hyvä Vastaanotto – Bra Mottagning, kierros 2, 2010 - 2011. Loppuraportti. Kirkkonummen terveystakeskus. <http://www.webforum.com/hyvavastaanotto/web/page.aspx?refid=19>. 25.10.2011.
- Syväjärvi, A., Perttula, J., Stenvall, J., Majoinen, K. & Vakkala, H. 2007. Psykologisen johtamisen haaste kompleksisessa muutostilanteessa ja ihmisten muutosdynamiikassa. *Hallinnon tutkimus* 3, vol. 26. 3 - 17. Hallinnon tutkimuksen seura. Pernaja: Ankkurikustannus Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos & Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Terveydenhuoltolaki – pykälästä toiminnaksi. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/677215d6-9126-46f3-8d9c-11a42d84beda>. 12.10.2012.
- Terveydenhuoltolaki 1326/ 2010.
- Toikko, T. & Rantanen, T., 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University press.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011. Hyvä tieteellinen käytäntö – ohje 2002. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanta/kaytanta.html. 16.3.2012.
- Vaara, A. & Mikkola, H. 2012. Terveysaseman ulkoistamisen haasteet ja riskien hallinta. *Suomen lääkärilehti* (32).
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto32_2.pdf 31.10.2012
- Virtanen, M. 2000. Normit ja informaatio-ohjaus. *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (5). <http://www.stakes.fi/yp/2000/5/005virtanenpk.pdf>. 31.10.2012.
- Virtanen, P. & Wennberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. . Helsinki: Edita Prima Oy.

Liite 1

Tuloksia Suomen ja Ruotsin Hyvä Vastaanotto – toimintamallista

paikka	aika	väestö	lähtötilanne	lopputilanne	mitä vaatinut	muuta
Södra Torgets vårdcentral	2003 - 2004	9 800	aika lääkärille >40pvä	~5päivää	ruuhkanpurku, ajanvarauksen uudistaminen, asiakas tiedotus	
Hageby vårdcentral	2006 - 2007	18 500	viikoittain n.200 asiakasta jäi ilman aikaa, useita hoitajia irtisanoitui	työilmapiiri parempi, vähemmän lääkäreiden tarvetta	ruuhkanpurku, ajanvarauskirjojen ja toimintatapojen muutos	
Siuntion terveysasema	2010	6 000	jono 35 pvä	jono <10 pvä, yleensä <5 pvä	ruuhkanpurku, tiedotus, puhelin vastaaminen, tehokas hoidon tarpeen arviointi ja konsultaatio mahdollisuus. Toimisto- kokousoaikojen järjeistämisen	
Karhulan terveysasema	2010	24 000	jono 25 pvä	jono 5 pvä	ajanvarausmallien vähentäminen, tarkka hoidon tarpeen arviointi, puhelinsaataavuuden parantaminen	peruuttamattomat poisjäännit loppuivat lähes kokonaan
Kirkkonummen terveysasema	2010 - 2011	21 000	jono 2-3vkoa, puhelinsaataavuus huono		työohjelmien järjeistämisen, konsultaatio mahdollisuudet, uusi puh. järjestelmä takaisinsoitolla	
Kalajärven terveysasema	2010 - 2011	11 000	jono 42 pvä (~6vkoa). huono puhelin saataavuus		uusi puhelin järjestelmä, asiakkaiden ohjaus hoitajille ja ft:lle, ajanvaraus "blokki mallille"	jonot pidentyneet lähes lähtötasolle (lääkärivaje ja purkamattomat ruuhkat)
Tikkurilan terveysasema	2010 - 2011	52 000	jono > 1kk	jono 22 pvä (tavoite 14)	puhelinaikojen ohjeistus, puhelimen ruuhkavut, ajanvarausmallien vähentäminen	Jatkossa hoitajien hoidon tarpeen arvioinnin koulutus

Ohjeistusta henkilökunnalle

Hyvä Vastaanotto ohjeistusta henkilökunnalle 10.1.2011 alkaen

Tavoitteena on saada potilaalle aika lääkäriin max 5: n työpäivän aikana. Mieluummin 1-3 päivän sisällä yhteydenotosta. Tästä pidemmälle > 5 työpäivää aikoja ei saa varata. Tarkoitus on siis ”suojella huomista”, eikä täyttää päiviä etukäteen. Potilaiden on pyydettävä ottamaan uusi yhteys sinä päivänä tai mahdollisimman lähellä sitä päivää kun arvioivat tarvitsevansa lääkärin aikaa, jos tarjottu aika ei käy.

Kaikki lääkärin vastaanottoajat, joita saa varata on alkuun 20min pituisia (jatkossa kun mediatri luistaa siirrytään 15min) vastaanottoaikoja (VO), hoitaja määrittää potilaan tarpeen mukaan vastaanoton pituuden (20-40min) ja tekee sen pohjalta varauksen. Puhelinaikoja voi varata normaalisti. Kontrolliaikoja ei saa varata.

Lääkärillä on edelleen saman verran vastaanottoaikaa viikossa kuin ennenkin, sen jakaantuminen vain hieman muuttuu alkuviikko painotteisemmaksi.

Kiireellisyysluokitusta ei siis käytännössä ole vaan tavoitteena on tarjota ja antaa potilaalle aika mahdollisimman pian, ”hoitaa tämän päivän työt tänään”. Tässä korostuu myös erityisesti potilaan oma valinta. ”Milloin sinulle on paras aika tulla lääkäriin?”

Hoidon tarpeenmääritys ja arviointi tietysti pysyvät ennallaan ja korostuu entisestään. Ajanvaraaja määrittelee tarvittavan vastaanottoajan pituuden. Päälekkäisiä aikoja **ei** saa antaa.

Kaikkien ajanvaraajien on pidettävä mielessä, että selvästi kiireellisimmät päivät meillä ovat maanantai ja tiistai, jolloin tulee eniten yhteydenottoja erityisesti puhelimitse. Ne päivät kannattaa varata enemmän ”entisiin päivystysasioihin” ja tarjota esim. vuosikontrolleja tms. keskiviikolle ja torstaille, jotka ovat selvästi rauhallisempia. Ajanvarauksessa on oltava koko ajan ”kartalla” mitä asemalla tapahtuu ja kuinka paljon on lääkäreitä paikalla.

Alkuvaiheessa vapaita aikoja voi jäädä käyttämättä.

pähkinän kuoressa:

- Maanantaisin oltava vapaita aikoja lääkärille 40 (kaikki lääkärit yhteensä)
- ti-pe n.20 vapaata aikaa aamulla
- Arvio siitä, kuuluuko asiakas hoidettavaksi lääkärin vo, sh vo vai voiko kokeilla vielä kotikonsteja ja tarv ottaa yht muutaman päivän päästä (pääsee sittenkin vo). Siis tarkka hoidontarpeen arvio!
- Potilaalle tarjotaan lääkärin aika ongelman kiireellisyydestä riippumatta samana päivänä tai ensimmäistä vapaata aikaa. On muistettava meidän omat kiirepäivät maanantai ja tiistai (perjantai). Lääkäriresurssi on tiedettävä joka päivä.
- vastaanottoaika annetaan 5työpäivän sisään, mielellään 1-3pvän sisään.
- ma-ti päiville ei mielellään kontroleja/toimenpiteitä, vaan ne mieluummin loppu viikolle.
- Palaverit koko hlökunnan kesken ma-pe klo 12-12.30, jolloin voidaan puhua muutoksen tuomista eduista ja haitoista ja puuttua niihin nopeastikin.

Muuta:

- Reseptien uusimisaika 2vkoa, sama kuin koko kaupungissa
- Lääkäri XX käy torstaisin meillä pari tuntia aamukoulutuksen jälkeen tekemässä reseptejä ennen pepäi menoa

Seinille laitettut ilmoitukset asiakkaille

xxx:n terveysaseman vastaanotto toiminta muuttuu vuoden vaihteessa.

Tammikuun alusta XX:n kaupungille tulee uusi asiakastietojärjestelmä. Tämä hidastaa ensimmäisinä viikkoina vastaanotto toimintaa sekä voi hankaloittaa puhelinliikennettä terveysasemalle. Ensimmäisen viikon aikana, 3-7.1.2011, hoidamme vain kiireellisiä sairastapauksia.

Maanantaista 10.1.11 alkaen alamme antamaan vastaanottoaikoja. Aikoja voi saada korkeintaan viikon päähän. Vuosikontrolleissa yms lääkäri aika asioissa ota yhteyttä XX:n terveysasemalle lähellä sitä aikaa, kun ajattelet tarvitsevasi lääkärin vastaanottoa. Emme siis anna aikoja enää muutaman viikon päähän vaan pyrimme hoitamaan asiiasi jo saman viikon aikana. Eli vuoden vaihteen jälkeen lääkärin vastaanotolle voi saada aikoja vasta 10.1. alkaen kiireettömissä tapauksissa.

Toivomme alkuvaiheessa ymmärrystä ja pitkästä pinnasta asiakkailta. Lupaamme kuitenkin sen, että lääkäriin pääsee jatkossakin, vaikka aikaa ei saakaan entiseen tapaan muutaman viikon päähän.

Lisätietoja antavat oh XX ja vastaava lääkäri XX.

XX 8.12.2010

(nimet ja paikat poistettu)

Vastaanotoilla jaetut ohjeet asiakkaille

XX:n terveysaseman vastaanottotoiminta muuttuu 10.1.2011 alkaen.

Annamme vastaanottoaikoja vain lähipäiville. Toivomme, että otatte yhteyttä terveysasemalle lähellä sitä päivää, kun toivotte pääseväne vastaanotolle.

Entiset ajanvarauspuhelinnumerot palvelevat teitä jatkossakin (klo 8-9 ja 13-14).

Ystävällisin terveisin terveysaseman henkilökunta

Lehdistötiedote

XX:n terveysasemalla on siirrytty 10.1.11 alkaen Hyvä vastaanotto-konseptin mukaiseen toimintaan. Siinä tarkoituksena on hoitaa asiakkaat mahdollisimman pian yhteyden oton jälkeen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että aikoja annetaan terveysasemalla vain viikon päähän. Pyrimme saamaan kysynnän ja tarjonnan välisen jonon mahdollisimman lyhyeksi.

Muutos on aiheuttanut alkuun hankaluutta, kun ennen on pitänyt varata aika kuukauden päähän saadakseen ajan, ja kun nyt ajan saakin lähipäiville eikä sitä ole mahdollista edes varata parin viikon päähän. Uusi järjestelmä on siis vaatinut myös asiakkailta uudenlaista lähestymistapaa. Lisäksi vuoden vaihteen potilastietojärjestelmän muutos on hieman ”vienyt” aikoja, joten pientä ruuhkaa edelleen vastaanotoille on. Tämä alkaa kuitenkin pikku hiljaa jo purkaantua. Tavoitteena on pari lähi kuukauden sisällä päästä tilanteeseen, jossa lääkärin ajan saisi ihan lähipäiville.

Järjestelmä helpottaa myös silloin, kun joku lääkäri sairastuu, aikoja on helpompi siirtää lähipäiville, eikä asiakas joudu odottamaan uudestaan seuraavaa kolmea viikkoa. Lisäksi peruuttamattomien lääkärikäyntien määrä on vähentynyt jo nyt tämä kolmen viikon aikana. Lisäksi asiakkaan vaivat eivät ehdi pahentua pitkän jonotusajan takia ja ylimääräisiä päivystyskäyntejä ei tule.

Käytäntö ei kuitenkaan tarkoita sitä, että lääkärille pääsisi suoraan ovesta sisään kävelemällä, vaan ajanvaraus tapahtuu normaalisti sairaanhoitajien kautta, jotka tekevät tarkan hoidon tarpeen määrittelyn. Uusien käypähoito ohjeiden mukaan, osa asiakkaista voidaan hoitaa myös sairaanhoitajan vastaanotolla, eikä heidän ole välttämätöntä edes käydä lääkärin luona. Tämä tarkka hoidontarpeen määrittely mahdollistaa sen, että lääkärin aikoja on tarjolla niitä oikeasti tarvitseville.

Julkaisuvapaa heti