

SINIKKA VARSIO, ANNE NORDBLAD, MIIKA LINNA,  
IRMA ARPALAHTI, PÄIVI STRÖMMER,  
TUOMO KARHUNEN, SINIKKA HUHTALA

## **SUHAT-hankkeen menestystarina**

Strateginen johtaminen ja benchmarking-kehittäminen 2002–2005



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki  
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)  
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: [www.stakes.fi](http://www.stakes.fi)

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2096-6 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2097-3 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

# Tiivistelmä

Sinikka Varsio, Anne Nordblad, Miika Linna, Irma Arpalahti, Päivi Strömmer, Tuomo Karhunen, Sinikka Huhtala. SUHAT-hankkeen menestystarina. Strateginen johtaminen ja benchmarking-kehittäminen 2002–2005. Stakes, Työpapereita 5/2008. 144 sivua, hinta 24 €. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2096-6

Suun terveydenhuollon SUHAT-hanke perustettiin vuonna 1999 vastaamaan muutokseen, jossa julkisesti rahoitettavaa suun terveydenhuoltoa laajennettiin koskemaan koko väestöä. SUHAT-hankkeeseen osallistuu väestöltään erikokoisia terveyskeskuksia ja kuntayhtymiä eri puolelta Suomea, ja toiminta perustuu verkostotyöskentelyyn sekä sen tuomiin hyötyihin. Hanke toteutetaan Stakesissa pidettävänä koulutus- ja työkokouksina, ja niiden rinnalla terveyskeskukset toteuttavat omaa kehitystyötään.

SUHAT-hankkeen taustaryhmässä mukana ovat Stakes, Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto. Hanketta rahoittaa Stakes ja hankkeeseen osallistuvat terveyskeskukset. Vuosina 2002–2005 Helsingin yliopiston Hammaslääketieteen laitoksen suuterveystieteen yksikössä erikoistumiskoulutustaan suorittamassa olleet hammaslääkärit hoitivat hankkeen käytännön järjestelyitä, yhteydenpitoa osallistujiin, hankkeen dokumentointia ja osallistuivat hankkeen arviointiin, suunnitteluun sekä kehittämiseen. Hankkeen projektiryhmä valmisteli ohjausryhmässä käsiteltävät asiat. Ohjausryhmä toimii hankkeen päättävänä elimenä, joka päättää mm. hankkeen sisällöstä ja toteutustavasta sekä uusista kehitettävistä tunnusluvuista ja indikaattoreista.

Hankkeen tärkein tavoite kautta sen toimintavuosien on ollut terveyskeskusten suun terveydenhuollon strategiasta lähtevän johtamisen kehittäminen. Kehittämistyökaluina on hankkeen eri vaiheissa käytetty Balanced Scorecard -työskentelyä, itsearviointia, benchmarking-toimintaa ja prosessien kehittämisen menetelmää.

Balanced Scorecard -koulutuksen tavoitteena oli, että osallistuvilla terveyskeskuksilla on valmis tulokortti strategisen johtamisen tukena. Terveyskeskukset rakensivat oman strategiatyönsä ja tulokorttinsa koulutuksessa tätä varten suunniteltujen työkirjojen avulla. SUHAT-hankkeessa päivitettiin vuosien 2002–2005 aikana suun terveydenhuollon valtakunnallinen toiminta-ajatus ja toiminnan kriittiset menestystekijät, kuvattiin ja parannettiin suun terveydenhuollon toiminta- ja hoitoprosesseja sekä kehitettiin hoitoon pääsyn edellytyksiä suun terveydenhuollossa.

SUHAT-hankkeessa toteutetaan osallistujien keskinäistä prosesseihin kohdistuvaa arviointia benchmarking-työskentelynä kullekin tärkeäksi kokemien menettelytapojen tai toimintaprosessien kehittämisessä. Prosessimaisen toiminnan kehitysvaiheet, toiminnan kuvaamiseen ja mittaamiseen liittyviä käsitteitä sekä tietojen käytön opastusta käytiin läpi hankkeen järjestämissä työkokouksissa. Vuosina 2002–2005 kehitettiin yhteisiä, kaikille terveyskeskuksille soveltuvia tai sovellettavissa olevia prosessikarttoja ja tehtiin tärkeimpien prosessien kaaviokuvaukset sanallisine tarkennuksineen. Osallistujille tehdyn kyselyn mukaan tärkeimpänä pidetty prosessi oli hoitoon pääsyn ja ajanvarauksen prosessi.

Terveyskeskusten SUHAT-hankkeesta ja sen koulutuksesta antaman palautteen mukaan terveyskeskusten suun terveydenhuollon johtamisessa strategialähtöinen toiminnan johtaminen on korostunut ja lisääntynyt BSC-koulutuksen myötä. Sen mukaan hankkeessa järjestetty koulutus on myös lisännyt suun terveydenhuollon toiminnan systemaattisuutta, rationaalisuutta, tavoitteellisuutta ja päämäärätietoisuutta. Hankkeen myötä tietoon perustuva johtaminen on vahvistunut, johtamisessa päätösten tukena on hyödynnetty entistä enemmän vertailutietoa toisista terveyskeskuksista ja osallistavan johtamistavan omaksumisen myötä henkilökunnan mukaan ottaminen toiminnan kehittämiseen on parantunut.

SUHAT-hankkeen indikaattoripankkiin kerätään terveyskeskusten toimintaa ja taloutta sekä toiminnan tuloksellisuutta kuvaavia tunnuslukuja. Näistä tunnusluvuista on valittu kaikkein

käyttö- ja vertailukelpoisimmat indikaattoreiksi siten, että ne mahdollisimman hyvin mittaavat suun terveydenhuollon yhteisen BSC-kortin strategisia tavoitteita ja kriittisiä menestystekijöitä. Indikaattoripankin sisältämien eritasoisten tietojen selkeyttämiseksi ja hallitsemiseksi hankkeessa kerätyt toiminta- ja taloustiedot sekä niistä lasketut tunnusluvut ja indikaattorit on jaoteltu hierarkisiin tasoihin. Mittaristohierarkia koostuu terveyskeskuksen toimittamista taustatiedoista sekä toiminta- ja taloustiedoista, tuloksellisuuden arvioinnista ja indikaattorien seurannasta.

Indikaattoripankin mittaristo kuvaa muun muassa terveyskeskusten suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja potilaiden hoitotoimenpiteiden vaativuutta, voimavarojen käyttöä ja kohdentamista, toimintakäytäntöjä sekä toiminnan tuottavuutta ja tehokkuutta. Tunnusluvut mahdollistavat tuottavuusvertailut terveyskeskusten välillä. Tuottavuuseroista saatuja tietoja on mahdollisuus hyödyntää toimintakäytäntöjen ja prosessien erojen tarkasteluun ja arviointiin. SUHAT-terveyskeskuksen oman toiminnan aikasarja-analyysit mahdollistavat toiminnan muutosten seurannan ja arvioinnin terveyskeskustasolla eri vuosien välillä.

Terveyskeskusten antama palaute indikaattoripankin hyödynnettävyydestä ja toimivuudesta osoitti, että indikaattoripankki ja mittaristo koettiin yhdeksi hankkeen tärkeimmistä osa-alueista sekä paikallisessa että valtakunnallisessa suun terveydenhuollon johtamisessa. Indikaattoripankkia käytettiin oman toiminnan kuvaamiseen ja seuraamiseen sekä oman toiminnan vertailuun etenkin muihin samankokoisiin terveyskeskuksiin.

Kehittämiskohteeksi on otettu myös yhteistyö suun terveydenhuollon tietojärjestelmien valmistajien kanssa, jotta terveyskeskusten tuottamat luvut saataisiin suoraan suun terveydenhuollon ohjelmista. Nyt lukujen tuottamiseen koettiin kuluvan kohtuuttomasti aikaa. Terveyskeskusten lähettämien lukujen loogisiin tarkastuksiin kului myös Stakesissa paljon aikaa.

SUHAT-hankkeen tavoitteena on ollut tukea laaja-alaisesti suun terveydenhuollon johtamiskäytäntöjä ja osaamista. Johtamiskäytäntöjen koulutuksessa aihealueet ovat kattaneet strategisen johtamisen, prosessijohtamisen, osaamisen ja osallistavan johtamisen ja asiantuntijajohtamisen. Hanke on sysännyt terveyskeskuksissa liikkeelle toiminnan ja toimintakäytäntöjen kokonaiskartoituksen ja uudelleenarvioinnin. Hanke on systematisoinut vertailevaa kehittämistä. Terveyskeskusten keskinäinen vertailu on tullut luontevammaksi ja luotettavammaksi.

SUHAT-terveyskeskukset ovat saaneet tärkeän tukiverkoston ja työkalut, joiden avulla niiden on ollut mahdollista oppia toisiltaan ja kehittää omaa toimintaansa. Hanke on tarjonnut ainutlaatuisen mahdollisuuden arvioida strategista johtamista terveyskeskusten suun terveydenhuollossa jo usean vuoden ajalta. Erityisen merkittävää on ollut indikaattoripankin kehittäminen vastaamaan terveyskeskusten tarpeita ja se, että terveyskeskukset ovat halunneet tarkastella tuloksia avoimesti vertaillen, mikä osoittaa luottamusta verkostotyöskentelyyn.

Avainsanat: suun terveydenhuolto, terveyskeskukset, johtaminen, benchmarking, indikaattorit

## Sammandrag

Sinikka Varsio, Anne Nordblad, Miika Linna, Irma Arpalahti, Päivi Strömmer, Tuomo Karhunen, Sinikka Huhtala. SUHAT-hankkeen menestystarina. Strateginen johtaminen ja benchmarking-kehittäminen 2002–2005 [Framgångshistorien om projektet SUHAT. Strategisk styrning och utveckling av benchmarking 2002–2005]. Stakes, Diskussionsunderlag 5/2008. 144 sidor, pris 24 €. Helsingfors 2008. ISBN 978-951-33-2096-6

Munvårdens projekt SUHAT upprättades 1999 som en reaktion på att den offentligt finansierade munvården utvidgades till att omfatta hela befolkningen. I projektet deltar hälsovårdscentraler och samkommuner med befolkningsunderlag av olika storlek. Hälsovårdscentralerna och samkommunerna finns runtom i Finland. Verksamheten bygger på nätverksarbete och på de fördelar det medför. Projektet genomförs med hjälp av utbildning och möten som hålls på Stakes. Vid sidan av dem utför hälsovårdscentralerna eget utvecklingsarbete.

Bakom projektet står Stakes, social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund. Projektet finansieras av Stakes, och hälsovårdscentralerna deltar i det. Åren 2002–2005 hade de tandläkare som genomförde sina specialiseringsstudier på avdelningen för oral hälsovetenskap vid Helsingfors universitets institution för odontologi hand om projektets praktiska arrangemang, dokumentation och kontakter med deltagarna. Tandläkarna i fråga deltog också i utvärdering, planering och utveckling av projektet. Projektgruppen förberedde de ärenden som behandlades i styrgruppen. Styrgruppen är projektets beslutande organ, som fattar beslut bland annat om projektinnehållet och hur projektet ska genomföras samt om nya nyckeltal och indikatorer som ska utvecklas.

Under projektets alla verksamhetsår har dess viktigaste mål varit att utveckla styrningen, som bygger på en strategi för hälsovårdscentralernas munvård. I projektets olika skeden har Balanced Scorecard, självvärdering, benchmarking samt metoden för processutveckling använts som utvecklingsverktyg.

Syftet med Balanced Scorecard-utbildningen var att de deltagande hälsovårdscentralerna skulle ha ett färdigt styrkort som stöd för den strategiska styrningen. I utbildningen skapade hälsovårdscentralerna sitt eget strategiska arbete och sina styrkort med hjälp av arbetsböcker som planerats för detta. Under åren 2002–2005 uppdaterades i projektet SUHAT munvårdens nationella verksamhetsidé och verksamhetens kritiska framgångsfaktorer. Dessutom beskrev och förbättrade man munvårdens verksamhets- och vårdprocesser samt utvecklade förutsättningarna för att få vård inom munvården.

I projektet utvärderar deltagarna sinsemellan processerna med hjälp av benchmarking när det gäller att utveckla de förfaringssätt eller verksamhetsprocesser som var och en upplever som viktiga. På projektets möten behandlades den processliknande verksamhetens utvecklingsskeden, begrepp som används för att beskriva och mäta verksamheten samt handledning i att använda datan. Åren 2002–2005 utvecklades gemensamma processkartor, som lämpade sig eller kunde anpassas för alla hälsovårdscentraler. Man utarbetade också schematiska beskrivningar med skriftliga preciseringar av de viktigaste processerna. Enligt en enkät som deltagarna besvarade ansåg de att erhållandet av vård och tidsbeställning var den viktigaste processen.

Enligt hälsovårdscentralernas respons på projektet SUHAT och dess utbildning har den strategibaserade verksamhetsstyrningen i hälsovårdscentralernas styrning av munvården framhävt och ökat i och med Balanced Scorecard-utbildningen. Av responsen framgick det också att utbildningen ökat systematiken, rationaliteten, målinriktningen och målmedvetenheten i munvården. Genom projektet har kunskapsbaserad styrning stärkts. I styrningen har man allt mer utnyttjat benchmarkingdata från andra hälsovårdscentraler som stöd för beslut. Och efter att

ha tillägnat sig ett styrningsätt som bygger på delaktighet har man i större utsträckning börjat involvera personalen i verksamhetsutvecklingen.

I projektets indikatorbank samlar man nyckeltal som beskriver hälsovårdscentralernas verksamhet och ekonomi samt verksamhetsresultaten. De allra mest använd- och jämförbara nyckeltalen har man valt ut till indikatorer, så att de så bra som möjligt mäter munvårdens gemensamma styrkorts strategiska mål och kritiska framgångsfaktorer. De verksamhetsdata och ekonomiska data som samlats in via projektet samt de nyckeltal och indikatorer som bygger på dessa data har delats in i hierarkiska nivåer för att förtydliga indikatorbankens data på olika nivåer och göra dem mer lätthanterliga. Hierarkin för mätaruppsättningen består av bakgrundsdata som hälsovårdscentralen lämnat in samt av data om verksamhet och ekonomi, resultatutvärdering och indikatoruppföljning.

Indikatorbankens mätaruppsättning beskriver bland annat konsumtionen av hälsovårdscentralernas munvårdstjänster och hur krävande vårdåtgärderna är, användningen och fokuseringen av resurser, förfaringssätten samt verksamhetens produktivitet och effektivitet. Tack vare nyckeltalen är det möjligt att jämföra hälsovårdscentralernas produktivitet. Data om produktivitetsskillnader kan utnyttjas vid granskning och utvärdering av skillnader i verksamhetspraxis och processer. En hälsovårdscentral som deltar i SUHAT kan med hjälp av tidsserieanalyser av sin egen verksamhet följa upp och utvärdera verksamhetsförändringar olika år på hälsovårdscentralnivå.

Hälsovårdscentralernas respons på hur väl indikatorbanken fungerar och kan utnyttjas visade att den och mätaruppsättningen betraktades som ett av projektets viktigaste delområden inom både den lokala och den nationella styrningen av munvården. Indikatorbanken användes för att beskriva och följa upp den egna verksamheten samt för att jämföra den egna verksamheten med framför allt andra hälsovårdscentraler i samma storlek.

Ett särskilt utvecklingsområde är samarbete med dem som tillverkar informationssystem för munvården, så att de sifferdata hälsovårdscentralerna producerar kan fås direkt ur munvårdsprogrammen. För närvarande krävs det orimligt mycket tid för att ta fram datan. Stakes granskningar av logiken i de data hälsovårdscentralerna lämnat in kräver också mycket tid.

Målet för projektet SUHAT har varit att övergripande stödja styrningspraxisen och kunnandet inom munvården. Ämnesområdena inom utbildningen i styrningspraxis täckte strategisk styrning, processtyrning, kunskapshantering, deltagande ledarskap och expertstyrning. På hälsovårdscentralerna har projektet lett till att verksamheten och verksamhetspraxisen kartlagts och omvärderats. Projektet har systematiserat jämförande utveckling. Det har blivit mer naturligt med inbördes jämförelse mellan hälsovårdscentralerna. Dessutom har jämförelsen blivit mer tillförlitlig.

De hälsovårdscentraler som deltar i projektet har fått ett viktigt stödnätverk samt verktyg, med vars hjälp de kunnat lära sig av varandra och utveckla sin egen verksamhet. Redan under flera års tid har projektet erbjudit en enastående möjlighet att utvärdera strategisk styrning inom hälsovårdscentralernas munvård. Att utveckla indikatorbanken till att uppfylla hälsovårdscentralernas behov har varit av särskild betydelse, liksom det att hälsovårdscentralerna ville granska resultaten genom öppen jämförelse. Det visar att man har förtroende för nätverksarbete.

Nyckelord: munvård, hälsovårdscentraler, styrning, benchmarking, indikatorer

## Abstract

Sinikka Varsio, Anne Nordblad, Miika Linna, Irma Arpalahti, Päivi Strömmer, Tuomo Karhunen, Sinikka Huhtala. SUHAT-hankkeen menestystarina. Strateginen johtaminen ja benchmarking-kehittäminen 2002–2005 [The success story of the SUHAT project. Strategic management and benchmarking development 2002–2005]. STAKES, Working papers 5/2008. pp. 144, price 24 €. Helsinki 2008. ISBN 978-951-33-2096-6

SUHAT is an oral health care project that was launched in 1999 in response to the extension of publicly funded oral health care to cover the entire population. The project involves a number of health centres and joint municipal boards with varying population sizes in different parts of Finland. It makes use of network-based working methods, being implemented through training events and business meetings organised at STAKES. In addition, the participating health centres do their own development work.

The stakeholders behind the project include STAKES, the Ministry of Social Affairs and Health and the Association of Finnish Local and Regional Authorities. The project is funded by STAKES and the participating health centres. In 2002–2005, the practical arrangements, communication with the participants and project documentation were taken care of by a number of dentists completing their specialist training in the Department of Oral Public Health at the Helsinki University Institute of Dentistry. They also participated in project evaluation, planning and development. Matters to be submitted to the steering group were prepared by a project group. The steering group is the project's decision-making body, which decides for example on the content and implementation of the project and specifies new key figures and indicators to be developed.

The principal goal of the project over the years has been to develop management practices at health centres on the basis of the strategy of oral health care. Development tools at different project stages have included the Balanced Scorecard approach, self-evaluation, benchmarking and the process development method.

Training on the Balanced Scorecard approach was aimed at helping the participating health centres prepare a scorecard to support their strategic management. During the training the health centres worked on their own strategy and scorecard using special workbooks. In 2002–2005, the national mission statement and critical success factors of oral health care were updated within the SUHAT project. The project also described and improved operational and treatment processes and sought to improve access to oral health care.

The project used benchmarking among the participants to assess and improve the operational processes and methods that each participant regarded as important. The project's business meetings dealt with the developmental phases of process activities and the concepts related to activity description and measurement and also provided guidance on the use of information. In 2002–2005, common process charts were developed that could be applied by or adapted to all health centres, in addition to which the most important processes were described schematically and also explained further in words. A survey among the participants indicated that the process of making appointments and accessing treatment was considered the most important one.

The feedback provided by the health centres on the SUHAT project and on the training offered by it indicated that the BSC training has increased the role and use of strategy-based operational management in oral health care. In addition, the feedback showed that the training has made oral health-care activities more systematic, rational, target-oriented and purposeful. The project has strengthened knowledge-based management practices and increased the use of comparative information on other health centres in order to support managerial decision-making.

In addition, the participatory management approach has increased the involvement of staff in activity development.

Key figures on health-centre activities and finances and the outcomes of activities are gathered in the project's indicator bank. The most usable and comparable data have been chosen as indicators that measure the goals and critical success factors of the common BSC in oral health care. In order to clarify and manage data of different levels in the indicator bank, the data on activities and finances and related key figures and indicators are arranged hierarchically. The hierarchy of the indicator set consists of background data supplied by the health centres, data on their activities and finances, performance evaluation data and indicator follow-up data.

The indicator set stored in the indicator bank describes for example the use of oral health-care services at health centres, the degree of complexity of patient treatments, resource use and targeting, operational practices and the productivity and effectiveness of activities. The key figures enable productivity comparisons between health centres. Data on differences in productivity, in turn, can be made use of in analysing and assessing differences in operational practices and processes. Time-series analyses concerning the participating health centres' own activities enable follow-up and evaluation of activity changes at the level of individual health centres between different years.

The feedback received from the health centres on the usability and functionality of the indicator bank showed that the indicator bank and the indicator set were regarded as one of the most important aspects of the project in both local and national oral health-care management. The indicator bank was used for describing and monitoring the health centre's own activities as well as for comparisons, especially for comparisons with other health centres of the same size.

The development work has also included co-operation with the providers of information systems for oral health care. The aim was for the health centres to be able to retrieve the data produced by them directly from their oral health-care software programs. Currently the retrieval was considered to be unreasonably time-consuming. The cross-checking for logical consistency within the figures provided by the health centres also currently takes a significant amount of time at STAKES.

The objective of the SUHAT project has been to provide comprehensive support to oral health-care management practices and related competencies. The topic areas in the training on management practices have covered strategic management, process management, competence management, participatory management and expert management. The project has given rise to overviews and reassessments of activities and practices at health centres. It has also made the benchmarking practices more systematic. Comparisons between health centres have become easier and more reliable.

The participating health centres have been provided with an important support network and tools that enabled them to learn from each other and develop their own activities. The project has offered a unique opportunity to assess strategic management in oral health care at health centres over several years. The establishment of the indicator bank in response to the needs of the health centres has been of particular importance. Further, it has been important that the health centres have been willing to look at the results and do comparisons in an open manner, which can be seen as a sign of trust in the network-based work.

Keywords: oral health care, health centres, management, benchmarking, indicators



# Sisällys

Tiivistelmä  
Sammandrag  
Abstract

SUHAT-HANKE .....	11
Hankkeen vaiheet .....	11
Hankkeen organisointi.....	12
Hankkeen työskentelymenetelmät .....	14
BALANCED SCORECARD -STRATEGIATYÖSKENTELEY VUONNA 2002 .....	16
Hammashuollon uudistus edellytti suun terveydenhuollon vision ja strategian uudistamista .....	16
Terveyskeskusten tavoitteet BSC-työlleen .....	17
Työkirjat onnistuneen BSC:n rakentamistyön välineinä.....	18
BSC:n rakentamisprojekti hahmottuu.....	19
Visio ja strategia luodaan ja päivitetään .....	19
Strategia puretaan avaintavoitteiksi .....	20
Kriittisten menestystekijöiden tunnistaminen BSC-työn tärkein vaihe .....	20
Kriittisille menestystekijöille valitaan mittarit .....	21
Keinot ja kehittämistoimenpiteet avaintavoitteiden saavuttamiseksi.....	22
Tuloskortit johtamisen kehittämisen tukena .....	22
Suun terveydenhuollon yhteinen visio ja strategia .....	22
Johtaminen vahvistunut, selkiytynyt ja tavoitteellistunut BSC-prosessin myötä.....	24
SUHAT-INDIKAATTORIPANKKI JA MITTARISTO .....	26
Vaikuttavuus ja asiakasnäkökulma .....	27
Prosessinäkökulma .....	32
Resurssit ja talous .....	36
Uudistuminen ja työkyky .....	40
Terveyskeskuskohtaiset aikasarjat .....	41
SUHAT-indikaattoripankin arviointia.....	42
TUOTTAVUUDEN MUUTOKSET HANKEKUNNISSA .....	44
Nuorten potilaiden suhteelliset osuudet.....	44
Toimenpiteiden keskimääräisen vaikeusasteen erot ja muutokset.....	45
Työnjako, voimavarat HML-SHG.....	46
Tuottavuus – yksikkökustannukset .....	47
Yhteenveto yleisistä trendeistä 2001–2005.....	49
PROSESSIEN KEHITTÄMINEN SUHAT-HANKKEESSA.....	51
Prosessikeskeinen ajattelutapa .....	51
Prosessijohtamisen koulutus SUHAT-hankkeessa.....	52
Ydinprosessit tunnistetaan.....	53
Prosessikartta laaditaan .....	54
Valitaan ja kuvataan kehitettävät prosessit .....	55
Prosesseille määritetään tavoitteet ja tavoitteille mittarit.....	57
Nykytilaprosessien suorituskyky arvioidaan.....	57
Hoitoon pääsyn prosessin hahmottaminen .....	58
Sähköinen työkirja tukemaan itsenäistä prosessien kehittämistä ja benchmarkkausta .....	59
Prosessikysely tammikuu 2005 .....	59
Prosessikysely tammikuu 2006 .....	60

OSAAMISEN JOHTAMINEN SUHAT-HANKKEESSA .....	62
Suun terveydenhuollon johtamisen osaaminen .....	64
Tulevaisuuden osaamishaasteita suun terveydenhuollon palveluille.....	65
Osaamiskartat, työnjako ja täydennyskoulutus osana osaamisen johtamista .....	66
SUHAT-hanke osaamisen johtamisen vahvistamisessa .....	67
HANKKEEN ARVIOINTI JA LOPPUPÄÄTELMÄT .....	69
Lähteet.....	71
Liitteet 1–30.....	73

# SUHAT-HANKE

## Hankkeen vaiheet

Julkisesti tuetun suun terveydenhuollon laajentuminen koko väestöön joulukuun 2002 alusta ja sen mukanaan tuomat muospaineet synnyttivät kunnissa tarvetta terveystakeskusten suun terveydenhuollon strategiseen suunnitteluun ja toimintatapojen kehittämiseen sekä tarvetta verkostoitumiseen ja kokemusten vaihtoon terveystakeskusten kesken. Suun terveydenhuollon SUHAT-hanke perustettiin vuonna 1999 vastaamaan tähän tulevaan muutokseen.

SUHAT-hankkeen tärkein tavoite kautta sen toimintavuosien on ollut terveystakeskusten suun terveydenhuollon strategiasta lähtevän johtamisen kehittäminen. Johtamisen kehittämisen työkaluina on hankkeen eri vaiheissa käytetty Balanced Scorecard -työskentelyä, itsearviointia, benchmarking-toimintaa ja prosessien kehittämisen menetelmää. Näillä menetelmillä on saatu lisäystä terveystakeskusten suun terveydenhuollon osallistavaa johtamista.

SUHAT-hankkeen vaiheet on kuvattu kuvassa 1. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa (SUHAT 2000) BSC-strategiatyössä kehitettiin kunnalliseen suun terveydenhuoltoon käytännön johtamisesta tukevia mittareita, jotka laaja-alaisemmin kuvaavat suun terveydenhuollon toimintaprosesseja, toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Näkökulmina olivat vaikuttavuus, asiakas, voimavarojen käyttö, prosessit ja rakenteet sekä uudistuminen ja työkyky. Arviointikriteerien taustatiedoista muodostui indikaattoripankki, joka mahdollisti benchmarking-menetelmän käytön sekä toiminta- ja taloustietojen vertailun terveystakeskusten kesken.

Hankkeen toisessa vaiheessa (SUHAT 2001) benchmarking-menetelmän avulla haettiin olemassa olevia parhaita käytäntöjä ja sovellettiin niitä omaan organisaatioon. Hanke organisoitiin muotoon, joka tuki yhteistoimintaa ja toisilta oppimista: hankkeeseen osallistuneet terveystakeskukset muodostivat ryhmiä, joissa tehtiin sekä sisäistä että ulkoista vertaisoppimista. Benchmarkingin tueksi terveystakeskukset käyttivät itsearviointi -menetelmää parhaimpien benchmarking-kohteiden löytämiseksi.

### SUHAT-hankkeen vaiheet

	Mukana:	Kehittämistyökaluina:
1999–2000	13–20 tk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BSC strateginen johtaminen</li> <li>• Indikaattoripankki</li> </ul>
2001	27 tk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benchmarking</li> <li>• Strategiset indikaattorit</li> </ul>
2002	25 tk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BSC-tuloskortti</li> <li>• Strategiset indikaattorit</li> <li>• Osaamisen johtaminen</li> </ul>
2003	26 tk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosessien kehittäminen</li> <li>• Strategisten indikaattorien seuranta</li> </ul>
2004	26 tk	
2005	27 tk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajankohtaisseminaarit</li> </ul>

KUVA 1. SUHAT-hankkeen vaiheet

Strategiatyön jatkamista pidettiin tärkeänä, ja uusia terveyskeskuksia halusi mukaan tähän uudentyypoiseen informaatio-ohjaukseen. Hankkeen kolmannessa vaiheessa (SUHAT 2002) Balanced Scorecard -koulutus pidettiin uudelleen vuosina 2001 ja 2002 mukaan tulleille terveyskeskuksille. Terveyskeskukset tekivät kukin oman strategiatyönsä. Yhteisesti hankkeessa päivitettiin suun terveydenhuollon valtakunnallinen toiminta-ajatus ja toiminnan kriittiset menestystekijät.

Hankkeen neljännessä vaiheessa (SUHAT 2003) keskityttiin suun terveydenhuollon toiminta- ja hoitoprosessien kuvaamiseen ja parantamiseen. Strategiansa kannalta kriittisille prosesseille terveyskeskukset määrittivät tavoitteet ja menestystekijät sekä mittarit. Prosessien kehittäminen linkittyi tiiviisti terveyskeskusten aikaisempaan Balanced Scorecard -työskentelyyn. Eri terveyskeskusten toiminta- ja hoitoprosessien kuvaaminen antoi mahdollisuuden toimintatapojen vertaamiseen ja benchmarkkaukseen. Menestystekijöiden ja tavoitetasojen asettaminen prosessin eri vaiheille auttoivat terveyskeskuksia arvioimaan toimintansa laadukkuutta.

Hankkeen viidennessä vaiheessa (SUHAT 2004) tavoitteena oli hoitoon pääsyn varmistaminen ja parantaminen suun terveydenhuollossa. Terveyskeskuksia tuettiin määrittelemään hoitoon pääsyn kannalta tärkeimpien prosessinsa tavoitteet, menestystekijät ja mittarit. Terveyskeskukset jatkoivat itsenäisesti benchmarking-työskentelyä näiden prosessien kehittämiseksi ja parantamiseksi mm. hankkeen kotisivuilla olevien prosessikuvausten ja terveyskeskuskohtaisten osaamiskarttojen avulla. Indikaattoripankin osalta keskityttiin strategisten indikaattorien kehittämiseen ja seuraamiseen.

Hanke toteutettiin seuraavana vuonna (SUHAT 2005) kolmena ajankohtaisseminaarina ja työkokouksena. Pääpaino oli toimintaprosessien trimmaamisessa siten, että kiireetöntä hoitoon pääsyä koskevat lainsäädäntömuutokset toteutuvat. Johtajuudelle syntyneet paineet huomioitiin työkokousten aiheissa.

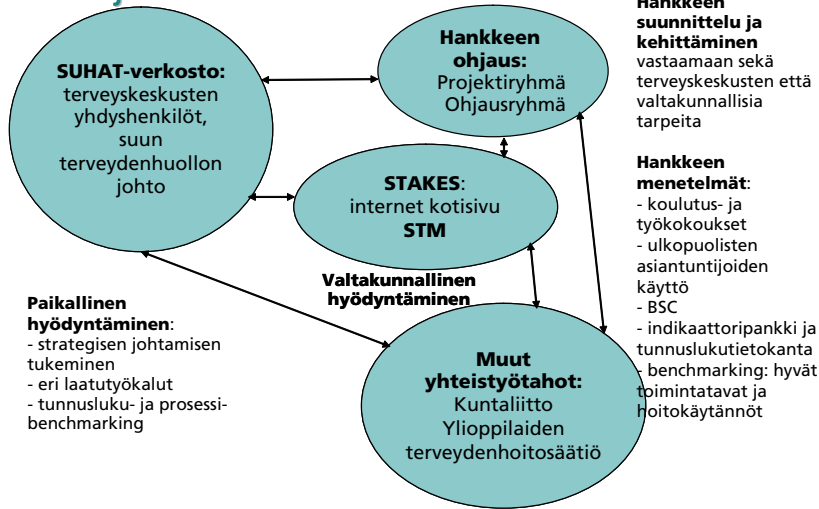
## Hankkeen organisointi

SUHAT-hanke perustuu verkostotyöskentelyyn ja sen tuomiin hyötyihin (kuva 2). Hanketta kehitetään vastaamaan sekä terveyskeskusten tarpeita että valtakunnallisten suun terveydenhuollon päätösten tueksi. Tärkeässä osassa tässä hankkeen kehittämistyössä ovat hankkeeseen osallistuvien terveyskeskusten edustajista kootun ohjausryhmän työskentely sekä terveyskeskusten hankkeesta antama palaute ja arviointi.

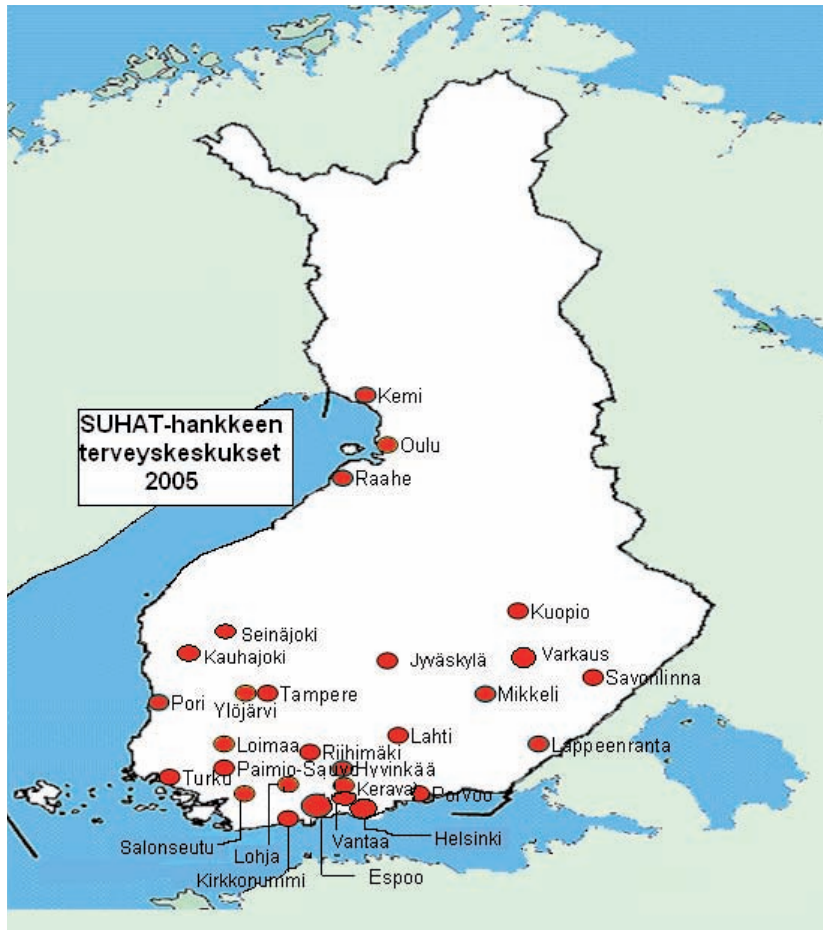
SUHAT-hankkeeseen osallistuu erikokoisia terveyskeskuksia ja kuntayhtymiä eri puolelta Suomea (kuva 3). Hankkeeseen osallistuvien terveyskeskusten ja kuntayhtymien väestöpohja oli vuonna 2005 noin 2,4 miljoonaa asukasta. Koko Espoon suun terveydenhuolto on ollut mukana hankkeessa vuodesta 2001 ja koko Helsingin hammashuolto vuodesta 2003. Terveyskeskusten oli mahdollista olla mukana koko hankkeessa osallistumalla koulutus- ja työkokouksiin tai vain indikaattoripankin osalta. Osa mukana olleista terveyskeskuksista koki, että niiden oli tärkeää keskittyä juurruttamaan aikaisempien SUHAT-hankkeiden kehittämistyön tuloksia käytäntöön ja osallistuivat hankkeeseen vain indikaattoripankin ylläpitäjinä ja hyödyntäjinä. Hankkeen rahoittivat Stakes ja hankkeeseen osallistuneet terveyskeskukset.

SUHAT-hankkeen taustaryhmässä ovat mukana Stakes, Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto. Suomen Laatuokeskus toimi ulkopuolisena menetelmäasiantuntijana ja kouluttajana vuoteen 2004. Helsingin yliopiston Hammaslääketieteen laitoksen suuterveys-tieteen yksikössä erikoistumiskoulutustaan suorittavat hammaslääkärit vastasivat hankkeen käytännön järjestelyistä ja yhteydenpidosta osallistujiin, hankkeen dokumentoinnista sekä osallistuivat hankkeen arviointiin, suunnitteluun ja kehittämiseen. Hankkeen projektiryhmä valmisti ohjausryhmässä käsiteltävät asiat. Ohjausryhmä toimi hankkeen päättävänä elimenä,

## SUHAT-hanke informaatio-ohjauksen välineenä



KUVA 2. SUHAT-hankkeen organisointi



KUVA 3. SUHAT-hankkeen terveyskeskukset ja kuntayhtymät

joka päätti mm. hankkeen sisällöstä ja toteutustavasta sekä uusista kehitettävistä tunnusluvuista ja indikaattoreista. Hankkeen edetessä ohjausryhmää vahvistettiin uusien mukaan tulleiden terveyskeskusten edustajilla ja suun terveydenhuollon eri ammattiryhmillä. Suuhygienistien mukaan saamista ohjausryhmään pidettiin tärkeänä. Jokainen osallistuva terveyskeskus nimesi hankkeeseen yhdyshenkilön, joka välitti projektiin liittyvän tiedon omaan organisaatioonsa. SUHAT-hankkeeseen vuosina 2002–2005 osallistuneet terveyskeskukset ja kuntayhtymät sekä niiden yhteyshenkilöt on lueteltu liitteessä 1.

#### Projektiryhmä:

Anne Nordblad, kehittämisspällikkö, STM  
 Sinikka Varsio, Helena Kuusama, Irma Arpalahdi, projektikoordinaattorit vuosina 2002–2005, erikoistumiskoulutuksessa Helsingin yliopistossa  
 Miika Linna, konsultti, Stakes  
 Sinikka Huhtala, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto  
 Päivi Strömmer, johtaja, Laatuokeskus, vuoteen 2004  
 Tuomo Karhunen, projektisihteeri, Stakes, vuoteen 2005

Ohjausryhmässä vuosina 2002–2005 mukana olleet terveyskeskusten ja kuntayhtymien jäsenet:

Mauri Hakala, Mikkelin tk  
 Seija Hiekkänen, Helsingin tk  
 Riitta Hännikäinen, Riihimäen seudun tk ky  
 Irma Inkilä-Saari, Lohjan tk  
 Sirpa Leino, Salon seudun ktt ky  
 Tuomo Meriläinen, Kuopion tk  
 Seppo Mäkelä, Salon seudun ktt ky  
 Kaarina Narva, Porvoon tk  
 Ilpo Pietilä, Porin tk  
 Pentti Rajamäki, Espoon tk  
 Taina Remes-Lyly, Kirkkonummen tk  
 Anna-Maija Roto, Espoon tk  
 Tuulikki Tammiala-Salonen, Loimaan seudun ktt ky  
 Leena Teräsvasara, Paimio-Sauvon ktt ky  
 Maija Tulla, Kuopion tk  
 Marjo Ylimys, Ylöjärven tk

## Hankkeen työskentelymenetelmät

Hankkeen onnistuminen edellytti kiinteää vuorovaikutusta ja osallistujien sitoutumista toimintaprosessien ja toiminnan kustannusvaikuttavuuden arvioinnin kehittämistyöhön. Hankkeessa sovellettavilla työmenetelmillä pyrittiin projektityön tehokkuuteen sekä tulosten mahdollisimman korkeaan laatuun ja hyödynnettävyyteen käytännön strategiatyössä ja johtamisessa.

Hanke toteutettiin Stakesissa pidettyinä koulutus- ja työkokouksina, joiden rinnalla toteutui terveyskeskusten omassa organisaatiossaan toteuttama kehittämistyö (liitteet 2–5). Koulutus- ja työkokouksilla oli tärkeä tehtävä hankkeen tavoitteiden saavuttamisessa ja verkostotyöskentelyn vahvistamisessa. Niissä annettiin Balanced Scorecard-, benchmarking- ja prosessijohtamisen menetelmien koulutusta ja valmisteltiin terveyskeskukset seuraavaan etätöön vaiheeseen. Erityisen hyödyllisenä terveyskeskukset kokivat sen, että prosessijohtamisen koulutuksessa käytettiin runsaasti aikaa terveyskeskusten toimintakäytäntöjen esittämiseen ja niistä keskusteluun. Lisäksi koulutuspäivinä käsiteltiin suun terveydenhuollon ajankohtaisia asioita, mm. kunnallisen ham-

mashuollon laajentumista ja hoitoon pääsyn tilannetta. Koulutus- ja työkokouksiin kutsuttiin luennoimaan eri alojen asiantuntijoita hankkeen tavoitteita tukevista aiheista. Lisäksi vuonna 2003 järjestettiin erillinen ns. mittaristokoulutuspäivä, jonka tavoitteena oli kehittää indikaattoripankkia ja SUHAT-mittaristoa vastaamaan paremmin terveyskeskusten tarpeita sekä tukea terveyskeskuksia käyttämään indikaattoripankin tietoja johtamisen tukena.

Osallistujien käytössä olivat hankkeen internetsivut, joiden kehittämiseen panostettiin erityisesti vuonna 2002. Internetsivujen hyödynnettävyyttä pyrittiin parantamaan kehittämällä sivuston rakennetta ja tietojen päivityskäytäntöjä sekä ottamalla käyttöön keskustelupalsta. Sähköisen verkostotyöskentelyn avulla tarjottiin terveyskeskuksille mahdollisuus hyödyntää omassa aikataulussaan sivuilla olevia itselleen tärkeitä ja ajankohtaisia tietoja. Osa internetsivujen tiedoista, esimerkiksi kerättävien toiminta- ja taloustietojen määritelmät, oli kaikkien vapaasti luettavissa. Osa tiedoista oli suojattu käyttäjätunnuksella ja salasanalla. Tällaisia olivat indikaattoripankin tiedot, terveyskeskusten toimintaa kuvaavat tunnusluvut ja indikaattorit sekä niissä tapahtuneet muutokset, ohjausryhmän kokousten muistiot sekä SUHAT-terveyskeskusten internetsivuille lähettämä materiaali mm. Balanced Scorcard- ja prosessijohtamisen työskentelystä.

SUHAT-verkosto mahdollistaa ajantasaisen tiedon välittämisen ja saannin terveyskeskusten sekä hankkeen vetäjien ja taustaryhmien välillä. Esimerkiksi vuonna 2003 kartoitettiin SUHAT-terveyskeskusten työnjakoon liittyviä käytäntöjä ja täydennyskoulutuskäytäntöjä sekä hoitoon pääsyn periaatteita ja jonotuskäytäntöjä Terveyskeskuksille on annettu mahdollisuus antaa mielipiteensä kehittämisen alla olevista valtakunnallisista suun terveydenhuollon osa-alueista. Prosessijohtamisen koulutus on kartuttanut ja tarkentanut tietoja terveyskeskusten suun terveydenhuollon toimintakäytännöistä.

# BALANCED SCORECARD -STRATEGIATYÖSKENTELY VUONNA 2002

Julkisesti tuetun suun terveydenhuollon laajentuminen koko väestöön joulukuun 2002 alusta ja kiireettömään hoitoon pääsyä koskevat lakimuutokset vuonna 2005 synnyttivät kunnissa tarvetta terveyskeskusten suun terveydenhuollon strategian uudistamiseen ja toimintaprosessien kehittämiseen. SUHAT 2002 -hankkeen tavoitteena oli tukea terveyskeskusten suun terveydenhuoltoa strategisen johtamisen kehittämisessä ja hammashuoltouudistuksen vaatimien muutosten läpiviemisessä. Menetelmänä käytettiin Balanced Scorecard -työkalua, jonka avulla luotiin suun terveydenhuollon yhteinen ja terveyskeskuskohtaiset strategiatyöt. Balanced Scorecard -koulutuksesta vastasi Suomen Laatuksuksesta johtaja Päivi Strömmer. Koulutukseen osallistuivat uudet vuonna 2002 hankkeeseen mukaan tulleet terveyskeskukset sekä yhdeksän vuonna 2001 mukaan tullutta terveyskeskusta, yhteensä 19 terveyskeskusta. Lisäksi Lahden terveyskeskus, joka oli ollut mukana hankkeessa alusta alkaen, päivitti oman strategiansa etätyönä työkirjojen avulla.

Balanced Scorecard -koulutukseen vuonna 2002 osallistuivat seuraavat terveyskeskukset ja kuntayhtymät:

- Haapaveden terveyskeskus
- Helsingin itäinen, keskinen, koillinen ja pohjoinen terveyskeskus
- Hyvinkään terveyskeskus
- Kemin terveyskeskus
- Keuruu-Multian terveydenhuollon kuntayhtymä
- Lappeenrannan terveyskeskus
- Lohjan terveyskeskus
- Loimaan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä
- Mikkelin terveyskeskus
- Oulun terveyskeskus
- Porin terveyskeskus
- Raahen seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
- Salon seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
- Vantaan terveyskeskus
- Ylöjärven terveyskeskus
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön Turun asema

## Hammashuollon uudistus edellytti suun terveydenhuollon vision ja strategian uudistamista

Strategiatyönsä alussa terveyskeskukset pohtivat perusteita suun terveydenhuollon johtamisen ja toiminnan uudistamisen tarpeelle. BSC-strategiatyönsä perusteiksi terveyskeskukset ilmoittivat seuraavia teemoja:

Tulevaisuuden haasteisiin vastaaminen:

- uusien ikäryhmien palvelujen järjestäminen
- hammashoitopalvelujen kasvaneeseen kysyntään vastaaminen
- osaamisen, toiminnan ja palvelujen kehittäminen tulevaisuuden vaatimuksia vastaavaksi työvoiman saatavuuden varmistaminen.



Oman toiminnan kuvaaminen:

- pirstaleisen kokonaisuuden hallitseminen ja jäsentäminen
- oman toiminnan kuvaaminen toisille
- tärkeiden asioiden viestiminen kaupungin johdolle ja poliittisille päättäjille.

BSC on tukirunko koko toiminnan systemaattiselle kehittämiselle ja seurannalle:

- kehittämiskohteiden priorisoiminen
- eri hammashuoltoyksiköiden vertailukelpoisuuden lisääntyminen
- muutoksen pukeminen sellaiseen muotoon, että se on selkeästi ohjattavissa ja toteutettavissa läpi organisaation
- yhdessä tehden saadaan tulosta helpommin ja nopeammin
- muutosten jalkauttaminen ja jatkuvuuden varmistaminen
- osaamisen lisääminen toimintatapoja muuttamalla
- laadun parantaminen.

Organisaation tulosten seuraaminen tasapainoisesti ja monipuolisesti:

- huomioidaan muutkin kuin taloudelliset näkökulmat
- asiakasnäkökulman selkeä esiin tuominen
- henkilökunnan työssä jaksaminen ja hyvinvointi
- osaamisen kehittäminen
- suun ja hampaiden terveydentilan kehityssuunta myönteiseksi

Toimintaympäristömuutokset edellyttävät uutta strategiapohjaista BSC-johtamisen välinettä.

## Terveyskeskusten tavoitteet BSC-työlleen

Terveyskeskukset listasivat seuraavia tavoitteita strategiatyölleen:

### *Asiakkaat ja suun terveydentila*

Asiakkaat on saatu ymmärtämään ja taitamaan hyvä kotihoito.

Ennaltaehkäisevä työ toimii menestyksellisesti.

Hampaiden terveydentila on saatu kehittymään myönteiseen suuntaan.

Ennaltaehkäisevissä projekteissa on saatu tehokkaasti hyödynnettyä sidosryhmiä terveystavoitteiden saavuttamiseksi.

### *Suun terveydenhuollon palveluprosessit*

Toimintamallit ovat uudistuneet.

Työjaossa on tapahtunut muutoksia.

Hoidossa olevien aikuisten määrä on lisääntynyt.

Hammashuollon palvelukyky kattaa kuntalaisten tarpeet.

Palvelukokonaisuudet ja niiden sisällöt on määriteltä.

Hoitopalvelujen tarjonta on monipuolistunut.

Tehdään oikeita asioita.

Hoitotoimenpiteet pohjautuvat näyttöön, käypähoito-ohjeisiin ja hoitosuosituksiin.

### *Tilat ja toimintaympäristö*

On onnistuttu sopeutumaan muuttuvaan toimintaympäristöön.

Resurssit ja toimitilat ja kalusto on suhteutettu oikein tavoitteisiin nähden.

Työympäristö on innovatiivinen ja hyödyntää edistynyttä teknologiaa.

### *Henkilöstö*

Henkilökunta on oppimiskykyistä ja -haluista sekä sisäistänyt palveluyksikön tavoitteet ja toimintatavat.

Henkilöstö on määrällisesti riittävää, hyvin koulutettua ja innostunutta.

Henkilökunta on työkykyistä ja voi hyvin.

Henkilöstörakenne on toimivaa.

Henkilökunta on sitoutunut yhteisiin tavoitteisiin ja tunnistaa BSC:n omassa työssään.

Henkilökunnan ammattitaidon kehittyminen on varmistettu.

### *Työväline johtamisen kehittämiseen*

Toiminnan ohjaus on selkiytynyt.

Päätökset perustuvat tosiasioihin ja tietoon eivätkä tuntumaan (mutuun) ja arvailuun

Päätöksenteossa huomioidaan paremmin asiakasnäkökulma sekä työntekijöiden työkyky ja työhyvinvointi.

Johtajuus on tuotu lähemmäksi henkilökuntaa.

BSC on osa kehittämiskeskusteluja.

Ongelmatilanteita varten on valmis malli, jota voidaan muokata tilanteen mukaan.

Pystytään paremmin hahmottamaan hammashuoltoa kokonaisuutena.

Ymmärretään omat kriittiset menestystekijät.

### *Itseohjautuvuuden lisääntyminen*

Käytössä on jatkuva ja hyvin toimiva arviointi- ja palautejärjestelmä.

Mittaaminen on selkeytynyt.

Mittarit mahdollistavat muutoksen nopeamman havainnoinnin.

### *Työvälineeksi toiminnan kehittämiseen*

Keskitytään oikeisiin ja oleellisiin asioihin.

Tulevaisuuden haasteisiin on pystytty vastaamaan.

Toiminnan laadun kehittäminen on säännöllistä ja jatkuvaa.

BSC auttaa löytämään tasapainon työntekijöiden jaksamisen ja tehokkuuden vaatimusten välillä.

### *Poliittinen päätöksenteko*

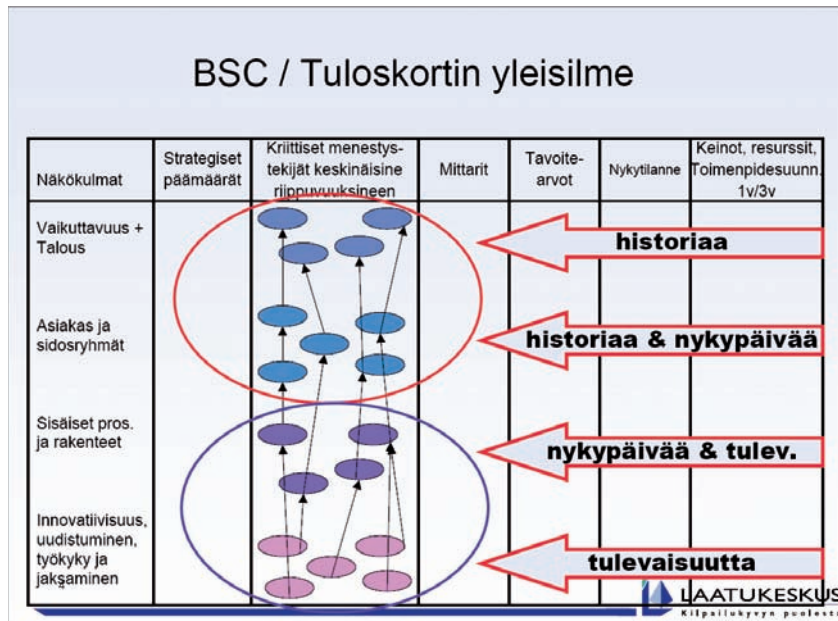
Kaupungin ylin johto ja poliittiset päättäjät ovat selvillä hammashuollon toiminnasta ja voivat vastuullisesti päättää hammashuollon resursseista.

Ylemmän johdon ja luottamusmiesten tuki hammashuollon tavoitteille on saavutettu.

Strateginen suunnittelu tapahtuu yhdessä luottamushenkilöiden kanssa.

## Työkirjat onnistuneen BSC:n rakentamistyön välineinä

Balanced Scorecard -koulutuksen tavoitteena oli, että kullakin terveystieteiden keskuksella olisi oma tuloskortti strategisen johtamisen tukena (kuva 4). Terveystieteiden keskuksien rakensivat oman strategiatyönsä ja tuloskorttinsa koulutukseen varta vasten luotujen työkirjojen avulla (liitteet 6–8). Työkirjat toimivat tässä erittäin hyvin.



KUVA 4. BSC/tulokortin yleisilme

## BSC:n rakentamisprojekti hahmottuu

BSC-työn tavoitteiden lisäksi terveyskeskusten tuli suunnitella tulevaa BSC:n rakentamisprojektiä: aikataulua, välitarkastelupisteitä, vastuita, viestintää ja sitouttamista sekä sitä, kenelle kaikille annetaan mahdollisuus vaikuttaa BSC:n luomiseen ja miten varmistetaan se, että avainhenkilöillä on mahdollista varata riittävästi aikaa BSC-työskentelylle. Terveyskeskukset mieltivät myös johtamisen muiden välineiden, kuten tulosjohtamisen, budjetoinnin, kehityskeskustelujen ja toiminta- ja taloussuunnitelmien, kytkennän BSC-tulokorttiin ja toiminnan suunnittelun vuosikelloon.

## Visio ja strategia luodaan ja päivitetään

Terveyskeskukset lähtivät liikkeelle oman suun terveydenhuollon vision ja strategian luomisesta tai päivittämisestä. Terveyskeskukset mieltivät strategiansa ja toimintansa perusteena olevia arvoja, toiminta-ajatusta, missiota ja visiota.

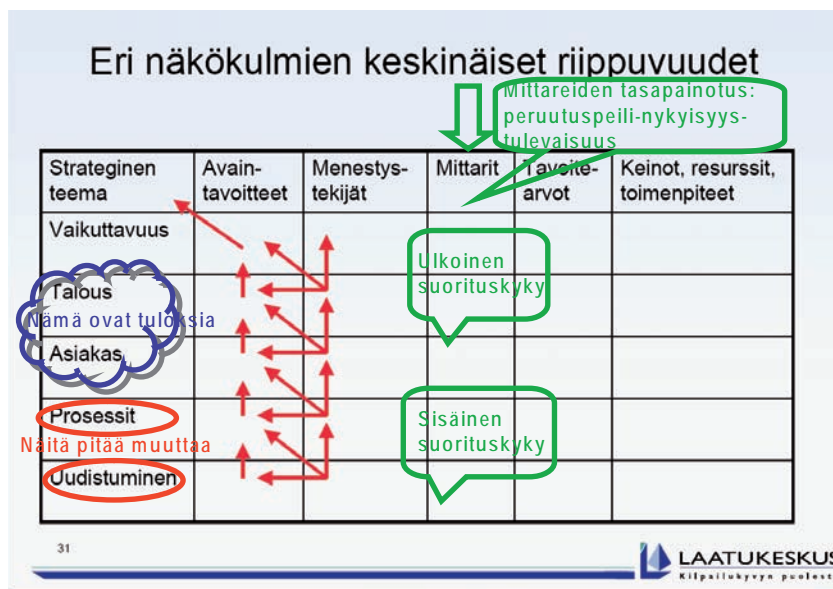
Arvoilla tarkoitetaan organisaatiota ohjaavaa filosofiaa. Organisaatiolla voi olla holistisia arvoja ja esimerkiksi BSC:n näkökulmien mukaan jaoteltuja arvoja (taloudelliset arvot, asiakasarvot, yhteistyöarvot, kehitykseen liittyvät arvot). Toiminta-ajatus vastaa yleensä kysymykseen: millä palveluilla tai tuotteilla vastaamme mihinkin asiakastarpeisiin? Missio vastaa yleensä kysymykseen: mikä on olemassaolomme tarkoitus? Visio vastaa yleensä kysymykseen: mihin organisaationa tähtäämme, millainen on tulevaisuuden tahtotilamme?

Strategia-käsitteellä tarkoitetaan sitä keinovalikoimaa, jolla organisaatio aikoo edetä tämän päivän tilanteesta tulevaisuuden tahtotilaan eli visioon. Vision ja strategian pohjalta terveyskeskukset valitsivat strategiset päämäärät tai avaintavoitteet.

Kunnassa tai kaupungissa voimassa olevien, toisilleen alisteisten tulokorttien strategiasälöt määrittelevät ja rajaavat osaltaan suun terveydenhuollon organisaation BSC:n sisältöä. Nämä toisilleen alisteiset visiot ja strategiat kirjattiin ja huomiottiin suun terveydenhuollon organisaatioiden BSC-työssä siten, että suun terveydenhuollon visio ja strategia olivat linjassa ylempien hierarkiatasojen strategioiden kanssa.

## Strategia puretaan avaintavoitteiksi

BSC-työssä terveystieteiden strategia purettiin tuloskortin näkökulmittain avaintavoitteiksi eli strategisiksi päämääriksi. Ne kertovat, mitä organisaation pitää saavuttaa, kun visiota tarkastellaan vaikuttavuus- ja asiakasnäkökulmasta, prosessit ja rakenteet -näkökulmasta, resurssit ja talous -näkökulmasta ja uudistuminen ja työkyky -näkökulmasta. Avaintavoitteiden tulee tukea toinen toisiaan siten, että ajatuksellisesti on löydettävissä looginen syy-seuraussuhde tuloskortin eri avaintavoitteiden välillä (kuva 5).



KUVA 5. Eri näkökulmien keskinäiset riippuvuudet

## Kriittisten menestystekijöiden tunnistaminen BSC-työn tärkein vaihe

Strategiaa ja avaintavoitteita lähdettiin konkretisoimaan menestystekijöiden määrittelyllä. Menestystekijät ovat niitä vahvuuksia, ominaisuuksia, osaamisia ja asioita, joissa organisaation tulee olla hyvä, jotta se saavuttaa avaintavoitteensa ja saa strategiansa toteutumaan ja siten pääsee kohti tulevaisuuden tahtotilaa eli visiota. On täysin mahdollista, että organisaatio ei vielä ole hyvä josakin menestystekijässä, mutta se on tunnistanut, että sen tulee olla ko. tekijän suhteen parempi lähitulevaisuudessa. On myös täysin mahdollista, että jokin menestystekijä on jo nyt organisaation vahvuus, jolloin organisaation tulee pitää huolta siitä, että tekijä pysyy vahvuutena. Menestystekijät ovat siis ajasta riippuvia. On hyvin mahdollista, että jokin tekijä liikkuu avaintavoite-, menestystekijä- ja keino-otsikoiden välillä ajan myötä ja tilanteiden muuttuessa (kuva 6).

## Kriittisten menestystekijöiden määrittely ja tunnistaminen

- toiminnan tärkeimmät osatekijät, jotka ratkaisevasti vaikuttavat valitun strategian toteutumiseen
- suuntautuneet tuloksen aikaansaamiseen
- sanamuoto kuvaa saavuttamista (tai toiminnan suuntaa)
- niin yksilöityjä kuin mahdollista
- ei numeerisia määrittelyjä (paitsi..)
- oltava mitattavia / seurattavia

36

KUVA 6. Kriittisten menestystekijöiden määrittely ja tunnistaminen

## Kriittisille menestystekijöille valitaan mittarit

Kriittisten menestystekijöiden määrittelystä edettiin niitä kuvaavien mittareiden määrittelyyn. Menestystekijöiden mittarien tulee antaa tietoa siitä, onko organisaatio menossa kohti määrittelemiään avaintavoitteita (kuva 7). Mittarit tulee myös tasapainottaa aikajänteen, ulkoisen ja sisäisen suorituskyvyn, tekemisten ja tulosten suhteen sekä rahallisten ja ei-rahallisten mittareiden suhteen (kuva 5). Mittareille määriteltiin tavoitearvot. Mittareiden tavoitearvojen määrittely tukee operatiivista toiminnan johtamista.

## Mittareiden määrittely

- Voidaanko mittarin avulla päätellä, onko strateginen tavoite toteutunut / toteutumassa?
- Kertooko mittari, että teemme oikeita asioita? Ja ne oikein?
- Kertooko mittari, että tavoitteen toteuttamiseen vaikuttavat henkilöt käyttäytyvät / toimivat oikein?
- Voivatko edellä mainitut henkilöt vaikuttaa mittarin tulokseen?
- Millä aikajänteellä mittariin voidaan vaikuttaa?
- Heijastaako mittari syy-seuraussuhteita?
- Onko kyseessä ennustava vai peruutuspeilimittari?
- Miten lyhyt tai pitkä, suoraviivainen tai monimutkainen on toiminnan ja mittarin välinen yhteys?
- Onko meillä olemassa historiatietoa mittarista?
- Mittarin määrittely/kaava? -> yksiselitteisyys!
- Tietolähde / lähteet?
- Mittausväli? Vastuut?

44

KUVA 7. Mittareiden määrittely

## Keinot ja kehittämistoimenpiteet avaintavoitteiden saavuttamiseksi

Terveyskeskukset määrittivät strategian, avaintavoitteiden ja kriittisten menestystekijöiden saavuttamisen keinoja, resursseja sekä niiden edellyttämiä toimenpiteitä. Mittarien arvojen avulla on mahdollista saada selville, mihin strategian kannalta tärkeään osa-alueeseen kehittämistoimenpiteet ja kehittämispanokset tulisi kohdentaa. Prosessien tunnistaminen ja kuvaaminen helpottavat merkittävästi BSC:n syy-seuraussuhteiden tunnistamista ja tarvittavien kehitystoimenpiteiden kohdentamista.

## Tuloskortit johtamisen kehittämisen tukena

Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymän ja Porin terveyskeskuksen tuloskortit ovat tämän raportin esimerkkeinä hyvin onnistuneista strategiatöistä (liitteet 9–10). BSC-koulutuksen päätteeksi terveyskeskuksia ohjattiin arvioimaan tuloskorttejaan (kuva 8). Tuloskortteista tulisi ilmetä yhdellä silmäyksellä asiat, jotka ovat organisaatiossa tärkeitä ja joihin tulisi panostaa.

### ”Käsi sydämelle”:

- näemmekö BSC:stämme yhdellä silmäyksellä, mitkä asiat ovat organisaatiossamme tärkeitä?
  - arvot?
  - strategia? resurssien kohdentamiset?
  - kehittämisen painopisteet?
  - mitä ei-rahallisten asioiden tavoitteenasetannalla ja mittaamisella halutaan aidosti saavuttaa?

12

KUVA 8. Käsi sydämelle

## Suun terveydenhuollon yhteinen visio ja strategia

Suun terveydenhuollon yhteinen visio ja toiminta-ajatus vuodelle 2002 sekä niistä johdetut avaintavoitteet ja kriittiset menestystekijät sovittiin yhdessä (kuvat 9–11). Päivitetystä BSC:ssä työnjako suun terveydenhuollossa kriittisenä menestystekijänä painottui.

## SUHAT 2002 Suun terveydenhuollon yhteinen visio 2006

Suun terveydenhuolto turvaa kuntalaisille hyvän suun terveyden.

**Laadukkaat ja sujuvat palvelut edistävät kuntalaisten kokonaisterveyttä ja perustuvat:**

- ehkäiseviin hoitokäytäntöihin
- oikea-aikaiseen ja tutkittuun tietoon perustuvaan hoitoon sekä
- asiakkaan osallistumisen tukemiseen

KUVA 9. Suun terveydenhuollon yhteinen visio

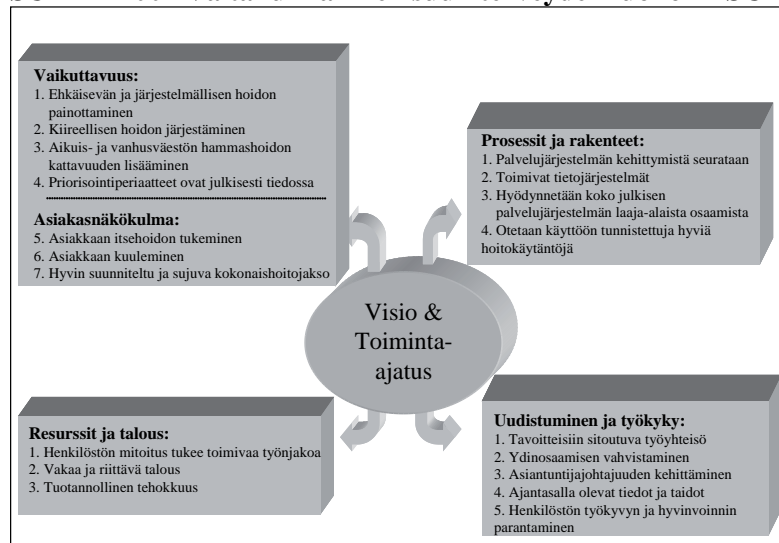
## SUHAT 2002 Yhteinen toiminta-ajatus

Suun terveydenhuollon palvelut ovat tärkeä osa terveydenhuoltoa ja ne nojautuvat terveydenhuollon yhteisiin eettisiin arvoihin. Kunnallisen suun terveydenhuollon palveluissa korostuvat pitkäjänteiset asiakassuhteet. Suun terveydenhuolto vastaa osana muuta terveydenhuoltoa siitä, että

- kiireellinen ensiapuhoito järjestetään koko väestölle
- palvelut perustuvat yleisesti hyväksytyihin hammaslääketieteellisiin toimintatapoihin
- työtulosten arviointimenettelyt ovat jokapäiväisessä käytössä
- tulosten arvioinnit perustuvat sähköisessä muodossa oleviin yhteisiin tietosisältöihin

KUVA 10. Suun terveydenhuollon yhteinen toiminta-ajatus

## SUHAT 2002 Valtakunnallinen suun terveydenhuollon BSC



KUVA 11. Suun terveydenhuollon yhteinen BSC

## Johtaminen vahvistunut, selkiytynyt ja tavoitteellistunut BSC-prosessin myötä

Terveyskeskukset arvioivat muutokset mitä BSC on tuonut johtamiseen tai johtamisprosessiin, ja ne on kuvattu seuraavassa (kuva 12).

### Mitä muutoksia BSC tuo johtamiseen / johtamisprosessiin?

- Rakenteeseen?
  - BSC = johtoryhmän kokousten runko
  - kehityskeskusteluissa (henkilökohtaisten) tuloskorttien käyttäminen keskustelujen pohjana
  - tiimikortit = kuukausipalavereiden asialista
- Sisältöön?
  - huomio kiinnittyy useaan näkökulmaan
  - ymmärretään ja puhutaan auki asioiden syy-seuraussuhteita
  - suurten ja pienempien asioiden asettaminen oikeaan perspektiiviin
  - kannustuksen / palkitsemisen perusteet saattavat muuttua

16


**LAATUKESKUS**  
 Kilpailukykyyn puolesta

KUVA 12. Mitä muutoksia BSC tuo johtamisprosessiin?

Terveyskeskusten BSC-koulutuksesta ja hankkeesta antaman palautteen mukaan terveyskeskusten suun terveydenhuollon johtamisessa strategialähtöinen toiminnan johtaminen on korostunut ja lisääntynyt BSC-koulutuksen myötä. Arvioinneissa pidettiin tärkeänä, että BSC-strategiatyössä terveyskeskusten suun terveydenhuollon missio, visio ja strategia tuli kirjattua. Hankkeessa kehitetyt työkirjat tukivat tätä prosessia. Terveyskeskusten BSC-koulutus käynnisti terveyskeskuksissa aidon keskustelun toimintaa ohjaavista arvoista, minkä seurauksena arvoja liitettiin strategiatöihin avaintavoitteina ja mittareina. Toiminnan tavoitteet ja toimintatavat ovat selkiytyneet toiminnan avaintavoitteiden ja menestystekijöiden kirjaamisen myötä. Henkilöstön hyvinvointi on otettu huomioon entistä suuremmassa määrin. Kehityskeskustelujen pohjana on käytetty monissa terveyskeskuksissa visiota, toimintatapoja ja arvoja. Hanke on tukenut osallistavaa johtamista ja edesauttanut tavoitteellista työskentelyä koko henkilökunnan kanssa sekä lisännyt ja parantanut keskustelua työyhteisöissä. BSC-koulutus on antanut laajemman näkökulman mittaamiseen ja lisännyt kiinnostusta mittareiden seurantaan ja vertailuun.

Suun terveydenhuollon yhteisen vision, toiminta-ajatuksen ja tasapainotetun tuloskortiston laatimisen myötä saavutettu yhteinen näkemys suun terveydenhuollon menestystekijöistä ja niitä kuvaavista mittareista, erityisesti vaikuttavuudesta, koettiin tärkeäksi tuoda valtakunnalliseen tietoon.

BSC-strategiatyöskentely on auttanut hahmottamaan toiminnan kokonaisuutta ja ottamaan toiminnan eri osa-alueet tasapainoisesti huomioon. Koulutus on lisännyt toiminnan systemaattisuutta, rationaalisuutta, tavoitteellisuutta ja päämäärätietoisuutta. Tämä näkyy mm. terveyskeskusten toiminnan seurantarjestelmien kehittämisenä. Hankkeen myötä tietoon perustuva johtaminen on vahvistunut. Johtamisessa päätösten tukena on hyödynnetty entistä enemmän



vertailutietoa toisista terveyskeskuksista. Vertailutietoja on käytetty hyväksi mm. talousarvio-  
kierroksen perusteluissa.

Vaikka toiminnan tehokkuuteen ja hoidon sisältöön on kohdistettu entistäkin enemmän huomiota, henkilöstöasiat koettiin avaintekijöiksi halutun muutoksen aikaansaamisessa. Henkilöstö, sen osaaminen ja työhyvinvointi ovat nousseet monessa terveyskeskuksessa arvoasteikossa korkeimmalle. Osallistavan johtamistavan omaksumisen myötä henkilökunnan mukaan ottaminen toiminnan kehittämiseen on parantunut. Päätöksenteossa on pyritty entistä enemmän ottamaan huomioon henkilökunnan ehdotuksia ja käsityksiä työn sisällöstä ja sen kehittamisestä.

Johtamisen koettiin jakaantuneen ja jalkautuneen hankkeen myötä laajemmalle. Yhteistyön merkitys korostuu paitsi omissa yksikössä myös terveyskeskuksen sisällä sekä suhteessa muihin terveyskeskuksiin. Terveyskeskuksen ja suun terveydenhuollon johtoryhmää pidettiin tärkeänä foorumina asioiden eteenpäin viemisessä. Suurissa terveyskeskuksissa on sovittu yhtenäisistä toimintakäytännöistä keskeisissä johtamiseen liittyvissä asioissa. Hammashoitolat – tulosvastavat – esimiehet (ylihammaslääkäri, vastaava hammashuoltaja) on monessa paikassa vakiintunut yhdeksi keskustelun ja asioiden eteenpäin viemisen kanavaksi laajentuvassa hammashuollossa. Joissakin terveyskeskuksissa kokouskäytäntöjä on muutettu selkeämmin BSC-rakenteen mukaisiksi. Tiedotuksen määrä henkilöstölle on lisääntynyt monessa terveyskeskuksessa.

SUHAT-hankkeen vaikutuksia arvioitaessa on tärkeä todeta, että hankkeessa opitut menetelmät BSC-työskentely, itsearviointi ja benchmarking ovat vakiintuneet osaksi terveyskeskusten suun terveydenhuollon strategista suunnittelua ja johtamista. Itsearviointiin liittäminen strategiseen suunnitteluun edesauttavat organisaation kehittämistarpeiden tunnistamista ja kehittämistoimenpiteiden oikeaa kohdentamista (kuva 13). Toimintaprosessien tunnistamista, tuntemista ja kuvaamista tarvitaan, jotta toimintaa voidaan muuttaa ja kehittää vision saavuttamiseksi ja strategian toteuttamiseksi. BSC-työskentelyn jälkeen nähtiin tarve edetä prosessien kehittämiseen hankkeen seuraavassa vaiheessa.



KUVA 13. Itsearviointi ja BSC osana strategista suunnittelua

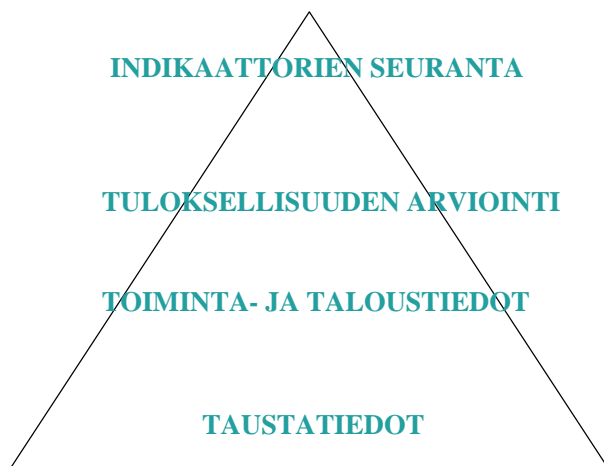
## SUHAT-INDIKAATTORIPANKKI JA MITTARISTO

SUHAT-indikaattoripankkiin on kerätty terveyskeskusten toimintaa ja taloutta sekä toiminnan tuloksellisuutta kuvaavia tunnuslukuja. Näistä tunnusluvuista on valittu kaikkein käyttö- ja vertailukelpoisimmat indikaattoreiksi siten, että ne mahdollisimman hyvin mittaavat suun terveydenhuollon yhteisen tasapainotetun tuloskortiston toiminnan strategisia tavoitteita ja kriittisiä menestystekijöitä.

Hankkeessa on sovittu yhteisesti kerättävistä tiedoista terveyskeskusten toiminnasta ja taloudesta sekä näiden tietojen määrittelyistä (liite 11). Tietojen keruuvaiheessa hanketerveyskeskukset yhdistävät omista tietojärjestelmistään indikaattoripankin tietosisältökuvauksessa määritetyt tiedot ja siirtävät ne määrämuotoisina Stakesiin, jossa ne SUHAT-projektiryhmän toimesta tarkistetaan, ryhmitellään ja muodostetaan tunnusluvuiksi ja indikaattoreiksi (liite 12).

Indikaattoripankin sisältämien eritasoisten tietojen selkeyttämiseksi ja hallitsemiseksi hankkeessa kerätyt toiminta- ja taloustiedot sekä niistä lasketut tunnusluvut ja indikaattorit on jaoteltu hierarkisiin tasoihin. Mittaristohierarkia koostuu terveyskeskuksen toimittamista taustatiedoista sekä toiminta- ja taloustiedoista, tuloksellisuuden arvioinnista ja indikaattorien seurannasta (kuva 14). Mittaristo kuvaa muun muassa terveyskeskusten suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä ja hoidettujen potilaiden vaativuutta, voimavarojen käyttöä ja kohdentamista, toimintakäytäntöjä sekä toiminnan tuottavuutta ja tehokkuutta. Tunnusluvut mahdollistavat tuottavuusvertailut terveyskeskusten välillä, jolloin tuottavuuseroista on mahdollisuus porautua toimintakäytäntöeroihin. Terveyskeskuksen oman toiminnan aikasarja-analyysit mahdollistavat toiminnan muutosten seurannan ja arvioinnin. Tunnuslukujen tulkinnan tueksi on laadittu vuosittain ns. avainlukutaulukot, jotka sisältävät tietoja kunnan tai kuntayhtymän alueella asuvan väestön määrästä ja tietoja terveyskeskuksen suun terveydenhuollon henkilöstön lukumäärästä (liitteet 13–14).

### SUHAT-mittaristohierarkia ja indikaattoripankki



KUVA 14. SUHAT -mittaristohierarkia

# Vaikuttavuus ja asiakasnäkökulma

Yli 18-vuotiaiden palvelujen käyttöindeksi  
DMF-indeksi 12- ja 15-vuotiailla  
Tutkittujen osuus väestöstä  
Päivystyskäynnit 1 000 asukasta kohti  
Asiakaskyselyssä olevien 10-arvosanojen osuus

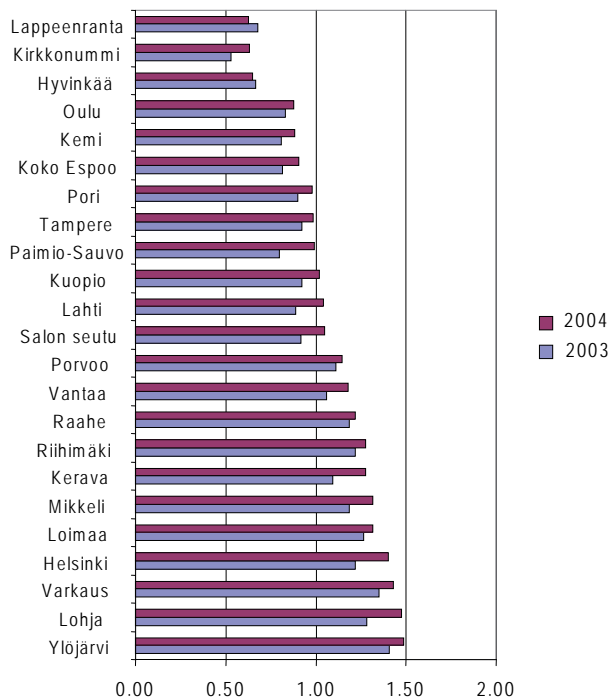
## Alle ja yli 18-vuotiaiden palvelujen käyttöindeksi

Organisaation suuntautuneisuutta nuorten tai aikuisten potilaiden hoitamiseen on kuvattu palvelujen käyttöindeksin (PKI) avulla. Tunnusluvun avulla on mahdollista tarkastella alle 18-vuotiaiden hoidettujen potilaiden suhteellista osuutta verrattuna 18 vuotta täyttäneisiin ja sitä vanhempiin potilaisiin. Vastaavat tiedot on laskettu yli 18-vuotiaille hoidetuille potilaille. Taulukossa 1 on esitetty suhdeluku, joka jakaa edellä mainitun suhteellisen osuuden kahteen komponenttiin: ensimmäinen sarake kuvaa alle 18-vuotiaiden potilaiden palvelujen käyttöastetta ja toinen väestön suhteellista ikärakennetta. Taulukon kolme viimeistä saraketta kertoo samat asiat ikävakiotuna indeksinä, jossa kaikkien terveyskeskusten keskiarvo on asetettu arvoon 100. Ideana on, että PKI:stä on huomioitu väestön ikärakenteiden erot, ja indeksi kuvaa siis puhtaammin terveyskeskuksen tietoista palvelujen suuntaamisstrategiaa. Iäkkäämpien potilaiden suhteellinen osuus on kasvanut suurimmassa osassa terveyskeskuksia vuosina 2003–2004 (kuva 15). Yli 18-vuotiaiden PKI-indeksi oli pienin Lappeenrannassa ja Hyvinkäällä ja suurin Ylöjärvellä vuonna 2004 (kuva 16).

TAULUKKO 1. Alle 18-vuotiaiden PKI-indeksi vuonna 2004

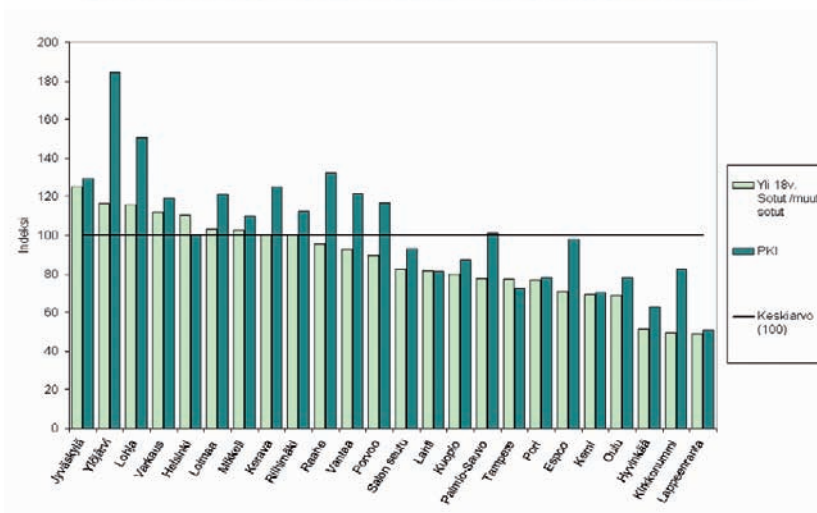
	Suhdeluvut			Indeksit (keskiarvo = 100)		
	Alle 18v. sotut/ muut sotut	Alle 18v. suhteellinen osuus muusta väestöstä	PKI	Alle 18v. sotut/ muut sotut	Alle 18v. suhteellinen osuus muusta väestöstä	PKI
Espoo	1,10	0,32	3,43	140	138	102
Helsinki	0,71	0,21	3,36	91	91	100
Hyvinkää	1,53	0,29	5,32	196	123	158
Jyväskylä	0,63	0,24	2,60	80	104	77
Kemi	1,13	0,24	4,78	145	102	142
<b>Kerava</b>	<b>0,78</b>	<b>0,29</b>	<b>2,69</b>	<b>100</b>	<b>125</b>	<b>80</b>
Kirkkonummi	1,58	0,39	4,07	202	167	121
Kuopio	0,98	0,25	3,85	125	109	115
Lahti	0,96	0,23	4,14	123	100	123
Lappeenranta	1,60	0,24	6,62	204	104	197
Lohja	0,68	0,30	2,23	86	130	66
<b>Loimaa</b>	<b>0,76</b>	<b>0,27</b>	<b>2,77</b>	<b>97</b>	<b>117</b>	<b>82</b>
Mikkeli	0,76	0,25	3,06	97	107	91
Oulu	1,14	0,26	4,31	145	113	128
Paimio-Sauvo	1,01	0,30	3,32	129	130	99
Pori	1,02	0,24	4,30	130	102	128
Porvoo	0,87	0,30	2,88	111	130	86
<b>Raahe</b>	<b>0,82</b>	<b>0,32</b>	<b>2,54</b>	<b>105</b>	<b>138</b>	<b>76</b>
Riihimäki	0,78	0,26	2,99	100	112	89
Salon seutu	0,95	0,26	3,61	121	113	107
Savonlinna	0,00	0,23	0,00	0	97	0
Tampere	1,01	0,22	4,63	129	94	138
Vantaa	0,85	0,31	2,76	108	131	82
<b>Varkaus</b>	<b>0,70</b>	<b>0,25</b>	<b>2,82</b>	<b>89</b>	<b>106</b>	<b>84</b>
Ylöjärvi	0,67	0,37	1,82	86	159	54
YTHS	0,00	0,00	0,00	0	0	0
<b>Kaikki</b>	<b>0,78</b>	<b>0,23</b>	<b>3,36</b>			

### Yli 18-v. SOTUJEN osuus muista SOTUISTA



KUVA 15. Yli 18-vuotiaiden potilaiden osuus muista hoidetuista potilaista vuosina 2003–2004

### YLI 18 VUOTIAIDEN SUHTEELLINEN PALVELUJEN KÄYTTÖ VUONNA 2004



KUVA 16. Yli 18-vuotiaiden PKI-indeksi vuonna 2004

## Suun terveys DMF-indeksillä mitattuna 12- ja 15-vuotiailla

12-vuotiaiden DMF-indeksi vaihteli vuonna 2004 0,85 ja 1,82 välillä. 15-vuotiaiden DMF-indeksi vaihteli 1,93 ja 5,86 välillä (taulukko 2). Liitetaulukoissa 15–17 on kuvattu dmf ja DMF-muutokset vuosina 1999–2005 5-, 12- ja 15-vuotiailla.

TAULUKKO 2. 12- ja 15-vuotiaiden DMF-indeksi vuonna 2004

12- ja 15-vuotiaiden DMF-indeksi vuonna 2004		
	DMF 12 v.	DMF 15 v.
	2004	2004
Espoo	1,07	2,49
Helsinki	1,26	2,63
Hyvinkää	1,80	3,05
Jyväskylä	1,16	2,23
Kemi	1,10	2,61
Kerava	0,95	2,74
Kirkkonummi	0,85	2,57
Kuopio	1,50	3,10
Lahti	1,65	3,25
Lappeenranta	0,89	1,91
Lohja	1,71	5,86
Loimaa	1,63	3,54
Mikkeli	1,25	2,42
Oulu	1,57	2,72
Paimio-Sauvo	1,82	3,17
Pori	1,67	3,28
Porvoo	1,04	2,55
Raahе	1,40	3,10
Riihimäki	1,28	3,37
Salon seutu	0,96	1,93
Savonlinna	0,97	2,20
Tampere	1,63	3,47
Vantaa	1,70	3,39
Varkaus	1,06	2,15
Ylöjärvi	0,95	2,13
YTHS		

## Suun tutkimuksissa käyneet ikäryhmittäin

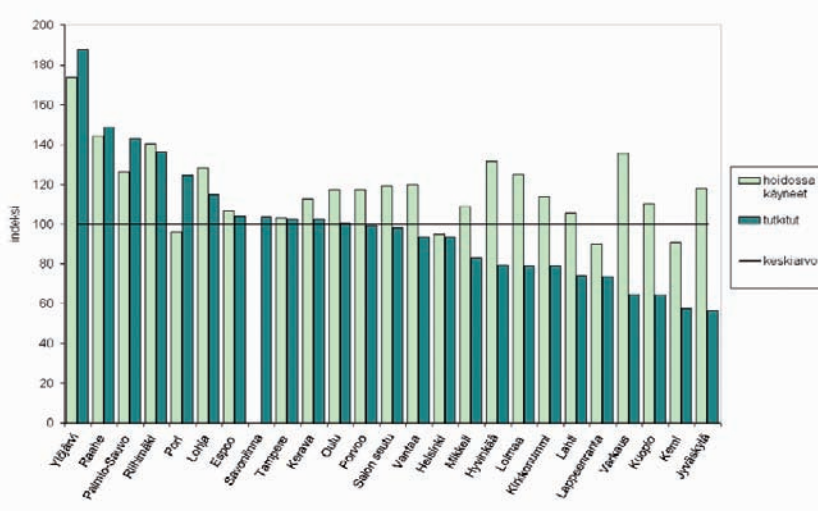
Väestön palvelujen käyttöä kuvattiin hoidossa käyneiden potilaiden osuudella väestöstä ja tutkitujen potilaiden osuudella väestöstä. Tunnusluvut on kuvattu ikäryhmittäin suorina suhdelukuina sekä vakioituina indekseinä. Ikävakiointi perustuu taulukoissa esitettyihin kuuteen ikäryhmään. Vakioinneissa on noudatettu systematiikkaa, jossa aineiston muodostavien suun terveydenhuollon yksiköiden keskiarvo on asetettu arvoon 100. Indeksitietoja voidaan hyödyntää arvioitaessa palvelujen tarjonnan riittävyyttä. Mitä suurempi luku, sitä enemmän väestöstä on pystytty tutkimaan. Esimerkiksi Riihimäellä on tutkittu vuonna 2004 36 prosenttia enemmän potilaita kuin SUHAT-terveyskeskuksissa keskimäärin.

Suun tutkimuksessa käyneet suhteessa väestöön -tunnusluku oli suurimpia Ylöjärvellä, Raahessa, Paimio-Sauvossa ja Riihimäellä vuonna 2004 (taulukko 3 ja kuva 17). Pienimmillään luku oli Jyväskylässä, Kemissä, Kuopiossa ja Varkaudessa.

TAULUKKO 3. Suun tutkimuksessa käyneet ikäryhmittäin suhteessa väestöön vuonna 2004

	Tutkitut (HL)/väestö						Indeksi	
	0-5	6-18	19-44	45-64	65-75	yli 75	Vakioimato	Ikävakioitu
Espoo	0,11	0,54	0,10	0,03	0,04	0,08	104,77	103,69
Helsinki	0,18	0,49	0,11	0,06	0,06	0,04	94,40	93,27
Hyvinkää	0,04	0,61	0,06	0,02	0,02	0,03	88,25	79,48
Jyväskylä	0,01	0,24	0,07	0,05	0,05	0,06	56,09	56,45
Kemi	0,03	0,45	0,08	0,02	0,02	0,03	68,60	57,71
<b>Kerava</b>	<b>0,06</b>	<b>0,46</b>	<b>0,15</b>	<b>0,07</b>	<b>0,08</b>	<b>0,04</b>	<b>113</b>	<b>102</b>
Kirkkonummi	0,05	0,38	0,07	0,04	0,08	0,22	83,55	78,93
Kuopio	0,02	0,32	0,09	0,04	0,04	0,04	67,37	64,33
Lahti	0,05	0,55	0,08	0,04	0,04	0,10	85,58	73,89
Lappeenranta	0,06	0,50	0,09	0,03	0,03	0,03	82,10	73,61
Lohja	0,05	0,43	0,20	0,11	0,09	0,08	128,13	114,74
<b>Loimaa</b>	<b>0,03</b>	<b>0,38</b>	<b>0,12</b>	<b>0,09</b>	<b>0,08</b>	<b>0,07</b>	<b>94</b>	<b>79</b>
Mikkeli	0,04	0,41	0,10	0,06	0,05	0,03	84,59	82,88
Oulu	0,13	0,50	0,09	0,04	0,03	0,04	89,91	100,71
Paimio-Sauvo	0,04	0,72	0,19	0,09	0,12	0,12	159,95	142,88
Pori	0,08	0,83	0,17	0,07	0,08	0,07	144,99	124,43
Porvoo	0,02	0,41	0,17	0,08	0,07	0,05	110,20	99,12
<b>Raaha</b>	<b>0,04</b>	<b>0,67</b>	<b>0,27</b>	<b>0,10</b>	<b>0,09</b>	<b>0,11</b>	<b>174</b>	<b>148</b>
Riihimäki	0,20	0,63	0,17	0,10	0,14	0,16	153,74	136,18
Salon seutu	0,07	0,48	0,13	0,10	0,14	0,08	113,53	97,99
Savonlinna	0,09	0,57	0,16	0,11	0,12	0,06	126,30	103,36
Tampere	0,17	0,55	0,12	0,06	0,05	0,07	103,18	102,41
Vantaa	0,03	0,34	0,14	0,06	0,07	0,07	95,52	93,31
<b>Varkaus</b>	<b>0,00</b>	<b>0,38</b>	<b>0,07</b>	<b>0,05</b>	<b>0,05</b>	<b>0,04</b>	<b>69</b>	<b>65</b>
Ylöjärvi	0,07	0,53	0,29	0,18	0,24	0,13	192,06	187,39
YTHS			0,17	0,04	0,01		111,37	537,68
Kaikki	0,10	0,49	0,12	0,06	0,06	0,06	100,00	100,00

### HOIDOSSA KÄYNEET JA TUTKITUT / VÄESTÖ VUONNA 2004



KUVA 17. Hoidossa käyneet ja tutkitut suhteessa väestöön vuonna 2004

## Päivystyskäynnit

Väestön palvelujen käyttöä kuvattiin myös päivystyskäyntien määrällä 1000 asukasta kohti (taulukko 4). Tietoa voidaan käyttää arvioitaessa palvelujen tarjonnan riittävyyttä. Päivystyskäyntien määrä suhteessa väestöön oli pienin Jyväskylässä, Lappeenrannassa ja Porissa ja suurin Savonlinnassa, Raahessa ja Ylöjärvellä vuonna 2004.

TAULUKKO 4. Päivystyskäynnit 1000 asukasta kohti vuonna 2004

Päivystyskäynnit 1000 asukasta kohti vuonna 2004	
	Kiir. hoidon käynnit/1000 as.
Espoo	104,8
Helsinki	107,6
Hyvinkää	101,9
Jyväskylä	11,5
Kemi	83,4
Kerava	118,4
Kirkkonummi	63,8
Kuopio	79,6
Lahti	89,9
Lappeenranta	55,7
Lohja	104,2
Loimaa	87,5
Mikkeli	124,3
Oulu	77,7
Paimio-Sauvo	97,9
Pori	55,5
Porvoo	68,2
Raahe	167,8
Riihimäki	150,4
Salon seutu	99,1
Savonlinna	173,9
Tampere	85,9
Vantaa	93,9
Varkaus	116,7
Ylöjärvi	159,9
YTHS	115,1

## Asiakaskyselyssä olevien 10-arvosanojen osuus

Asiakastyytyväisyyden mittaamisessa on käytetty samaa kyselymenetelmää vertailun luotettavuuden takaamiseksi. Asiakastyytyväisyyttä on mitattu Stakesin ja Att Tutkon kehittämän asiakaskyselyn perusteella. Mittarina on ollut kyselyssä saatujen kiitettävien arvosanojen prosentuaalinen osuus. Kuitenkin vain harvat terveyskeskukset käyttävät tätä asiakaskyselyä.

## Prosessinäkökulma

Potilas case-mix -indeksi, toimenpiteiden keskimääräinen vaativuus  
Työnjako  
Oikomishoito

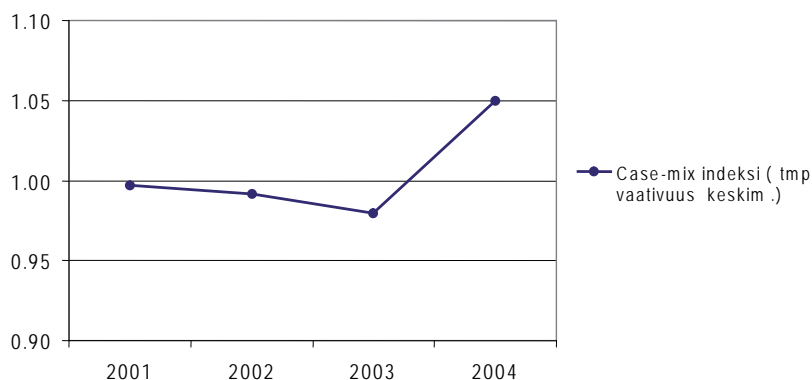
Hoidossa käyneiden potilaiden määrät terveyskeskuksittain vuosina 1999–2005 on kuvattu liitteessä 18. Käynnit terveyskeskuksittain vuosina 1999–2005 on kuvattu liitteessä 19.

### Potilas case-mix -indeksi

Potilas case-mix -indeksin tarkoitus on kuvata, onko asiakaskunnan hoidon vaikeusasteessa suuria eroja eri terveyskeskusten välillä. Potilas case-mix -indeksi ilmaisee terveyskeskuksen painotettujen tuotosten (toimenpiteiden) summan suhteen keskimääräiseen painotettujen tuotosten summaan. Indeksiä voidaan hyödyntää arvioitaessa toiminnan tuotoksia ja vaativuutta. Eri toimenpiteet on painotettu Stakesin suun terveydenhuollon valtakunnallisen toimenpideluokituksen mukaisesti niiden keskimääräisen vaativuusluokan (0–15) perusteella. Suun terveydenhuollon valtakunnallinen toimenpideluokitus on käytössä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Vaativuusluokan perusteella on määritetty terveyskeskuksissa perittävät asiakasmaksut ja Kela-korvaukset.

Potilas case-mix -indeksin muutokset SUHAT-terveyskeskuksissa vuosina 2001–2004 näkyvät kuvasta 18. Vuoden 2001 arvo on indeksoitu arvoon 1,0. Painotettujen toimenpiteiden määrä hoidossa käynyttä kohti on noussut 24 prosenttia vuodesta 2001 vuoteen 2004 (kuva 19). Tämä kertoo siitä, että hoidettua potilasta kohti tehdään enemmän toimenpiteitä, jotka ovat vaativampia.

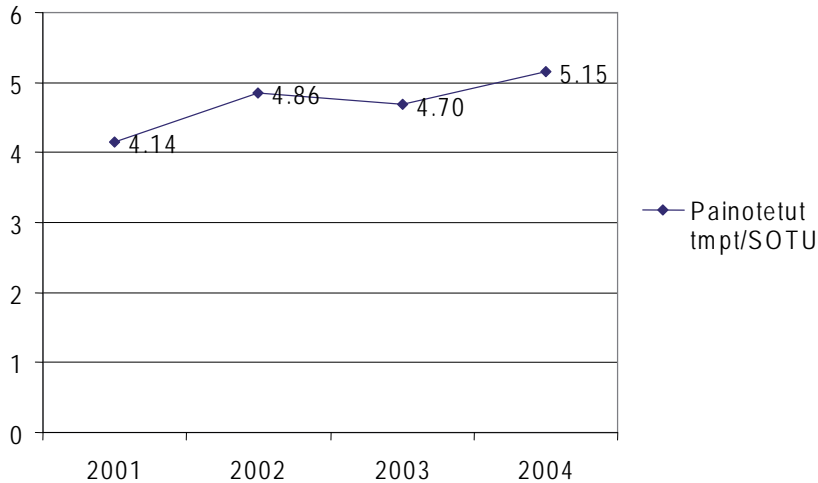
### Case-mix -indeksi, toimenpiteiden keskimääräinen vaativuus (2001 = 100)



KUVA 18. Case-mix iindeksi vuosina 2001–2004



## Painotetut tmpt/SOTU nousut 24% 2001-2004

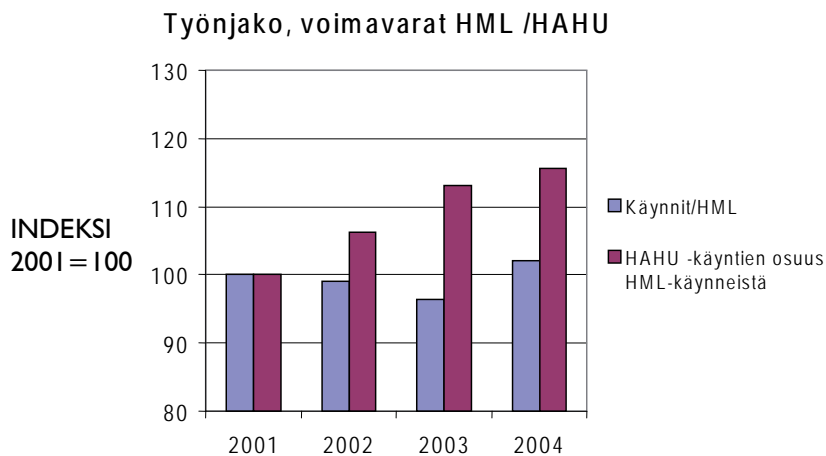


KUVA 19. Case-mix -painotetut toimenpiteet hoidossa käynnyttä kohti vuosina 2001–2004

### Työnjako

Työnjaon prosessilla tarkoitetaan koko työyhteisöä koskevaa toimintaa siten, että potilaan hoitoon liittyvät tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja työnjaon näkökulmasta. Prosessin tavoitteena on, että työnjako olisi sekä potilaan että organisaation kannalta sujuvaa ja kustannustehokasta.

Terveyskeskusten työnjakoa on kuvattu suuhygienistien käyntien suhteellisenä osuutena hammaslääkärin käyntien määrästä. Tunnusluvun avulla voidaan esimerkiksi arvioida voimavarojen allokatiivista tehokkuutta ja pohtia selitystekijöitä kokonaistuottavuuteen. Suuhygienistien käyntien suhteellinen osuus hammaslääkärin käynneistä on kasvanut tasaisesti vuosina 2001–2004 (kuva 20). Tarkasteluajanjaksolla 2001–2004 hammaslääkärin käyntien osuus oli pienimmillään vuonna 2003.



KUVA 20. Suuhygienistikäyntien osuus hammaslääkärin käynneistä vuosina 2001–2004

Vuonna 2004 erikoishammaslääkärikäyntien osuus kaikista käynneistä oli keskimäärin 6,7 prosenttia (vaihteluväli 0-15 %), peruskoulutettujen hammaslääkäreiden käyntien osuus 73 prosenttia (vaihteluväli 56–85 %), suuhygienistikäyntien osuus 16 prosenttia (vaihteluväli 9–30 %) ja hammashoitajakäyntien osuus 4 prosenttia (vaihteluväli 0–9 %) (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Käyntien prosenttiosuudet eri työntekijäryhmissä vuonna 2004

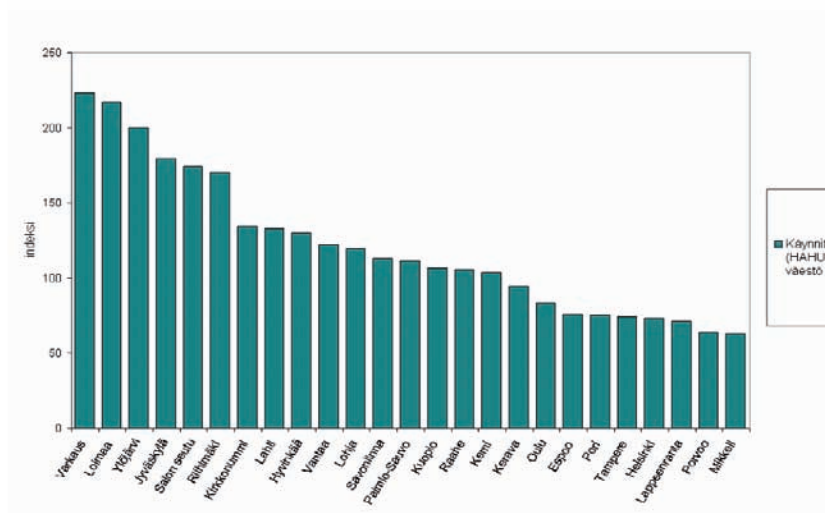
Käyntien %-osuudet eri työntekijäryhmissä 2004				
	EHL	HL	HAHU	HH
Espoo	1,6	83,8	14,2	0,4
Helsinki	9,5	71,9	13,1	5,5
Hyvinkää	5,3	68,6	20,9	5,2
Jyväskylä	5,3	65,5	26,0	3,2
Kemi	5,2	69,2	21,6	4,1
Kerava	7,1	74,5	12,6	5,9
Kirkkonummi	3,8	70,0	21,3	5,0
Kuopio	13,8	67,0	17,6	1,5
Lahti	13,2	56,3	22,0	8,5
Lappeenranta	6,7	72,0	16,0	5,2
Lohja	1,8	78,6	16,8	2,7
Loimaa	1,7	68,0	30,4	0,0
Mikkeli	6,0	79,8	9,4	4,8
Oulu	15,1	72,6	10,9	1,5
Paimio-Sauvo	0,0	80,8	15,7	3,5
Pori	8,7	72,9	16,8	1,5
Porvoo	12,8	68,9	9,1	9,2
Raaha	1,0	85,3	12,7	0,9
Riihimäki	1,0	74,9	20,7	3,4
Salon seutu	5,0	70,0	22,6	2,4
Savonlinna	0,0	79,1	18,0	2,9
Tampere	5,1	75,4	13,3	6,2
Vantaa	1,4	76,5	17,7	4,4
Varkaus	4,7	56,5	29,6	9,3
Ylöjärvi	6,9	69,4	22,3	1,5
YTHS	6,3	77,4	14,2	2,1
Kaikki	6,7	73,3	16,0	4,0

Hammaslääkärikäyntien ikävakioidut määrät olivat suurimpia Raahessa ja Ylöjärvellä ja pienimmät Kemissä ja Lappeenrannassa vuonna 2004 (taulukko 6). Suuhygienistikäyntien ikävakioidut määrät olivat suurimpia Varkaudessa ja Ylöjärvellä ja pienimmät Mikkelissä ja Porvoossa (kuva 21).

TAULUKKO 6. Käynnit hammaslääkärillä suhteessa väestöön ikäryhmittäin vuonna 2004

	Käynnit (HL)/väestö						Indeksi	
	0-5	6-18	19-44	45-64	65-75	yli 75	Vakioimaton	Ikävakioitu
Espoo	0,23	1,57	0,50	0,29	0,39	0,80	92	101
Helsinki	0,30	2,01	0,44	0,33	0,35	0,29	88	94
Hyvinkää	0,17	2,26	0,47	0,22	0,21	0,47	98	95
Jyväskylä	0,12	1,35	0,54	0,51	0,50	0,52	94	102
Kemi	0,14	1,78	0,57	0,20	0,11	0,14	80	72
Kerava	0,10	2,15	0,76	0,48	0,52	0,38	127	127
Kirkkonummi	0,14	1,83	0,43	0,29	0,52	0,82	100	106
Kuopio	0,20	1,94	0,55	0,37	0,32	0,35	99	102
Lahti	0,20	2,15	0,47	0,26	0,27	0,62	92	85
Lappeenranta	0,25	2,09	0,31	0,16	0,16	0,12	74	71
Lohja	0,19	1,70	0,86	0,55	0,45	0,38	123	120
Loimaa	0,25	1,83	0,66	0,66	0,54	0,40	116	104
Mikkeli	0,25	2,49	0,54	0,51	0,36	0,19	115	119
Oulu	0,41	3,12	0,49	0,29	0,27	0,30	120	146
Paimio-Sauvo	0,12	2,33	0,59	0,45	0,62	0,53	124	119
Pori	0,30	1,04	0,64	0,31	0,34	0,33	81	74
Porvoo	0,18	2,08	0,69	0,58	0,43	0,30	124	121
Raahe	0,27	2,35	1,21	0,59	0,50	0,35	163	151
Riihimäki	0,33	1,93	0,78	0,62	0,69	0,59	133	126
Salon seutu	0,19	2,20	0,73	0,58	0,85	0,46	130	120
Savonlinna	0,17	1,95	0,65	0,60	0,54	0,33	114	98
Tampere	0,33	2,39	0,42	0,23	0,12	0,25	88	93
Vantaa	0,11	1,60	0,71	0,43	0,43	0,42	108	116
Varkaus	0,21	1,49	0,51	0,48	0,48	0,43	94	94
Ylöjärvi	0,16	1,78	0,85	0,69	0,91	0,61	141	151
YTHS			0,74	0,41	0,19		110	591
Kaikki	0,24	1,97	0,56	0,37	0,36	0,37	100	100

Käynnit suuhygienistillä / väestö vuonna 2004



KUVAN 21. Käynnit suuhygienistillä suhteessa väestöön vuonna 2004

## Oikomishoito

Oikomishoitoa koskevaa tietoa kerättiin 6–17-vuotiaista hoidossa käyneistä potilaista. Hankkeessa oikomishoidoksi määriteltiin diagnoosiin ja hoitosuunnitelmaan perustuva hoito, joka toteutetaan joko kiinteällä tai irrotettavalla oikomiskojeella. Oikomishoito määriteltiin päättyneeksi, kun aktiivinen kojehoito päättyy ja esimerkiksi lopputarkastus on tehty. Siten retentiovaihetta ei katsota oikomishoidoksi.

6–17-vuotiaiden potilaiden oikomiskäyntien osuus saman ikäryhmän kaikista käynneistä oli suurin Porissa ja Salon seudulla ja pienin Mikkeliissä, Keravalla ja Kirkkonummella (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Oikomishoidon käynnit ja oikomishoidossa käyneet 6–17-vuotiaat vuonna 2004

Oikomishoidon käynnit ja oikomishoidossa käyneet (6–17-vuotiaat) 2004			
	Oikomiskäynnit/kaikki käynnit (HL)	Oikomiskäynnit/kaikki käynnit (Kaikki)	Oikomishoidossa/1000 as
Espoo	0,44	0,42	67,8
Helsinki	0,35	0,29	128,5
Hyvinkää	0,35	0,30	234,5
Jyväskylä	0,31	0,32	83,9
Kemi	0,39	0,34	62,8
Kerava	0,2	0,2	187,4
Kirkkonummi	0,21	0,17	87,7
Kuopio	0,45	0,40	119,5
Lahti	0,36	0,31	100,0
Lappeenranta	0,32	0,26	121,5
Lohja	0,40	0,37	112,4
Loimaa	0,3	0,3	141,7
Mikkeli	0,19	0,18	107,1
Oulu	0,52	0,49	221,1
Paimio-Sauvo	0,00	0,00	210,6
Pori	1,03	0,88	158,6
Porvoo	0,45	0,37	185,8
Raahe	0,3	0,3	114,2
Riihimäki	0,35	0,31	151,5
Salon seutu	0,79	0,62	148,1
Savonlinna	0,40	0,33	74,9
Tampere	0,41	0,37	255,1
Vantaa	0,32	0,27	175,1
Varkaus	0,3	0,4	130,5
Ylöjärvi	0,40	0,35	91,8
YTHS			

## Resurssit ja talous

### Väestöön suhteutetut voimavarat

Keskimääräinen vaativuuden mukaan painotetun toimenpiteen kustannus tuotannollisen tehokkuuden indeksit DEA 1 ja DEA 2

## Väestöön suhteutetut voimavarat

Voimavarat suhteessa väestöön kuvattiin seuraavilla mittareilla: käyttökustannukset asukasta kohti, hammaslääkäreiden määrä suhteessa väestöön, suuhygienistien määrä suhteessa väestöön ja hammashoitajien ja muun henkilökunnan määrä suhteessa väestöön (taulukko 8). Muutokset hammaslääkäreiden ja suuhygienistien määrissä vuosina 2003-2005 ilmenevät liitteistä 20 ja 21.

Voidaan yksinkertaistaen ajatella, että terveystakeskuskohtaisten, asukasta kohti laskettujen kustannusten erot muodostuvat kahdesta eri komponentista: tuottavuuseroista sekä alueella tuotettujen palvelujen asukaslukuun suhteutetusta määrästä seuraavan yksinkertaisen mallin mukaisesti:

$$\text{Kustannukset/asukas} = \text{tuottavuus} * \text{palveluiden käyttö /asukas}$$

Käyttökustannukset/asukas -tieto kuvaa edellä mainitun yhtälön vasenta puolta, josta saadaan yleiskuva resurssien kulutuksesta. Tämän perusteella ei kuitenkaan vielä voida sanoa, johtuvatko havaitut erot tuotannollisen tehokkuuden vai palvelujen käytön eroista. Tietojen vertailukelpoisuuden parantamiseksi tarvitaan ikävakiointeja.

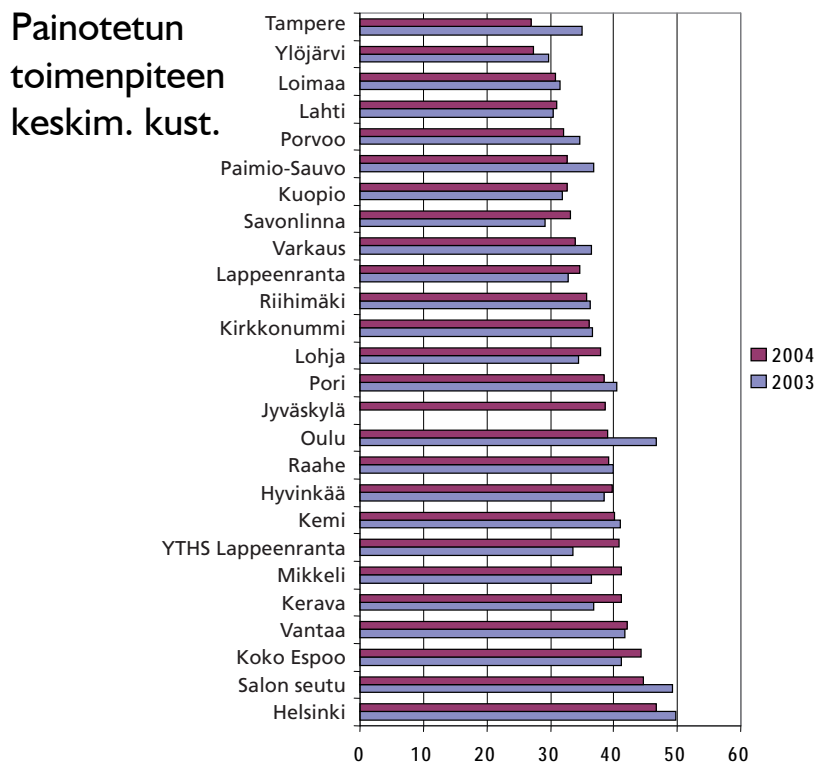
TAULUKKO 8. Voimavarat suhteutettuna väestömääriin vuonna 2004

Voimavarat suhteutettuna väestömääriin 2004					
	Käyttökust. (EUR)/asukas	Käyttökust. + ostop. (EUR) /asukas	HML/ 10 000 as	HAHU/ 10 000 as	HH/ 10 000 as
Espoo	58,73	58,73	3,64	0,95	5,10
Helsinki	52,41	56,42	2,71	0,91	5,44
Hyvinkää	53,23	53,23	2,82	1,45	4,37
Jyväskylä	54,49	54,72	3,02	1,56	5,00
Kemi	49,61	49,67	3,04	1,17	4,29
<b>Kerava</b>	<b>71,74</b>	<b>71,74</b>	<b>3,63</b>	<b>1,44</b>	<b>5,17</b>
Kirkkonummi	53,09	53,09	3,36	2,24	3,52
Kuopio	49,99	49,99	3,20	0,96	4,47
Lahti	48,08	48,08	4,14	1,17	4,40
Lappeenranta	37,57	39,17	2,55	0,81	2,97
Lohja	63,27	63,34	2,23	1,33	5,59
<b>Loimaa</b>	<b>62,06</b>	<b>62,32</b>	<b>3,49</b>	<b>2,15</b>	<b>5,37</b>
Mikkeli	54,43	54,43	3,53	0,71	4,40
Oulu	63,95	63,95	3,95	0,83	5,72
Paimio-Sauvo	58,06	58,06	4,16	1,60	4,96
Pori	56,59	56,59	3,45	0,72	4,42
Porvoo	59,47	59,47	3,68	1,05	5,62
<b>Raahe</b>	<b>84,73</b>	<b>85,81</b>	<b>5,43</b>	<b>1,67</b>	<b>7,01</b>
Riihimäki	76,46	76,46	4,20	2,05	6,49
Salon seutu	79,45	79,45	4,80	1,80	5,73
Savonlinna	59,16	59,16	2,93	1,35	3,81
Tampere	44,81	56,28	2,93	0,65	4,53
Vantaa	66,60	66,77	3,55	0,87	5,11
<b>Varkaus</b>	<b>67,18</b>	<b>67,29</b>	<b>3,44</b>	<b>2,20</b>	<b>5,60</b>
Ylöjärvi	65,09	65,09	3,79	1,80	4,06
YTHS	62,10	62,10	2,91	0,62	6,12

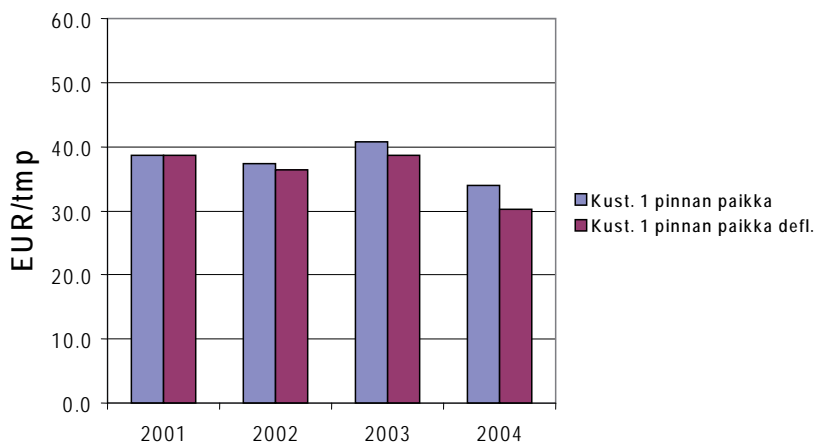
### Keskimääräinen painotetun toimenpiteen kustannus

Liitteessä 22 on kuvattu vuonna 2004 suoritettujen kymmenen yleisimmän hoitotoimenpiteen sijoittuminen kunkin terveyskeskuksen toimenpiteissä.

Keskimääräinen painotetun toimenpiteen kustannus on suurempi suurimmissa terveyskeskuksissa (liite 23). Vuonna 2004 keskimääräisen painotetun toimenpiteen kustannus vaihteli 29 (Ylöjärvi ja Lahti) ja 44 (Helsinki) euron välillä (kuva 22). Keskimääräisen painotetun toimenpiteen kustannuksen jakauma on kuitenkin tasoittunut verrattuna aikaisempiin vuosiin (kuva 23).



KUVA 22. PAINOTETUN TOIMENPITEEN KESKIMÄÄRÄINEN KUSTANNUS VUOSINA 2003–2004



KUVA 23. Painotetun toimenpiteen keskimääräinen kustannus vuosina 2001–2004

## Tuotannollisen tehokkuuden indeksit

Tuottavuudella tarkoitetaan aikaansaatuisten tuotosten ja niiden aikaansaamiseksi käytettyjen voimavarojen suhdetta. Tuotoksina voidaan käyttää hoidossa käyneiden (sotujen) lukumääriä eri ikäryhmissä ja case mix -painotettuja toimenpiteitä. Panoksina voidaan käyttää työpanoksia henkilöstöryhmittäin tai käyttökustannuksia. Tuotannollisella tehokkuudella tarkoitetaan prosessin tuottavuuden ja tavoiteltavan tuottavuuden välistä suhdetta. Tehokkuuden ollessa 80 prosenttia, prosessin tuottavuus on 20 prosenttiyksikköä alle tavoitetaso, joka voi määräytyä tunnusluku -benchmarkingissa esim. alan parhaan mukaan.

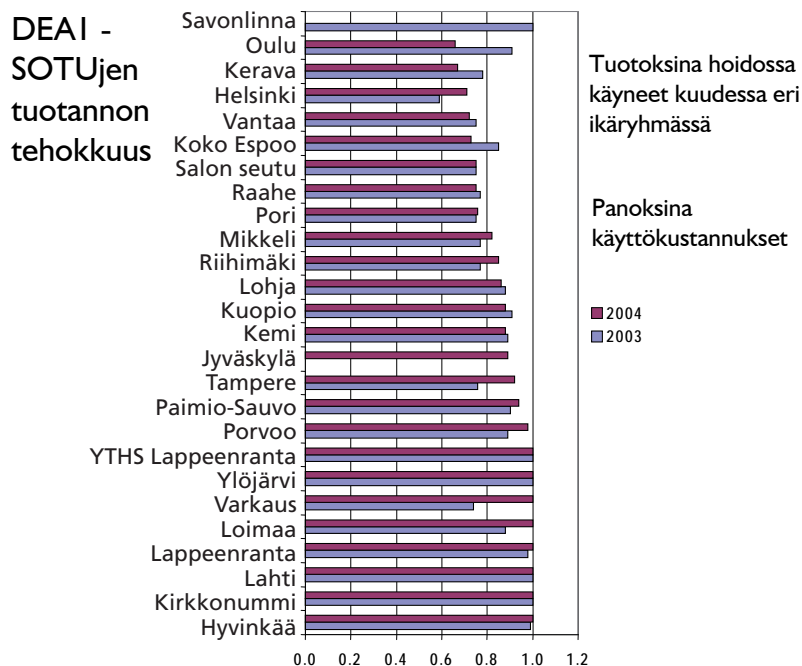
Korkea tuottavuus on hyvän kustannusvaikuttavuuden edellytys. Siten pyrkimys hyvään toiminnan tuottavuuteen ja vaikuttavuuteen eivät ole ristiriitaisia tavoitteita. Kustannusvaikuttavuuden voi ajatella olevan sellainen prosessin tai toiminnan ominaisuus, jota tarkastellaan silloin kun mietitään mitä palveluja pitäisi tuottaa. Kun tämä seikka on päätetty, niin tuottavuuden mittaamista voidaan käyttää prosessin jatkuvaan parantamiseen, koska tuottavuus mittaa sitä kuinka edullisesti tuotetaan.

Tuotannollisen tehokkuuden indeksi on tässä laskettu nk. DEA -menetelmällä (Data Envelopment Analysis), joka on yleistynyt viimeaikoina julkisen sektorin, mm. terveydenhuollon tehokkuusvertailuissa.

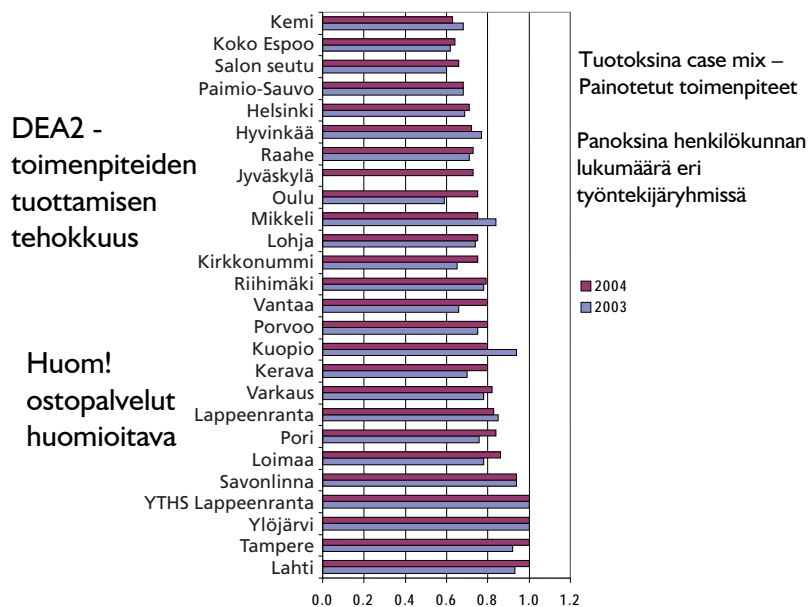
DEA 1 -kustannustehokkuus, jossa tuotoksina ovat hoidossa käyneet ikäryhmissä 0–5-, 6–18-, 19–44-, 45–64-, 65–75- ja yli 75-vuotiaat ja panoksina käyttökustannukset

DEA 2 tekninen työvoimapanoksen käytön tehokkuus, jossa tuotoksina ovat case-mix -painotetut toimenpiteet ja panoksina henkilökunnan lukumäärä eri työntekijäryhmissä

DEA 1:llä mitattu tuotannollinen tehokkuus on parantunut vuodesta 2003 vuoteen 2004 Oulussa, Keravalla ja Espoossa (kuva 24). DEA 2:lla mitattu tekninen tehokkuus vuodesta 2003 vuoteen 2004 on parantunut Oulussa, Vantaalla, Kirkkonummella, Keravalla, Porissa, Loimaalla, Lahdessa ja Tampereella (kuva 25).



KUVA 24. DEA 1 tuotannollinen tehokkuus vuosina 2003–2004



KUVA 25. DEA 2 tekninen tehokkuus vuosina 2003–2004

## Uudistuminen ja työkyky

Sairauspoissaolo-indeksi  
Koulutukseen käytetty osuus promillea käyttökustannuksista

Indikaattoripankkiin sisällytetyt tiedot mm. henkilöstöstä ja koulutuksesta tukevat osaltaan suunnitelmallista osaamisen kehittämistä ja seurantaa. Henkilöstön tunnuslukuihin kerättiin tietoa sairauspoissaoloista henkilöstöryhmittäin sekä koulutukseen käytetyistä resursseista. Sairauspoissaoloihin laskettiin pitkät, yli kuukauden kestäneet poissaolot. Pienessä terveyskeskuksessa yksittäisen henkilön pitkä sairausloma heijastuu voimakkaasti kustannuksiin ja aikaansaatuihin tuotoksiin. Työntekijöiden sairauspoissaoloista muodostettua indeksiä voidaan käyttää taustatietona arvioitaessa muita tunnuslukuja.

Koulutuspäivien määrään sisällytettiin tiedot koko henkilökunnan yhteisistä koulutustilaisuuksista ja myös puolen päivän koulutuksista. Terveyskeskukset, joissa oli kyseisenä vuonna paljon tiimikoulutusta tai uuteen atk-järjestelmään liittyvää koulutusta, nousevat näissä luvuissa esiin.

Uudistuminen ja työkyky -kortille on nostettu henkilöstön sairauspoissaolot, jotka on ilmaistu eri työntekijäryhmissä olevien henkilöiden lukumäärän mukaan vakioituna indeksinä, ja koulutukseen käytetyt resurssit, jotka on ilmaistu osuutena käyttökustannuksista (taulukko 9).



TAULUKKO 9. Sairauspoissaolo -indeksi ja koulutukseen käytetyt resurssit vuonna 2004

Henkilöstöhyvinvointia kuvaavat tunnusluvut 2004							
	Poissaolopv/ HL	Poissaolopv/ HAHU	Poissaolopv/ (HH+MUUT)	Indeksi	Koulutukseen käytetyt EUR promillea käyttökustann uksista *)	Koulutuspv/ hlö	
Espoo	6,6	19,7	14,5	74,0	2,15	2,81	
Helsinki	12,3	13,8	25,2	118,0	1,21	5,19	
Hyvinkää	5,7	23,3	18,2	92,0	2,47	12,73	
Jyväskylä	6,9	31,1	19,9	107,0		6,68	
Kemi					4,54	9,39	
<b>Kerava</b>	<b>26,0</b>	<b>2,2</b>	<b>15,7</b>	<b>107</b>	<b>3,94</b>	<b>3,45</b>	
Kirkkonummi	180,9	66,3	125,1		3,01	6,35	
Kuopio	2,0	31,6	10,3	59	5,84	4,23	
Lahti	12,1	6,5	21,2	98	0,96	3,93	
Lappeenranta	7,1	6,5	28,1	106	3,13	2,92	
Lohja	2,2	7,8	9,3	41	2,58	2,38	
<b>Loimaa</b>	<b>1,2</b>	<b>6,8</b>	<b>19,3</b>	<b>69</b>	<b>5,91</b>	<b>5,02</b>	
Mikkeli	18,5	3,3	39,3	172	2,37	10,32	
Oulu	19,1	2,4	22,6	103	0,74	1,95	
Paimio-Sauvo	5,0	61,0	15,3	114	2,96	0,90	
Pori	8,5	4,9	11,0	59	1,63	3,56	
Porvoo	7,5	11,2	10,7	58	2,67	2,33	
<b>Raahe</b>	<b>4,9</b>	<b>24,9</b>	<b>36,3</b>	<b>142</b>	<b>2,18</b>	<b>2,06</b>	
Riihimäki	8,3	8,3	14,5	70	5,41	7,03	
Salon seutu	3,8	26,9	17,7	86	2,98	4,01	
Savonlinna	4,0	5,1	34,6	117	10,65	9,69	
Tampere	14,8	9,2	22,8	113	1,51	10,75	
Vantaa	13,3	14,8	20,2	106	1,54	7,82	
<b>Varkaus</b>	<b>68,1</b>	<b>7,4</b>	<b>11,1</b>	<b>171</b>	<b>5,12</b>	<b>3,44</b>	
Ylöjärvi	3,0	16,4	12,7	62	2,08	4,95	
YTHS	15,9	10,2	22,6	114	8,02	2,89	
<b>Kaikki</b>	<b>11,2</b>	<b>12,9</b>	<b>20,7</b>	<b>100</b>			

\*) lihavoituna nerkityllä mukana  
matkakustannukset ja päivärahat

## Terveyskeskuskohtaiset aikasarjat

Terveyskeskuksilla on erilaiset tavoitteet tunnuslukujen ja indikaattorien muutossuunnissa ja arvoissa johtuen niiden erilaisista visioista ja strategioista. Tästä syystä pidettiin erittäin tärkeänä oman terveyskeskuksen suun terveydenhuollon toiminnan ja sen tuloksellisuuden seuranta-aikasarjassa. Ohjausryhmässä valittiin ne tunnusluvut, joissa tapahtuneet muutokset tuotettiin kuvina erikseen jokaiselle hanketerveyskeskukselle. Oman toiminnan seurannassa suorat tunnusluvut riittävät eikä ikävakiointeja tarvita. Tunnusluvut, jotka sisältävät rahamääriä, korjattiin deflatointikertoimella.

Aikasarjat tuotettiin terveyskeskuskohtaisesti seuraavissa tunnusluvuista ja indikaattoreista:

- Hoidossa käyneet ja tutkitut väestöön suhteutettuna
- Yli 18-vuotiaat hoidossa käyneet kaikista hoidossa käyneistä
- Oikomishoidossa olevien 6–17-vuotiaiden osuus samanikäisestä väestöstä
- Päivystyskäyntien osuus kaikista käynneistä
- Päivystyskäyntien osuus hoidossa käynnyttä kohti
- Päivystyskäynnit ja kaikki käynnit väestöön suhteutettuna
- Keskimääräinen painotetun toimenpiteen kustannus
- Hammashuoltajan ja hoitajan käyntien osuus
- Tutkimusten (toimenpidetunnukset: SAA02, SAA01, SAB01) osuudet
- Hammasröntgen ja ortopantomografia -kuvaukset hoidossa käynnyttä kohti

## SUHAT-indikaattoripankin arviointia

SUHAT-indikaattoripankin ja mittariston luominen on ollut mittava työ, ja sen kehittämistyö on jatkuvaa. Keskeinen asia on ollut määrittelytyö ja sovittujen määrittelyjen implementoiminen käytännön työhön. On ollut tärkeää luoda mittaristohierarkia, jotta benchmarking-työssä voidaan sopia keskeisimmistä seurannassa käytettävistä indikaattoreista. Ohjausryhmän työskentelyn tuella on tehty tunnuslukujen ja indikaattorien systemaattista määrittelytyötä ja johdettu uusia tunnuslukuja ja indikaattoreita. Vuonna 2002 ohjausryhmässä kehitettiin erityisesti päivystykseen, työnjakoon ja oikomishoitoon liittyviä tunnuslukuja ja näiden perusteena olevien kerättävien tietojen määrittelyjä.

SUHAT-terveyskeskuksen antama palaute indikaattoripankin hyödynnettävyydestä ja toimivuudesta osoittaa, että indikaattoripankki ja mittaristo koetaan yhdeksi hankkeen tärkeimmistä osa-alueista sekä paikallisessa että valtakunnallisessa suun terveydenhuollon johtamisessa. Indikaattoripankkia käytettiin oman toiminnan kuvaamiseen ja seuraamiseen sekä oman toiminnan vertailuun muihin, varsinkin samankokoisiin terveyskeskuksiin. Tietoja käyttivät esimies itse, oma henkilöstö, yhteistyökumppanit terveyskeskuksessa, luottamushenkilöt, johtoryhmä ja poliittiset päättäjät. Indikaattoripankkia käytettiin oman suun terveydenhuollon yksikön toimintasuunnitelman ja talousarvion tekoon, mutta myös valtakunnalliseen vertailuun (työnjako, toimenpidepanoraamat, koulutukset, poissaolot). Vastausten mukaan indikaattoripankki tarjosi hyvän yleisnäkemyksen ja vertailuluvut valtakunnallisesta suun terveydenhuollosta.

Indikaattoripankin todettiin toimivan huonosti siinä, ettei se ota huomioon hammashoitoiden lukumäärää ja kokoa, maaseutumaista tai kaupunkimaista toimintatapaa (välimatkoja). Näille muuttujille ei ole määritelty mittareita, vaikka luultavasti nämä muuttujat vaikuttavat kustannuksiin. Indikaattoripankkiin ehdotettiin lisättävän näitä taustamuuttujia. Toisaalta tuotiin esille, että hankkeessa olisi nyt tärkeä päättää, kuinka kerättyä tietoa tiivistetään ja mitä tunnuslukuja todella kannattaa seurata.

Palautteissa ehdotettiin, että kunnat tulisi jakaa kolmeen kokoluokkaan ja laskea niille keskiarvoja. Jos aineisto pilkottaisiin isoihin ja pieniin yksiköihin, DEA-tulosten tarkkuus kärjisi, koska analyysi tarvitsee ison aineiston. Parempi ratkaisu DEA-tulosten vertailukelpoisuuden parantamisessa voisi olla monimuuttujamallin käyttöönotto, jossa otetaan huomioon tuotannollista tehokkuutta selittävät tekijät, esimerkiksi toimipisteen koko.

Hankkeen aikana on myös keskusteltu siitä, pitäisikö kunnat jakaa sen mukaan, miten paljon resursseja ne ovat saaneet. Terveyskeskuksia resurssoidaan eri tavalla, mikä myös näkyy tuotannollisen tehokkuuden DEA-luvuissa. Toisaalta osa terveyskeskuksista pystyi pienemmillä resursseilla tuottamaan palveluja yhtä runsaasti kuin paremmin resurssoidut terveyskeskukset. Tehtäessä johtopäätöksiä tuotannollisesta tehokkuudesta on myös huomioitava DEA-menettelyn anteeksiantava ominaisuus: jos terveyskeskus on tehoton DEA:n mukaan, sen tuottavuus- ja tehokkuus on heikko. Mutta jos DEA:n mukaan terveyskeskus on tehokas esim. käyntimäärien suhteen, mutta voi olla, että se ei olekaan niin tehokas, miltä se vaikuttaa, koska toiminnan vaikeudessa voi olla puutteita.

Palautteissa tuotiin esille, että kustannuksien kirjaamisessa on eroja kuntien ja kuntayhtymien kesken. Lisäksi tietojen kerääminen delegoidaan terveyskeskuksessa usein eteenpäin, mistä seuraa, että on vaikea kontrolloida, mitä ne sisältävät. Tuotiin myös esille, että eri tahot tulkitsevat yleiset kirjanpito-ohjeet eri tavoin. Siksi pidettiin tärkeänä, että kirjaamiskäytännöistä keskustellaan ja niitä arvioidaan sekä pyritään yhteisiin määritelmiin. Hyvänä keinona pidettiin sitä, että terveyskeskus liittyy taloustietoihinsa selityksen, mitä ko. kustannus sisältää.

Lisäksi tuotiin esille näkemyksiä siitä, että tunnuslukujen ja muutokuvien oikea tulkinta on vaikeaa. Indikaattoripankin hyötyä koettiin parannettavan sillä, että se tarjoaisi ajantasaisen tiedon esimerkiksi aikuispotilaiden hoitovälien, työnjaon ja päivystysmäärien osalta.

Kehittämiskohteeksi ehdotettiin myös yhteistyötä TietoEnatorin kanssa, jotta luvut saataisiin suoraan Efficasta. Nyt lukujen tuottamiseen koettiin kuluvan kohtuuttomasti aikaa. Terveyskeskusten lähettämien lukujen loogisiin tarkastuksiin kului myös Stakesin päässä paljon aikaa. Lisäksi terveyskeskukset lähettivät korjauksia, mahdollisesti useaan otteeseen tai viiveellä, toiminta- ja taloustietoihinsa, mikä aiheutti sen, että indikaattoripankin tunnusluvut ja indikaattorit jouduttiin laskemaan useampaan kertaan. Hankkeessa on nyt sovittu, että tunnusluvut lasketaan korkeintaan kaksi kertaa, ja tämän jälkeen taustalukuihin ei voi enää tehdä muutoksia tai korjauksia.

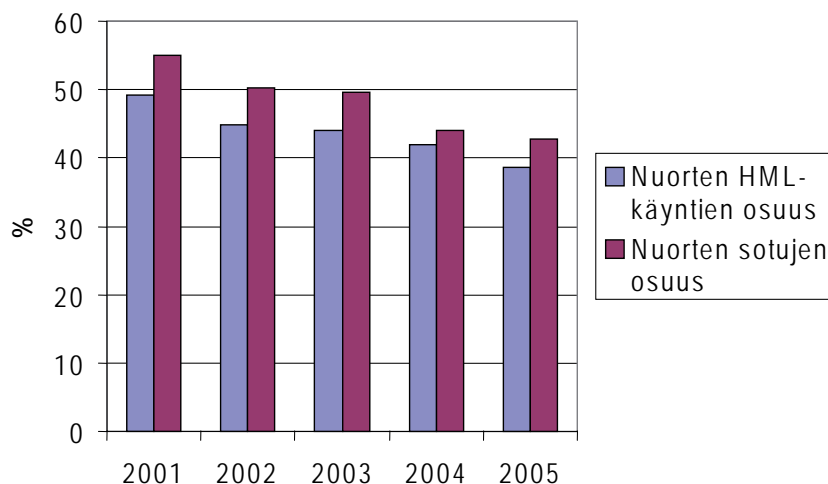
## TUOTTAVUUDEN MUUTOKSET HANKEKUNNISSA

Edellisessä luvussa selvitettiin SUHAT-terveyskeskusten tuottavuuden, toiminnan ja talouden sekä toiminnan tuloksellisuuden mittaamista niitä kuvaavien tunnuslukujen avulla. Tunnusluvut on laskettu hankkeessa yhteisesti sovituista terveyskeskusten toiminnasta ja taloudesta kerättävistä tiedoista, ja niiden avulla on mahdollista vertailla tuottavuutta ja sen kautta myös eroja käytännön toiminnassa. Koska hankkeessa on panostettu johtamiseen ja terveyskeskuksen toiminnan kehittämiseen, on tärkeää myös selvittää, minkälaisia muutoksia panostamisella on hankekunnissa saatu aikaan, ja siksi muutamia tuottavuuden ja toiminnan muutosta kuvaavia teemoja on tässä tarkasteltu erikseen.

### Nuorten potilaiden suhteelliset osuudet

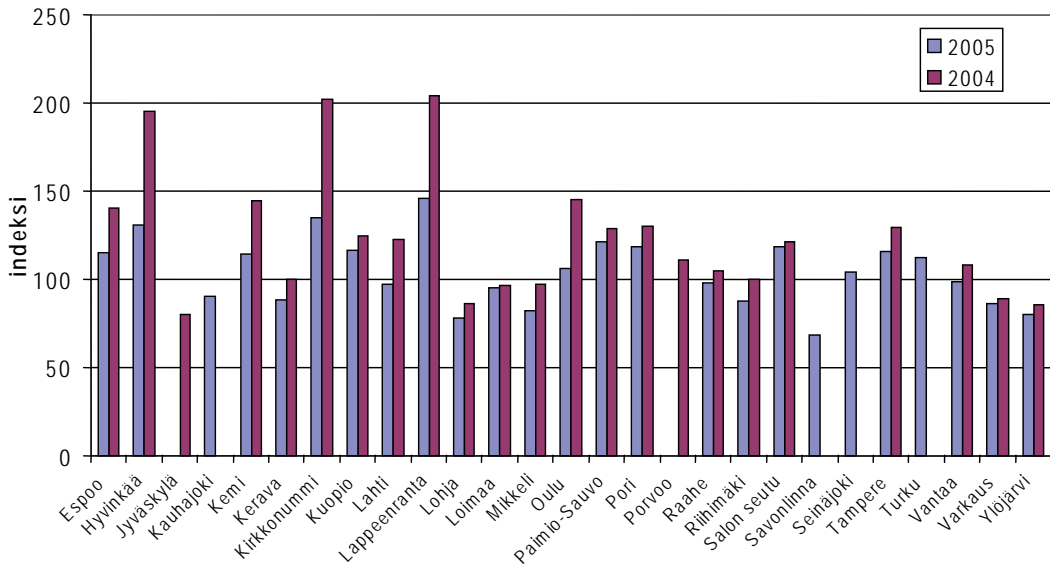
Koko väestö tuli julkisin varoin tuetun suun terveydenhuollon piiriin vuoden 2002 joulukuussa. Sen toteuttamiseksi hankkeen kunnissa on pyritty lisäämään resursseja aikuisten (yli 18-vuotiaiden) hoitoon. Resurssien kohdentaminen liittyy hoitoprosessien kehittämiseen siten, että lasten ja nuorten hoidossa on siirrytty terveillä pidempiin hoitoväleihin. Samalla lasten ja nuorten hoitoprosessi on siirtynyt enenevässä määrin suuhygienistien ja hammashoitajien vastuulle. Tämä vapauttaa hammaslääkäriresursseja aikuisten suun terveydenhuoltoon. Nuorten potilaiden (alle 18-vuotiaiden) suhteellista osuutta kuvaavan PKI-indeksin avulla voidaan nähdä miten siinä on onnistuttu (kuva 26).

#### PKI, nuorten potilaiden suhteelliset osuudet 2001-2005



KUVA 26. PKI, nuorten potilaiden suhteelliset osuudet 2001–2005

Tulosten mukaan lasten ja nuorten palveluissa hammaslääkärikäyntien osuus väheni noin 10 prosenttia ja hammaslääkärin hoidossa käyneiden lasten ja nuorten osuus pieni noin 12 prosenttia. Muutosten perusteella arvioidaan hankekuntien keskimäärin onnistuneen tavoitteissaan kohtuullisesti. Tilanne kuitenkin vaihtelee eri terveyskeskusten välillä (kuva 27). Parhaiten arvioidaan tavoitteessa vuonna 2005 onnistuneen Jyväskylän, Ylöjärven, Mikkelin ja Lohjan, ja eniten alle 18-vuotiaita suhteessa yli 18-vuotiaisiin hoidettiin vuonna 2005 Lappeenrannassa, Kirkkonummella ja Hyvinkäällä.

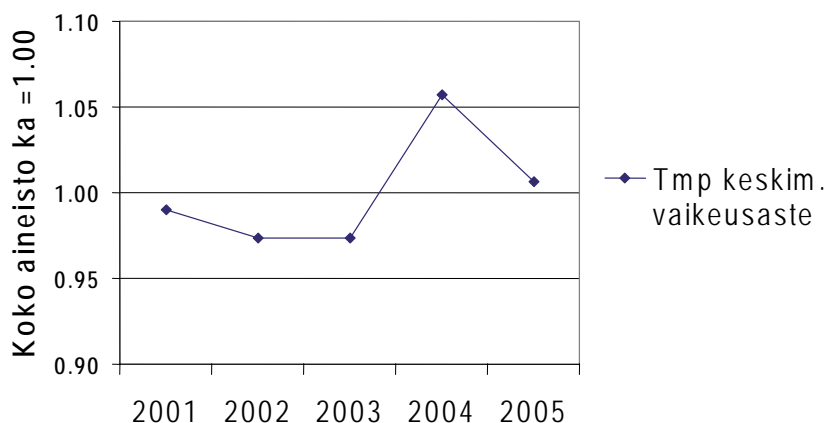


KUVA 27. Nuoret sotut/ vanhat sotut

## Toimenpiteiden keskimääräisen vaikeusasteen erot ja muutokset

Suhat terveyskeskusten tuotosta on laskettu potilaille tehtyjen hoitotoimenpiteiden määrällisenä summana eli suun tutkimusten, hampaiden paikkausten, juurenhoidojen, leikkausten, iensairauksien hoitotoimenpiteiden jne. yhteenlaskettuna määränä. Toimenpiteet on lisäksi pisteytetty niiden vaativuuden perusteella eri luokkiin, jota käytetään kertoimena laskettaessa toimenpiteiden kokonaismäärää. Toiminnan tuotoksia ja vaativuutta voidaan mitata toimenpiteiden keskimääräisen vaikeusasteen (case-mix) avulla. Indeksien laskeminen on selvitetty luvussa Prosessinäkökuulma. Muutosten avulla voidaan osoittaa, miten potilaille suoritettujen toimenpiteiden keskimääräinen vaikeusaste ja tuotos on muuttunut toiminnan painottuessa aikuishoitoon (kuva 28). Siinä vuoden 2001 arvo on indeksoitu arvoon 1. Huolimatta aikuispotilaiden suuremmasta osuudesta hoidossa toimenpiteiden vaikeusaste oli vuonna 2005 vuoden 2001 tasolla.

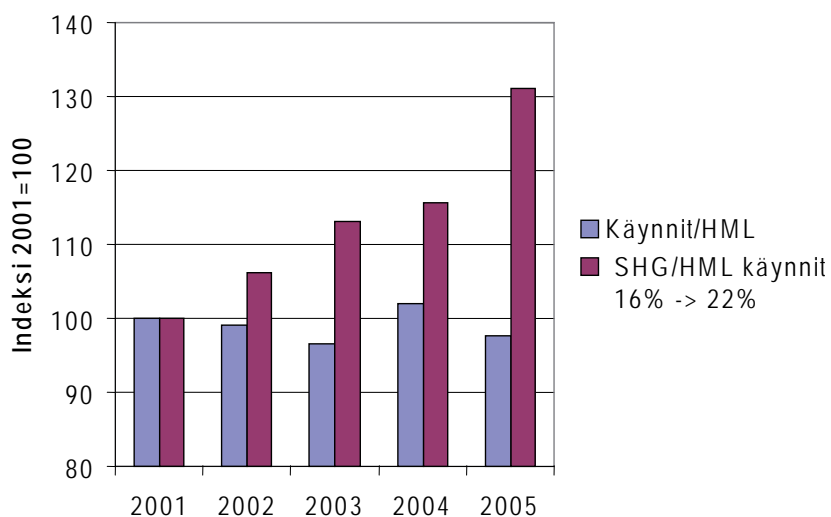
## Case-mix -indeksi, toimenpiteiden keskimääräinen vaativuus



KUVA 28. Case-mix -indeksi 2001–2005

## Työnjako, voimavarat HML–SHG

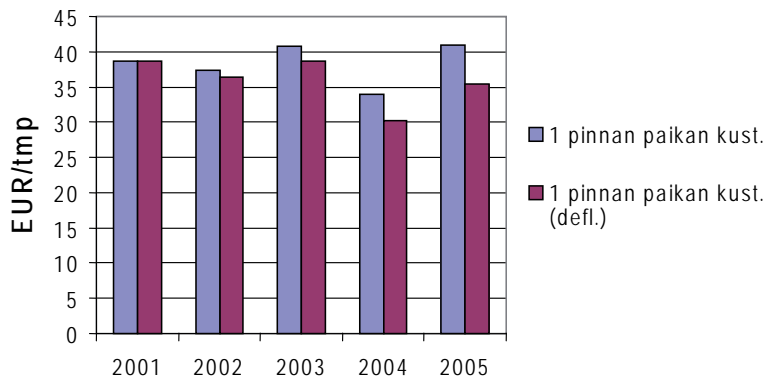
SUHAT-terveyskeskusten hankkeissa on kehitetty hoitoprosesseja ja työnjakoa siten, että tehtävät on jaettu tarkoituksenmukaisella tavalla. Työnjakoa on selvitetty jo aiemmin luvussa Prosessinäkökulma. Työprosesseja kehittämällä on suuhygienistien tehtäväkuva laajennettu hoidon tarpeen arviokäytäntöihin ja perushoidon tehtäviin. Työnjaossa on tavoiteltu tuotannollista tehokkuutta (kuva 29). Sen mukaan suuhygienistien käyntien osuus hammaslääkärin käynneistä on kasvanut huomattavasti seurantavuosina, mikä on ollut myös tavoitteena.



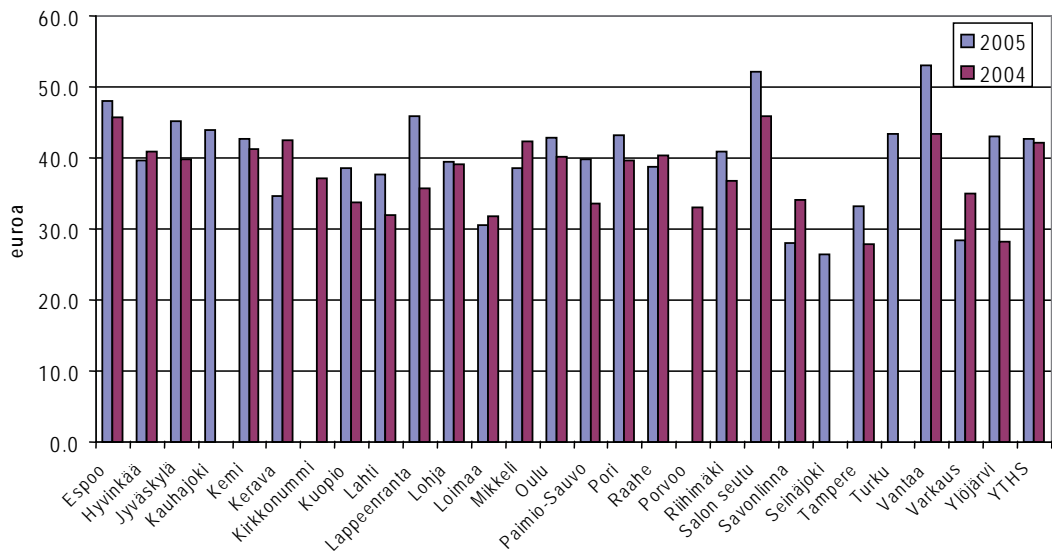
KUVA 29. Työnjako, voimavarat HML/SHG

## Tuottavuus – yksikkökustannukset

Tuottavuutta voidaan selvittää myös suhteuttamalla kaikki toimenpiteet vaikeusastetta kuvaavan painokertoimen avulla yhden pinnan paikan kustannukseen ja vertaamalla sitä eri vuosien välillä. Painotetun toimenpiteen kustannuksia suhteessa hoidossa käyneisiin (sotut) on vertailtu vuosina 2001–2005 (kuva 30). Näin tehtävässä vertailussa, kun hintataso on deflatoitu vuoden 2001 hintatasoon, on yhden pinnan paikan kustannus heilahtelujen jälkeen laskenut vuoteen 2005 mennessä 38 eurosta 35 euroon. Eri terveyskeskuksissa vuosina 2004–2005 tapahtuneet yhden pinnan paikan kustannuksien muutokset näkyvät kuvassa 31.

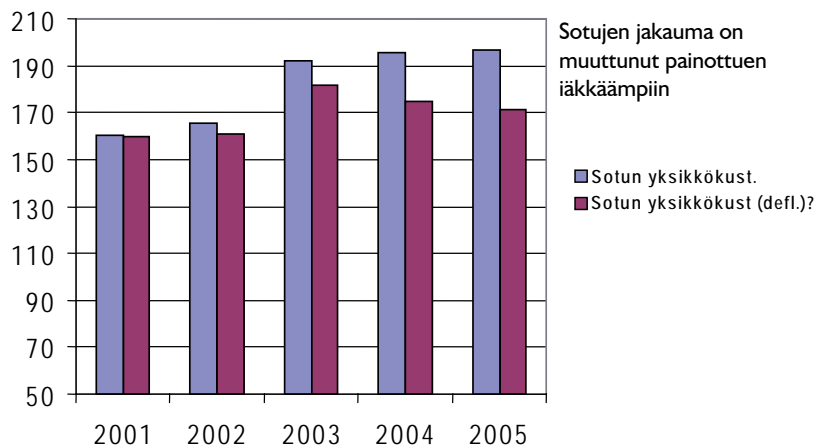


KUVA 30. Tuottavuus – toimenpiteiden yksikkökustannukset

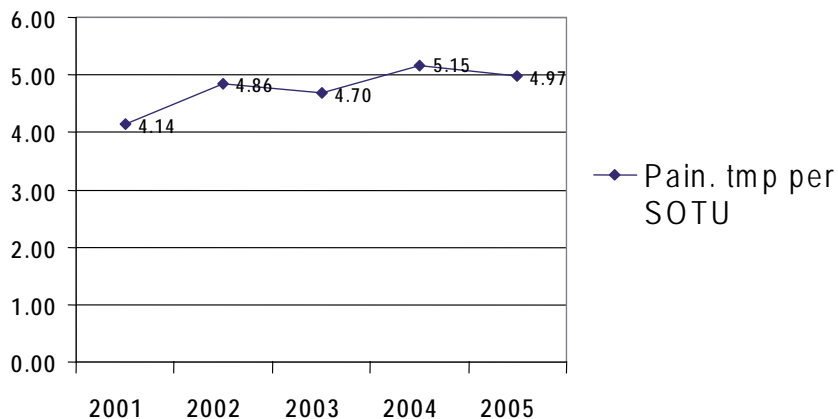


KUVA 31. Yhden pinnan paikan kustannukset 2004–2005

Toinen tuottavuutta kuvaava mittari on potilasta kohden lasketut yksikkökustannukset (kuva 32). Kuvan mukaan vuoden 2001 hintatason mukaan deflatoidut yksikkökustannukset ovat kohonneet 160 eurosta 170 euroon vuoteen 2005 mennessä, mutta samalla on muistettava, että terveyskeskusten potilaiden ikäjakauma on muuttunut ja niissä on hoidossa enemmän iäkkäämpiä potilaita. Painotettujen toimenpiteiden suhde hoidossa käyneisiin on noussut neljästä viiteen euroon, eli potilaille tehdään enemmän vaativampia toimenpiteitä (kuva 33).



KUVA 32. Tuottavuus – sotujen yksikkökustannukset



KUVA 33. Painotetut toimenpiteet/ sotu 2001–2005

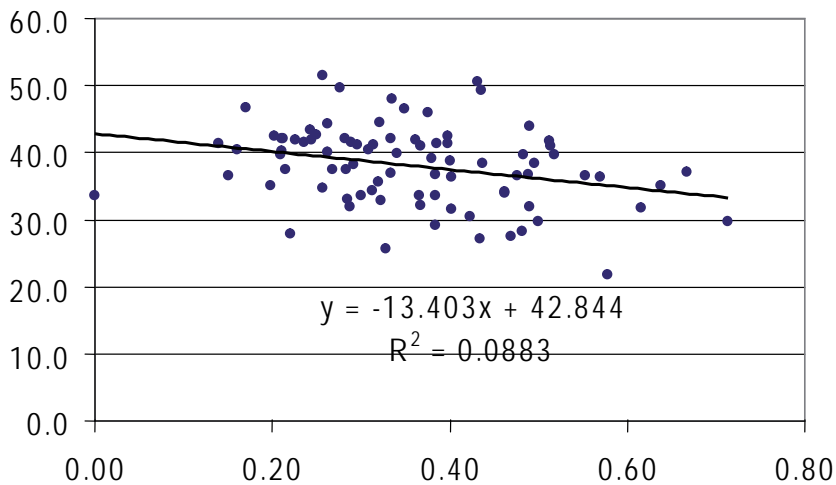


## Yhteenveto yleisistä trendeistä 2001–2005

Edellä kuvattujen teemojen avulla voidaan terveyskeskusten toiminnan ja tuottavuuden muutoksista tehdä seuraavanlainen yhteenveto:

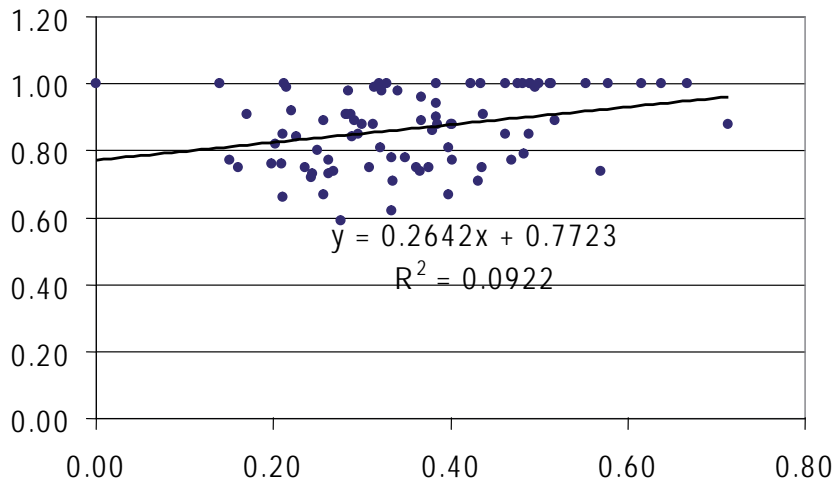
- Nuorten potilaiden suhteellinen osuus on jonkin verran laskenut.
- Suuhygienistien käyntien suhteellinen osuus hammaslääkärien käynneistä on kasvanut.
- Toimenpiteiden vaikeusaste on pysynyt muutoksista huolimatta suhteellisen samankaltaisena.
- Toimenpidetuottavuus on hieman notkahtanut vv. 2004–2005, mutta se on edelleen korkeampi kuin vuonna 2001.
- Yhdelle potilaalle tehdään kuitenkin enemmän toimenpiteitä – potilaiden lukumäärä ei ole noussut vastaavasti, ikärakenne on kyllä muuttunut.
- Sotuihin perustuva tuottavuuden muutos on epäselvä.

Työnjaon vaikutuksia voidaan analysoida vertaamalla suuhygienistien ja hammaslääkärien määrän suhdetta keskimääräisen toimenpiteen kustannukseen (kuva 34). Korrelaatio ei ole selvä, mutta siinä on havaittavissa suuntaus siitä, että kustannukset ovat pienemmät terveyskeskuksissa, joissa suuhygienisti/hammaslääkäri suhde on keskimääräistä korkeampi.



KUVA 34. Alustavaa analyysiä työnjaon vaikutuksista 2005 I

Suuhygienistien ja hammaslääkärien määrän suhdetta voidaan verrata myös DEA 1 -indeksiin eli sotujen tuotannon tehokkuuteen (kuva 35). Korrelaatio ei ole merkitsevä, mutta kuvan mukaan voidaan havaita ”pisteiden tiivistymää” suuhygienisti/hammaslääkäri suhteen arvolla 0,5, eli tuottavuus onnistuneen parhaiten tiimissä, jossa on yksi suuhygienisti ja kaksi hammaslääkäriä.



KUVA 35. Alustavaa analyysiä työnjaon vaikutuksista 2005 II

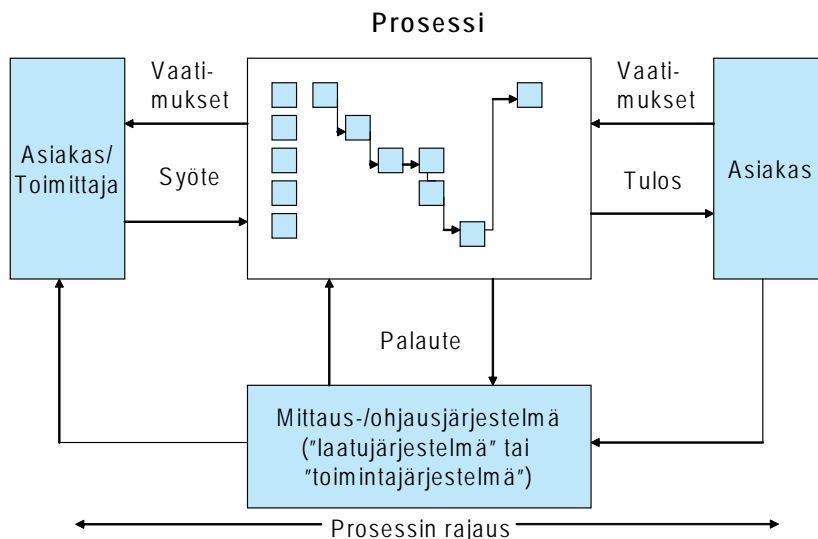
# PROSESSIEN KEHITTÄMINEN SUHAT-HANKKEESSA

## Prosessikeskeinen ajattelutapa

Organisaation strategia toteutetaan erilaisten toimintaprosessien avulla. Tunnistamalla ja kuvaamalla tärkeimpien asiakasryhmiensä hoitoon liittyvät prosessit terveyskeskukset pystyvät löytämään toimintansa kannalta oleelliset kehittämiskohteet, kehittämään hoitoketjuja sujuvimmiksi ja tehostamaan näin toimintaansa. Esimerkiksi tietovirran kuvaaminen potilaan hoitoketjussa saattaa tuoda esille vaiheita, joissa tiedonkulun sujuvuutta voisi parantaa. Prosessien johtamisen avulla organisaation on mahdollista systemaattisesti seurata, arvioida, ohjata ja johtaa strategiansa ja toimintansa tavoitteiden kannalta tärkeimpien prosessiensa sujuvuutta ja suorituskykyä. Eri terveyskeskusten hoitoprosessien kuvaaminen antaa mahdollisuuden myös toimintatapojen vertaamiseen ja benchmarkkaukseen. Menestystekijöiden ja tavoitetasojen asettaminen prosessin eri vaiheille auttavat terveyskeskuksia arvioimaan toimintansa laadukkuutta.

Prosessiajattelulla tarkoitetaan sitä, että kaiken tekemisen voidaan ymmärtää tapahtuvan prosesseissa. Jos asiakkaalle tuotetaan palvelua, takana täytyy olla tapahtumaketju, jossa tuote tai palvelu syntyy. Jos organisaatiossa syntyy kustannuksia, jonkin tapahtumasarjan täytyy olla niiden takana. Tulos ilmentää myös, että on olemassa jokin tai joitakin tapahtumasarjoja, joissa syntyy jotakin hyödyllistä. Toimintaprosessi on joukko loogisesti toisiinsa liittyviä toimintoja ja niiden toteuttamiseen tarvittavat resurssit, joiden avulla saadaan aikaan toiminnan tulokset (kuvat 36 ja 37).

Perinteisen organisaatiokeskeisen ajattelutavan mukaan kukin tekee oman työnsä, mutta prosessikeskeisen mukaan kukin ymmärtää miten kokonaisuus rakentuu ja miten oma työ on tärkeää kokonaisuuden kannalta. Prosessia parantamalla poistetaan esteet strategian toteuttamisen tieltä ja kehitetään ihmisten osaamista. Prosessikeskeisen ajattelutavan mukaan ei kysytä, kuka teki virheen ja korjata niitä, vaan kysytään, mikä teki virheen esiintymisen mahdolliseksi.



KUVA 36. Toimintaprosessin kuvaus

## Prosessikäsitteitä

Lähde: mm *Prosessijohtamisen käsitteet*, MET, Kai Laamanen ja Markku Tinnilä

- **Ydinprosessi**
  - **prosessi, joka tuottaa lisäarvoa asiakkaalle (asiakas valmis maksamaan siitä), prosessin tuotteet ja palvelut liittyvät ulkoisen asiakkaan palveluun**
  - ylittää funktioiden rajoja
  - tuottaa kilpailuetua organisaatiolle
  - perusta liiketoiminnan olemassaololle ja jatkuvuudelle
- **Avainprosessi**
  - **organisaation menestymiselle tärkeä prosessi**
  - **kehittäminen kohdistuu erityisesti näihin prosesseihin**
- **Tukiprosessi**
  - **mahdollistaa ydinprosessien toiminnan,**
  - **ovat sisäisiä prosesseja, voivat olla ulkoistettuja**
- **Prosessikartta**
  - **yrityksen tasolla tehty yleinen, usein graafinen kuvaus yrityksen eri ydinprosesseista ja niiden välisistä yhteyksistä**

KUVA 37. Prosessikäsitteitä

## Prosessijohtamisen koulutus SUHAT-hankkeessa

Vuosina 2003–2004 SUHAT-hankkeessa keskityttiin prosessien kehittämiseen ja johtamiseen. Prosessijohtaminen linkitettiin tiiviisti jo edellisinä vuosina tehtyyn BSC-työhön ja jokainen mukana oleva terveyskeskus pystyi näin hyödyntämään jo aiemmin tehtyä strategiatyötään.

Prosessijohtamisen koulutuksessa oli tavoitteena edetä kehitystyön tarpeiden tunnistamisesta tärkeimpien prosessien tavoitteiden ja menestystekijöiden määrittelyyn (kuva 38). Koulutuksen suunnittelussa huomioitiin, että hankkeeseen osallistuvat terveyskeskukset olivat eri kehitysvaiheissa prosessiensa johtamisessa ja tarvitsivat siten erilaista tukea. Prosessijohtamiseen liittyvästä koulutuksesta vastasi johtaja Päivi Strömmer Laatukeskuksesta.

Vuonna 2003 prosessijohtamiseen liittyvä koulutus toteutettiin terveyskeskusten omana työskentelynä ja terveyskeskuksista muodostettujen ryhmien muodossa kolmen hankkeessa luodun työkirjan avulla (liitteet 24–26). Vuoden 2003 tavoitteena oli yhteinen, kaikille terveyskeskuksille soveltuva tai sovellettavissa oleva prosessikartta sekä tärkeimpien prosessien kaaviokuvaukset sanallisine tarkennuksineen. Prosessimaisen toiminnan kehitysvaiheet, toiminnan kuvaamiseen ja mittaamiseen liittyviä käsitteitä sekä tietojen käytön opastusta käytiin läpi projektin järjestämissä työkokouksissa. Liikkeellelähävaiheeseen kuuluivat prosessien tunnistaminen, prosessiroolit, vastuut, tiimit, resurssit ja omistaminen, sekä prosessien kuvaaminen ja prosessikartat.

## Prosessimaisen toiminnan kehitysvaiheita

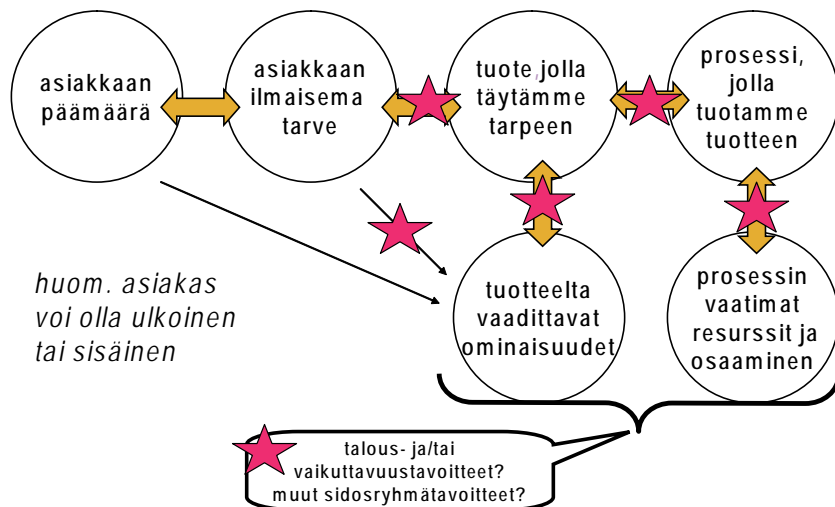


KUVA 38. Prosessimaisen toiminnan kehitysvaiheita

## Ydinprosessit tunnistetaan

Prosessien tunnistamisen lähtökohtana ovat asiakkaiden odotukset, tarpeet ja vaatimukset sekä oman organisaation missio, arvot, toiminta-ajatus, strategiset päämäärät sekä visio. Prosessien kehittämiseen saamme tietoa ennen kaikkea analysoimalla asiakkaan tarpeita ja asiakkaan prosessia (kuva 39). Lisäksi tunnistetaan talouden asettamat reunaehdot, oman henkilöstön osaaminen, asenteet ja ympäröivän yhteiskunnan sekä sidosryhmien odotukset.

## Asiakastarpeesta prosesseihin: onnistumisen mittaaminen

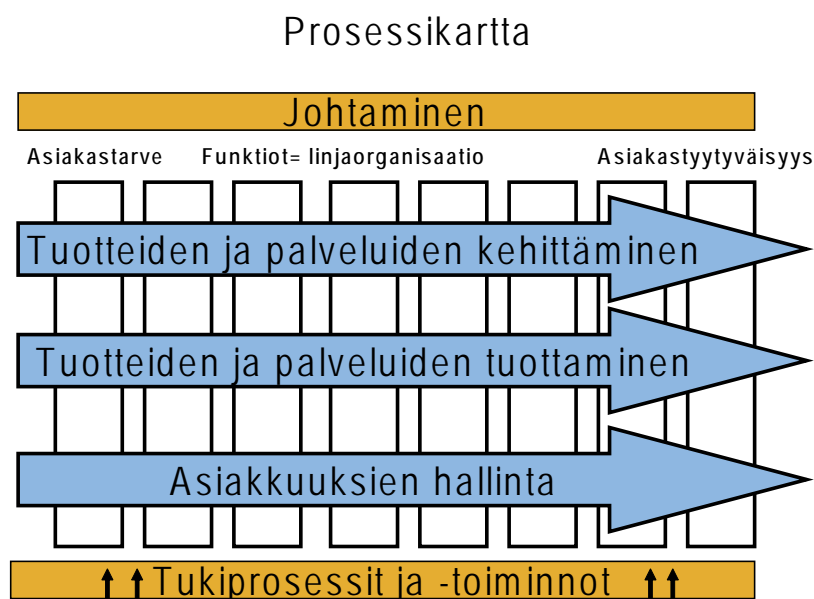


KUVA 39. Asiakastarpeesta prosesseihin

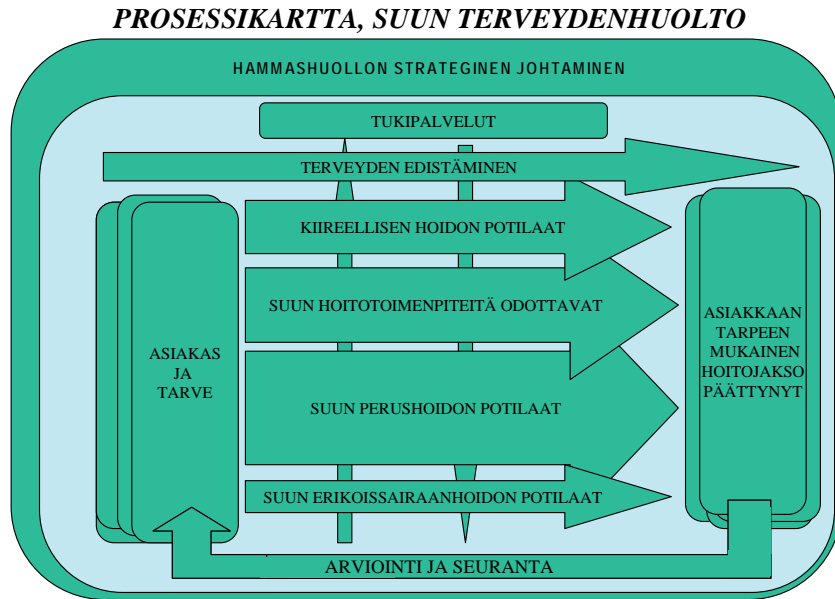
Aluksi tunnistetaan omat ydinprosessit ja niiden sisällä olevat vaiheet. Sitten listataan ne tuotteet ja palvelut, joita prosesseissa kussakin vaiheessa tuotetaan. Arvioidaan, millainen on se asiakkaan prosessi, johon palvelujamme tuotamme ja missä vaiheessa asiakkaan prosessia liitymme hänen toimintaansa omilla palveluillamme. On tiedettävä, miten tärkeänä asiakkaat pitävät mitäkin kontaktipisteitä ja millaisia odotuksia he asettavat niille. Tämän perusteella asetetaan tavoitteita ja mittareita omalle prosessille sekä mitä osaamista ja resursseja tavoitteiden saavuttaminen edellyttää.

## Prosessikartta laaditaan

Organisaation tasolla tehtyä yleistä, graafista kuvausta organisaation eri ydinprosesseista ja niiden välisistä yhteyksistä kutsutaan prosessikartaksi (kuva 40). Sen avulla on helpompi hahmottaa ja ymmärtää organisaation kokonaisuutta ja toimintaa. Se auttaa näkemään eri tahojen ja osien keskinäisen vuorovaikutuksen sekä lisää organisaation kollektiivista muistia. Ydinprosesseja voivat olla esimerkiksi kysynnän ja julkisten suhteiden hallinta, kuten esim. jonojärjestelmä, priorisointi, tiedottaminen ja työnjakokysymykset, kysynnän tyydyttäminen ja tulevaisuuden varmistamisen strategia. Suun terveydenhuollon yhteinen prosessikartta laadittiin terveystieteiden ja ohjausryhmän yhteistyönä (kuva 41).



KUVA 40. Prosessikartta



KUVA 41. Suun terveydenhuollon yhteinen prosessikartta

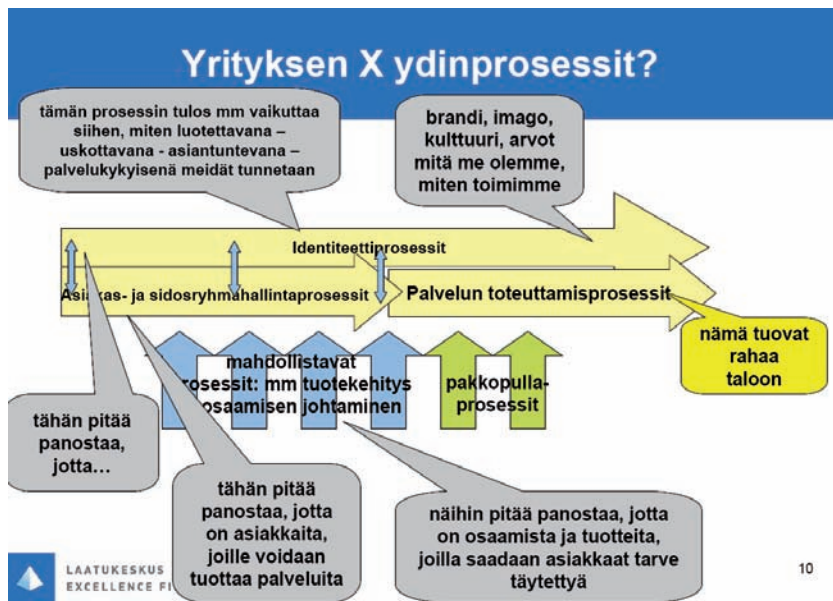
Suun terveydenhuollon yhteisen prosessikartan selitykset ja tarkennukset:

- Asiakas ja tarve: tarve voi olla asiakkaan tai ammattihenkilön toteama.
- Suun hoitopalvelut: sisältävät erikoishammaslääkärin, hammaslääkärin, hammashuoltajan ja hammashoitajan antaman hoidon. Prosessit voidaan kuvata ikäryhmittäin ja/tai hoidon sisällön mukaan.
- Kiireellinen hoito: kiireellistä hoitoa kutsutaan myös ensiapuhoidoksi.
- Terveiden edistäminen: sisältää myös yhteisöllisen ja moniammatillisen näkökulman.
- Tukipalvelut: tarkoittavat mm. ajanvarausta, välinehuoltoa, siivousta ja taloushallintoa.
- Asiakkaan tarpeen mukainen hoitajakso päättynyt: käsitteessä huomioidaan se, että potilaille annettavan hoidon sisältöön voidaan tehdä rajauksia tai että hoitoa voidaan jaksottaa eri ajankohtiin.

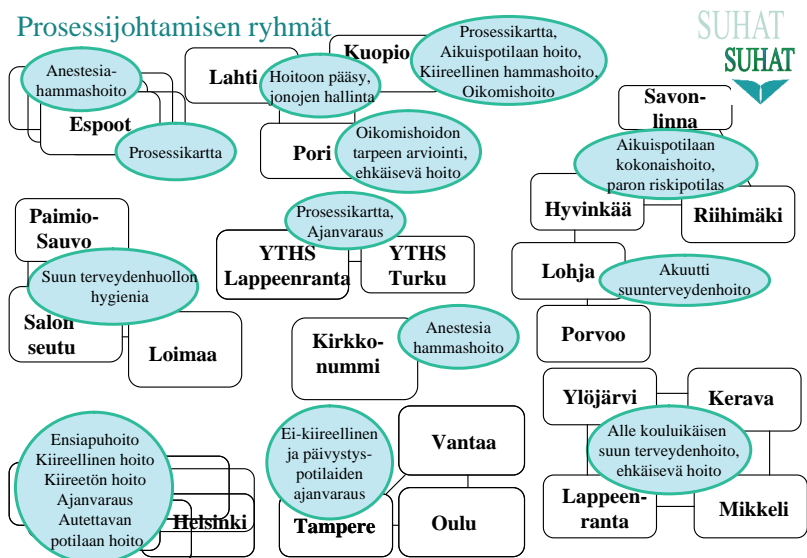
## Valitaan ja kuvataan kehitettävät prosessit

Hankkeessa kartoitettiin, mitä prosesseja missäkin terveyskeskuksessa oli kuvattu jo aikaisemmin ja mitä prosesseja koettiin tärkeiksi kuvata ja kehittää prosessikoulutuksen tuella. Jotta osataan valita prosessijohtamisen kannalta oleelliset prosessit (prosessin kuvaamiseksi, ohjeistamiseksi, tavoitteiden ja mittarien asettamiseksi sekä kehittämiseksi), organisaation prosessityyppejä voidaan tarkastella esimerkiksi kuvan 42 avulla.

Terveyskeskukset jakautuivat tai ne jaettiin ryhmiin kehittämisen kohteeksi valittujen prosessien mukaisesti (kuva 43).



KUVA 42. Mitä prosesseja tulisi kehittää?



KUVA 43. Prosessien kehittämisen ryhmät

Prosessit oli mahdollista kuvata prosessikuvauksen eri menetelmin: vuo-, toiminto- tai prosessi-kaaviona tai laatikkomenetelmällä, johon liittyi sanallista kuvausta. Niistä tuli käydä ilmi mistä työketju/prosessi alkaa ja mihin se päättyy, kuka on asiakas tai sidosryhmä, jota varten prosessi on olemassa, kuka tekee, mitä tekee ja mihin tekeminen johtaa. Prosessit voitiin kuvata myös ns. uimaratakaaviona, jossa hoitoketju kuvasi prosessiin osallistuvien roolit ja asiakkaan vuorovai- kutuksen niiden kanssa. Prosessikuvaukset käytiin läpi koulutus- ja työkokouksessa. Prosesseille määritettiin roolit, vastuut, tiimit, resurssit ja omistajat.



## Prosesseille määritetään tavoitteet ja tavoitteille mittarit

Toiminnan nykytilasta päästään realistiseen tavoitetilaa kuvaamalla ensin prosessin nykytilan esimerkiksi vuokaaviolla ja määrittelemällä nykyiset suorituskykytavoitteet sekä käytettävät mittarit. Sitten tunnistetaan ja määritellään ne prosessin kohdat/tekemiset/asiat, joille on tarpeen määrittellä tavoitetilaa ja mahdolliset uudet mittarit.

Prosessien mittaamisella voidaan vastata kysymykseen kuinka hyvin toimimme. Prosessien mittaaminen ja mittari -käsite kattavat hyvin laajasti kaikki mahdolliset arvioinnit, kyselyt, selvitykset, haastattelut, ”mutun”, kokemukseen perustuvat hihavakiot, barometrit, indeksi ja muut ns. trendi- ja summamittarit (kuva 44). Prosessimittareita ovat esimerkiksi suoritettua aikayksikössä, virhemäärä tai läpimenoaika. Tulostittareita ovat arvo asiakkaalle, asiakastytyvyisyys, markkinamenestys ja ulkoinen laatu. Kokonaiskannattavuutta tai tuottavuutta voidaan mitata prosessiin kuluvien eurojen ja prosessin tuloksena saatavien eurojen erotuksena.

Jos nykyiset mittarit eivät anna tietoa prosessin suorituskyvystä ja pullonkauloista, eivätkä mahdollista prosessin ohjausta tai kehittämistä, kuvausta tulee tarkentaa niin, että kullekin mittarille löytyy oikea ”laatikko kaaviossa”. Suorituskykytoteuman eli mittareista saatavan faktan perusteella on mahdollista kehittää toimintaa ja hahmottaa uusi, realistinen tavoitetilaa.



KUVA 44. Prosessimittarit

## Nykytilaprosessien suorituskyky arvioidaan

Terveyskeskukset arvioivat kehittämisen kohteeksi valitsemiensa prosessien nykytilan suorituskykyä valittujen mittarien avulla. Lisäksi hahmotettiin suun terveydenhuollon yhteisten ydinprosessien tavoitetilaa kuvauksia sekä määriteltiin, millaisilla osallistumiskriteereillä tai mittareilla niitä olisi mahdollista ohjata ja seurata.

## Hoitoon pääsyn prosessin hahmottaminen

Vuonna 2004 teemana oli hoitoon pääsyn varmistaminen ja parantaminen. Koulutuksen perusajatuksena oli, että:

- terveyskeskuksilla on strategia ja sen viestimiseksi, konkretisoimiseksi ja toteuttamisen seuraamiseksi on olemassa toimiva BSC
- strategiaa toteutetaan ydinprosessien avulla
- prosesseja ohjataan ja johdetaan tarkasti valituilla mittareilla
- sekä BSC-mittareista että prosessimittareista otetaan opiksi ja toimintaa kehitetään sen opin perusteella.

Hoitoon pääsyn varmistamisen ja parantamisen problematiikkaan liittyviä alateemoja käsiteltiin myös koulutus- ja suunnittelukokouksissa (kuva 45). Terveyskeskuksia tuettiin määrittelemään hoitoon pääsyn kannalta tärkeimpien prosessiensa tavoitteet, menestystekijät ja mittarit kahden työkirjan avulla (liitteet 27 ja 28). Ensimmäinen työkirja käsitteli hoitoon pääsyn prosessin kuvaamista, siihen liittyviä ongelmia, ratkaisuehdotuksia ja onnistumisen mittareita sekä tahtotilaa hoitoon pääsyn varmistamiseksi ja parantamiseksi. Toisessa työkirjassa jatkettiin hoitoon pääsyn prosessin käsittelyä uimaratamallilla, jossa mukana ovat myös tavoitteet, mittarit, osaamiset, resurssit ja vastuut. Terveyskeskukset tekivät konsultatiivisia benchmarking-käyntejä toistensa luokse ja arvioivat strategian toimeenpanoa ja seurattavuutta mittareiden valossa sekä prosessien ohjattavuutta tulosten ja mittareiden avulla.

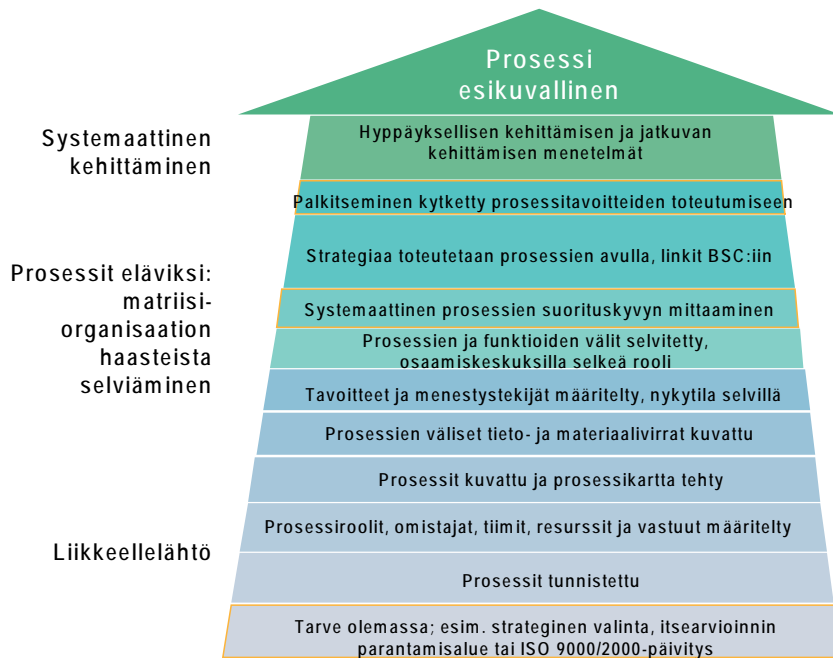
### ”Punainen lanka”

- vuoden 2004 SUHAT-teemana on HOITOONPÄÄSYN VARMISTAMINEN JA PARANTAMINEN
  - alateemoja tähän ovat:
    - kunta/kaupunkikohtaisen tahtotilan luominen teeman esittämälle haastelle ja sen toteuttamiseksi tarvittavan asennemuutoksen aikaansaaminen
    - hoitoonpääsyprosessi ja sen ohjaaminen tulokortin avulla
    - hoitoon pääsyn periaatteet
    - hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden selvittäminen ja arvioiminen sekä siinä tarvittavat osaamiset, kyvyt ja koulutukset
    - hoidon suunnittelu ja toteuttaminen
    - työnjako
    - jononhallinta
    - johtajuuden rooli hoitoon pääsyn varmistamisessa ja parantamisessa
    - konsultatiivinen benchmarking, jossa vastavuoroisesti terveyskeskusten välillä vaihdetaan kokemuksia ja näkemyksiä siitä, kuinka strategiaa toimeenpannaan mm. prosessien kautta ja kuinka sekä strategian toteutumista että prosessien suorituskykyä seurataan BSC:n avulla

KUVA 45. Hoitoon pääsyn varmistaminen ja parantaminen -prosessin alateemat

# Sähköinen työkirja tukemaan itsenäistä prosessien kehittämistä ja benchmarkkausta

Vuonna 2005 kehitettiin sähköinen työkirja tukemaan terveyskeskusten itsenäistä etätyöskentelyä, jolla terveyskeskukset voivat määritellä oman toimintansa kannalta tärkeimmät prosessit ja ottaa ne käyttöön strategisessa johtamisessa. Tavoitteena oli prosessien systemaattinen kehitystyö ja niiden linkittäminen Balanced Scorecard:iin (kuva 46). Osallistujat perehdytettiin työkirjan käyttöön koulutus- ja työkokouksessa. Vuoden aikana jatkettiin myös osallistujien keskinäistä prosesseihin kohdistuvaa arviointia benchmarking-työskentelynä kullekin tärkeäksi kokemien menettelytapojen tai toimintaprosessien kehittämisessä. Liitteeseen 29 on koottu yhteenvedoksi prosessit, joista terveyskeskukset työstivät hankkeen prosessikoulutuksen aikana.



KUVA 46. Prosessien kehitysvaiheet liikkeelle lähdöstä niiden systemaattiseen kehittämiseen

## Prosessikysely tammikuu 2005

Tammikuussa 2005 tehdyllä kyselyllä haluttiin selvittää, missä vaiheessa SUHAT-terveyskeskukset ovat prosessiensa kehittämisessä. Kyselyyn lähetti vastauksen seitsemän terveyskeskusta. Kysymykset jakautuivat seuraavasti: prosessitoiminnan kehitysvaiheen kuvaaminen, prosessien sujuvuuden mittaaminen, miten prosesseja on trimmattu?, miten prosesseista on ollut hyötyä käytännössä?, onko SUHAT-prosessikoulutuksesta on ollut hyötyä käytännössä?, johdetaanko prosesseja Balanced Scorecardin kautta?, onko palkitseminen kytketty prosessitavoitteisiin ja millä tavoin?, mitkä ovat tärkeimmät prosessit omassa suun terveydenhuollon organisaatiossasi, ja mitä jatkotoimia tarvitaan?, miten benchmarking-käytäntö on muuttanut prosesseja? sekä mitä toivot SUHAT-koulutukselta 2005?

Vastausten mukaan prosessien kehitysvaiheet terveyskeskuksissa vaihtelivat. Prosessien sujuvuuden mittaamiseksi neljässä terveyskeskuksessa oli ollut käytössä asiakaspalautteen kerää-

minen, viisi oli käyttänyt kehityskeskusteluja ja vain yksi terveyskeskus ilmoitti, ettei prosessien sujuvuutta oltu mitattu ollenkaan. Prosesseihin tulleita muutoksia oli päivitetty joko työryhmien sovittuina kehittämispäivinä tai heti niistä saadun palautteen perusteella.

Prosessien käytännön hyödyiksi ilmoitettiin seuraavia näkökohtia: ne olivat lyhentäneet hoitajajonoja selkiyttämällä ajanvarauksen toimintaa, oli saavutettu tehokkuuden paranemista, tuottavuuden kohentumista ja toimintakäytännöt olivat selkiytyneet. Prosessijattelu oli helpotanut kokonaisuuksien hahmottamista, ja yhteistyö hoitoloiden välillä oli tullut joustavammaksi. Prosesseja oli käytetty myös perehdytystilanteissa toiminnan kuvaamiseen.

SUHAT-prosessikoulutus oli vakiinnuttanut prosessien käyttöä työkaluina. SUHAT oli antanut teoreettisen pohjan ja valtakunnalliset mallit, miten toimia ja ollut tukena kehitystyössä ja vertaiskehittämisessä. Kuudennessa kysymyksessä tiedusteltiin BSC:n käyttöä prosessijohtamisessa. BSC oli ollut käytössä kaikilla vastaajilla, ja osa terveyskeskuksista oli seurannut prosesseja BSC:n mittarien avulla. Muutamalla vastaajalla sen käyttö oli ollut vähäistä ja toiminut lähinnä taustavisiona.

Vastausten mukaan yhdessä terveyskeskuksessa palkitseminen oli yhdistetty tulospalkkaukseen, ja kahdessa terveyskeskuksessa sitä aiottiin kehittää vuonna 2005. Henkilökohtaisia palkanlisäjä ja myönteistä julkisuutta oli käytetty, mutta muuten palkitsemismahdollisuus oli todellisuudessa ollut marginaalista.

Tärkeimpinä prosesseina pidettiin ajanvarauksen/hoitoon pääsyn prosessia ja terveyden edistämisen/ehkäisevän hoidon prosessia. Prosessikoulutus oli synnyttänyt avoimempaa asennetta prosesseja kohtaan – tiedon, luovuuden, ideoiden ja sitoutumisen lisääntymistä. Henkilökunnan valtuuttamista oman työn kehittämiseen, jatkuvaa seuranta ja kehittämistä pidettiin avainasioina. Kuitenkin pelivaraa pidettiin todellisuudessa vähäisenä ja lainsäädännön sekä paikallisen taloudellisen niukkuuden sääteleminä. Ajantasaisen ja tehokkuuteen pyrkivän osaamisen turvaamista pidettiin keskeisenä asiana.

Benchmarking-käytäntö prosessien kehittämisessä oli auttanut tunnistamaan ja tunnustamaan omia vahvuuksia ja puutteita sekä antanut uusia näkökulmia terveyskeskuksen toimintaan. Asiantuntijuus oli verkottumisen vuoksi lisääntynyt.

Viimeisen kysymyksen vastauksissa toivottiin vuoden 2005 SUHAT-koulutukselta tilastoseurannan kehittämistä mm. oman tuottavuuden seurannan kehittämiseksi ja kertausta tilastojen analysoinnista, prosessien hiontaa ja yhteensovittamista BSC:n kanssa, vertailutietojen syventämistä sekä panostamista vertailukehittämiseen. Koulutukseen toivottiin myös johtamiskoulutusta osaamisen johtamisessa, tiedottamisessa ja ikäjohtamisessa sekä BSC-tuloskortin viemistä eri tasoille ja sen sitomista palkkaukseen. Väestön valtakunnalliseen tasa-arvoiseen kohteluun pääsemiseksi toivottiin hoitoon pääsyn dokumentointia, jonokäytäntöjä, hoidon laajuuden ja hoitotakuun aiheuttamien käytäntöjen käsittelyä. Koulutukselta toivottiin myös kertausta uusien tulokkaiden osalta.

## Prosessikysely tammikuu 2006

Vuoden 2005 aikana SUHAT-hankkeeseen osallistuneet terveyskeskukset olivat jatkaneet prosessien kehitystyötä itsenäisesti. Tammikuussa tehtiin kysely siitä, missä vaiheessa työ oli.

Prosesseja oli kehitetty noin 20 erilaisesta toimintakäytännöstä. Tarkkaa erottelua kaikista on vaikea tehdä prosessin nimen perusteella, sillä esimerkiksi alle kouluikäisen hoidon prosessi voi toisen terveyskeskuksen mukaan olla terveydenedistämisen prosessi, ja hygieniaprosessi voi liittyä sekä kliiniseen hoitoon että välinehuoltoon.

Kaikkein eniten oli ajanvarauksen, kiireellisen hoidon ja ikäihmisten hoidon prosesseja. Niitä kutakin on kehitetty viidessä terveyskeskuksessa. Ajanvarausprosesseissa oli mukana myös yksi

puhelinliikenteen selvitystyö. Kiireellisen hoidon prosesseissa oli kuvattu arki-, viikonloppu- sekä alueellisen yhteispäivystyksen prosessit. Ikäihmisten hoitoprosesseihin kuuluivat sekä vastaanotolla tapahtuvan hoidon että koti- tai laitoshoitopotilaan hoidon prosessit sekä kotikäynteinä että yhteistyössä muiden vanhustentyötä tekevien kanssa.

Neljässä terveyskeskuksessa oli kehitetty prosesseja alle 18-vuotiaiden hoidosta; joissakin terveyskeskuksissa niitä oli tehty jopa useita prosesseja ikäluokittain. Näihin liittyvä oli myös yksi hml/shg/hh-työnjakoa kuvaava prosessi. Kolmantena tulivat hoitopääsyn ja jonotuksen, aikuisten hoidon sekä terveydenedistämisen prosessit, joita on kehitetty kolmessa terveyskeskuksessa. Aikuisten hoitoon liittyi myös yksi hoitoajan riittävyyden prosessi.

Pelkopotilaan hoitoa, röntgenkuvauskäytäntöjä, välinehuoltoa ja hygieniaa, kirurgiaa sekä oikomishoitoa oli kutakin prosessoitu kahdessa terveyskeskuksessa. Oikomishoidosta oli yhdessä terveyskeskuksessa tehty jopa useita osaprosessikuvauksia. Yksittäisiä kehitettyjä prosesseja olivat henkilöstön johtaminen, yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa, pakolaisten ja paluumuuttajien hoito, sosiaalitoimen asiakkaiden hoito, anestesiakäytäntö ja atk-järjestelmän prosessit.

Tärkeimpänä pidetty prosessi oli ajankohtainen hoitoon pääsyn ja ajanvarauksen prosessi, joka oli kuuden terveyskeskuksen mielestä tärkein. Kiireellisen hoidon prosessia pidettiin viidessä terveyskeskuksessa yhtenä tärkeimmistä. Yhtä tärkeänä pidettiin kiireettömän hoidon prosessia, joka oli nimetty myös perushoidon tai aikuispotilaan hoidon prosessiksi. Perushoidon sujumista haluttiin prosesseissa korostaa myös tuotteistuksen kannalta. Lasten tai alle 18-vuotiaiden hoitoprosessi oli tärkeimpien listalla neljässä ja ikäihmisten kolmessa terveyskeskuksessa. Kolme terveyskeskusta oli nimennyt terveydenedistämisen prosessin tärkeimpien joukkoon. Erikoishoitojen tai oikomishoidon prosessit olivat kahden terveyskeskuksen mielestä tärkeimpiä.

Kaikissa kyselyyn vastanneissa terveyskeskuksissa prosessit oli tehty yhteistyössä henkilökunnan kanssa. Neljässä vastauksessa oli tekijänä mainittu työryhmä, jossa olivat edustettuna eri henkilöstöryhmät. Yhdeksän vastaajan mielestä prosessien kehittämisellä oli ollut selviä vaikutuksia käytännön työhön ja perehdytykseen. Kaksi terveyskeskusta myönsi työn sisällön muuttuneen tai selkiytyneen, mutta epäili, oliko prosesseilla siihen vaikutusta, sillä muutokseen oli vaikuttanut myös uudistunut lainsäädäntö. Yhden terveyskeskuksen mielestä prosessit eivät olleet lainkaan vaikuttaneet käytännön työhön, vaikka ne oli esitelty koko henkilökunnalle.

Kysyttäessä, olivatko SUHAT-terveyskeskukset tutustuneet toistensa prosesseihin, ja jos olivat niin mihin, kahdeksan terveyskeskusta vastasi, että se oli perehtynyt kaikkiin tai nimesi ne terveyskeskukset, joiden prosesseihin oli perehtynyt. Näin vastanneiden mielestä tutustumisesta oli ollut hyötyä omien prosessien kehittämisessä. Prosesseihin oli tutustuttu internetissä, SUHAT-kokouksissa ja vertaisarviointikäynneillä.

## OSAAMISEN JOHTAMINEN SUHAT-HANKKEESSA

SUHAT-hankkeen tärkeä tavoite on ollut terveyskeskusten suun terveydenhuollon strategiasta lähtevän johtamisen kehittäminen. Hankkeessa käytetyt Balanced Scorecard, benchmarking- ja prosessien kehittämisen -menetelmät ovat tukeneet terveyskeskusten suun terveydenhuollon osallistavaa johtamista. Osallistavan johtamistavan mukaisesti henkilöt, joiden toimintaan suunnittelu vaikuttaa, osallistuvat myös itse suunnitteluun ja päätöksentekoon. Vaikutusmahdollisuuksien lisääntymisen kautta työntekijöiden motivaatio ja innostus toiminnan kehittämiseen ja muutoksen toteuttamiseen lisääntyvät.

Johtamisen kehittämisen näkökulmaksi otettiin vuonna 2002 osaamisen johtamisen teema. Osaamisen johtamisen aihepiirin käsitteleminen oli luonteva jatko BSC-työskentelylle ja hyvä pohjustus tulevalle prosessien kehittämistyölle. Osaamisen johtaminen on toiminnan johtamista. Osaamisen johtamisen kokonaisuuden hahmottamisessa ja organisaation osaamistarpeiden selvittämisessä lähdetään liikkeelle kuvaamalla lähivuosien haasteet. Tämän jälkeen määritellään, mitkä ovat ne tärkeimmät osaamisalueet, ns. strategiset kyvykkyydet, jotka organisaatiolla tulisi olla, jotta se saavuttaisi visionsa ja tuottaisi asiakkaalle lisäarvoa. Kyvykkyydellä tarkoitetaan organisaation kykyä hyödyntää joustavasti ja nopeasti voimavarojaan tavoitteidensa mukaisesti. Strategisissa kyvykkyyksissä yhdistyvät osaaminen ja prosessit. Strategiset kyvykkyydet kuvataan konkreettisina asioina ja tuloksina, jotka eri osaamisilla saavutetaan. Lisäksi kuvataan toimintatavat ja järjestelmät sekä yksilöosaaminen, jotka liittyvät eri osaamisiin. Eri osaamisalueiden tärkeyttä arvioidaan ainakin kahdesta näkökulmasta: kuinka tärkeä osaamisalue on toisaalta organisaation vision näkökulmasta ja toisaalta loppukäyttäjän tai asiakkaan näkökulmasta? Osaamisalueiden arvioinnissa kiinnitetään huomiota osaamisen nykytilan ja sen tärkeyden suhteeseen. Arvioinnin perusteella määritellään osaamisalueet, joilla organisaation olisi tärkeintä kehittyä (osaamistarpeiden tunnistaminen). Tämän jälkeen mietitään, millä keinoilla organisaation kehittämistarpeet täytetään sekä miten osaamista ja siinä kehittymistä voidaan mitata (kuva 47).



KUVA 47. Osaamisen kehittäminen, Päivi Strömmer

Hankkeen koulutus- ja työkokouksessa tehtiin ryhmätyö, jossa mietittiin, mitä osaaminen tarkoittaa SUHAT-hankkeen terveyskeskuksissa (kuvat 48 ja 49). Aiheen käsittelyä jatkettiin siten, että aiheesta kiinnostuneet terveyskeskuksen edustajat perustivat kaksi osaamisen johtamisen ryhmää, joista toinen mietti suun terveydenhuollon johtamisen osaamista (ylihammaslääkärit Riitta Hännikäinen ja Helena Kovari) ja toinen suun terveydenhuollon toimintaympäristössä tapahtuvaa viittä merkittävintä muutosta ja niissä tarvittavaa osaamista (ylihammaslääkärit Leena Teräsvasara ja Seppo Mäkelä).

## Mitä johdetaan? 1/2

### Mitä osaaminen on meillä SUHAT -terveyskeskuksissa?

- Strategioita, sis. tavoitteet
- Yhteinen tavoite ja yhteiset arvot, tavoitteiden edellyttämää osaamista
- Yhteisön tiedon samanaikaisuutta
- Asioiden tekemistä oikein, ammattitaito ja substanssi
- Kaikenlaisten muutosten hallintaa
- Verkottumista
- Innovatiivisuuden muuttamista toiminnaksi
- Yhteistyökykyä, vuorovaikutustaitoa, työilmapiirin avoimuutta
- Hiljaista tietoa
- Henkilöjohtamisen taitoa
- Moniammatillisuutta, Eri osaamisalueiden hallintaa
- Aktiivista muutoshalukkuuden ylläpitoa
- Rohkeutta luopua
- Prosessien kehittämistä

KUVA 48. Osaamisen johtaminen SUHAT-terveyskeskuksissa 1

## Mitä johdetaan? 2/2

### Mitä osaaminen on meillä SUHAT -terveyskeskuksissa?

- Oikean tiedon soveltamista käytäntöön
- Väestön tarpeiden tuntemista
- Asiakkaiden tarpeiden tuntemista
- Oikeudenmukaisuutta
- Resurssien uusjakoa
- Työnjaon kehittämistä
- Tiedonsiirtoa (Lähetteen/palautteen hyödyntämistä)
- Täydennys- ja työpaikkakoulutuksen kohdentamista oikein
- Priorisointia
- Oman toiminnan arviointia
- Mahdollisuuksien luomista optimaaliselle toiminnalle
- Sosiaalisten taitojen hallintaa
- Henkilöstön erityisosaamisten hyödyntämistä

KUVA 49. Osaamisen johtaminen SUHAT-terveyskeskuksissa 2

## Suun terveydenhuollon johtamisen osaaminen

Osaamisen johtamisen työryhmien tulokset on kuvattu seuraavassa yhteenvedossa. Johtajan on osattava tunnistaa tulevaisuuden menestystekijät ja niiden perusteella päätellä, millä toiminta-alueella organisaation on muututtava. Johtajan pitää osata keinot, jolla muutos saadaan aikaan. Ydinkysymyksenä on, miten strategia toteutetaan käytännössä prosessien avulla ja miten strategia muutetaan operatiiviseksi johtamiseksi.

Johtamisessa yhdistyvät

- strateginen johtaminen
- muutosjohtaminen
- henkilöjohtaminen
- osaamisen johtaminen
- laadun johtaminen
- omista voimavaroista huolehtiminen.

Strateginen johtaminen on

- yhteisymmärrystä missiosta ja visiosta
- yhteisymmärrystä arvoista ja toiminnallisista tavoitteista ja toiminnan keinoista
  - o verkottuminen
- oman toiminnan arviointia
  - o benchmarking
- mahdollisuuksien luomista
  - o resursointi, resurssien uusjako
    - henkilöt, tieto, virat/toimet, tilat, välineet, verkostot
  - o työnjaon kehittäminen
- priorisointia (tarjonta luo kysyntää).

Muutosjohtaminen on

- aktiivista muutoshalukkuuden ylläpitämistä (= muuttumisen välttämättömyys)
- valtuuksien antamista
  - o alhaiset vapausasteet alentavat motivaatiota
- luopumiseen rohkaisemista
- onnistumisten luomista
- vakiinnuttamista ja juurruttamista.

Laadun johtaminen on

- väestön tarpeiden tuntemista
- potilaiden tarpeiden tuntemista
- tarpeita vastaavan osaamisen kehittämistä
- prosessien kehittämistä
- toiminnan teknisen laadun kehittämistä
- palvelun laadun kehittämistä
- toiminnan taloudellisuuden varmistamista.

Henkilöjohtaminen on

- suunnan näyttämistä
- kannustamista ja inspirointia
- avoimuutta, oikeudenmukaisuutta



- sosiaalisten taitojen hallintaa
- ristiriitojen ratkaisemista tehtäväkeskeisesti
- henkilöstön määrän ja rakenteen arviointia
  - o resurssien uusjakoa, työnjaon kehittämistä
  - o rekrytointia ja perehdyttämistä
- asiantuntijoiden johtamista
- palkitsemisjärjestelmien kehittämistä.

Osaamisen johtaminen on

- ihmisten johtamista, tiedon johtamista
- henkilöstön tietojen ja taitojen tuntemista ja niiden kartuttamista
  - o täydennys- ja työpaikkakoulutuksen kohdentaminen, työssä oppiminen
- hiljaisen tiedon johtamista
  - o kaikkien yhteiseksi omaisuudeksi ja uusiksi innovaatioiksi
- innovatiivisuuden muuttamista uusiksi toimintatavoiksi
  - o vuorovaikutustaidot ja yhteistyökyky korostuvat
- kehittämistapojen valintaa
- ongelmien ratkaisukyvyyn lisäämistä
  - o asioiden tekemistä oikein, oikean tiedon soveltaminen käytäntöön
- akuutit työpaineet haittaavat oppimista.

Omista voimavaroista huolehtimiseen liittyy

- poikkeuksellisen suuri vastuu myös itsestä
- henkinen ja fyysinen hyvinvointi
- elpymis- ja virkistymiskeinojen kehittäminen
- omien stressireaktioiden tunnistaminen
- työn vastapaino harrastuksissa ja vapaa-aikana
- oma esimies, työterveyslääkäri, työnohjaus, mentorit ja konsultit, kollegaverkosto
- läheiset ihmissuhteet.

## Tulevaisuuden osaamishaasteita suun terveydenhuollon palveluille

Terveyskeskusten suun terveydenhuollon organisaatioiden toimintaympäristössä tapahtuvia muutoksia kuvattiin osaamisen johtamisen työryhmässä. Lähitulevaisuuden merkittävimmät muutokset liittyvät lakien ja normien muutoksiin, vaatimustason kasvuun, kuntien ja suun terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen ennakoimattomuuteen ja niukkuuteen, tietotekniikan asettamiin vaatimuksiin sekä globalisaatiokehitykseen.

Suun terveydenhuollon toimintaan vaikuttavien lakien ja normien muutoksiin varautuminen on vaikeaa. Lainsäädännön muutokset edellyttävät suun terveydenhuollolta sujuvia ja muutoksiin taipuvia toimintamalleja, hoitoketjujen ja hoidon porrastuksen hallitsemista sekä yhteistyötä yhteiskunnan muiden sektoreiden kanssa. Terveydenhuollon palveluprosessit tuotetaan tyypillisesti yksikkö- tai organisaatorajat ylittävinä hoito- ja palveluketjuina. Tulevaisuudessa suun terveydenhuollon palvelujen järjestämistavat monipuolistuvat.

Suun terveydenhuoltoon kohdistuva vaatimustason kasvu näkyy mm. asiakkaiden lisääntyneenä tietoisuutena oikeuksistaan ja hoitovaihtoehtoista sekä laadukkaan asiakaspalvelun odotuksina. Suun terveydenhuollon asiakaskunnassa hampaallisen vanhusväestön määrä lisääntyy tulevaisuudessa, ja heidän hampaansa ovat usein paljon korjatut. Nämä asiakkaiden tarpeiden ja

vaatimusten muutokset edellyttävät suun terveydenhuollon henkilöstöltä laaja-alaista osaamista. Hammaslääketieteen kehitys mahdollistaa teknisesti yhä vaativampien toimenpiteiden suorittamisen, mikä edellyttää suun terveydenhuollon ammattilaisilta jatkuvaa täydennyskoulutusta tietotaidon ylläpitämiseksi.

Vaikea ennakoitavuus kuntien tulevasta taloudellisesta tilanteesta sekä alueelliset erot koulutetun suun terveydenhuollon työvoiman saatavuudessa edellyttävät suun terveydenhuollolta jatkuvaa sopeuttamista ja sopeutumista muuttuviin tilanteisiin: hoitokäytäntöjen kriittistä läpikäymistä ja parantamista sekä hoitoketjujen sujuvuuden tarkastelua ja parantamista. Toiminnan kehittämisessä on huomioitava myös henkilökunnan työkyvyn, osaamisen ja työhyvinvoinnin ylläpitäminen. Osaavan ja motivoituneen henkilöstön turvaaminen julkisella sektorilla erityisesti syrjäseudulla on merkittävä kysymys lähivuosina, jotta asiakkaiden palvelujen saanti voidaan turvata. Muutosten hallitsemisessa tärkeää on yhteistyön kehittäminen terveyskeskuksen sisällä yksiköittäin välillä sekä eri terveyskeskusten ja yksityisen sektorin välillä.

Tietotekniikan tulo suun terveydenhuoltoon, esimerkiksi tietoturvan ja -suojaan asettamat vaatimukset, vaatii paljon osaamista, jota ei peruskoulutuksessa anneta, sekä investointeja muuhun kuin suoranaisesti potilaan hoitamiseen kohdistuvaan tekniikkaan. Tietotekniikkaan liittyvät investoinnit, joita on usein vaikea ennakoida, vievät voimavaroja terveyskeskusten muilta kehittämishankkeilta.

Maailmanlaajuiseen kehitykseen liittyvät vieraista kulttuureista tulevien asiakkaiden erilaiset odotukset ja tarpeet sekä työntekijöiden ulkomailla hankitun hammaslääketieteen koulutuksen tuomat erot hoitokulttuurissa ja hoitokäytännöissä. Nämä muutokset edellyttävät erilaisten kulttuurien ymmärtämistä, kielitaitoa ja laaja-alaista yhteistyötä kuntien erilaisten palvelujen tuottajien kanssa.

## Osaamiskartat, työnjako ja täydennyskoulutus osana osaamisen johtamista

Organisaation strategian toteuttaminen edellyttää toimintakäytäntöjen ja prosessien kehittämistä sellaisiksi, että ne tukevat organisaatiolle asetettujen tavoitteiden toteutumista. Terveyskeskuksen työntekijöiden osaamista kehitetään strategisena resurssina organisaation vision suuntaisesti BSC:n avulla. SUHAT-hankkeessa aloitettiin tuottaa terveyskeskuksille niiden Balanced Scorecard -strategiatyöhön pohjautuvia terveyskeskuskohtaisia osaamiskarttoja. Kartassa näkyvät ne strategisesti tärkeät osaamisalueet, joissa terveyskeskuksen on onnistuttava saavuttaakseen tavoitteensa. Nämä strategiset osaamisalueet on edelleen purettu ns. avainosaamisalueiksi, jotka tarkemmin ilmaisevat, mitä terveyskeskuksen ja sen työntekijöiden on osattava. Itsearviointin avulla terveyskeskukset voivat arvioida osaamisen tasonsa ja osaamisen keskeiset täydennystarpeet. Esimerkki tällaisesta osaamiskartasta on Porin terveyskeskuksen osalta (kuva 50).

Työjaon kehittäminen liittyy organisaation oppimisen kehittämiseen ja strategiseen osaamisen johtamiseen siten, että yksilöiden osaaminen (tiedot, taidot, kokemus, asenne) ja organisaation toimintatavat (prosessit) sekä erilaiset menetelmät (esim. hoitomenetelmät) ja tietojärjestelmät yhdistetään tarkoituksenmukaisimmalla ja tuloksellisella tavalla organisaation tavoitteiden ja vision saavuttamiseksi. Organisaation olisi määriteltävä, mitä tuloksia se työnjaolla ja olemassa olevalla osaamisella haluaa saavuttaa eli työnjakoon liittyvät mittarit, joita seuraamalla organisaation olisi mahdollista todeta, onko se etenemässä visionsa suuntaan. SUHAT-hankkeessa selvitettiin terveyskeskuksissa käytössä olevaa työnjakoa (liite 30).



KUVA 50. Porin terveyskeskuksen suun terveydenhuollon osaamiskartta vuonna 2002

SUHAT-terveyskeskuksille tehtiin kysely täydennyskoulutustoiminnasta toukokuussa 2003. Täydennyskoulutusta järjestettiin yhteistyössä niin kuntien kuin yksityisen sektorin kanssa. Terveyskeskukset olivat toteuttaneet koulutusta eri tavoin. Osassa terveyskeskuksia toimi yhteistyö rengas yksityisten ammatinharjoittajien ja yksityisvastaanottojen kanssa. Tilauskursseja järjestettiin Suomen Hammaslääkäriseura Apollonian paikallisseuran kautta. Tämän lisäksi usea terveyskeskus ilmoitti, että terveyskeskuksen hammaslääkärit ja hoitohenkilökunta voivat osallistua paikallisen hammaslääkäriseuran koulutukseen, ja kunta maksaa kurssimaksun. Koulutusyhteistyöstä on myös sovittu yliopistojen hammaslääketieteen laitosten kanssa. Sairaanhoidopiirien kanssa järjestettiin vain vähän täydennyskoulutusta; sairaanhoidopiiri oli huolehtinut jonkun erikoisalnan, kuten oikomishoidon, täydennyskoulutuksesta. Helsingissä yksityiset ostopalvelusopimushammaslääkärit olivat voineet osallistua kaupungin järjestämään koulutukseen.

Koulutuksen järjestämisessä ongelmaksi koettiin sopivien kouluttajien puute ja koulutustilaisuuksien luentomaisuus sekä liian suuret osanottajamäärät. Vastauksissa todettiin, että suun terveydenhuollon tehtävien vaatavuuden muuttuessa koulutusrengas avulla voidaan kehittää kunnallisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä sekä hyödyntää tehokkaampia oppimismuotoja, kuten kliinistä työkurssimuotoista koulutusta. Koulutusrengastoiminnalla kustannuksia pystytään myös jakamaan useamman tahon kesken.

## SUHAT-hanke osaamisen johtamisen vahvistamisessa

Strategisen johtamisen työkaluista Balanced Scorecard ja benchmarking-menetelmät vakiintuivat osaksi SUHAT-hankkeen terveyskeskusten suun terveydenhuollon johtamista ja toiminnan kehittämistä. Prosessien kehittäminen ja osaamisen johtaminen koettiin tärkeiksi, mutta vaikeiksi menetelmiksi. Prosessien kehittämisen koulutuksessa ei juuri päästy etenemään vaiheeseen, jossa terveyskeskusten BSC strategia olisi ”valutettu” toimintaprosesseille asti.

Hankkeen arvioinnin yhteydessä terveyskeskuksia pyydettiin antamaan ehdotuksia siitä, miten SUHAT-hanketta voisi jatkossakin kehittää terveyskeskuksen osaamisen johtamisen vahvistamisessa. Ehdotusten mukaan koulutuksen osuus yhteisissä koulutus- ja työkokouksissa

pitäisi olla merkittävä. Terveyskeskukset toivoivat johtajan oman osaamisen vahvistamista ja asiantuntijaorganisaation johtamista koskevaa koulutusta. Erityisesti kaivattiin enemmän käytännön esimerkkejä strategian jalkauttamisesta ja muutoksen johtamisesta sekä ohjausta ja tukea muutoksen läpiviemisessä omassa organisaatiossa. Koulutuksen tulisi olla jatkuvaa ja laaja-alaista, ammattirajat ylittävää osaamisen johtamisen koulutusta. Ulkopuoliset esimerkit muilta kuin terveydenhuollon alalta koettiin tärkeiksi.

Hyviksi oppimismenetelmiksi SUHAT-hankkeessa koettiin tekemällä oppiminen ja ryhmätyöt. Tärkeänä pidettiin myös hahmottaa niitä esteitä, jotka vaikeuttavat indikaattoripankin tietojen hyväksi käyttöä. Vuonna 2003 päätettiinkin järjestää mittaristokoulutuspäivä, jonka tavoitteena oli tukea terveyskeskuksia rakentamaan itselleen omaan strategiaansa ja käytännön johtamiseensa sopiva mittaristo tai työkalu SUHAT-indikaattoripankin tiedoista.

## HANKKEEN ARVIOINTI JA LOPPUPÄÄTELMÄT

SUHAT-hankkeen tavoitteena on ollut tukea laaja-alaisesti suun terveydenhuollon johtamiskäytäntöjä ja osaamista. Johtamiskäytäntöjen koulutuksessa aihealueet ovat kattaneet strategisen johtamisen, prosessijohtamisen, osaamisen ja osallistavan johtamisen ja asiantuntijajohtamisen. Strategisen johtamisen väline on ollut Balanced Scorecard, johon on liitetty terveystieteiden tekemä itsearviointi-, benchmarking- ja prosessien kehittämisen menetelmät. BSC-lähestymistapa on synnyttänyt SUHAT-indikaattoripankin ja mittariston, jotka mahdollistavat terveystieteiden toimintaa kuvaavien tunnuslukujen ja indikaattoreiden vertailun terveystieteiden kesken sekä niissä tapahtuneiden muutosten kuvaamisen terveystieteenkohtaisesti aikasarjassa.

Terveystieteiden hankkeesta antaman palautteen ja arvioinnin mukaan hankkeen lähtökohdat ja tavoitteet ovat tärkeitä, mikä näkyy siinä, että hankkeessa mukana olevat terveystieteenkukset ovat olleet halukkaita jatkamaan hankkeessa vuodesta toiseen ja uusia terveystieteenkukusia on halunnut mukaan hankkeeseen. Hammashuollon laajennuksen aikana SUHAT-hankkeen arvostus on edelleen lisääntynyt: hankkeen mahdollistama kollegatuki, koulutus sekä keskustelumahdollisuudet on koettu erittäin hyödyllisiksi.

Hanke on onnistunut tavoitteessaan lisätä strategisen johtamisen valmiuksia terveystieteiden suun terveydenhuollon organisaatioissa, mikä konkreettisesti näkyy toteutettuina BSC-strategiatöinä. Esimiesten johtamisosaaminen on monipuolistunut hankkeen myötä.

Hanke on sysännyt terveystieteenkukissa liikkeelle toiminnan ja toimintakäytäntöjen kokonaiskartoituksen ja uudelleenarvioinnin. Terveystieteenkukusia on tuettu määrittelemään toimintansa kannalta tärkeimpien prosessiensa tavoitteet, menestystekijät ja mittarit. Prosessien kehittämistä ei tosin ole toistaiseksi saatu linkittyä riittävän tiiviisti terveystieteiden BSC-työhön. Eri terveystieteiden välinen vertailu ja keskustelu erilaisista toimintatavoista ovat auttaneet terveystieteenkukusia löytämään omat vahvuutensa ja kehittämiskohteensa ja antaneet tukea päätöksenteolle. Benchmarking, indikaattoripankin tunnusluvut ja vertailutiedot toisten käytännöistä ovat konkreettisesti auttaneet, kun on joutunut perustelevaan päätöksensä työntekijöille ja ylemmille tahoille.

On esimerkkejä, että SUHAT-hankkeeseen osallistuminen ja yhteistyö hankkeessa ovat innostaneet ja edesauttaneet terveystieteenkukusia toimintansa kehittämisessä ja laatu työssä siinä määrin, että se on huomattu laajemmaltikin ja siitä on annettu tunnustusta. Esimerkiksi Lahden suun terveydenhuolto sijoittui jaetulle ensimmäiselle sijalle kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden alaisilleen järjestämässä laatupalkintokilpailussa. Porin terveystieteenkukien suun terveydenhuolto sai vuoden 2005 toiminnastaan tulospalkkiota, kun Porin kaupunki ensimmäistä kertaa sitä jakoi eri toimialoille.

SUHAT-hankkeen täysipainoista hyödyntämistä omassa organisaatiossa vaikeuttivat osassa terveystieteenkukusia hammashuoltouudistuksen läpivieminen ja terveystieteenkukissa meneillään olevat muut hankkeet, jotka veivät aikaa SUHAT-hankkeelta. Arvioinneissa pidettiin hyvänä, että osallistujaterveystieteenkukset ovat saaneet edetä omaa tahtiaan. Näin SUHAT-hanke on saatu kytkettyä paremmin oman toiminnan kehittämiseen ja laadunhallintaan. Tämän ovat osaltaan mahdollistaneet SUHAT-kotisivut, joiden hyödynnettävyyden parantamiseen on hankkeessa panostettu.

Hanke on systematisoinut vertailevaa kehittämistä. Terveystieteiden keskinäinen vertailu on tullut luontevammaksi ja luotettavammaksi. Terveystieteenkukset kokivat kuitenkin haasteellisenä vertailutietojen hyödyntämisen oman toiminnan kehittämisessä ja toimintakäytäntöjen muuttamisessa. Hanke auttoi ymmärtämään, mitä pitäisi muuttaa, mutta vaikeinta oli muutoksen johtaminen. Kun halutaan muutoksia toiminnan vaikuttavuudessa ja kustannustehokkuudessa, muutokset on saatava aikaan prosessien tasolla. Toimintakäytäntöjen muutosten vaikutusten

arviointi suun terveydenhuollon palvelujen laatuun ja tehokkuuteen paranevat, kun saadaan aikasarjatietoja terveyskeskuskohtaisten tunnuslukujen muutoksista.

Toiminta- ja taloustietojen kerääminen koettiin kuitenkin vaivalloiseksi. Terveyskeskukset joutuvat keräämään SUHAT-hankkeen lisäksi tietoa toiminnasta eri tarkoituksiin, kuten valtakunnallinen perusterveydenhuollon tiedonkeruuta varten ja suun terveydenhuollon erillisselvitystä varten. Osa terveyskeskuksista oli sitä mieltä, että hankkeen yhteydessä kysyttiin ja käsiteltiin liikaa vaikeatulkintaista yksittäistietoa. Tunnuslukujen analysointi jäi vähemmälle huomiolle. Arvioinneissa tuotiin esille, että hankkeessa olisi tärkeä päättää, kuinka kerättyä tietoa tiivistetään ja mitä tunnuslukuja kannattaa seurata. Tosin moniulotteisia asioita todettiin olevan vaikea yksinkertaistaa. Hankekunnat ovat vahvasti esittäneet sitä, että tilastotietoa tulisi voida kerätä suoraan sähköisten järjestelmien kautta.

Terveyskeskuksilta pyydettiin ehdotuksia siitä, miten SUHAT-hanketta tulisi käyttää valtakunnallisesti informaatio-ohjauksen välineenä. Vastauksissa korostettiin, että hankkeessa mukana olevat terveyskeskukset tarjoavat jo sinällään laajan kokemuspohjan erilaisista toimintatavoista ja myös kentän uusien ajatusten testaukselle. Hankkeessa esiin tulleita pohdintoja olisi hyvä tuoda avoimeen keskusteluun valtakunnallisesti.

Tärkeänä pidettiin, että hankkeen myönteisistä tuloksista ja terveyskeskusten onnistumisista toiminnan kehittämiseksi levitetään tietoa eri foorumeilla. Prosessien kehittämisen myötä hankkeen tuottama tieto terveyskeskusten suun terveydenhuollon toimintatavoista lisääntyy ja sen merkitys valtakunnallisena ohjauksena kasvaa. Valtakunnallisena tavoitteena pidettiin myös yhtenäisten hyvien hoitokäytäntöjen aikaansaamista, esimerkiksi neuvolahammashoidosta ja primääriprevenitiosta.

Terveyskeskukset pitivät tärkeänä panostaa indikaattoripankin hyödyntämiseen ja sen kehittämiseen valtakunnallisena informaatio-ohjauksen välineenä. Taustatietojen, tunnuslukujen ja indikaattorien määrittelytyötä on tehty runsaasti, ja työ on edennyt hyvin. Toiminnan tehokkuusvertailut ovat osoittaneet huomattavia eroja terveyskeskusten välillä.

Hanke on tarjonnut terveyskeskuksille tärkeän tukiverkoston ja työkalut, joiden avulla niiden on ollut mahdollista oppia toisiltaan ja kehittää omaa toimintaansa. Hanke on tarjonnut ainutlaatuisen mahdollisuuden arvioida strategista johtamista terveyskeskusten suun terveydenhuollossa jo usean vuoden ajalta. Erityisen merkittävää on ollut indikaattoripankin kehittäminen vastaamaan terveyskeskusten tarpeita ja se, että terveyskeskukset ovat halunneet tarkastella tuloksia avoimesti vertaillen, mikä myös osoittaa luottamusta verkostotyöskentelyyn.

Stakes vastaa hankkeen toteuttamisesta. Hanke kiittää Suomen Kuntaliittoa, joka on ollut mukana hankkeen taustatyössä. Hanke kiittää Helsingin yliopiston Hammaslääketieteen laitoksen suu-terveystieteen yksikköä, jossa terveydenhuollon erikoishammaslääkäritutkimusta suorittavat hammaslääkärit ovat osallistuneet hankkeen suunnitteluun, toteuttamiseen, arviointiin ja dokumentointiin. Hanke kiittää Laatukeskuksen Päivi Strömmeriä ammattitaitoisesta koulutuksesta. Hanke kiittää osallistuneita terveyskeskuksia ja terveyskeskusten edustajista koottua ohjausryhmää, joiden työskentelyn ja hankkeesta antaman palautteen ja arvioinnin perusteella hanketta on pystytty kehittämään palvelemaan sekä valtakunnallisia että paikallisia suun terveydenhuollon ajankohtaisia haasteita.

# Lähteet

- ARVI, Suomen Kuntaliiton ARVI -hanke.
- Arvioinnin tila valtionhallinnossa (1998). Valtiovarainministeriö. Tutkimukset ja selvitykset 7/98. Helsinki.
- Asikainen, T. (1998). Julkisen palvelun kuvan muuttuminen 1987-1996. Valtiovarainministeriö. Tutkimukset ja selvitykset 3/98. Helsinki.
- Benchmarking-käsikirja (1998). Laatuokeskus. Lahti.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Millbank Quarterly*, Vol.83, No. 4, (pp. 671-729) Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishing. Reprinted from *The Millbank Quarterly*, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166-203).
- Hukkanen, Eija & Vallimies-Patomäki, Marjukka (2005). Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa: Selvitys Kansallisen terveystieteen työnjakopiloteista, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä.
- Junnila, Maija-Liisa (toim.) (2004). Sairaaloiden tuottavuus: Benchmarking-tietojen käyttö erikoissairaanhoidon toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Stakes, raportteja. Helsinki: Stakes.
- Kaplan, R. S. & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard: translating strategy into action*. Harvard Business School Press. Boston.
- Karvonen, O. (2002). *Virkamieskö prosessori? Opas prosessien kehittäjälle*. Helsinki. Helsingin kaupunki. ISBN 951-718-894-3.
- Laadunhallinta kunnan ylläpitämässä ja hankkimissa terveyspalveluissa (1998). Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Laamanen, Kai. *Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Ideasta käytäntöön*. Suomen Laatuokeskus.
- Lillrank, P. (1998). *Laatuajattelu, laatufilosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa*. Otava. Keuruu.
- Linna, M., Häkkinen, U., Tolppanen, E., Lehtonen, O., Talja, M., Riihinen, I. & Asikainen, K. (1998). *Hoitotoiminnan tuottavuuden mittaaminen ja kehittäminen. Projektin loppuraportti*. 40/1998. Helsinki: Stakes.
- Linna, M. (1999) *Measuring Hospital Performance: The Productivity, Efficiency and Costs of Teaching and Research in Finnish Hospitals*. Stakes, Research Report 98. Helsinki: Stakes.
- Lumijärvi, I. (2000). *Tasapainoitettujen mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi*. Työturvalli-suuskeskus. Edita. Helsinki.
- Meristö, T. (1991). *Skenaariotyöskentely yrityksen johtamisessa*. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Määttä, S. & Ojala, T. (1999). *Tasapainoisen onnistumisen haaste - johtaminen julkisella sektorilla ja balanced score card*. Hallinnon kehittämiskeskus. Valtiovarainministeriö. Edita. Helsinki.
- Noro, Anja; Finne-Soveri, Harriet; Björkgren, Magnus & Väähäkangas, Pia (2005). *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus: RAI -järjestelmä vertailukehittämisessä*. Helsinki: Stakes.
- Salmela, T. (1997). *Asiakaspalautteen haaste. Menetelmiä ja esimerkkejä*. Oppaita 32. Helsinki: Stakes.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulla (1999). Valtakunnallinen suositus. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Syvänen, S. *Tuloksellisuuden arviointi osana kunnallisen palvelutoiminnan kehittämistä*.
- Terveydenhuollon täydennyskoulutusosuus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, 2004:3
- Työturvallisuuskeskus, Kuntaryhmä. Edita. Helsinki 1998.
- WHO, Data and statistics. <http://www.who.int/research/en/>

# Liitteet

- Liite 1. SUHAT-hankkeeseen osallistuneet terveyskeskukset ja kuntayhtymät ja niiden yhdyshenkilöt vuosina 2002–2005
- Liitteet 2–5. SUHAT-koulutus- ja työkokoukset vuosina 2002–2005
- Liitteet 6–8. Balanced Scorecard -koulutukseen kehitetyt työkirjat
- Liite 9. Salon seudun ktt ky:n tulokortti vuodelta 2002
- Liite 10. Porin terveyskeskuksen tulokortti vuodelta 2002
- Liite 11. Indikaattoripankkiin kerättävien toiminta- ja taloustietojen määritelmät
- Liite 12. SUHAT-hankkeessa käytetyt mittarit ja niiden määrittelyt
- Liitteet 13–14. Terveyskeskuksia koskevat avainluvut vuosilta 2003 ja 2004
- Liitteet 15–17. dmf- ja DMF-indeksien muutokset 5-, 12- ja 15-vuotiailla vuosina 1999–2005
- Liite 18. Hoidossa käyneet potilaat terveyskeskuksittain vuosina 1999–2005
- Liite 19. Käynnit terveyskeskuksittain vuosien 1999–2005
- Liite 20. Hammaslääkäreiden määrä suhteessa väestöön vuosina 2003–2005
- Liite 21. Suuhygienistien määrä suhteessa väestöön vuosina 2003–2005
- Liite 22. Kymmenen yleisimmän toimenpiteen osuus kussakin terveyskeskuksessa vuonna 2004
- Liite 23. Case-mix -painotettuja toimenpiteitä hoidossa käynyttä kohti ja keskimääräinen painotetun toimenpiteen kustannus vuonna 2004
- Liitteet 24–26. Prosessityökirjat vuonna 2003
- Liitteet 27–28. Prosessityökirjat vuonna 2004
- Liite 29. Yhteenveto terveyskeskusten prosesseista, joita kehitettiin SUHAT-hankkeessa
- Liite 30. Työnjaon toteuttaminen terveyskeskuksissa



# Liite 1. SUHAT-hankkeeseen osallistuneet terveyskeskukset ja kuntayhtymät ja niiden yhdyshenkilöt vuosina 2002–2005

<b>Terveyskeskus/kuntayhtymä</b>	<b>Yhdyshenkilö</b>
Espoon terveyskeskus	Pentti Rajamäki, Anneli Lundqvist, Kaj Rönnberg, Arja Frondelius, Anna-Maija Roto, Petteri Peltola
Haapaveden terveyskeskus	Raimo Mäntysaari
Helsingin terveyskeskus	Seija Hiekkänen, Seppo Turunen, Silja Johansson, Corinna Nordgren, Helena Myhrman, Kirsi Wuolijoki-Saaristo
Hyvinkään terveyskeskus	Marja-Riitta Paasonen
Jyväskylän terveyskeskus	Juha Heino
Kemin terveyskeskus	Sinikka Kortelainen, Arto Karjalainen
Keravan terveyskeskus	Kirsi Peltola-Haavisto
Keuruu-Multian terveydenhuollon kuntayhtymä	Maija Laitinen
Kirkkonummen terveyskeskus	Taina Remes-Lyly
Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus	Tuomo Meriläinen, Kaija Komulainen
Lahden kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto	Eero Erkkilä
Lappeenrannan terveyskeskus	Heikki Tuutti
Lohjan terveyskeskus	Irma Inkilä-Saari
Loimaan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä	Marja Hietaoja
Meltolan terveydenedistämisaalue	Erkki Brummer
Mikkelin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi	Mauri Hakala
Oulun terveyskeskus	Sakari Kärkkäinen
Paimio-Sauvon kansanterveystyön kuntayhtymä	Leena Teräsvasara
Palokan terveydenhuollon kuntayhtymä	Unnukka Suutari
Porin terveyskeskus	Ilpo Pietilä
Porvoon kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus	Kaarina Narva
Raahen seudun terveydenhuollon kuntayhtymä	Leena Pohjamo
Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä	Riitta Hännikäinen
Salon seudun kansanterveystyön kuntayhtymä	Seppo Mäkelä
Savonlinnan perusterveydenhuollon kuntayhtymä	Helena Kovari
Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi	Eeva Torppa-Saarinen
Vantaan terveyskeskus	Jorma Suni
Varkauden terveyskeskus	Pirjo Salo
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö / Turun yksikkö	Ulla-Maija Saarni
Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö / Lappeenrannan yksikkö	Jaana Toivanen
Ylöjärven terveyskeskus	Esa Kahilakoski

# Liite 2. SUHAT 2002 -hankkeen koulutus- ja työkokoukset, BSC- prosessin eteneminen sekä ohjausryhmän kokoukset

KOULUTUS- JA TYÖKOKOUKSET	ETÄTYÖSKENTELYVAIHE	OHJAUSRYHMÄN KOKOUKSET
<p>21.2.2002 Aloituskokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Raimo Ikonen: Terveydenhuollon rahoitusnäkymät julkisella sektorilla</li> <li>Kokemuksia ja näkemyksiä SUHAT 2000 ja 2001 -pilotihankkeista:</li> <li>Kari Lindström: Muutoksen johtaminen</li> <li>Mats Brommels: Julkisen terveydenhuollon haasteet</li> <li>Strateginen mittaaminen suun terveydenhuollossa</li> </ul> <p>22.2.2002 BSC koulutus- ja työkokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Balanced Scorecard -malli</li> <li>Balanced Scorecard -mallin soveltaminen</li> <li>Ryhmätyö ja evästyksiset oman BSC -etätyön käynnistämiseksi</li> </ul> <p>22.3.2002 BSC koulutus- ja työkokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Työkirjan kanssa esille nousseiden kysymysten käsittely</li> <li>BSC:n rakentaminen oman strategian pohjalta</li> <li>Strategian purkaminen avaintavoitteiksi ja menestystekijöiksi</li> </ul> <p>7.5.2002 Koulutus- ja työkokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SUHAT -tunnusluvut ja indikaattorit</li> <li>Vuoden 2001 toiminnasta kerättävät tiedot -indikaattoripankki</li> <li>SUHAT -kotisivut</li> <li>BSC -koulutus</li> </ul> <p>28.8.2002 Koulutus- ja työkokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Leenamajja Ojala: Osaamisen johtaminen</li> <li>Marjukka Mäkelä: Käypä hoito ja käypähoitosuosituksen hyödyntäminen</li> <li>Suun terveydenhuollon hoitokäytäntöjen pilotoinnit</li> <li>Paul Lillrank: Terveydenhuollon megatrendit: kysymys ja aika</li> <li>Markku Larmas: Survival-analyysi tutkimuksessa ja hoidon laadun mittarina</li> </ul> <p>29.8.2002 BSC Koulutus- ja työkokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kerättyjen toiminta- ja taloustietojen läpikäyminen</li> <li>Toisen BSC-työkirjan käsittely; Menestystekijät ja niiden mittarit</li> <li>Valtakunnallisen suun terveydenhuollon BSC:n menestystekijöiden päivitys</li> </ul> <p>5.11.2002 Koulutus- ja työkokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Risto Häkkinen: BSC:n hyödyntäminen Maanpuolustuskorkeakoulussa</li> <li>Kolmannen BSC-työkirjan käsittely; Mittareiden tavoitearvot ja keinot niiden saavuttamiseksi</li> <li>Tunnusluvut ja niissä tapahtuneet muutokset</li> <li>Päivitetyt valtakunnalliset suun terveydenhuollon menestystekijät</li> <li>Viisi merkittävintä muutosta suun terveydenhuollon toimintaympäristössä ja niissä tarvittava osaaminen</li> <li>Suun terveydenhuollon johtamisen osaaminen</li> <li>Terveyskeskusten osaamiskartat</li> </ul>	<p>Työkirja 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tavoitteet omalle BSC-työlle</li> <li>rakentamisprojektin hahmotus</li> <li>arvot, toiminta-ajatus, missio, visio, strategia</li> </ul> <p>Työkirja 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>visioiden ja strategioiden ketju</li> <li>strategiset teemat</li> <li>strategian konkretisoiminen avaintavoitteiden, menestystekijöiden ja mittareiden määrittelyllä</li> <li>tuloskortti</li> </ul> <p>Työkirja 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>tavoitearvot, keinot, resurssit, toimenpiteet, strategiset kehittämishankkeet</li> <li>tuloskortin tasapainottaminen</li> </ul>	<p>6.2.2002 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SUHAT 2002 -hankkeeseen ilmoittautuneet tk:t ja ky:t</li> <li>SUHAT 2002 -hankkeen toteutus</li> <li>Indikaattoritaulukko BSC-korttien kriittisten menestystekijöiden arviointikriteerien kannalta</li> <li>Terveyskeskuskohtainen palaute</li> <li>Kalvopaketti</li> <li>SUHAT 2001 loppuraportti</li> </ul> <p>10.4.2002 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oikomishoidon tunnusluvut</li> <li>Päivystyksen määritelmä ja tunnusluvut</li> <li>Työnjakoon liittyvät tunnusluvut</li> <li>Ohjausryhmän täydennys toisella hammasluoltajalla</li> </ul> <p>25.9.2002 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toiminta- ja taloustietojen määritelmien tarkennukset</li> <li>Laskettavien lisätietojen tarve</li> <li>Suun terveydenhuollon ohjelmistotuottajien ja -toimittajien tapaaminen</li> <li>Yhteisen suun terveydenhuollon kriittisten menestystekijöiden päivitys</li> <li>Hoitokäytäntöjen kartoitus</li> </ul> <p>16.12.2002 Koulutuksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avoterveydenhuollon tilastouudistus</li> <li>Sähköinen asiaskertomus</li> <li>SUHAT-mittaristohierarkia</li> <li>Tunnusluvuissa ja indikaattoreissa tapahtuneiden muutosten kuvaaminen</li> <li>Vaikuttavuuden mittaaminen</li> </ul>

# Liite 3. SUHAT 2003 -hankkeen koulutus- ja työkokoukset, prosessien kehittämisen eteneminen sekä ohjausryhmän kokoukset

KOULUTUS- JA TYÖKOKOUKSET	ETÄTYÖSKESTELYVAIHE	OHJAUSRYHMÄN KOKOUKSET
<p>10.2.2003 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosessimaisen toiminnan kehitysvaiheet</li> <li>• Prosessien johtamisen liikkeellelähtövaihe: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prosessien tunnistaminen</li> <li>- Prosessiroolit, vastuut, tiimit, resurssit, omistajat</li> <li>- Prosessien kuvaaminen</li> <li>- Prosessikartat</li> </ul> </li> </ul> <p>11.2.2003 Perehdytyspäivä SUHAT-hankeesta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hankkeen yleisesittely</li> <li>• Balanced Scorecard -strategiatyöskentely</li> <li>• Hankkeen indikaattoripankki</li> <li>• Benchmarking -työskentely</li> <li>• Oaamisen johtamisen ryhmien tulokset</li> </ul> <p>7.5.2003 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosessijohtamisen ryhmien tai tk:sten prosessikuvaukset</li> <li>• Prosessiroolit, vastuut, tiimit, resurssit, omistajat</li> <li>• Hoitoon pääsyn kysymyksiä suun terveydenhuollossa</li> <li>• Alustavat SUHAT tunnusluvut ja indikaattorit vuodelta 2002</li> <li>• Esimerkkejä indikaattoreissa tapahtuneista muutoksista</li> </ul> <p>2.9.2003 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosessijohtamisen koulutus: Työkirja 2, nykytilaprosessien kuvaukset ja suorituskyky mittarit, prosessien tavoitetilan kuvaukset ja mittarit</li> <li>• P. Alanen: Työnjako prosessina</li> <li>• Taisto Hakala: Miten Pelastuslaitoksessa siirryimme prosessimaiseen toimintaan?</li> <li>• Kari Ahonen: Miten sovellamme prosessiajattelua kunnalliseen palvelutuotantoon Imatralla ja mitä siltä odotamme?</li> </ul> <p>22.10.2003 Mittaristo koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yleistä SUHAT-indikaattoripankin kehittämistä ja mittaristosta</li> <li>• Miten indikaattoripankkia ja tunnuslukuja voidaan käyttää strategisen ja operationaalisen johtamisen tukena? Terveyskeskusten esimerkkejä</li> <li>• Tunnusluvut ja indikaattorit vuodelta 2002</li> <li>• Toiminnan muutosten kuvaaminen SUHAT-tunnusluvuilla</li> <li>• Ryhmätöitä: Miten rakennamme omaan strategiaamme sopivan mittariston (indikaattorit) indikaattoripankin tiedoista? Indikaattoripankin nykyiset ongelmat ja kehittämistarpeet? Miten KELA:n tilastoja pitäisi hyödyntää SUHAT- hankkeessa?</li> </ul> <p>5.11.2003 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosessijohtamisen koulutus: työkirja 3: prosessikuvauksien ja terveyskeskusten esimerkkejä</li> <li>• Hoitoon pääsy prosessina</li> <li>• Prosessimaisen toiminnan käyttöönotto</li> <li>• Prosessikoulutuksen suuntaviivat ensi vuodelle</li> </ul>	<p>Työkirja 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehitettävän prosessin valinta</li> <li>• ko. prosessin kuvaaminen</li> <li>• Prosessikuvauksiryhmät</li> </ul> <p>Työkirja 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kehitettävän prosessin nykytilan kuvauksen tarkennus ja sanalliset kuvaukset</li> <li>• Prosessin nykytilan suorituskykytavoitteet ja toteutumisen seurantaan käytettävät mittarit</li> <li>• Suorituskykytiedon kerääminen prosessimittaripohjalle</li> </ul> <p>Työkirja 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosessin nykytilasta realistiseen tavoitetilaan</li> <li>• Tunnistetaan ne prosessin kohdat, joilla on merkittävä vaikutus koko prosessin onnistumiseen ja suorituskykyyn</li> <li>• Prosessin vaikuttavuusmittarit</li> <li>• Keskustelut ja benchmarkkaus prosessikuvauksiryhmissä</li> </ul>	<p>4.3.2003 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajankäyttöseuranta Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa syksyllä 2002</li> <li>• Tavoitteeksi laatia yhteiset valtakunnalliset suun terveydenhuollon ydinprosessit ja tukiprosessit</li> <li>• Tiedonkeruu vuoden 2002 toiminta- ja taloustiedoista</li> <li>• Käytiin läpi tunnuslukuja ja indikaattoreita</li> </ul> <p>31.3.2003 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valtakunnallisen suun terveydenhuollon prosessikartta</li> <li>• Ryhmytyminen prosessien kuvaamiseksi ja ryhmien aiheet</li> <li>• Hoitoon pääsyn periaatteista suun terveydenhuollossa</li> </ul> <p>14.5.2003 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muutosten kuvaaminen terveyskeskuskohtaisissa tunnusluvuissa ja indikaattoreissa</li> <li>• Prosessijohtamisen koulutuksen jatko-suunnittelu</li> <li>• Uusille terveyskeskuksille koulutusosio SUHAT –tunnusluvuista ja indikaattoreista</li> </ul> <p>14.8.2003 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hankkeen nykytilan arviointi ja tavoitteet tulevalle vuodelle</li> <li>• SUHAT-raporttiluonnoksen esittely</li> <li>• Terveyskeskuskohtaiset muutokset tunnusluvuissa ja indikaattoreissa</li> </ul> <p>1.12.2003 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SUHAT 2004 -hankkeen suunnittelu</li> <li>• Terveyskeskusten kehittämishankkeet</li> <li>• Indikaattoripankin kehittäminen</li> <li>• Kerättävät terveyskeskusten toiminta- ja taloustiedot vuodelta 2003</li> </ul>

## Liite 4. SUHAT 2004 -hankkeen koulutus- ja työkokoukset, prosessien kehittämisen eteneminen sekä ohjausryhmän kokoukset

KOULUTUS- JA TYÖKOKOUKSET	ETÄTYÖSKESTELYVAIHE	OHJAUSRYHMÄN KOKOUKSET
<p>9.2.2004 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Suun terveydenhuollon ajankohtaisia asioita</li> <li>SUHAT -verkoston kehittäminen vuonna 2004</li> <li>Prosessijohtamisen koulutus. Terveyskeskusten esimerkkejä hoitoon pääsyn prosessista. Työkirjan tehtävät 1, 2, 3 ja 4 sekä ryhmätyöt</li> <li>Salla Sainio: Asiakastytyväisyyden mittaaminen toiminnan kehittämisessä. Asiakaspalautteen kerääminen ja hyödyntäminen. Muutokset hammashoitoloiden valtakunnallisessa asiakaspalautekyselyssä</li> <li>Tiedotus SUHAT -internetkotisivujen muutoksista</li> </ul> <p>17.5.2004 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prosessijohtamisen koulutus. Työkirjan tehtävät 1 - 3</li> <li>Ari Ekstrand: Puhelun käsittelyprosessi hätäkeskuksessa - avun tarpeen ja kiireellisuuden arviointi</li> </ul> <p>24.5.2004 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tilastouudistus ja sähköinen potilaskertomushanke</li> <li>SUHAT -terveyskeskusten tuloksia vuodelta 2003 <ul style="list-style-type: none"> <li>Mittaammeko oikeita asioita?</li> <li>Tietojen hyödyntäminen johtamisessa</li> </ul> </li> <li>Terveyskeskusten puheenvuoroja</li> <li>Ryhmätyöt, joiden aiheina: <ol style="list-style-type: none"> <li>Asiakaspalautteen hankkiminen ja tietojen hyödyntäminen</li> <li>Hoitoprosessi käyntitietojen valossa - miten käyntitietoja voidaan hyödyntää?</li> <li>Jonoon asettaminen ja enimmäisajat - miten ja mitä mitataan?</li> <li>Toimenpidetiedot - työn sisällön ja muutosten kuvaaminen toimenpidetietojen avulla</li> </ol> </li> </ul> <p>28.10.2004 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sinikka Kortelainen: Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot</li> <li>Hannu Rintanen: Tilastoseurannan kehittäminen</li> <li>SUHAT -terveyskeskusten tuloksia vuodelta 2003</li> <li>Prosessijohtamisen koulutus: Prosessit valmiina – mitä sitten?</li> <li>Prosessibenchmarking - yhteenveto</li> </ul>	<p>ETÄTYÖSKESTELYVAIHE</p> <p>Työkirja 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoitoon pääsyn prosessi</li> <li>Hoitoon pääsyn prosessin ongelmat ja niihin ratkaisuehdotukset</li> <li>Tahtotila hoitoon pääsyn varmistamiseksi</li> <li>Hoitoon pääsyn onnistumisen prosessimittarit</li> </ul> <p>Työkirja 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoitoon pääsy -prosessi: hoidon tarpeen tarpeen ja kiireellisuuden arviointi, muut prosessin vaiheet, ohjeistus, työkalut, päätöksenteko, vastuut</li> <li>Prosessiin liittyvät osaamistarpeet</li> <li>Hoitoon pääsy –prosessin tavoitteet, menestystekijät, prosessimittarit ja palkitseminen</li> <li>Asenne- ja toimintatapamuutokset</li> <li>Vertailukehittäminen/ benchmarkkaus muiden tk:sten kanssa</li> </ul>	<p>OHJAUSRYHMÄN KOKOUKSET</p> <p>17.5.2004 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prosessijohtamisen koulutus vuonna 2004</li> <li>Ajankohtaiset asiat ja palautteet ohjausryhmältä</li> <li>SUHAT -indikaattoripankin raportointitapoja verraten niitä erikoissairaanhoidon benchmarking -hankkeeseen</li> <li>Käytettävien tunnuslukujen määritelmät</li> <li>Uudistettava tk:sten hammashoitoloiden asiakastytyväisyyslomake</li> </ul> <p>9.9.2004 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot</li> <li>Ajankohtaista Suhatissa</li> <li>Hoitoindikaatiot – STM suositukset</li> <li>Indikaattoripankin selvitys, terveyskeskuskohtaiset kuvat</li> </ul> <p>28.10.2004 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vuonna 2005 indikaattoripankkiin kerättävät uudet tiedot</li> <li>Tilastoinnin siirrosta Stakes -tiedon tehtäväksi alkaen vuodesta 2006 tai myöhemmin</li> <li>Suurten kuntien erillisvertailu</li> </ul>

## Liite 5. SUHAT 2005 -hankkeen koulutus- ja työkokoukset, prosessien kehittämisen eteneminen sekä ohjausryhmän kokoukset

KOULUTUS- JA TYÖKOKOUKSET	ETÄTYÖSKESTELYVAIHE	OHJAUSRYHMÄN KOKOUKSET
<p>7.3.2005 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pentti Itkonen: Kansallisen terveydenhuollon teknologiahankkeet</li> <li>• Marja Niemi: "Hoitotakuun" toteutumisen seuranta</li> <li>• Sinikka Kortelainen: Perusterveydenhuollon yhtenäiset määrittelyt ja rakenteiset tiedot suun terveydenhuollossa</li> <li>• SUHATin toimintakatsaus 2000–2004</li> <li>• Taina Remes-Lyly: Prosessien kehittäminen ja BSC:hen yhdistyminen – kokemuksia prosessien kehittämisestä</li> <li>• Raimo Ikonen: STM:n tuottavuusohjelma</li> <li>• Markku Pekurinen: Terveydenhuollon tuottavuuden mittaaminen</li> </ul> <p>25.5.2005 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SUHAT-terveyskeskusten tuloksia vuodelta 2004</li> <li>• Sakari Kärkkäinen ja Tuula Kautio: Hoidon tarpeen arviointi</li> <li>• Arja Hämäläinen: Esimies toimivan vuorovaikutuksen rakentajana</li> </ul> <p>27.10.2005 Koulutus- ja työkokous</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SUHAT-terveyskeskusten lopulliset tulokset vuodelta 2004</li> <li>• Hannu Rintanen: Terveydenhuollon tilastot ja niiden kehittäminen – miksi tarvitaan yksilötason tiedonkeruuta?</li> <li>• Mika Pyykkö: Miten suomalaiset voivat – Terveyden edistämisen haasteet ja mahdollisuudet</li> <li>• Anne Hiiri: Käypä hoito, Cochrane katsauksia</li> <li>• Terveyden edistämisen strategioita ja innovaatioita – Kerta ei riitä: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positiivinen diskriminaatio, Sinikka Varsio</li> <li>- Hoida itse hampaasi, Markku Mikkonen</li> <li>- Etelä-Karjalan kuntien koulutusyhteistyöhanke, Liisa Terävä</li> <li>- Kerta ei riitä, Ilpo Pietilä</li> <li>- Moottorisahamalli, Pentti Rajamäki</li> </ul> </li> </ul>	<p>Sähköinen työkirja:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasapainoinen onnistumisstrategia</li> <li>• BSC, kriittiset menestystekijät</li> <li>• Ydinprosessikartta, vision ja strategian toteuttamisen kannalta tärkeät ydinprosessit: hoitoon pääsy/ ajanvaraus, terveydenedistäminen, oikomishoito</li> </ul> <p>Prosessibenchmarking, konsultatiiviset benchmarkingkäynnit toisten terveyskeskusten luokse</p>	<p>9.2.2005 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuottavuuden seurannan kehittäminen</li> <li>• Kuvaajat eri terveyskeskuksia koskevan tiedon vertailemiseksi</li> <li>• Tilastojen seurantajärjestelmä</li> </ul> <p>7.3.2005 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuottavuuden vertailu, kuinka tuotteet pitkällä aikavälillä</li> <li>• Hoitoonpääsyn seuranta: milloin pääsee hoitoon, jonot ja määrät</li> </ul> <p>25.5.2005 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vuoden 2004 tiedonkeruu: neljä erillisvertailua terveyskeskusten väestöpohjan mukaan: yli 100 000, 50–100 000, 30–50 000 ja alle 30 000 asukasta.</li> </ul> <p>14.9.2005 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoitotakuukysely STM/Stakes</li> <li>• Yksilötason tiedonkeruu</li> </ul> <p>27.10.2005 Kokouksen sisältö</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikaattoripankki ja yksilötason tiedonkeruu</li> <li>• Atk-ohjelmantuottajien yhteistyö-ongelmat</li> <li>• V. 2006 toiminnan suunnittelu</li> </ul>

## Liite 6



SUHAT 2002 / Tasapainoisen onnistumisen strategia / BSC / TULOSKORTTI

## BSC-työkirjapohja 22.2.2002-22.3.2002, osa 1

Voit täyttää suoraan ruutuihin tai halutessasi käyttää muita kirjaamistapoja.  
Tämä työkirjapohja toimii silloin muistilistana niistä asioista, joita on hyvä dokumentoida.

**Terveyskeskus tai kuntayhtymä:**

**Organisaatiomme (se kokonaisuus, jonka strategista johtamista BSC:n avulla halutaan kehittää) :**

**SUHAT-2002-projektissa mukana olevat henkilöt:**

**Syyt / perusteet, joiden vuoksi haluamme luoda organisaatiollemme BSC:n ovat:**  
(katso 22.2.2002-kalvot 10-13)

**Mitkä kunnassamme / kaupungissamme jo nyt käytössä olevat BSC:t ohjaavat organisaatiomme toimintaa (eli niiden strategiasisältö määrittelee osaltaan meidän organisaatiomme BSC:n sisältöä ja rajoituksia)?**

**Minkälaiset tavoitteet asetamme BSC:lle eli mikä on muuttunut, milloin ja miten, kun BSC on onnistuneesti käytössä organisaatiossamme?**

**BSC-rakentamisprojektin hahmotus:**  
(katso 22.2.2002-kalvo 24-30)

**Aikataulut:**

Välitarkastelupisteet:

**Vastuut rakentamisprojektin aikana:**

Esim. projektivastuullinen / projektipäällikkö:

Projektiryhmä:

Kenelle projektipäällikkö raportoi:

Miten varmistamme sen, että avainhenkilöidemme on mahdollista varata riittävä aika BSC-työskentelylle v 2002 aikana?

**Viestintäsuunnitelman runko / sitoutumismahdollisuuksien tarjoaminen:**

Kenelle kaikille tulee tarjota mahdollisuus vaikuttaa BSC:hen:

Päivi Strömmer, Laatuokeskus, PL 50, 00381 Helsinki  
puh 09-86 22 44 55 tai 040- 551 2218; fax 09- 86 22 44 11  
[paivi.strommer@laatukeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi)

**SUHAT 2002 / Tasapainoisen onnistumisen strategia / BSC / TULOSKORTTI**

Kenelle kaikille BSC:stä tulee informoida projektin aikana:

Missä kaikissa vaiheissa ja seikoissa ja keiden kanssa meidän tulee aikaan saada toimiva kaksisuuntainen kommunikaatio:

**Miten me voimme ottaa huomioon BSC:n linkittämisen budjetointiin:**

**Ja tulosjohtamiseen:**

**Ja kehityskeskusteluihin:**

**Mitkä ovat meidän oman BSC-rakentamisprojektimme onnistumisen kriteerit?**

**BSC:n liittyminen organisaatiomme johtamisen vuosikelloon: minkälaisia määräaikoja esimerkiksi tulosjohtaminen, budjetointi, kehityskeskustelut, TTS-suunnitelmat jne meille asettavat? Nämä kaikki edellä mainitut johtamisen välineet ovat sellaisia, joille on löydettävissä kytkentä tuloskorttiin. (katso 22.2.2002-kalvot 30-31) :**



**Arvoilla tarkoitetaan organisaatiota ohjaavaa filosofiaa. Organisaatiolla voi olla holistisia arvoja ja esimerkiksi BSC:n näkökulmien mukaan jaoteltuja arvoja (taloudelliset arvot, asiakasarvot, yhteistyöarvot, kehitykseen liittyvät arvot)**

**Arvomme:**



**SUHAT 2002 / Tasapainoisen onnistumisen strategia / BSC / TULOSKORTTI**

**Ja niiden mahdolliset selitykset / tarkennukset eli "arvojemme katekismus":**  
(katso 22.2.2002-kalvo numero 39)

**Toiminta-ajatus vastaa yleensä kysymykseen: millä palveluilla tai tuotteilla vastaamme mihinkin asiakastarpeisiin?**

**Mihin kysymykseen toiminta-ajatus meidän organisaatiossamme vastaa eli miten olemme määritelleet toiminta-ajatus-käsitteen sisällön?**

**Toiminta-ajatuksemme (päivitetty: )**

**Missio vastaa yleensä kysymykseen: mikä on olemassaolomme tarkoitus?**

**Mihin kysymykseen missio meidän organisaatiossamme vastaa eli miten olemme määritelleet missio-käsitteen merkityksen?**

**Missiomme (päivitetty: )**

**Visio vastaa yleensä kysymykseen: mihin organisaationa tähtäämme, millainen on tulevaisuuden tahtotilamme? Katso 22.2.2002 kalvot numero 46-48.**

**Mihin kysymykseen visio meidän organisaatiossamme vastaa?**

**Visiomme (päivitetty: )**

**Strategia-käsitteellä tarkoitetaan sitä keinovalikoimaa, jolla aiomme edetä tämän päivän tilanteesta tulevaisuuden tahtotilaan eli visioon. Katso 22.2.2002-kalvo numero 52-54.**

**Mitä meillä strategia-käsite merkitsee?**

**Strategiamme / luonnoksemme strategiaksi (pvm: )**

**Kun tulette seuraavaan workshop-päivään 22.3.2002, ottakaa mukaan sekä tämä täyttämäne työkirja että 22.2.2002-päivän kalvokopiot sekä halutessanne erillisiä, organisaatiotanne koskevia arvo-, missio-, visio-, toiminta-ajatus- ja strategiapapereita, joita katsotte tarvitsevanne.**

Päivi Strömmer, Laatukeskus, PL 50, 00381 Helsinki  
puh 09-86 22 44 55 tai 040- 551 2218; fax 09- 86 22 44 11  
[paivi.strommer@laatukeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi)



## Liite 7



SUHAT 2002 / Tasapainoisen onnistumisen strategia / BSC / TULOSKORTTI

## BSC-työkirjapohja 22.3 ->7.5.2002, osa 2

Voit täyttää suoraan ruutuihin tai halutessasi käyttää muita kirjaamistapoja.  
Tämä työkirjapohja toimii silloin muistilistana niistä asioista, joita on hyvä dokumentoida.

**Terveyskeskus tai kuntayhtymä:**

**Organisaatiomme (se kokonaisuus, jonka strategista johtamista BSC:n avulla halutaan kehittää) :**

### JOHDANTO:

Tarkoitus on, että täydennätte 22.3.2002 workshop-päivässä aloittamaanne tuloskorttia välityönä ennen 7.5.2002-workshop-tilaisuuttamme.

Tässä työkirjan osassa kerrataan sitä, miten strategiaa lähdetään konkretisoimaan avaintavoitteiden, menestystekijöiden ja mittareiden määrittelyllä. Työkirjan liitteenä on excel- taulukkopohja, jota voitte halutessanne käyttää tuloskortin kirjaamiseen.  
Seuraavassa jaksossa etenemme tavoitearvoihin, keinoihin, resursseihin ja toimenpiteisiin.

### VISIOIDEN KETJU:

Alla oleviin laatikoihin on tarkoitus kirjata muistiin kaupungissanne / kunnassanne voimassa olevat, *toisilleen alisteiset visiot ja strategiat*.

Visioiden (ja niin ollen myös strategioiden) tulisi periaatteessa olla linjassa toistensa kanssa ja johdettuja kaupunkihierarkiassa ylhäältä alaspäin vaihe vaiheelta ("vyörytys").  
Kun kirjaatte ne muistiin samalle paperille, ajattelun punainen lanka säilyy helpommin.

Visio vastaa yleensä kysymykseen: "mihin organisaationa tähtäämme, millainen on tulevaisuuden tahtotilamme?"

**Kaupunkimme/kuntamme visio:**

**Oman terveyskeskuksemme/organisaatioyksikkömme visio:**

### STRATEGIOIDEN KETJU:

Strategia-käsitteellä tarkoitetaan sitä keinovalikoimaa, jolla aiomme edetä tämän päivän tilanteesta tulevaisuuden tahtotilaan eli visioon.

Päivi Strömmer, Laatuokeskus, PL 50, 00381 Helsinki  
puh 09-86 22 44 55 tai 040- 551 2218; fax 09- 86 22 44 11  
[paivi.strommer@laatuokeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatuokeskus.fi)



SUHAT 2002 / Tasapainoisen onnistumisen strategia / BSC / TULOSKORTTI

Kaupunkimme/kuntamme strategia:

---

Terveyskeskuksemme strategia / luonnoksemme strategiaksi (pvm: )

---

## STRATEGISET TEEMAT:

Mikäli olette tunnistaneet terveyskeskuksenne strategiasta joitain selkeästi esille nousevia teemoja (katso esimerkki 22.2.2002 kalvosta nro 52 ja 65), kirjatkaa ne:

---

Seuraavaksi muistutamme mieleen pääpiirteitä avaintavoitteista, menestystekijöistä ja mittareista.

## STRATEGISET PÄÄMÄÄRÄT TAI AVAINTAVOITTEET:

Terveyskeskuksenne strategia tulisi purkaa tuloskortin näkökulmittain merkittäviksi avaintavoitteiksi (tai strategisiksi päämääriksi - nämä termit tavallisesti tarkoittavat samaa asiaa). Näiden avaintavoitteiden tulisi mielellään tukea toinen toisiaan niin, että ajatuksellisesti on löydettävissä looginen syy-seuraussuhde tuloskortin eri näkökulmiin tunnistettavien ja kirjattavien avaintavoitteiden välille (ks 22.2.2002 kalvoista nro 66 ja 22.3.2002-muistiosta Loimaan seudun kansanterveystyön kuntayhtymän avaintavoitteet ja menestystekijät)

Avaintavoitteet, menestystekijät ja mittarit voitte kirjata liite-exceliin.

## MENESTYSTEKIJÄT:

Menestystekijät ovat niitä vahvuuksia ja/tai ominaisuuksia, osaamisia, asioita, joissa organisaationne tulee olla hyviä, jotta saatte strategianne toteutumaan ja siten pääsette kohti tulevaisuuden tahtotilaanne eli visiota (katso 22.2.2002 kalvot nro 69-70).

On täysin mahdollista, että *ette vielä ole hyviä menestystekijöissänne, mutta olette tunnistaneet, että teidän TULISI / TULEE olla niissä asioissa parempia (lähi)tulevaisuudessa.*

On myös täysin mahdollista, että menestystekijänne ovat jo nyt vahvuuksianne, ja siinä tapauksessa teidän tulee pitää huolta siitä, että tilanne säilyy tällaisena.

Menestystekijöiden tulee olla sellaisia asioita,

- jotka on määritelty mahdollisimman yksiselitteisesti (EI siis pelkästään yksi sana – esimerkiksi asiakassuuntautuneisuus – joka merkitsee jokaiselle lukijalle eri asiaa)
- joihin teillä itsellänne on mahdollisuus vaikuttaa ja joita siis voitte kehittää
- jotka ovat seurattavissa / arvioitavissa / mitattavissa.

Menestystekijät ovat ajasta riippuvia. Voi olla, että jokin asia liikkuu Avaintavoite-, Menestystekijä- ja Keino-otsikoiden välillä ajan myötä ja tilanteiden muuttuessa.

Päivi Strömmer, Laatuokeskus, PL 50, 00381 Helsinki  
 puh 09-86 22 44 55 tai 040- 551 2218; fax 09- 86 22 44 11  
[paivi.strommer@laatuokeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatuokeskus.fi)



SUHAT 2002 / Tasapainoisen onnistumisen strategia / BSC / TULOSKORTTI

## MITTARIT:

Kun valitsette mittareita menestystekijöillenne (ja siis avaintavoitteillenne) tuloskorttiinne, niiden tulee todella antaa teille tietoa siitä, oletteko menossa oikealla vauhdilla kohti oikeita tavoitteita. Kyseenalaistakaa rakentavasti sekä ne menestystekijät että mittarit, jotka v 2000 BSC-SUHAT-hankkeessa on valittu. Osa niistä varmastikin edelleen palvelee hyvin, osan ehkä voi vaihtaa / muuttaa.

Katso 22.2.2002 kalvot nro 75-81.

Kun tulette seuraavaan workshop-päivään 7.5.2002, ottakaa ystävällisesti mukaanne sekä tämä täyttämänne työkirjan osa 2 (tuloskorttitaulukkoineen / excel) että aiemmin täyttämänne osa 1.

Päivi Strömmer, LaatuKeskus, PL 50, 00381 Helsinki  
puh 09-86 22 44 55 tai 040- 551 2218; fax 09- 86 22 44 11  
[paivi.strommer@laatuKeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatuKeskus.fi)

## Liite 8



SUHAT 2002 / Tasapainoisen onnistumisen strategia / BSC / TULOSKORTTI

## BSC-työkirjapohja -> 5.11.2002, osa 3

**TAVOITEARVOT, KEINOT, RESURSSIT, TOIMENPITEET, STRATEGISET KEHITTÄMISHANKKEET:**

**Terveyskeskus tai kuntayhtymä:**

**Kun tulette seuraavaan workshop-päivään 5.11.2002, ottakaa ystävällisesti mukaanne sen hetkinen versio tuloskortistanne kalvoina.**

### Tavoitteiden/tavoitearvojen määrittely

- Tavoitteiden oltava selkeitä, yksiselitteisiä, saavutettavissa olevia ja haastavia
- Tavoitteiden toteutumisen on oltava seurattavissa myös matkan varrella: aikajänne? tavoitteet 1-3 vuoden ajalle?
- "Olettaen, että olemme saavuttaneet tavoitteemme, mitä ja kuinka paljon olemme saavuttaneet?"
- Tavoitearvoja asettaessa kannattaa varmistaa niistä vastaavien henkilöiden sitoutuminen
- Häiritsevähkö haamurajat?
- Mikä on kunkin tavoitteet benchmark?
- Määrittelyt: ...% enemmän kuin nyt / yli ... / alle ...

66



**Osa teistä oli jo ehtinyt ottaa kantaa tavoitearvoihin, ja ne teistä, joilta ne vielä puuttuvat, olkaa hyvät ja täydentäkää niitä mahdollisimman paljon tuloskorttiinne. Samoin myös nykyiset toteutumat eli mittareiden lukemien nykytila-arvoja.**

Päivi Strömmer, Laatuokeskus, PL 50, 00381 Helsinki  
 puh 09-86 22 44 55 tai 040- 551 2218; fax 09- 86 22 44 11  
[paivi.strommer@laatukeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi)

Tässä kerrataan kaksi kalvoa, jotka käsittelevät keinoja, resursseja ja toimenpiteitä.

## Tavoitteista keinoihin, resursseihin, toimenpidesuunnitelmiin / kehitysprojekteihin

- Mitä konkreettista - ja millä resursseilla - tulemme tekemään saavuttaaksemme tavoitteemme?
- Kuka vastaa? Millaisella aikataululla?
  - Henkilöt ? Rahat ? Järjestelmät ? Tilat ? Laitteet ? Alihankkijat ? Palvelutuottajat?
- Itsearviointin liittäminen tuloskorttiin sopii hyvin myös tähän vaiheeseen. Itsearviointi antaa selkeän kuvan nykytilanteesta sekä tuottaa suuren määrän kehityskohteita, joiden priorisoinnissa voi taas käyttää tuloskorttia. Toisaalta selkeät toimenpidesuunnitelmat kannattaa käynnistää välittömästi.

1

## Toimenpidesuunnitelmien / kehitysprojektien määrittely

- Varmistaako toimenpidesuunnitelma kriittisen menestystekijän toteutumisen? Tukeeko suunnitelma sitä?
- Voidaanko se purkaa konkreettisiksi, yksityiskohtaisiksi, seurattavissa oleviksi toimenpiteiksi, tarvittaviksi osaamisiksi, resursseiksi, ...?
- Voidaanko toimenpidesuunnitelma varmasti viedä läpi olemassa olevilla resursseilla?
- Toimenpiteet, vastuut, välitavoitteet ja tarkastelupisteet, aikataulut, resurssit, raportointi

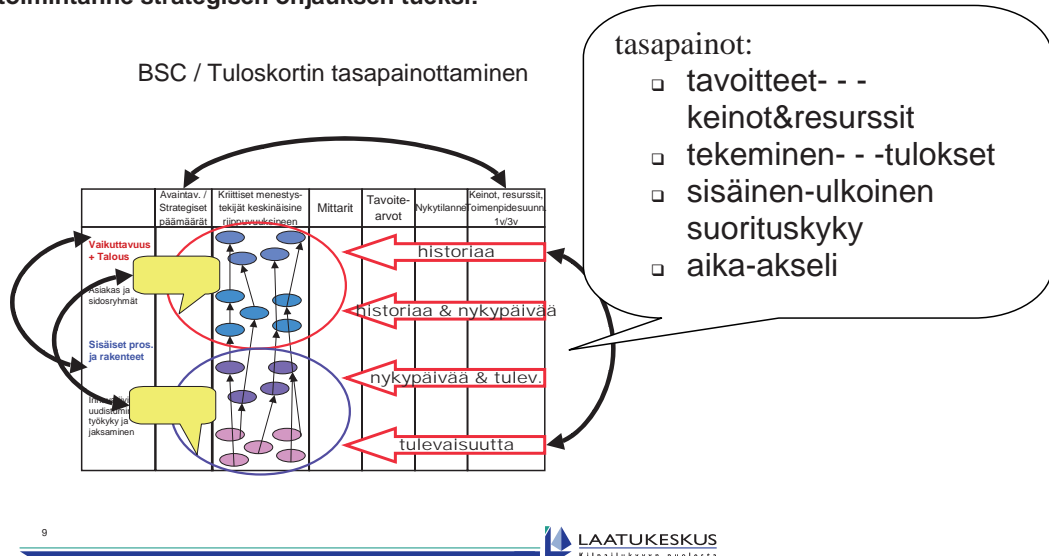
15

**Näiden kahden edellä olevan kalvon/muistilistan avulla pyydämme teitä täydentämään tuloskorttianne 5.11.2002-työseminaaripäivää varten.**

Päivi Strömmer, Laatuokeskus, PL 50, 00381 Helsinki  
 puh 09-86 22 44 55 tai 040- 551 2218; fax 09- 86 22 44 11  
[paivi.strommer@laatukeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi)

SUHAT 2002 / Tasapainoisen onnistumisen strategia / BSC / TULOSKORTTI

Näiden täydennysten jälkeen teillä on monessa suhteessa tasapainotettu tulokortti toimintanne strategisen ohjauksen tueksi:



9

# Liite 9. Salon seudun ktt ky:n tulokortti vuodelta 2002

Salon seudun terveystakes  
Hammashuolto

Laadittu: 4.4.2002  
Päivitetty: 31.10.2002  
Hyväksyjä: Seppo Mäkelä

## Suhat Strategialuonnos ja tavoitearvot

Strateginen teema	Avaintavoitteet (Visiosta ja toiminta-ajatuksista)	Menestystekijät	Mittarit	Tavoitearvot	Keinot, resurssit, toimenpides. 1v/3v.
<b>Vaikuttavuus</b> Yhteiskunnallinen näkökulma	Terveystyö          Kilpailukyky	Kiireellisen hoidon järjestäminen  Hoidon vaikuttavuus   Riittävät palvelut, hoitoon pääsy vastaa kysyntää	Hoitoon pääsyn odotusaika  Suun terveys ikäryhmittäin (esim. DMF)   Jonoseuranta	samana päivänä  5v < 0,7 12v < 0,8 15v < 2,0  28 päivää	toimiva päivystys asiakaspalauttejärjestelmä jatkuva seuranta yksilöll. ehkäisevä hoito (ehk. hoidosta vast. hml) 1/v.  lisävirat, työnjako 1/kk
<b>Vaikuttavuus</b> Asiakasnäkökulma	Tyytyväinen asiakas	Asiakkaan kuuleminen  Asiakaspalautteiden käsittely	Tyytyväisyyskysely, stakes  Asiakaspalauttejärjestelmä	vastausprosentti 80  valitusten käsittelyaika 1 viikko	1 kysely joka 3. v.  käsitelty palaute johtaa tarvittaviin muutoksiin
<b>Prosessit ja rakenteet</b>	Yhdenmukaiset toimintatavat       Palvelujen oikea ohjaus	Toimivat prosessit  Palvelujen päällekkäisyyksien poistaminen  Palvelut oikeassa paikassa	Esim. potilasasiakirja-auditointi Sählinkien seuranta  Sählinkien lkm + seuranta	80 % täyttää kriteerit  virhe < 5%  toimintojen virhe <5%	1 x 2 vuodessa (esimiehen sijainen) kirjatu tapaukset selkeät ohjeet (esimiehen sijainen)  tapausten kirjaaminen käsittely 1/kk (esimiehen sijainen)

Strateginen teema	Avaintavoitteet (Visiosta ja toiminta-ajatuksista)	Menestystekijät	Mittarit	Tavoitearvot	Keinot, resurssit, toimenpides. 1v/3v.
Resurssit ja talous	Kilpailukyky	Tuotannollinen tehokkuus	DEA		kehitteillä
	Voimavarojen oikea kohdentaminen	Toimiva työnjako (hml/hahu, myös oikomishoito) Aluehml-järjestelmän kehittäminen	Seulontojen määrä Alueiden jonoseuranta	30 % <18v 28 päivää	Työnjako-ohjelman noudattaminen 1/v Aluejako-ohjelma 1/kk
Uudistuminen ja työkyky	Laatuajattelun toteutuminen (sitoutuminen)	Yhteisesti sovittujen pelisääntöjen toteutuminen	Sisäiset auditoinnit	Säilytetään vähintään nykyinen taso	Kehittämissuosituksen mukainen toiminta 1 x v (esimiehen sijainen)
	Ammatillisen osaamisen vahvistaminen	Koulutussuunnitelma	Toteutunut koulutus	jokaiselle (henkilökoht.) koulutusta vuosittain	koulutusohjelman toteutumisen järjestelmällinen arviointi
	Henkilökunnan hyvinvointi	Kehitys- ja palautekeskustelut Työn ilo	Henkilöstötilinpäätös Hyvinvointikysely	Bonus- päivä mahdollisimman monelle Asteikko 1-5, tavoite 4	Henk.tilinpäätöksen arviointi 1/v Hyvinvointikyselyn tulosten arviointi 1/v
	Suunnitelmallinen johtamiskäytäntö	Systemaattinen kehitystyö	BSC:n mittarit	Suhat-terveyskesk. keskiarvon paremm. puol.	Benchmarking, oman toiminnan arviointi 1/v

Vastuuhenkilö on johtava hammaslääkäri, ellei sitä ole erikseen mainittu.



## Liite 10. Porin terveystalouden tuloskortti vuodelta 2002

PORI	Avaintavoitteet / Strategiset päämäärät	Menestystekijät	Mittarit	Tavoite-arvot	Nykytilanne	Keinot, resurssit, toimenpiteet
Vaikuttavuus	Aikuishoidon kattavuuden lisääminen: koko väestöllä mahdollisuus käyttää terveystaloudenhammas-hoitoa  Koululaisten karieksen vähentäminen	tehokas ensiapuhoito  hallittu hoitoon pääsy  tehostettu ennaltaehkäisy  oikea työnjako  parantunut itsehoito	yli 18v sotujen % osuus kasvaa.  12-v ja 15-v D alemmas.  intaktihampaisten osuuden lisäys 2 v tarkastelu-jaksolla  tilastot	v 2003 yli 18v osuus 45 %  12 v 0,7 15 v 1,2  v 2004 intaktit 2 vuoden sotut 12 v 40 %	40,4 %  12 v 0,8 15 v 1,3  ei tietoa	väli- ja seurantatarkastukset hahuille; karieksen ehkäisyohjelmat eri riskissä oleville alle 18-vuotiaille;  yhteistyöverkostojen parantaminen;  koulujen terveysasenteiden parantaminen, kampanjaryhmän tiivis yhteistyö koulujen kanssa;  riittävät tilat ja henkilökunta; työnjako ja tiimityöskentely
Asiakas-näkökulma	Asiakkaiden itsehoitotaitojen lisääminen: asiakkaat osaavat huolehtia suunsa ja hampaattensa hyvästä kotihoidosta ja tekevät valintoja, jotka edistävät ja ylläpitävät suun terveyttä.  Asiakastyytyväisyydestä huolehtiminen	vuorovaikutustaidot  hyvä työn laatu  palautteesta oppiminen	asiakastyytyväisyyskysely;  muistutusten ja valitusten määrä	valtakunnallisesti vähintään keskitasoa parantunut sitten kun on vertailukohta		riskipotilaiden recall-ikä nostetaan 17-vuoteen, kutsuryhmä hioo tarkastusväli-käytäntöjä koskevat ohjeet valmiiksi; henkilökohtaisen kotihoidon opetuksen määrää lisätään; haetaan lisää julkisuutta (TV);  asiakaskysely kaikille yli 15-vuotiaille joka 2. vuosi, erillinen kysely päivystyspotilaille v. -03;  henkilökunnan palveluasennetta parannetaan
Resurssit ja talous	Työnjaon kehittäminen.  Vastaanottoimitiloja keskittää isompiin yksiköihin.  Toimitilojen uusiminen: toimitilojen kunnosta ja tarpeellisesta varustetasosta huolehditaan.	oikea henkilökuntarakenne  raha	SUHAT-tilastot  budjetti	potilastulot 24 % menoista SUHAT-tilastoissa tehokkuus-luku paranee	21 %	työnjaon kehittäminen ja hyödyntäminen;  ajanvarauksen keskittäminen; tietotekniikan hyödyntäminen ja kehittäminen;  myönteinen julkisuuskuva ja sen ylläpito

<p>Prosessit ja rakenteet</p>	<p>Työtehon parantaminen</p> <p>Yhteistyö verkostoissa: asiakkaat, perheet, koulut, oppilaitokset, eri hallinto-kunnat, yhteisöt, eturyhmit.</p> <p>Palvelutarjonta sisältää hyvälaatuisen perushammas-hoidon ja välttämättömän erikoishammashoidon (oikomishoito, hammas-kirurgia, protetiikka, muu kliininen). Taloudellinen, kustannus-tehokas ja vaikuttava palvelutuotanto.</p>	<p>into ja sitoutuminen</p> <p>aktiivinen osallistuminen verkostoihin</p>	<p>käynnit/ asiakas erikryhmissä</p> <p>tilastot</p> <p>toimintakertomus</p>	<p>vähennys</p> <p>näkyvyys</p>		<p>työnjaon kehittäminen ja hyödyntäminen;</p> <p>potilas ohjataan oikeaan hoitopaikkaan;</p> <p>tarkka hoitosuunnitelma;</p> <p>yhteensopivat työparit;</p> <p>yhteistyötä verkostoissa tehostetaan</p>
<p>Uudistuminen ja työkyky</p>	<p>Riittävä, osaava ja työstään innostunut henkilökunta.</p> <p>Henkilökunnan vaikutusmahdollisuuksia ja yhteis-toimintaa kehitetään.</p> <p>Tarkka kustannus- ja laatu-tietoisuus.</p> <p>Korkea ammattitaito ja sen kehittäminen</p> <p>Henkilökunnan työkyvyn ja hyvinvoinnin parantaminen.</p> <p>Sopeutuminen toimintaympäristöön</p>	<p>riittävä koulutus ja oppimishalu kaikilla</p> <p>kunnollinen työympäristö ja kunnan välineet</p> <p>henkinen ja fyysinen hyvinvointi</p>	<p>koulustilastot</p> <p>sairaspoissaolot työkykyindeksi</p>	<p>pysyy vähintään samana, 3v seuranta</p>	<p>ei tietoa</p>	<p>koulutusmahdollisuuksien tukeminen, työssä oppiminen, perehdytys;</p> <p>hyvät työvälineet;</p> <p>toimiva työterveyshuolto;</p> <p>kehityskeskustelut;</p> <p>rakentavan ilmapiirin ylläpito</p>

# Liite 11. Indikaattoripankkiin kerättävien toiminta- ja taloustietojen määritelmät

## Vuodelta 2004 kerättävien tietojen määritelmät

### **Koko ikäryhmä 25-, 35-, 50- ja 65-vuotiaat**

25-, 35-, 50- ja 65-vuotiaiden määrä väestössä 31.12.2003.

### **Tutkittujen lukumäärä 25-, 35-, 50- ja 65-vuotiaat**

Niiden lukumäärä ko. ikäryhmästä, joille on tehty määräaikaistutkimus statusmerkintöineen, diagnosoineineen, mahdollisine kustannusarvioineen ja sairastavuuden perusteella määritettävine tutkimusväleineen.

### **Väestö**

Kunnan väestö tiedonkeruuvuotta edeltävän vuoden viimeisenä päivänä (31.12.2003) ikäryhmissä 0–5, 6–17, 18–45, 46–64, 65–74 -vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet.

Muun kunnan ostopalvelujen kohdeväestö lisätään väestölukuihin silloin, kun kyseessä on peruspalvelujen tuottaminen kuten oman kunnan väestölle.

### **Tutkitut**

Niiden prosenttiosuus 5-, 12- ja 15-vuotiaiden ikäryhmästä, joille on tehty ko. vuonna määräaikaistutkimus statusmerkintöineen, diagnosoineineen, mahdollisine kustannusarvioineen ja sairastavuuden perusteella määritettävine tutkimusväleineen.

### **Tervehampaiset**

Niiden 5-, 12- ja 15-vuotiaiden potilaiden prosenttiosuus tutkituista, joilla tutkimushetkellä maito- ja pysyvähampaisto on intakti.

### **5-vuotiaiden dmf-indeksi ja 12- ja 15- vuotiaiden DMF-indeksi**

Keskiarvot dmf- ja DMF-luvuista ko. ikäryhmän tutkituista.

### **5-vuotiaiden d-indeksi ja 12- ja 15- sekä 25-, 35-, 50- ja 65-vuotiaiden D-indeksi**

Keskiarvot d- ja D-indekseistä ko. ikäryhmän tutkituista.

### **65-74-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden hampaattomien lukumäärä**

Niiden 65-74-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden tutkittujen lukumäärä, jotka ovat hampaattomia.

### **65-74-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden lukumäärä, joilla on vähintään 20 toimivaa hammasta**

Niiden 65-74-vuotiaiden ja yli 75-vuotiaiden tutkittujen lukumäärä, joilla on vähintään 20 toimivaa hammasta.

### **Asiakastyytyväisyys**

Asiakkaiden antamien yleisarvosanojen keskiarvo ja täyden kympin yleisarvosanojen prosenttiosuus. Tieto perustuu Att Tutko Oy:n tai Stakesin tekemään asiakastyytyväisyysmittaukseen ja koskee kahden vuoden aikana (2003 ja 2004) tehtyä asiakastyytyväisyyskyselyä.

### **Käyttökustannukset tilinpäätöksen mukaisesti bruttona**

Sisältää toimintamenot yhteensä, käyttöomaisuuden poistot ja vyörytyserät. Toimintamenot yhteensä sisältää palkat, sosiaalivakuutusmaksut, eläkkeet, muut henkilöstömenot, asiakaspalvelujen ostot, muiden palvelujen ostot, aineet, tarvikkeet ja tavarat, vuokramenot ja muut menot. Hammastekniset kulut sisältyvät vain siltä osin kuin ne jäävät terveystieteiden maksettaviksi. Sisäiset vuokrat voivat olla vyörytyksissä tai ne voivat sisältyä toimintamenoihin.

## Henkilöstökulut

Maksetut palkat ja palkkiot sisältävät palkat ja palkkiot, ansionmenetyksestä maksetut korvaukset sekä muut ennakonpidätyksen alaiset kustannusten korvaukset, joista maksetaan työnantajan sosiaaliturvamaksut. Myös ennakonpidätyksen alaiset päivärahat ja siviilipalvelusmiehille maksetut päivärahat.

Kertaluonteiset työkyvyttömyyseläkkeestä johtuvat kustannukset poistetaan henkilöstökuluista.

## Asiakaspalvelujen ostot

Asiakaspalvelujen ostoja ovat esimerkiksi korvaus (osuus) kuntayhtymälle tai toiselle kunnalle potilaan tutkimuksesta tai hoidosta terveyskeskuksessa. Tämän luvun lisäksi ilmoitetaan erikseen sopimuksen perusteella ostetut ostopalvelut.

## Ostopalvelut

Sopimuksen perusteella ostetut ostopalvelut. Mukaan ei oteta niitä ostopalveluita, joita joudutaan ostamaan lain perusteella, esim. KTL 14§ 1 mom 10 kohta ja 22§.

Ostopalveluissa ostava kunta merkitsee ostopalvelut tuotoksiksi ja ottaa mukaan ostopalvelusta aiheutuneet kustannukset. Pääsääntönä siis on, että jos ostopalvelut ovat kustannuksissa, niiden pitää näkyä myös tuotoksissa (hoidetuissa potilaissa, käynneissä ja toimenpiteissä).

## Aineet, tarvikkeet, tavarat

## Suunnitelman mukaiset poistot

## Vyörytykset ja muut laskennalliset erät

### Asiakasmaksut

Hammashoidosta perityt maksuasetuksen mukaiset asiakasmaksut, joihin ei sisällytetä asiakkaiden maksamia hammasteknisiä korvauksia.

### Myyntituotot

Sisältävät vieraskuntalaisten laskutuksen ja palvelujen myynnin ulkopuolisille. Ei sisällä jäsenkuntamyynä eikä hammasteknisiä korvauksia.

Vieraskuntalaskutuksessa (esim. kiireellisen ensiavun palveluissa) palvelun tuottava kunta merkitsee palvelun omaksi tuotoksekseen (toimenpiteeksi, hoidetuksi potilaaksi ja käynniksi). Toiminta näkyy myyntituotoissa. Maksava kunta merkitsee ainoastaan hammashoidon menoksi; tuotoksia ei huomioida.

Kuntayhtymien jäsenkuntalaskutuksessa ei huomioida jäsenkunnalle myytäviä palveluja eikä niistä saatua myyntituottoa.

## Henkilöstön lukumäärät

Erikoishammaslääkäreiden (sisältäen kaikki erikoishammaslääkärit, myös ylihammaslääkäriin), peruskoulutettujen hammaslääkäreiden, hammashuoltajien, erikoishammashoitajien ja suuhygienistien, hammashoitajien ja muun henkilöstön lukumäärä työssäolon mukaan /vuosi.

Työvuosi lasketaan kuukauden tarkkuudella. Vuosilomat ja koulutus kuuluvat työpanokseen.

Muu henkilöstö =välinehuoltajat, vastaanottoapulaiset ja laitosapulaiset silloin kun palkkamenot ovat hammashuollosta. Oppisopimuksella työskentelevät ja työllistetyt sijoitetaan ammattinimikkeen mukaiseen ryhmään. Osa-aikaiset merkitään osa-aikaisuuden viikkotyötuntien mukaan.

Sairaslomalla olevat työntekijät lasketaan mukaan henkilöstömääriin kuukauden tarkkuudella eli esim. 2 kk poissa ollut vastaa 10/12 työntekijää. Alle kuukauden sairaslomat tai muut poissaolot eivät siis vaikuta henkilöstön lukumäärään.

### **Henkilöstön keski-ikä**

Vakinaisen henkilöstön keski-ikä henkilöstöryhmittäin (hl, hahu, hh+muut) ja kokonaisuudessaan ko. vuoden lopussa siten, kun henkilöstötilinpäätöksessä (eli vakinaisilta työntekijöiltä) on ilmoitettu.

### **Sairaspoissaolot**

Sairaslomajaksoihin sisältyvät päivät ko. vuoden lopussa jaoteltuna henkilöstöryhmittäin (hl (sis. ylihl:t), hahu, hh+muut). Sijaiset mukaan luettuna. Sairaspoissaoloista erotetaan ja ilmoitetaan erikseen äitiyspäivärahapäivät.

### **Äitiyspäivärahapäivät**

koko henkilöstön palkalliset äitiyspäivärahapäivät ko. vuoden lopussa.

### **Koulutukseen käytetty EUR**

Koulutukseen käytetty euromäärä tiedonkeruuvuoden lopussa joko siten, kuin tilinpäätöksessä koulutuspalvelujen ostoissa on ilmoitettu (ei sisällä matkoja eikä päivärahoja) tai siten kuin koulutusmäärärahatilillä on ilmoitettu (sisältää matkat ja päivärahat).

### **Koulutukseen käytetty päiviä**

Koulutukseen käytetyt päivät tiedonkeruuvuoden lopussa sisältävät kaiken henkilökunnan koulutuksen, siis myös puolen päivän koulutukset ja koko henkilökunnan yhteiset koulutustilaisuudet.

### **Käynnit**

Käyntien lukumäärä hammashoidossa eri henkilöstöryhmillä ikäryhmissä 0-5, 6-17, 18-45, 46-64, 65-74 -vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet. Erikoishammaslääkäreiden käynnit ilmoitetaan erikseen. Edellyttää henkilökohtaista käyntiä ja merkintää potilasasiakirjoihin. Ei sisällä käyntejä ryhmätilaisuuksissa.

### **Käynnit ostopalvelussa yli 17-vuotiaat**

Sopimuksen perusteella ostetun ostopalvelun käynnit maksavien potilaiden osalta. Mukaan ei oteta niitä ostopalveluita, jotka joudutaan ostamaan lain perusteella, esim. KTL 14§ 1mom 10 kohta ja 22§.

### **Erikoishammaslääkärikäynnit**

Ikäryhmän asiakkaiden käyntien lukumäärä kliinisten erikoisalojen hammashoidossa riippumatta taustavakansista. Edellyttää henkilökohtaista käyntiä ja merkintää potilasasiakirjoihin.

### **Oikomishoito**

Oikomishoito = diagnoosiin ja hoitosuunnitelmaan perustuva hoito, joka toteutetaan joko kiinteällä tai irrotettavalla oikomiskojeella, (kiinteätä etsauskiinnitteistä retentiolankaa tai pelkkää ristikumivetoa ei tässä katsota kojeeksi). Oikomishoito katsotaan alkaneeksi sillä hetkellä, kun kojehoito aloitetaan. Oikomishoito katsotaan päättyneeksi, kun kojehoito on loppunut eli kun kiinteä aktiivinen tai irrotettava aktiivinen tai passiivisesti retentoiva koje on jätetty pois käytöstä. (Kiinteitä etsauskiinnitteisiä retentiolankoja ei tässä katsota kojeeksi, vaan hoito merkitään valmiiksi, vaikka niitä olisi vielä käytössä.)

## Käynnit oikomishoidossa

Oikomishoidon käynniksi merkityt hoitokäynnit henkilöstöryhmittäin (oikomishoidon erikoishammaslääkäri, peruskoulutettu hammaslääkäri, hammashuoltaja jai hammashoitaja) ikäryhmissä 0-5 ja 6-17-vuotiaat terveystakeskuksen omana toimintana. Edellyttää henkilökohtaista käyntiä ja merkintää potilasasiakirjoihin.

Oikomishoidon käynneiksi merkitään:

- erikoishammaslääkäriin käynnit= kaikki oman työsuhteessa olevan oikojahammaslääkäriin oikomishoittoon liittyvät käynnit

- muiden terveystakeskushammaslääkäreiden tai hoitohenkilökunnan käynneistä merkitään oikomiskäynneiksi vain ne oikomishoittoon liittyvät käynnit, jotka on tehty oikomishoidon tarpeen toteamisen jälkeen. Jos viimeksi mainitulla käynnillä suoritetaan myös muita hammashoittoon liittyviä toimenpiteitä, merkitään oikomishoidon käynneiksi vain ne, joissa käynnin pääasiallinen tarkoitus on oikomishoitotoimenpiteen suorittaminen.

Oikomishoidon tarpeen arvioinnit erillisellä käynnillä luetaan kuuluvaksi oikomishoittoon ja oikomishoidon käynneiksi. Oikomishoidon erikoishammaslääkäriin läheteellä tehdyt hampaan poistot eivät sisälly oikomishoidon käynteihin.

## Oikomishoittoon liittyvät ostopalvelukäynnit

Oikomishoittoon liittyvät ostopalvelukäynnit ikäryhmissä 0-5 ja 6-17-vuotiaat riippumatta siitä, mistä ostopalvelut on hankittu.

## Sotut/vuosi

Hoidossa käyneiden, eri henkilötunnusten lukumäärä ko. vuonna ikäryhmissä 0-5, 6-17, 18-45, 46-64, 65-74 -vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet sekä ikäryhmissä 25-, 35-, 50- ja 65-vuotiaat.

## Sotut ostopalvelussa yli 17-vuotiaat

Sopimuksen perusteella ostetussa ostopalvelussa hoidossa käyneiden maksavien potilaiden lukumäärä. Mukaan ei oteta niitä ostopalveluita, jotka joudutaan ostamaan lain perusteella, esim. KTL 14§ 1mom 10 kohta ja 22§.

## Sotut/2 vuotta

Hoidossa käyneiden, eri henkilötunnusten lukumäärä ko. vuonna ja sitä edeltävänä vuonna ikäryhmissä 0-5, 6-17, 18-45, 46-64, 65-74-vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet.

## Kiireellisen hoidon käynnit

Kiireellinen hoito tarkoittaa akuuttihoitoon tarpeessa olevien potilaiden vastaanottamista perustyöaikana, päivystyksessä, ylimääräisinä muiden potilaiden välissä tai lisätyöaikana, kuten THL 411 ja 306, ja päivystysaikana.

## Järjestikö terveystakeskus päivystystä viikolla? Kyllä/ei

## Järjestikö terveystakeskus päivystystä viikonloppuna? Kyllä/ei

## Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien hammashoidossa käyneiden henkilötunnusten ja käyntien lukumäärät. Henkilöllä on päätös pitkäaikaisesta laitoshoidosta.

## Veritartuntavaaralliset potilaat

Hepatiitti B-viruksen tai hepatiitti C-virusta kantavien tai HIV-positiivisten potilaiden käyntien lukumäärä.

### **Oikomishoidossa olevat**

Niiden 0-5 ja 6-17-vuotiaiden lukumäärä, jotka ovat olleet oikomiskojeoidossa ko. vuoden aikana terveyskeskuksen omana toimintana. Oikomishoito katsotaan alkaneeksi sillä hetkellä, kun kojehoito aloitetaan.

### **Oikomishoidossa ostopalvelutoimintana olevat**

Niiden 0-5 ja 6-17-vuotiaiden lukumäärä, jotka ovat olleet oikomiskojeoidossa ko. vuoden aikana ostopalvelutoimintana (joko yksityisellä palvelujen tuottajalla tai erikoissairaanhoidossa, jos hoito on maksettu hammashuollon ostopalvelumäärärahasista). Oikomishoito katsotaan alkaneeksi, kun kojehoito aloitetaan.

### **Aloitettut oikomishoidot**

Niiden 0-5 ja 6-17-vuotiaiden lukumäärä, joille on aloitettu oikomishoito ko. vuoden aikana terveyskeskuksen omana toimintana. Oikomishoito katsotaan alkaneeksi, kun kojehoito aloitetaan.

### **Aloitettut oikomishoidot ostopalvelutoimintana**

Niiden 0-5 ja 6-17-vuotiaiden lukumäärä, joille on aloitettu oikomishoito ko. vuoden aikana ostopalvelutoimintana (joko yksityisellä palvelujen tuottajalla tai erikoissairaanhoidossa, jos hoito on maksettu hammashuollon ostopalvelumäärärahasista). Oikomishoito katsotaan alkaneeksi, kun kojehoito aloitetaan.

### **Valmistuneet oikomishoidot**

Niiden 0-5 ja 6-17-vuotiaiden lukumäärä, joiden oikomishoito on merkitty päättyneeksi ko. vuoden aikana terveyskeskuksen omana toimintana. Oikomishoito katsotaan päättyneeksi, kun kojehoito on loppunut eli kun kiinteä aktiivinen tai irrotettava aktiivinen tai passiivisesti retentoiva koje on jätetty pois käytöstä. (Kiinteitä etsauskiinnitteisiä retentiolankoja ei tässä katsota kojeeksi, vaan hoito merkitään valmiiksi, vaikka niitä olisi vielä käytössä.)

### **Valmistuneet oikomishoidot ostopalvelutoimintana**

Niiden 0-5 ja 6-17-vuotiaiden lukumäärä, joiden oikomishoito on merkitty päättyneeksi ko. vuoden aikana ostopalvelutoimintana (joko yksityisellä palvelujen tuottajalla tai erikoissairaanhoidossa, jos hoito on maksettu hammashuollon ostopalvelumäärärahasista). Oikomishoito katsotaan päättyneeksi, kun kojehoito on loppunut eli kun kiinteä aktiivinen tai irrotettava aktiivinen tai passiivisesti retentoiva koje on jätetty pois käytöstä. (Kiinteitä etsauskiinnitteisiä retentiolankoja ei tässä katsota kojeeksi, vaan hoito merkitään valmiiksi, vaikka niitä olisi vielä käytössä.)

### **Keskeytyneet oikomishoidot**

Niiden 0-5 ja 6-17-vuotiaiden lukumäärä, joiden oikomishoito on merkitty keskeytyneeksi ko. vuoden aikana terveyskeskuksen omana toimintana. Oikomishoito merkitään keskeytyneeksi, kun hoito on lopetettu muusta syystä kuin paikkakunnalta muuton vuoksi, esim. riittämättömän hoitovasteen tai huonon kooperaation vuoksi.

### **Keskeytyneet oikomishoidot ostopalvelutoimintana**

Niiden 0-5 ja 6-17-vuotiaiden lukumäärä, joiden oikomishoito on merkitty keskeytyneeksi ko. vuoden aikana ostopalvelutoimintana (joko yksityisellä palvelujen tuottajalla tai erikoissairaanhoidossa, jos hoito on maksettu hammashuollon ostopalvelumäärärahasista). Oikomishoito merkitään keskeytyneeksi, kun hoito on lopetettu muusta syystä kuin paikkakunnalta muuton vuoksi, esim. riittämättömän hoitovasteen tai huonon kooperaation vuoksi.

**Määräaikaistutkimukset**

Niiden ikäryhmään kuuluvien lukumäärä, joille on tehty ko. vuonna määräaikaistutkimus statusmerkintöineen, diagnosoineineen, mahdollisine kustannusarvioineen ja sairastavuuden perusteella määritettävine tutkimusväleineen.

**Määräaikaistutkimukset/ 2 vuotta**

Niiden ikäryhmään kuuluvien lukumäärä, joille on tehty ko. vuonna tai sitä edeltävänä vuonna määräaikaistutkimus statusmerkintöineen, diagnosoineineen, mahdollisine kustannusarvioineen ja sairastavuuden perusteella määritettävine tutkimusväleineen.



## Liite 12. SUHAT-hankkeessa käytetyt mittarit ja niiden määrittelyt

### Väestöön suhteutetut voimavarat

- Käyttökustannukset/asukas = tuottavuus \* palveluiden käyttö/asukas
- Hammaslääkärien lukumäärä 10 000 asukasta kohti
- Hammashuoltajien lukumäärä 10 000 asukasta kohti
- Hammashoitajien ja muiden työntekijöiden lukumäärä 10 000 asukasta kohti

### Väestöön suhteutettu palvelujen käyttö

- Hoidossa käyneet suhteessa väestöön ikäryhmissä 0–5-, 6–18-, 19–44-, 45–64-, 65–75- ja yli 75-vuotiaat suorana suhdelukuna ja ikävakioiduna indeksinä
- Hammaslääkärillä suun tutkimuksessa käyneet suhteessa väestöön ikäryhmissä 0–5-, 6–18-, 19–44-, 45–64-, 65–75- ja yli 75-vuotiaat suorana suhdelukuna ja ikävakioiduna indeksinä
- Käynnit hammaslääkärillä suhteessa väestöön ikäryhmissä 0–5-, 6–18-, 19–44-, 45–64-, 65–75- ja yli 75-vuotiaat suorana suhdelukuna ja ikävakioiduna indeksinä
- Käynnit hammashuoltajalla suhteessa väestöön ikäryhmissä 0–5-, 6–18-, 19–44-, 45–64-, 65–75- ja yli 75-vuotiaat suorana suhdelukuna ja vakioituna ikäindeksinä
- Palvelujen käyttöindeksi (PKI) alle 18-vuotiaille ja yli 18-vuotiaille  
Ikävakioidu indeksi hoidossa käyneiden potilaiden väestöön suhteutetusta osuudesta.  
Indeksi kertoo, mihin ikäryhmään palveluja on suunnattu.

Keskiarvo on asetettu arvoon 100.

Laskukaava:  $P1/P2 = P1 * V2/P2 * V1 * V1/V2$ , jossa

P1 = alle 18-v. sotujen lkm ja      P2 = yli 18-v. sotujen lkm

V1 = alle 18-v. väestö ja      V2 = yli 18-v. väestö eli

nuorten suhteellinen osuus = Palvelujen käyttöindeksi \* väestörakenne

### Voimavarojen käyttöä kuvaavat indeksit

Oikomishoito 6–17-vuotiailla:

- Oikomiskäyntien osuus kaikista käynneistä
- Oikomishoidossa olevat 1000 asukasta kohti
- Oikomishoidossa olevien osuus hoidossa käyneistä

### Muut voimavarojen käyttöä kuvaavat indeksit

- Käyntien prosenttiosuudet eri työntekijäryhmissä (erikoishammaslääkäri, hammaslääkäri, hammashuoltaja ja hammashoitaja)
- Hammashuoltajien lukumäärän suhde hammaslääkärien lukumäärään
- Hammashuoltajien ja hammashoitajien lukumäärän suhde hammaslääkärien lukumäärään
- Hoidossa käyneiden laitoshoidon potilaiden osuus kaikista hoidossa käyneistä

### Suun terveydenhuollon tuotoksia kuvaavat indeksit

- Tervehampaisten 12-vuotiaiden osuus kaikista 12-vuotiaista
- Tutkittujen 12-vuotiaiden osuus kaikista tutkituista

- Case-mix -indeksi
  - Terveyskeskusten painotettujen tuotosten (toimenpiteiden) summan suhde keskimääräiseen painotettujen tuotosten summaan.
  - Eri toimenpiteet on painotettu Stakesin suun terveydenhuollon valtakunnallisen toimenpideluokituksen mukaisesti niiden keskimääräisen vaativuusluokan (0–15) perusteella.
- Käyntejä hoidossa käynnyttä kohti
- Case-mix -painotettuja toimenpiteitä käyntiä kohti
- Asiakasmaksujen osuus käyttömenoista

## Tuottavuutta ja tehokkuutta kuvaavat tunnusluvut

- Case mix -painotettuja toimenpiteitä hoidossa käynnyttä kohti
- Case mix -painotetun toimenpiteen keskimääräinen kustannus
- Tuotannollisen tehokkuuden indeksi (DEA)
  - Suhteellinen radiaalinen etäisyys tuotannollisen tehokkuuden rintamasta, joka määritetään tuotosten ja niiden aikaansaamiseksi käytettyjen voimavarojen suhteena. Tuotoksina voidaan käyttää hoidossa käyneiden lukumääriä eri ikäryhmissä tai case mix -painotettuja toimenpiteitä. Panoksina voidaan käyttää työpanoksia henkilöstöryhmittäin tai käyttökustannuksia. Indeksit voidaan lasketa erikseen kunnille ja kuntayhtymille.
  - DEA1 on kustannustehokkuus, jossa tuotoksina ovat hoidossa käyneet ikäryhmissä 0–5-, 6–18-, 19–44-, 45–64-, 65–75- ja yli 75-vuotiaat ja panoksina käyttökustannukset.
  - DEA2 on tekninen työvoimapanoksen käytön tehokkuus, jossa tuotoksina ovat case-mix -painotetut toimenpiteet ja panoksina henkilökunnan lukumääriä eri työntekijäryhmissä (hammaslääkärit, hammashuoltajat, hammashoitaja ja muut).
  - DEA3 on allokatiivinen tehokkuus, joka kuvaa optimaalista panoskäyttöä ja jonka perusteella voidaan päätellä, millaisilla kustannuksilla ja panosrakenteella (henkilökunnan lukumäärän mukaiset palkkakustannukset ja materiaalikulut) voitaisiin saada aikaiseksi nykyisen kaltainen tuotanto, jos toimittaisiin kuten kaikkein tehokkaimmat terveyskeskukset ja jos otetaan huomioon palkkaerot eri henkilöstöryhmissä. Eri työntekijäryhmien keskimääräiset suhteelliset palkkaerot oletetaan samanlaisiksi kaikissa yksiköissä. Tuotoksina voidaan käyttää hoidossa käyneiden lukumääriä kolmessa eri ikäryhmittäin tai case-mix painotettuja toimenpiteitä.

## Henkilöstöä kuvaavat tunnusluvut

### Sairaspoissaolot:

- Poissaolopäivät hammaslääkärinä kohti suorana suhdelukuna
- Poissaolopäivät hammashuoltajaa kohti suorana suhdelukuna
- Poissaolopäivät hammashoitajaa ja muita työntekijöitä kohti suorana suhdelukuna
- Poissaolopäivät vakioituna indeksinä.
  - Vakioinnissa käytetty henkilökunnan lukumääriä eri työntekijäryhmissä.

### Koulutukseen käytetyt resurssit:

- Koulutukseen käytetty promilleosuus käyttökustannuksista
- Koulutuspäivien lukumäärä työntekijää kohti

## Liitteet 13–14. Terveyskeskuksia koskevat avainluvut vuosila 2003 ja 2004

## Liite 13

SUHAT 2003										
terveyskeskukset ja kuntayhtymät										
Kunta/tk	Väestö	HL lukumäärä*		HAHU lukumäärä*		Muu henk.kunta*		Henk. Yht	Sotut	Hoitokäynnit
Espoon keskus	42 296	14,7	36,1 %	5,0	12,3 %	21,0	51,6 %	40,7	14 651	33 806
Espoonlahti	46 695	17,4	35,7 %	4,9	10,0 %	26,5	54,3 %	48,8	13 611	31 865
Espoo/Leppävaara	56 528	18,0	35,9 %	5,7	11,3 %	26,5	52,8 %	50,2	15 748	40 963
Espoo/Matinkylä-Olari	31 226	9,7	35,9 %	2,8	10,4 %	14,5	53,7 %	27,0	9 399	24 236
Espoo/Tapiola	41 974	12,7	38,4 %	3,1	9,4 %	17,3	52,3 %	33,1	10 639	24 754
Koko Espoo	218 719	72,5	36,3 %	21,5	10,7 %	105,8	53,0 %	199,8	64 048	155 624
Helsinki	559 716	159,0	34,3 %	44,0	9,5 %	261,0	56,3 %	464,0	136 536	390 207
Hyvinkää	42 997	10,9	32,2 %	5,4	16,0 %	17,5	51,8 %	33,8	12 506	31 616
Kemi	23 881	6,8	37,2 %	2,5	13,7 %	9,0	49,2 %	18,3	6 294	16 186
Kerava	30 709	12,0	36,4 %	4,0	12,1 %	17,0	51,5 %	33,0	9 921	27 502
Keuruu-Multia	13 568	6,5	34,2 %	3,0	15,8 %	9,5	50,0 %	19,0	6 469	17 512
Kirkkonummi	31 885	10,5	36,2 %	5,0	17,2 %	13,5	46,6 %	29,0	9 621	26 269
Kuopio	88 380	23,3	37,6 %	6,7	10,8 %	31,9	51,5 %	61,9	25 402	69 396
Lahti	98 253	23,6	31,5 %	10,0	13,3 %	41,4	55,2 %	75,0	30 358	84 805
Lappeenranta	58 707	15,5	40,1 %	5,0	12,9 %	18,2	47,0 %	38,7	13 771	40 175
Lohja	37 033	16,0	38,1 %	5,0	11,9 %	21,0	50,0 %	42,0	14 769	41 165
Loimaa	18 706	8,1	36,9 %	3,3	14,8 %	10,6	48,3 %	21,9	7 417	21 793
Mikkeli	54 640	20,6	44,4 %	3,1	6,7 %	22,7	48,9 %	46,4	15 711	45 723
Oulu	124 703	53,0	38,4 %	9,0	6,5 %	76,0	55,1 %	138,0	45 060	106 750
Paimio-Sauvo	12 715	5,2	38,8 %	2,0	14,9 %	6,2	46,3 %	13,4	4 234	12 106
Pori	75 895	25,0	38,9 %	4,0	6,2 %	35,2	54,8 %	64,2	21 490	62 048
Porvoo	46 649	18,3	37,4 %	4,7	9,6 %	25,9	53,0 %	48,9	17 366	51 028
Raahе	32 256	19,0	42,0 %	5,0	11,0 %	21,3	47,0 %	45,3	13 609	37 387
Riihimäki	42 314	17,9	35,3 %	7,2	14,2 %	25,6	50,5 %	50,7	17 314	49 090
Salon seutu	46 288	18,8	32,5 %	8,2	14,2 %	30,8	53,3 %	57,8	15 776	44 542
Savonlinna	36 110	10,4	36,9 %	4,0	14,2 %	13,8	48,9 %	28,2	14 463	35 156
Tampere	199 944	60,5	38,2 %	12,0	7,6 %	86,0	54,3 %	158,5	53 197	145 957
Vantaa	181 890	68,5	34,3 %	24,8	12,4 %	106,2	53,2 %	199,5	58 495	171 541
Varkaus	22 938	8,4	32,4 %	4,8	18,4 %	12,8	49,2 %	26,0	7 859	22 536
Ylöjärvi	21 477	8,0	36,4 %	4,0	18,2 %	10,0	45,5 %	22,0	9 875	25 259
YTHS Lappeenranta	5 002	1,1	35,5 %		0,0 %	2,0	64,5 %	3,1	1 607	3 802
YTHS Turku	22 856	6,9	27,3 %	2,3	9,1 %	16,1	63,6 %	25,3	6 327	19 983

\*) lukumäärien prosentiosuudet on laskettu henkilökunnan kokonaismäärästä

# Liite 14

## SUHAT 2005 osallistujat:

### terveyskeskukset ja kuntayhtymät

Kunta/tk	Väestö	HL lukumäärä*	HAAU lukumäärä.*	Muu henk.kunta*	Henk. Yht	Sotut	Hoitokäynnit			
Espoo	224 231	81,7	37,6 %	21,4	9,8 %	114,4	52,6 %	217,5	63 856	157 760
Helsinki	559 330	151,3	29,9 %	50,8	10,0 %	304,5	60,1 %	506,6	139 759	393 964
Hyvinkää	43 523	12,3	32,6 %	6,3	16,8 %	19,0	50,6 %	37,6	16 599	37 751
Jyväskylä	84 546	25,5	31,5 %	13,2	16,3 %	42,3	52,2 %	81,0	25 881	73 108
Kemi	23 056	7,0	35,7 %	2,7	13,8 %	9,9	50,5 %	19,6	6 424	16 186
Kerava	31 168	11,3	35,4 %	4,5	14,1 %	16,1	50,5 %	31,9	9 892	29 369
Kirkkonummi	31 292	10,5	36,8 %	7,0	24,6 %	11,0	38,6 %	28,5	10 007	26 772
Kuopio	90 593	29,0	37,1 %	8,7	11,1 %	40,5	51,8 %	78,2	27 364	72 413
Lahti	98 281	23,5	30,1 %	11,5	14,7 %	43,2	55,2 %	78,2	31 107	84 969
Lappeenranta	58 897	15,0	40,2 %	4,8	12,9 %	17,5	46,9 %	37,3	15 312	36 151
Lohja	37 599	13,2	33,6 %	5,0	12,8 %	21,0	53,6 %	39,2	14 027	37 617
Loimaa	18 607	6,5	31,7 %	4,0	19,5 %	10,0	48,8 %	20,5	7 332	20 211
Mikkeli	54 725	19,3	40,8 %	3,9	8,2 %	24,1	51,0 %	47,3	16 035	44 761
Oulu	125 849	49,7	37,6 %	10,5	7,9 %	71,9	54,4 %	132,1	34 977	112 156
Paimio-Sauvo	12 499	5,2	38,8 %	2,0	14,9 %	6,2	46,3 %	13,4	4 579	13 017
Pori	76 189	26,3	40,1 %	5,5	8,4 %	33,7	51,5 %	65,5	22 205	65 566
Porvoo	46 793	17,2	35,5 %	4,9	10,1 %	26,3	54,3 %	48,4	15 871	47 616
Raahe	31 687	17,2	38,5 %	5,3	11,9 %	22,2	49,7 %	44,7	13 983	39 036
Riihimäki	42 839	18,0	33,0 %	8,8	16,1 %	27,8	50,9 %	54,6	17 585	48 874
Salon seutu	46 477	22,3	38,9 %	8,4	14,6 %	26,6	46,5 %	57,3	16 864	49 808
Savonlinna	36 202	10,6	36,2 %	4,9	16,7 %	13,8	47,1 %	29,3	0	34 104
Tampere	200 966	58,8	36,1 %	13,0	8,0 %	91,0	55,9 %	162,8	54 602	142 395
Vantaa	184 039	65,4	37,3 %	15,9	9,1 %	94,1	53,6 %	175,4	59 126	166 333
Varkaus	22 761	7,8	30,6 %	5,0	19,5 %	12,8	49,8 %	25,6	8 646	22 922
Ylöjärvi	21 698	8,1	38,9 %	3,9	18,8 %	8,8	42,3 %	20,8	10 248	26 125
YTHS	164 939	48,0	30,2 %	10,2	6,4 %	100,9	63,4 %	159,1	48 311	141 346

\*) lukumäärien prosentiosuudet on laskettu henkilökunnan kokonaismäärästä

# Liitteet 15–17. dmf- ja DMF-indeksien muutokset 5-, 12- ja 15-vuotiailla vuosina 1999–2005

## Liite 15

# dmf 5v – muutokset 1999-2005

SUHAT							
terveyskeskukset ja kuntayhtymät							
Kunta/tk	dmf 5 v						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Koko Espoo		0,71			0,65	0,51	0,54
Hyvinkää		0,80	0,60	0,90	0,71	1,80	1,53
Jyväskylä						1,33	1
Kauhajoki							1,2
Kemi		0,96	0,68	0,66	0,96	0,64	0,55
Kerava				0,57	0,65	0,69	0,83
Kirkkonummi	0,63	0,53		0,62	0,99	0,37	0,44
Kuopio	0,63	0,80	0,72	0,75	0,75	0,60	0,79
Lahti	0,83	0,83	0,74	0,64	0,44	0,70	0,74
Lappeenranta		0,67	0,71	0,57	0,64	0,71	0,85
Lohja			1,12	1,37	0,92	1,21	0,85
Loimaa			1,99	0,71	1,34	1,46	1,25
Mikkeli		0,94		0,79	0,87	0,77	0,56
Oulu			0,92	0,70	0,79	0,86	0,97
Paimio-Sauvo	0,89	1,01	0,90	0,63	0,51	0,54	0,8
Pori		1,48	1,43	1,26	1,61	1,12	1,4
Raahe		1,41	1,55		1,75	1,50	1,37
Riihimäki	0,81	0,94	1,12	1,23	0,83	0,64	0,64
Salon seutu			0,65	0,68	0,67	0,74	0,66
Savonlinna	0,93	0,85	0,80	0,61	0,52	0,63	0,55
Seinäjoki							0,92
Tampere	0,71	0,63	0,72	0,76	0,75	0,71	0,8
Turku							0,93
Vantaa			0,99	0,47	0,88	0,85	1,04
Varkaus					3,00	0,43	0,35
Ylöjärvi			0,65	0,41	0,64	1,23	0,56
YTHS Tampere							

## Liite 16

## DMF 12v – muutokset 1999-2005

SUHAT							
terveyskeskukset ja kuntayhtymät							
Kunta/atk	DMF 12 v						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Koko Espoo		1,01			0,97	1,07	1,07
Hyvinkää		1,49	1,24	1,19	1,27	1,80	1,58
Jyväskylä						1,16	0,80
Kauhajoki							1,30
Kemi		1,02	1,22	0,94	0,89	1,10	1,00
Kerava				0,82	0,72	0,95	0,92
Kirkkonummi	0,89	0,86		0,91	0,70	0,85	0,85
Kuopio	1,07	1,18	1,19	1,36	1,58	1,50	1,57
Lahti	1,69	1,66	1,67	1,63	1,68	1,65	1,52
Lappeenranta		0,54	0,54	0,75	0,77	0,89	1,09
Lohja			2,45	1,96	2,15	1,71	1,47
Loimaa			1,96	1,87	1,88	1,63	1,58
Mikkeli		1,00	1,13	1,09	1,28	1,25	1,23
Oulu			1,02	1,07	1,18	1,57	1,29
Paimio-Sauvo	1,97	1,02	1,26	1,72	1,81	1,82	1,66
Pori		1,25	1,51	1,11	1,64	1,67	1,68
Raahe		1,20	1,10		1,49	1,40	1,46
Riihimäki	1,11	1,14	1,43	1,27	1,37	1,28	1,48
Salon seutu			0,79	0,89	0,83	0,96	0,93
Savonlinna	0,77	1,16	1,10	0,96	0,94	0,97	0,92
Seinäjoki							1,65
Tampere	1,12	1,24	1,27	1,22	1,38	1,63	1,46
Turku							1,44
Vantaa			1,69	1,89	1,49	1,70	1,58
Varkaus					1,40	1,06	1,03
Ylöjärvi			1,13	1,10	1,01	0,95	1,33
YTHS Tampere							

## Liite 17

## DMF 15v – muutokset 2000-2005

SUHAT						
terveyskeskukset ja kuntayhtymät						
Kunta/tk	DMF 15 v					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Koko Espoo	2,48			2,52	2,49	2,44
Hyvinkää	2,97	3,56	2,86	4,22	3,05	3,51
Jyväskylä					2,23	2,00
Kauhajoki						2,90
Kemi	2,67	3,26	2,45	2,80	2,61	2,79
Kerava			3,27	3,23	2,74	2,90
Kirkkonummi			2,06	2,08	2,74	2,25
Kuopio	2,67	2,87	2,65	3,14	3,10	3,17
Lahti	2,98	2,93	3,18	3,19	3,25	2,91
Lappeenranta	2,10	1,60	1,95	1,64	1,91	2,60
Lohja		4,64	4,18	4,46	5,86	3,91
Loimaa		4,06	4,15	3,93	3,54	3,69
Mikkeli	2,30	3,00	2,37	2,84	2,42	3,03
Oulu		2,72	2,27	3,11	2,72	2,84
Paimio-Sauvo	3,30	3,22	4,05	3,44	3,17	3,69
Pori	3,20	3,14	3,25	3,07	3,28	3,25
Raahe	2,60	2,40		3,14	3,10	3,01
Riihimäki	2,41	2,43	2,64	2,88	3,37	2,90
Salon seutu		2,38	2,07	2,07	1,93	2,25
Savonlinna	2,10	2,20	3,11	2,15	2,20	2,04
Seinäjoki						3,53
Tampere	3,07	3,36	3,19	3,27	3,47	3,46
Turku	3,30					2,95
Vantaa		3,37		3,31	3,39	3,67
Varkaus				2,10	2,15	2,25
Ylöjärvi		1,86		1,76	2,13	2,38
YTHS Tampere						

# Liite 18. Hoidossa käyneet potilaat terveyskeskuksittain vuosina 1999–2005

SUHAT sotut vuosina 1999–2005							
terveyskeskukset ja kuntayhtymät							
Kunta/tk	1999	2000	2001	Sotut		2004	2005
				2002	2003		
Espoon keskus	10 551	10 607	12 260	13 730	14 651		
Espoonlahti	11 608	11 550	12 786	13 942	13 611		
Espoo/Leppävaara		13 647	15 755	17 332	15 748		
Espoo/Matinkylä-Olari		8 572	9 593	13 424	9 399		
Espoo/Tapiola	9 377	9 700	9 696	10 049	9 992		
<b>Koko Espoo</b>		<b>54 076</b>	<b>60 090</b>	<b>68 477</b>	<b>63 401</b>	<b>63 856</b>	<b>65 661</b>
Helsinki/itäinen ja keskinen		38 720					
Helsinki/itäinen,kesk.,koillinen,pohj.			75 727				
Helsinki				142 396	136 536	139 759	
Hyvinkää		13 987	13 848	13 002	12 506	16 599	13 116
Jyväskylä						25 881	
<b>Kauhajoki</b>							<b>6 596</b>
Kemi		6 734	5 963	6 282	6 294	6 424	6 666
Kerava				9 914	9 921	9 892	10 422
Kirkkonummi	10 656	10 442			9 621	10 303	10 786
Kuopio	23 757	23 370	24 277	25 974	25 402	27 364	27 835
Lahti	32 662		29 084	28 890	30 358	31 107	30 223
<b>Lappeenranta</b>		<b>13 613</b>	<b>13 938</b>	<b>13 783</b>	<b>13 771</b>	<b>15 312</b>	<b>12 187</b>
Lohja			13 307	14 151	14 769	14 027	15 091
Loimaa			7 553	7 823	7 417	7 332	7 131
Mikkeli		15 149	13 861	15 460	15 711	16 035	16 001
Oulu			32 227	33 681	45 060	36 290	37 644
Paimio-Sauvo	4 204		4 265	4 481		4 579	4 444
<b>Pori</b>		<b>19 686</b>	<b>20 163</b>	<b>21 882</b>	<b>21 490</b>	<b>22 205</b>	<b>22 851</b>
Porvoo	16 829	17 375	17 798	17 502	17 396	15 871	
Raahe		13 863	11 521		13 609	13 982	13 984
Riihimäki	16 372	16 714	16 793	17 131	17 314	17 585	18 117
Salon seutu			16 617	16 809	15 776	16 864	16 659
Savonlinna	14 582	14 609	14 412	14 359	14 529		14 089
<b>Seinäjoki</b>							
Tampere	45 562	46 831	47 366	50 642	53 197	54 602	54 645
Turku							40 440
Vantaa			53 982	57 171	58 495	59 126	61 035
Varkaus					7 859	8 646	8 696
Ylöjärvi			9 148	10 093	9 875	10 248	10 055
<b>YTHS Lappeenranta</b>				<b>1 540</b>	<b>1 607</b>		
YTHS Tampere							46 926
YTHS Turku		6 138	5 962	6 243	6 327		
<b>YTHS Yhteensä</b>						<b>48 311</b>	



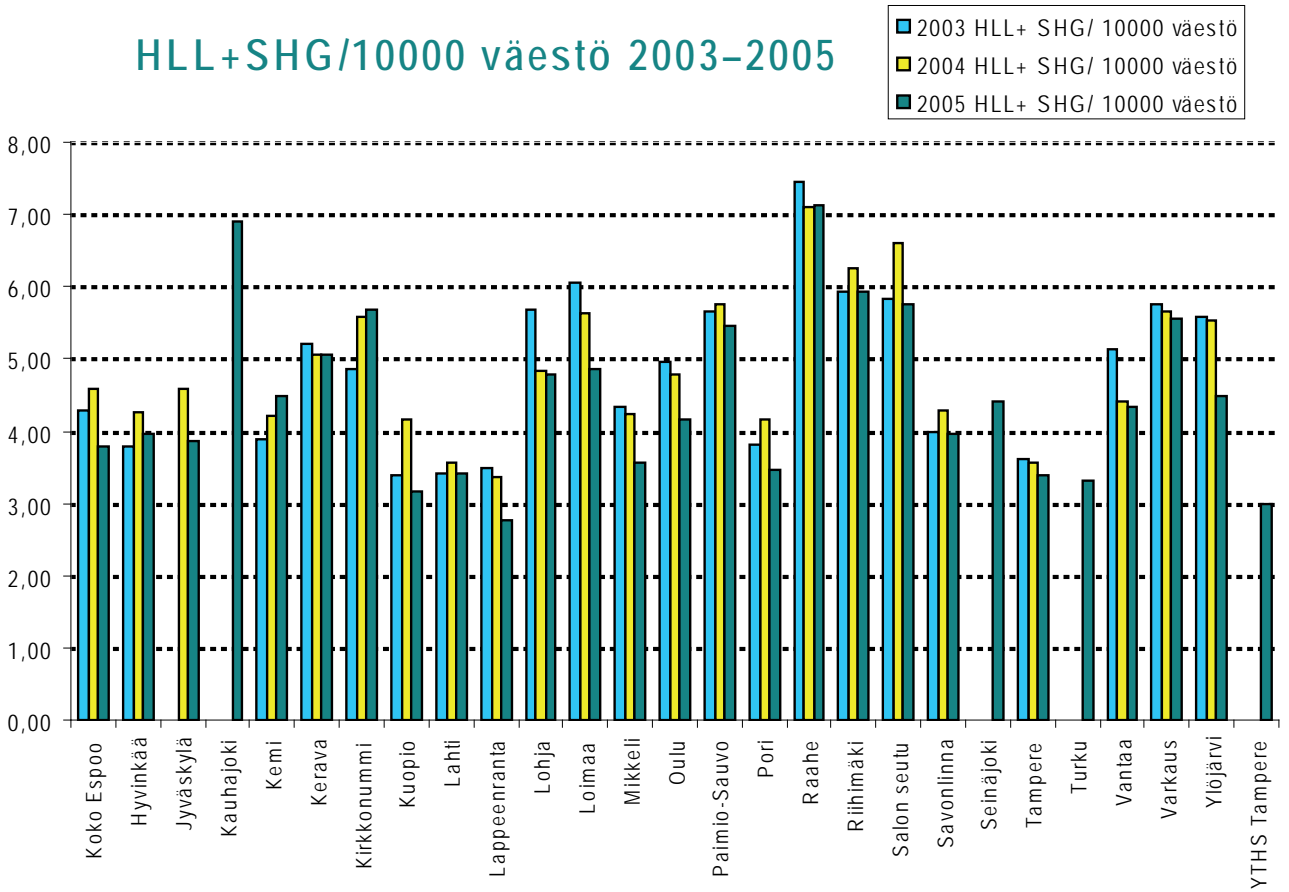
## Liite 19. Käynnit terveyskeskuksittain vuosina 1999–2005

SUHAT käynnit vuosina 1999–2005  
terveyskeskukset ja kuntayhtymät

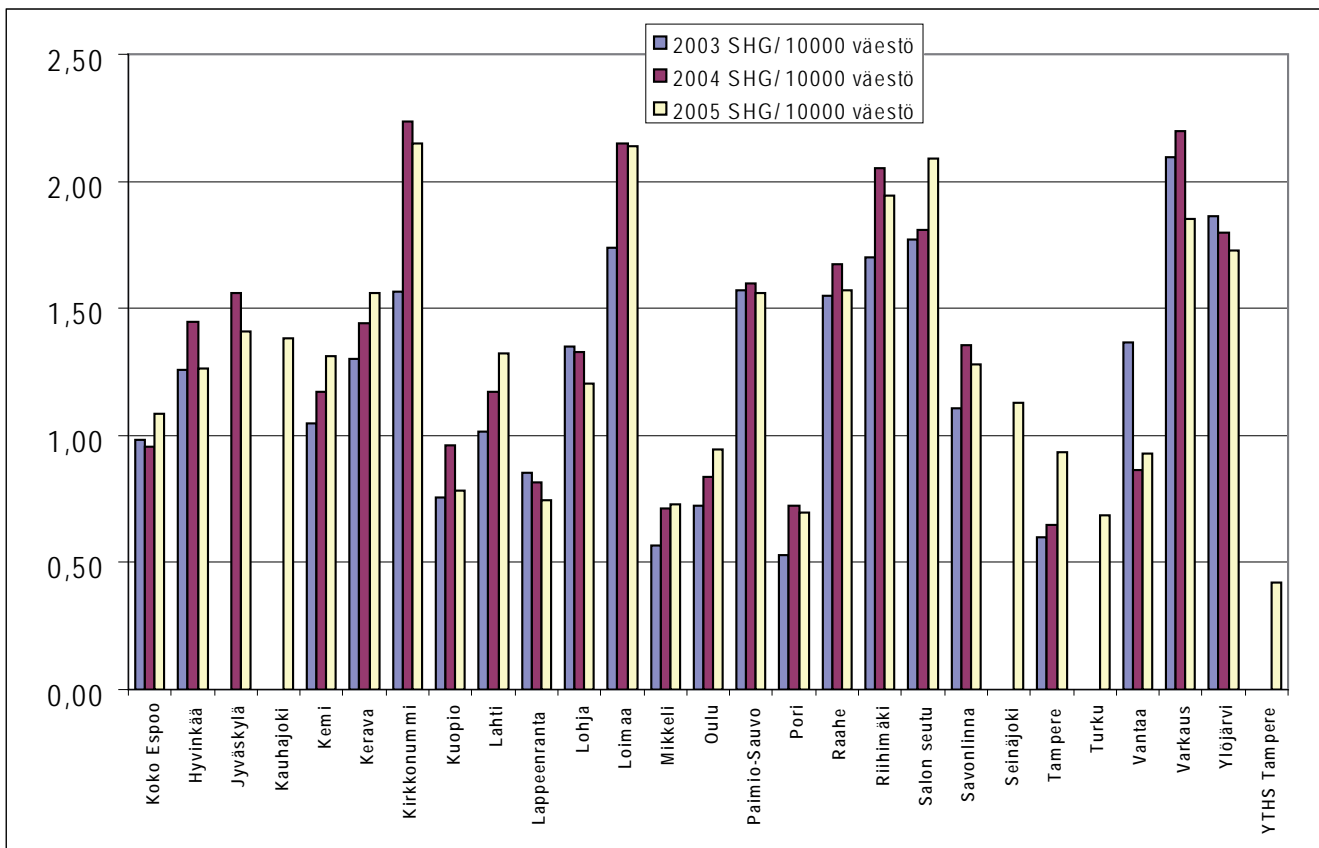
Kunta/tk	Hoitokäynnit						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Koko Espoo</b>		159 460	153 867	155 154	155 624	157 760	176 364
Hyvinkää		45 305	40 095	37 509	31 616	37 751	42 769
Jyväskylä						73 108	60 524
<b>Kauhajoki</b>							18 692
Kemi		16 356	14 397	15 405	16 186	16 186	17 274
Kerava				28 167	27 502	29 369	32 269
Kirkkonummi	27 828	27 714		28 242	26 269	26 772	28 705
Kuopio	62 307	59 604	62 703	68 770	69 396	72 413	74 879
Lahti	84 767	82 431	82 217	81 287	84 805	84 969	79 939
<b>Lappeenranta</b>		42 157		38 403	40 175	36 151	33 661
Lohja			38 085	37 618	41 197	37 617	40 202
Loimaa			23 819	24 159	21 793	20 211	17 958
Mikkeli		44 551	42 806	46 200	45 723	44 761	43 595
Oulu		12 552	66 082	111 970	106 750	156 156	112 146
Paimio-Sauvo	11 756		11 759	12 593	12 106	13 017	12 103
<b>Pori</b>		58 685	62 434	62 629	62 048	65 566	63 691
Porvoo	48 114	50 652	52 039	54 521	51 028	47 616	38 256
Raahe		36 825	36 634		37 387	39 036	50 208
Riihimäki	49 576	48 818	47 010	47 424	49 090	48 847	55 576
Salon seutu			44 453	45 090	44 542	49 808	35 422
Savonlinna	33 141	38 038	37 938	35 685	35 156	34 104	
<b>Seinäjoki</b>							50 135
Tampere	134 532	136 506	138 235	147 483	145 957	162 278	123 599
Turku							112 167
Vantaa			151 248	162 867	171 541	166 333	172 214
Varkaus					22 536	22 922	24 648
Ylöjärvi			24 514	25 501	25 259	26 125	23 241
YTHS Tampere							140 119

## Liite 20. Hammaslääkäreiden määrä suhteessa väestöön vuosina 2003–2005

## HLL+SHG/10000 väestö 2003–2005



# Liite 21. Suuhygienistien määrä suhteessa väestöön vuosina 2003–2005



## Liite 22. Kymmenen yleisimmän toimenpiteen osuus kussakin terveyskeskuksessa vuonna 2004

		Toimenpiteiden yleisyys koko aineistossa									
		1. Suun perus- tutkimus	2. Infiltraatio- puudutus	3. Yhden pinnan täyte	4. Kahden pinnan täyte	5. Hammas- röntgen- kuva hoito- käynnillä	6. Suun tutkimus (suppea)	7. Ensiapu- luontoinen tai muu vastaava käynti	8. Oikomis- hoidon hoito- tai kontrolli- käynti	9. Hampaan poisto	10. Suun fluori tai muu vast. käsittele
Toimenpiteiden yleisyys terveyskeskuksittain	Espoo	1	6	2	5	8	3	4	9	10	7
	Helsinki	1	6	4	3	2	8	5	7	9	10
	Hyvinkää	2	8	3	6	7	10	5	4	9	1
	Jyväskylä	6	2	4	3	7	1	5	9	8	10
	Kemi	2	1	3	5	7	6	4	10	9	8
	Kerava	2	4	5	1	6	8	7	9	10	3
	Kirkkonummi	1	3	5	4	6	2	8	9	10	7
	Kuopio	6	4	3	7	2	1	8	10	9	5
	Lahti	2	1	4	5		3	9	6	7	8
	Lappeenranta	1	3	9	7	6	4	10	2	5	8
	Lohja	2	1	3	4	5	7	10	8	6	9
	Loimaa	4	2	1	3	9	7	10	6	5	8
	Mikkeli	1	5	2	3	4	8	9	7	10	6
	Oulu	2	1	3	5	4	8	6	9	7	10
	Paimio-Sauvo	1	7	2	3	4	9	6	8	10	5
	Pori	1	4	2	5	3	8	10	7	9	6
	Porvoo	1	2	4	3	5	8	6	7	9	10
	Raahe	1	4	2	5	3	10	6	9	8	7
	Riihimäki	1	3	2	5	6	4	10	9	8	7
	Salon seutu	1	6	2	3	5	10	7	4	8	9
Savonlinna	1	7	2	4	3	10	8	6	9	5	
Tampere	1	4	3	2		5	6	7	8	9	
Vantaa	4	1	2	3	5	6	10	8	7	9	
Varkaus	8	4	3	6	2	1	7	9	10	5	
Ylöjärvi	1	2	4	3	5	8	9	7	6		
YTHS	3	1	6	2	5	4		8	7		

## Liite 23. Case-mix -painotettuja toimenpiteitä hoidossa käynyttä kohti ja keskimääräinen painotetun toimenpiteen kustannus vuonna 2004

Tuottavuutta ja tehokkuutta kuvaavat tunnusluvut 2004				
	Painotettuja toimenpiteitä/s	Keskim. pain. toimenp. kust. + mahdollinen ostop.(Eur)	DEA1	DEA2
Espoo	4,7	43,5	0,73	0,64
Helsinki	4,5	44,0	0,71	0,71
Hyvinkää	3,5	39,6	1,00	0,72
Jyväskylä	4,9	36,6	0,89	0,73
Kemi	4,3	41,5	0,88	0,63
<b>Kerava</b>	<b>5,7</b>	<b>39,5</b>	<b>0,67</b>	<b>0,80</b>
Kirkkonummi	4,5	36,0	1,00	0,75
Kuopio	5,1	32,7	0,88	0,80
Lahti	5,2	29,0	1,00	1,00
Lappeenranta	4,4	34,3	1,00	0,83
Lohja	4,5	37,8	0,86	0,75
<b>Loimaa</b>	<b>5,0</b>	<b>31,5</b>	<b>1,00</b>	<b>0,86</b>
Mikkeli	4,5	41,4	0,82	0,75
Oulu	5,7	38,6	0,66	0,75
Paimio-Sauvo	4,5	35,1	0,94	0,68
Pori	5,1	38,3	0,76	0,84
Porvoo	5,3	33,2	0,98	0,80
<b>Raaha</b>	<b>5,1</b>	<b>37,8</b>	<b>0,75</b>	<b>0,73</b>
Riihimäki	5,1	34,9	0,85	0,79
Salon seutu	5,1	43,3	0,75	0,66
Savonlinna		34,3	0,00	0,94
Tampere	6,4	32,3	0,92	1,00
Vantaa	5,1	40,9	0,72	0,80
<b>Varkaus</b>	<b>5,0</b>	<b>35,8</b>	<b>1,00</b>	<b>0,82</b>
Ylöjärvi	4,8	28,5	1,00	1,00
YTHS	6,5	33,2	1,00	1,00

DEA1

'Kustannustehokkuus', tuotoksina sotut eri ryhmissä, panoksina toimintamenot

DEA2

'Tekninen työvoimapanoksen käytön tehokkuus', tuotoksina case-mix-painotetut toimenpiteet, panoksina työpanokset

# Liitteet 24–26. Prosessityökirjat vuonna 2003

## Liite 24



SUHAT 2003

PROSESSIMAINEN TOIMINTATAPA

### Työkirja, osa 1:

## Prosessien tunnistaminen ja kuvaaminen

Hyvä SUHAT-lainen,

tässä työkirjassa

- kerrotaan työskentelyryhmät prosessien kuvaamiseen vuodelle 2003 omien kommenttien perusteella (viite: Sinikka Varsion sähköposti 11.3.2003)
- annetaan käyttöönne SUHAT-hankkeen ohjausryhmän 31.3.2003 hyväksymä prosessikartta
- kerrataan 10.2.2003 koulutuspäivässä läpikäytyjä asioita prosessien kuvaamisesta
- muistutetaan kotitöistä, jotka olisi hyvä tehdä ennen 7.5.2003 koulutuspäivää.

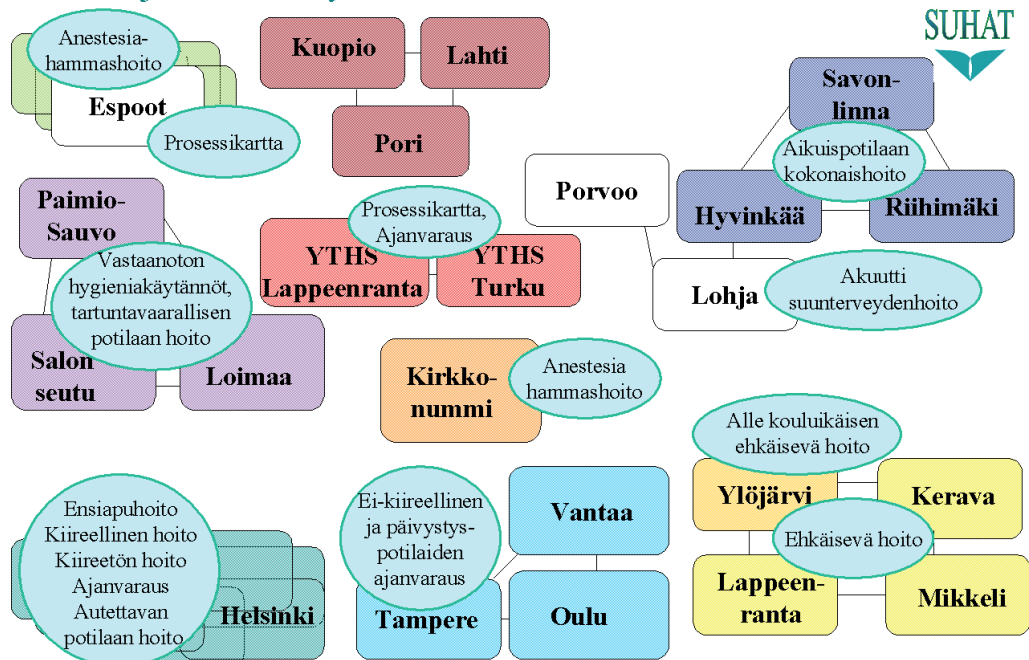
SUHATin tavoitteena on vuoden 2003 aikana saada aikaan

- yhteinen, kaikille terveyskeskuksille soveltuva tai sovellettavissa oleva prosessikartta (tarkennuksineen) sekä
- tärkeimpien prosessien kaaviokuvaukset + tarpeen mukaan sanallisia kuvauksia.

Aloitetaan prosessijohtamisen ryhmillä:

- 1.4.2003 mennessä olette kertoneet Sinikalle haluavanne työstää prosessikuvauksia näissä alla kuvatuissa terveyskeskusten välisissä työryhmissä, jotka osittain periytyvät benchmarking-ryhmistä vuodelta 2001
- Osa ryhmistä on myös jo valinnut prosessin/prosessit, joihin he haluavat keskittyä. Ne näkyvät alla olevasta kuvasta vaalean sinisistä soikioista.

### Prosessijohtamisen ryhmät

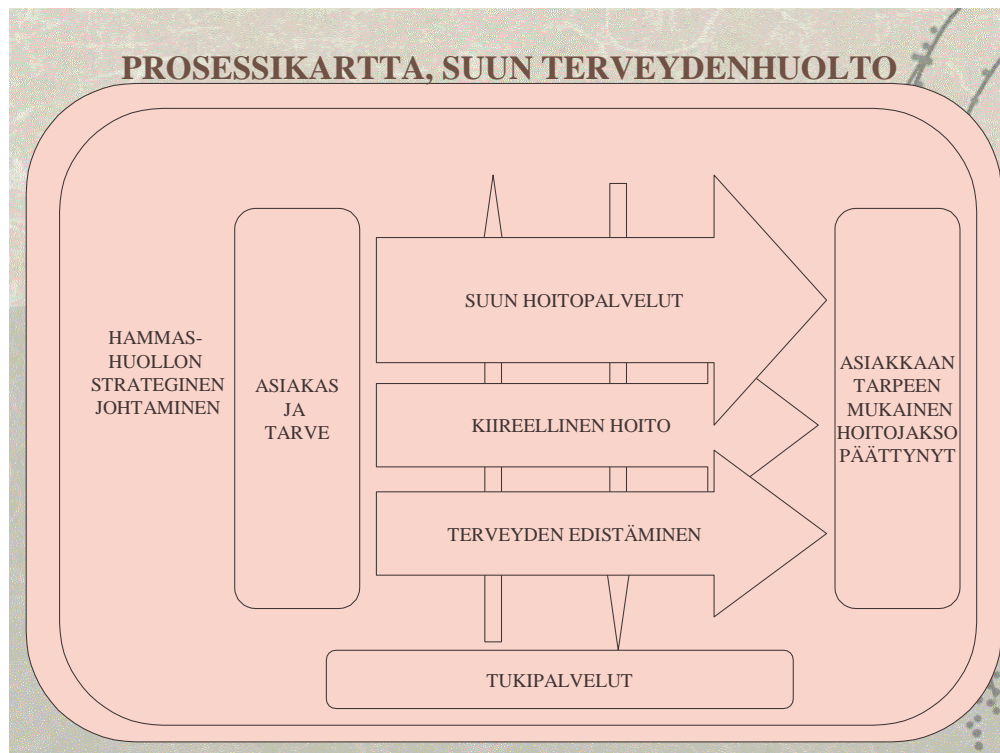


Päivi Strømmer  
Suomen Laatukeskus Oy  
Finlands Kvalitetscentral Ab  
Excellence Finland Ltd Ab

[paivi.strommer@laatukeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi)  
Purotie 1 P.O.Box 50  
FIN-00381 Helsinki Finland  
[www.laatukeskus.fi](http://www.laatukeskus.fi)

040 551 2218  
Tel. +358 9 8622 4400  
Fax. +358 9 8622 4411  
[info@laatukeskus.fi](mailto:info@laatukeskus.fi)

Seuraavaksi ohjausryhmän 31.3.2003 hyväksymä SUHAT-prosessikartta:



Ohjausryhmän tarkennuksia ydin- ja tukiprosesseille:

**Asiakas ja tarve:** tarve voi olla asiakkaan tai ammattihenkilön toteama

**Suun hoitopalvelut:** sisältävät erikoishammaslääkärin, hammaslääkärin, hammashuoltajan ja hammashoitajan antaman hoidon. Prosessit voidaan kuvata ikäryhmittäin ja/tai hoidon sisällön mukaan

**Kiireellinen hoito:** kiireellistä hoitoa kutsutaan myös ensiapuhoidoksi

**Terveyden edistäminen:** sisältää myös yhteisöllisen ja moniammatillisen näkökulman

**Tukipalvelut:** tarkoittavat mm. ajanvarausta, välinehuoltoa, siivousta ja taloushallintoa

**Asiakkaan tarpeen mukainen hoitojakso päättynyt:** käsitteessä huomioidaan se, että potilaille annettavan hoidon sisältöön voidaan tehdä rajauksia tai että hoitoa voidaan jaksotetaan eri ajankohtiin.

Ja sitten kertausta 10.2.2003-koulutuspäivästä prosessien kuvaamisesta ja teidän omia, hyviä mallejanne.

Prosessin kuvauksen tulee mielellään täyttää seuraavat ehdot:

## Prosessin kuvaus Kai Laamanen 2001


**Kuvauksen tarkoitus on auttaa lukijaa ymmärtämään yhteinen tavoite ja oma rooli tämän tavoitteen saavuttamisessa**

**Kuvauksen tulee**

- sisältää prosessin kannalta kriittiset asiat
- esittää asioiden välisiä riippuvuuksia
- edistää prosessissa toimivien ihmisten yhteistyötä
- antaa mahdollisuus toimia joustavasti tilanteen vaatimusten mukaan

**Kuvauksen teknisiä vaatimuksia**


- lyhyt ( muutama sivu A4-tekstiä ja soveltuvasti kaavioita)
- sovitun rungon mukainen
- termit ja käsitteet kaikkien ymmärrettävissä
- looginen, ei ristiriitaisuuksia


Päivi Strömmer
8

Prosessit kuvataan useimmiten kaavioina, jonka lisäksi niille tehdään tarpeen mukaan sanallisia kuvauksia. Alla olevassa listassa on tyyppillisen sanallisen kuvauksen sisältöluettelo:

## Prosessikuvauksen otsikot - malli

- Prosessin nimi:
- Prosessin tarkoitus:
- Prosessin omistaja:
- Prosessin asiakkaat ja keskeiset asiakasvaatimukset:
- Prosessin käytämät keskeiset syötteet:
- Prosessin tuotokset:
- Prosessiin sisältyvät keskeiset resurssit:
- Mistä prosessi alkaa?:
- Mihin prosessi päättyy?:
- Prosessin menestystekijät:
- Prosessin mittarit:
- Prosessin tulosten ja palautteen käsittelytapa:
- Vuorovaikutuspisteet muiden prosessien kanssa:
- Tiedonkulku ja kehittämisenmenettelyt:
- Tallenteet:
- Prosessikaavio täydentävine teksteineen:


Päivi Strömmer
15

Kaavioita piirretään usein ns post-it-lapputekniikalla tai vuokaaviona. Näistä molemmista on alla muutama kalvokopio muistuttamassa mieliin kuvaustekniikkaa.

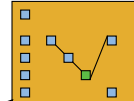
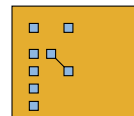
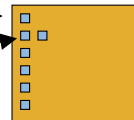
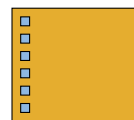
Näiden jälkeen ovat teidän omat mallinne:

- Hammashuollon palveluketju (Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä)
- Aikuispotilaan hammashoidon prosessikuvaus (Paimio-Sauvon kansanterveystyön kuntayhtymä)



## Prosessin toimintokaavion piirtäminen

- Tunnista/ määrittele prosessiin osallistuvat **roolit** (funktiot/henkilöt) Kirjoita roolit tarralappuihin ja järjestä ne vertikaalisesti siten, että **asiakas on sarakkeessa toiseksi** ylimpänä. Eli kaikki, mitä asiakas tekee, tulee toiseksi ylimmälle riville.
- Kaikkein ylimmälle riville tulevat **ohjaavat dokumentit**.
- Määrittele, mikä **asiakkaan toimenpide käynnistää prosessin**. Merkitse se tarralapulle ja sijoita se asiakastarran viereen (asiakkaan panostieto).
- Määrittele kenen kanssa asiakas on vuorovaikutuksessa ja mikä on hänen suorittamansa toimenpide. Kirjoita se tarralapulle ja sijoita lappu asiakkaan panostiedosta oikealle toimenpiteen suorittavan henkilön riville.
- Määrittele kuka saa tämän toimenpiteen tuloksen sekä mikä on hänen suorittamansa toimenpide. Jatka toimenpiteiden ja suorittavien henkilöiden tunnistamista samalla tavalla ja sijoita tiedot toimintokaavioon.
- Jatka kunnes kaavio on valmis ja asiakas saa prosessin lopputuloksen.



• Kaikkein alimmalle riville tulevat **toteavat dokumentit, tallenteet**.

Päivi Strömmer

25



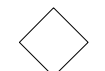




## Vuokaaviokuvauksen tekeminen

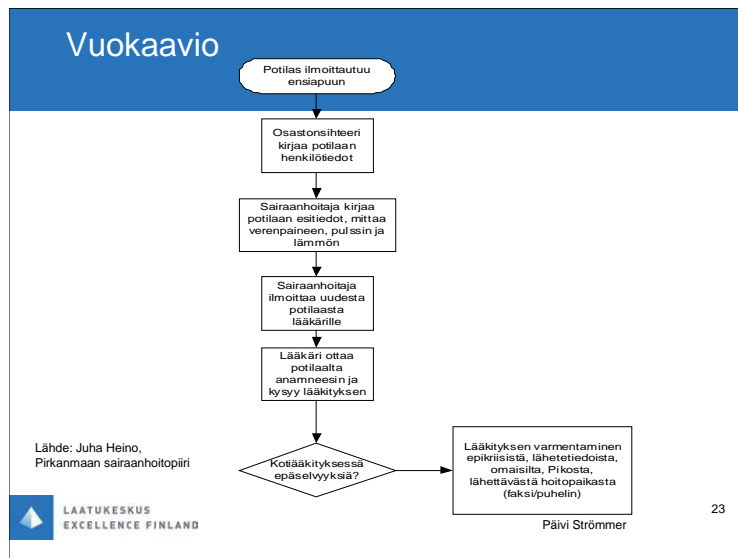
- Vuokaaviota laadittaessa ryhmän jäsenet ideoivat prosessin yksittäisiä vaiheita tarralapuille
- Ensin sovitaan prosessin rajaus (alku, loppu, muu täsmennys)
- Liimataan laput seinälle tai fläpille "kronologisessa" järjestyksessä
- Pällekkäisyydet poistetaan ja laput siirretään etenemisen mukaiseen järjestykseen
- Piirretään tarvittavat symbolit
- Lisätään täydentävät tekstit yhteenvetoon (esim matriisiin)
  - Soveltamisalue
  - Asiakkaat, heidän tarpeensa ja vaatimuksensa
  - Tavoite
  - Syötteen, tuotteet ja palvelut
  - Prosessikaavio
  - Vastuut

Päivi Strömmer

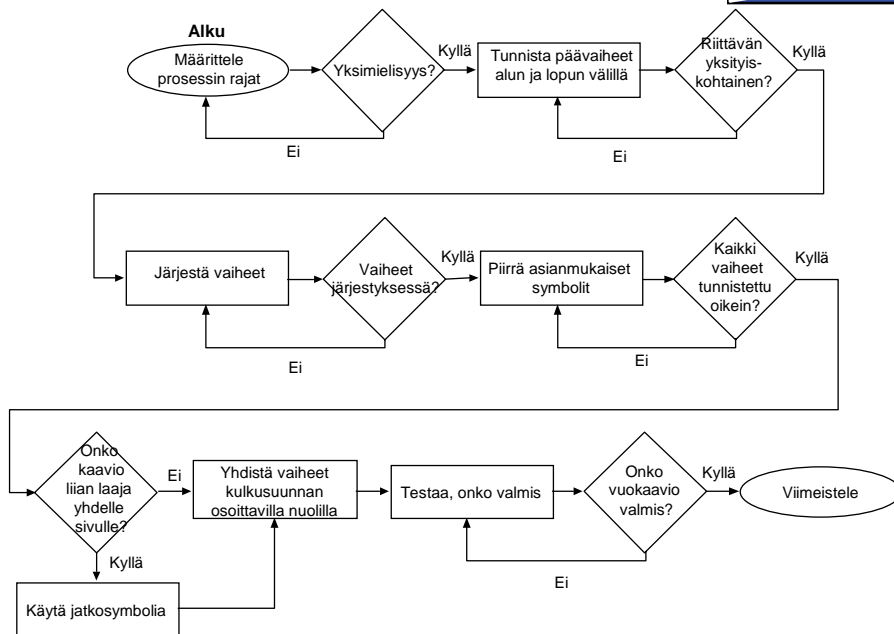
21

## Vuokaavion symboleita

Symboli	Merkitys/tarkoitus	Yksityiskohta/Esimerkki
	Alku, loppu Panos, tuotos	Tarjouspyyntö, tarve lisätyövoimalle Raaka-aine
	Tehtävä, toimi, suorittaminen	Pitää kokous, soittaa puhelu, avata laatikko
	Päätöskohta	Kyllä/ ei Hyväksyminen/ hylkääminen Kriteerit täytetty/ ei täytetty
	Dokumentti	Raportti tai lomake täytetään, toimeksianto, kokouspöytäkirja
	Varjostus osoittaa lisävuokaaviota tähän tehtävään	Päätehtävässä on alatehtäviä, jotka eivät ole olennaisia tässä yhteydessä, tai alatehtäviä ei ole otettu mukaan rajallisen tilan vuoksi
	Viive	Palvelun odottaminen, raportti makaa pöydällä
	Nuoli	Näyttää kulkusuunnan tai etenemisjärjestyksen

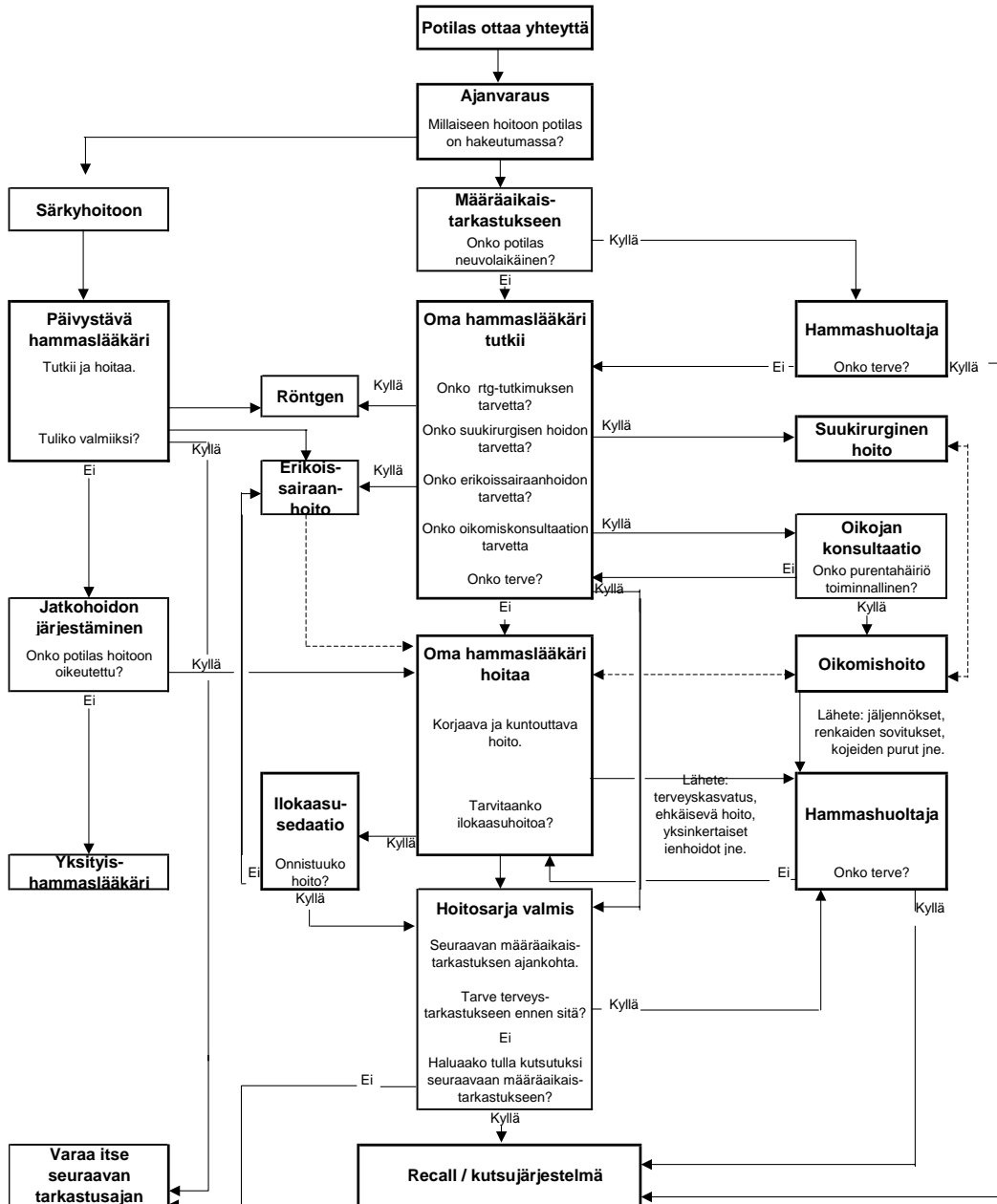


**Vuokaavio yhdellä silmäyksellä** PG 7





## HAMMASHUOLLON PALVELUKETJU



**AIKUISPOTILAAN HAMMASHOIDON PROSESSIKUVAUS (1/2)**

**Prosessin tavoite: terveen suun itsehoito potilaan tilanne huomioonottaen**

**Asiakasryhmät: sotaveteraanit ja –invalidit, pään ja kaulan sädehoito-, diabetes-, sosiaalitoimen, vuodeosaston ja vanhainkodin potilaat ja lääkärin läheteellä tulevat potilaat, odottavat perheet, iän perusteella hoitoon pääsevät**

TOIMINTO	TOIMIJA	YHTEISTYÖ-KUMPPANI	TUKI-TOIMINNOT	OHJEET YMS. LIITTYVÄT DOKUMENTIT	TULOS/TAVOITE	LAATU-VAATIMUS	POIKKEAVA TOIMINTA	MITTARIT
Potilaan hakeutuminen /lähettäminen hammashoittoon	-lääkäri -kuuluu em. ryhmiin	- lääkärit - terveydenhoitajat -sos.toimi -vanhainkoti -vuodeosasto	-lääkärin/erikoislääkärin konsultaatiot	-atk -lähete -tieto suun terveyden tärkeydestä	-terve suu yleisterveyden kannaltakin	-100% kate	-potilas kieltäytyy hammashoidosta	-sovitut hoitopäätökset
Oman hammaslääkärin tarkastus	hml/hh		- potilastiedostot - atk - koulutus - rtg Paimion sairaalassa	-anamneesilomake -lähete - potilaskortti - rtg-kuvat	-määrittää hoidon tarve huomioiden potilaan terv.tila ja sos asema	- atk - hammaslääkärin tietotaito	-hoidon viivästyminen	-terveydentilan huomioiminen -tavoitteet
Yksilöllisen hoitosuunnitelman tekeminen	hml/potilas/omainen		-lääkärin konsultaatio	- anamneesilomake -lähete - potilaskortti - rtg-kuvat		-Hosu kirjattu 100% kaikilla korttiin		
Hammashoito (dep., pl., extr., purenta)	hml/shg/hh	- hammastarvike-liike - varastonhoitaja	- instrumenttih. - hammastarvikkeiden hankinta/ varastointi	- anamneesilomake -lähete - potilaskortti - rtg-kuvat	-terveydentilan palauttaminen		-hoidon kontraind.	
Ennaltaehkäisevän hoidontarpeen määrittäminen ja suunnitelman teko	hml/shg/potilas/omainen		- henkilöstön koulutus - sylkikokeitten tulkinta		-tehty kaikille järj hoidossa oleville	-suunnitelma merkitty korttiin		

**AIKUISPOTILAAN HAMMASHOIDON PROSESSIKUVAUS (2/2)**

**Prosessin tavoite: terveen suun itsehoito potilaan tilanne huomioonottaen**

**Asiakasryhmät: sotaveteraanit ja –invalidit, pään ja kaulan sädehoito-, diabetes-, sosiaalitoimen, vuodeosaston ja vanhainkodin potilaat ja lääkärin läheteellä tulevat potilaat, odottavat perheet, iän perusteella hoitoon pääsevät**

TOIMINTO	TOIMIJA	YHTEISTYÖ-KUMPPANI	TUKI-TOIMINNOT	OHJEET YMS. LIITTYVÄT DOKUMENTIT	TULOS/TAVOITE	LAATU-VAATIMUS	POIKKEAVA TOIMINTA	MITTARIT
Opetus Informointi Seurannan suunnittelu	shg/hml/ potilas/om ainen	-terveyskasvatus- materiaalin tilaaja	-rc-toiminto	- kirjalliset ohjeet - infomateriaali - atk – rc	-potilaan itsehoito ja terveyden edistämisen ylläpitämisen merkityksen ymmärtäminen ja toimiminen		-potilas ei suostu/ pysty kotihoitoon	-tilastointi - rc-merkinnät
Seuranta	shg/hml/ potilas							
Asiakaslaskutus Ajananto	hml/vo/Hh	-Sos.toimisto -Sos.hoitaja	-vo -hammashoitaja -taloustoimisto -atk	- atk-laskulomake - atk-päiväkirja	-sujuvuus	-virheettömyys -ajansäästö -100% perintä	-maksuhäiriöt	-maksuhäiriöitten seuranta


**Kotityöt, jotka olisi hyvä tehdä ennen 7.5.2003 koulutuspäivää:**

- kukin terveyskeskus on valinnut prosessin/prosessit, joihin haluaa keskittyä. Tästä prosessista / näistä prosesseista pyydämme teitä tekemään jollain teille sopivalla kuvaustekniikalla kaavion (vuo-, toiminto-, prosessi-, ”laatikko”-) sekä – mikäli on mahdollista – tekemään myös sanallista kuvausta esimerkiksi Aikuispotilaan hammashoidon taulukkomallilla, joka on erittäin informatiivinen
- Huom!! Emme halua rajoittaa kuvaustapoja joihinkin tiettyihin tekniikoihin, koska tekniikat ovat sivuseikka. Pääasia on, että kaaviot ovat selkeitä ja vastaavat toimintaa.
  - Niistä on hyvä käydä ilmi: mistä työketju/prosessi alkaa ja mihin se päättyy, kuka on asiakas tai sidosryhmä, jota varten työketju/prosessi on olemassa, kuka tekee, mitä tekee, mihin tekeminen johtaa.

**Hyviä prosessijohtamisen kirjoja, joista puhuttiin myös ensimmäisessä koulutuspäivässä:**

Virkamieskö prosessori. Opas prosessien kehittäjille. Helsingin kaupunki. Hinta 15 € + postikulut. Tilaukset puhelinnumerosta 09-310 43537.

Laamanen Kai. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Hinta 64,80 € (sis. alv).  
Tilaukset: Suomen LaatuKeskus [www.laatuKeskus.fi/kirjat](http://www.laatuKeskus.fi/kirjat) tai [kirjatilaus@laatuKeskus.fi](mailto:kirjatilaus@laatuKeskus.fi)

Lopuksi haluamme muistuttaa mahdollisuudesta hyödyntää SUHAT-keskustelupalstaa myös prosessikuvausten tekemisessä! Jos prosessikuvausryhmien sisäinen ajatusten vaihto tapahtuisi sähköpostin sijaan/ohella keskustelupalstalla, kaikki halukkaat suhatlaiset pääsisivät osallistumaan keskusteluun ja toisilta oppiminen moninkertaistuisi.

# Liite 25

-

SUHAT 2003

PROSESSIMAINEN TOIMINTATAPA

## Työkirja, osa 2:

### Nykyisten SUHAT-prosessien suorituskyvyn arvioiminen ja mittaaminen

Hyvä SUHAT-lainen,

tässä työkirjassa

- muistutetaan kotitöistä, jotka olisi hyvä tehdä ennen 2.9.2003 koulutuspäivää.
- katsotaan, millaiseksi SUHAT-ohjausryhmä muokkasi prosessikartan 7.5.2003-koulutuspäivän kommenttien perusteella
- kerrataan 7.5.2003 läpikäytyjä asioita prosessien mittaroimisesta

#### Kotityöt, jotka olisi hyvä tehdä ennen 2.9.2003 koulutuspäivää:

Kukin terveyskeskus on valinnut prosessin/prosessit, joiden kuvaamisen kokee merkityksellisenä ja johon haluaa keskittyä. Näiden prosessien NYKYTILANTEEN kuvaamista varten, pyydämme teitä

- Tarvittaessa tarkentamaan tästä prosessista / näistä prosesseista prosessi/vuokaavioita ja sanallisia kuvauksia sekä
- Tunnistamaan ja listaamaan prosessin suorituskykytavoitteet ja toteutumisen seurantaan käytettävät mittarit
  - Huom! Tässä vaiheessa olisi hyvä käydä keskustelua niiden terveyskeskusten kanssa, jotka ovat valinneet saman prosessin kuin tekin
- Sekä - mikäli ehditte - keräämään suorituskykytietoa valitsemistanne prosesseista ja mittareista.
- Tämän työkirjan liitteenä on prosessimittarin excel-pohja, jota mahdollisesti voitte muokata ja käyttää

#### Kotityön tavoitteet:

- terveyskeskuskohtaisesti on kuvattu valitut, tärkeät NYKYISET PROSESSIT
- ja tunnistettu tavallisimpien NYKYISTEN PROSESSIEN TÄMÄN HETKISEEN TILANTEESEEN LIITTYVÄT onnistumiskriteerit / mittarit – MYÖS NIIDEN PROSESSIEN OSALTA, JOITA ao. terveyskeskus ei ole vielä kuvannut. Mikäli mittarit ovat yhteisiä useassa terveyskeskuksessa, on helpompi sekä verrata että bechmarkata prosesseja keskenään.

.....

Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi" 040 551 2218  
 \_\_paivi.strommer@laatukeskus.fi  
 Suomen Laatukeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_\_www.laatukeskus.fi  
 info@laatukeskus.fi

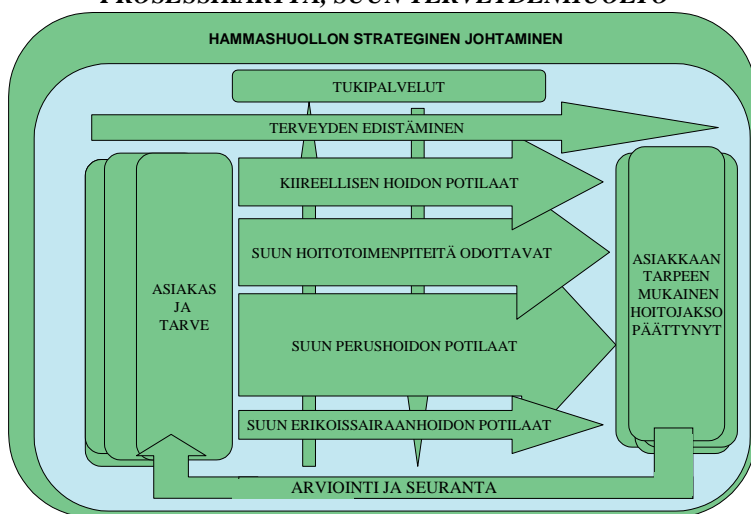


## SUHAT ohjausryhmän päivittämä valtakunnallisen suun terveydenhuollon prosessikartta (7.5.2003 koulutuksen jälkeen päivitetty versio):

Ohjausryhmä muutti valtakunnallista suun terveydenhuollon prosessikarttaa mm. 7.5. koulutuspäivässä saadun palautteen pohjalta. Kunkin prosessikuvausryhmän/terveyskeskuksen kuvaamat prosessien nykytilat sijoitetaan tähän prosessikarttaan. Prosessikartta tulee SUHAT-sivuille, ja tarkoituksena on, että kartan ydin- ja tukiprosesseista, linkin takaa saa näkyviin kunkin ryhmän kuvaamat prosessien nykytilat.

- **strateginen johtaminen toimii sateenvarjona ja ohjaa kaikkia terveyskeskuksen ydin- ja tukiprosesseja; siksi se on kuvattu kaiken muun ympärille**
- **ohjausryhmä suosittelee käytettäväksi ydinprosesseista kartassa olevia nimiä**
- **ajanvaraus on (suurin piirtein) ensimmäinen vaihe jokaisessa ydinprosessissa**
- **kriittiseksi on muodostumassa jonojen purkaminen, joka eniten koskee SUUN HOITOTOIMENPITEITÄ ODOTTAVIA**

### PROSESSIKARTTA, SUUN TERVEYDENHUOLTO



Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"  
 \_\_paivi.strommer@laatukeskus.fi 040 551 2218  
 Suomen Laatukeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_\_www.laatukeskus.fi  
 info@laatukeskus.fi

## Kertausta 7.5.2003-koulutuspäivästä:

Kun puhutaan prosessien MITTAAMISESTA ja MITTAREISTA, otathan huomioon, että MITTARI-käsite kattaa hyvin laajasti kaikki mahdolliset arvioinnit, kyselyt, selvitykset, haastattelut, ”mutun”, kokemukseen perustuvat hihavakiot, samoin barometrit, indeksit ja muut ns trendi- ja summamittarit.

Prosessimittareita käytetään tyypillisesti seuraaviin tehtäviin:

### Prosessimittarit

Missä aiomme olla hyviä?

- **Jatkuvuuden seuranta ja ohjaus**
  - missä meidän pitää olla jatkuvasti hyviä?
- **Muutoksen seuranta ja ohjaus**
  - jotta menestymme, millaisia meidän tulee olla tulevaisuudessa?
- **Palkitseminen**
  - millainen toiminta vie meitä eteenpäin?
  - millaista organisaatiokulttuuria haluamme edistää?

mitä tietoa tarvitsemme? mitä mittaamme?

mille tarkkuustasolle pitää kuvauksissa ja mittareissa mennä, jotta saamme riittävän tarkkaa tietoa prosessin ohjaamiseksi ja kehittämiseksi?

Päivi Strömmer

## Nykytilasta realistiseen tavoitetilaan..

- Ensin kuvataan prosessin nykytilanne (vaikkapa vuokaaviolla)
- Seuraavaksi kirkastetaan prosessin nykyiset suorituskykytavoitteet ja käytettävät mittarit
- Sitten tunnistetaan ja määritellään ne prosessin kohdat / tekemiset /asiat, joilla on **merkittävä vaikutus** koko prosessin suorituskykyyn ja joiden suorituskykyä halutaan seurata.
  - Antavatko nykyiset mittarit tietoa prosessin suorituskyvystä ja pullonkauloista?
  - Mahdollistavatko mittarit prosessin ohjauksen?
  - Mittarifaktaa tarvitaan myös prosessin kehittämiseksi
  - Tarkennetaan tarvittaessa kuvausta niin, että kullekin mittarille löytyy oikea ”laatikko kaaviossa”
- Suorituskykytoteutuman eli mittareista saatavan faktan perusteella on mahdollista kehittää toimintaa ja hahmottaa uusi, realistinen tavoitetila: sekä prosessin kulku että mittaritavoitteet

\*\*\*\*\*

Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"  
 \_\_paivi.strommer@laatukeskus.fi\_ 040 551 2218  
 Suomen Laatukeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_\_www.laatukeskus.fi\_ info@laatukeskus.fi

Kun listaatte nykyisten prosessienne onnistumiskriteereitä / mittareita ja mahdollisesti mietitte, miten prosessien ohjausta mittareiden avulla voisi kehittää, tässä muutama kysymys pohdittavaksenne:

- Mitkä työketjunne / prosessinne ”ohjautuisivat automaattisesti” (ilman kuvaamista) vain sillä, että asettaisitte niille muutaman mittarin (esimerkiksi liikkeellelähtö asiakaspäästä = lupauksen lunastamiseen liittyvät mittarit, joista puretaan sopivat mittarit prosessin eri kohtiin), sopisitte mittaritavoitteista henkilöstön kanssa ja antaisitte henkilöstölle vapauden toimia niin, että mittaritavoitteet täyttyvät?
- Missä prosesseissa kuvaaminen ja mittarointi voisi toimia ”hyvän tekemisen esteiden poistajana”?
- Onko prosessi olemassa jos sillä ei ole aidosti omistajaa? Valuuko toiminta takaisin linjaorganisaatiotoimintaa kohti, ellei prosessia valvota ja ohjata ja omisteta??
- Mitä prosessin omistajuus terveyskeskusten eri tasoilla olevissa prosesseissa merkitsisi?
- ”Prosessimaisen johtamisen oikeutus on siinä, että asiakas hyötyy siitä!”: miten varmistamme tämän meillä?
- Onko sillä henkilöllä, joka saa inputin, valta & vastuu & osaaminen outputin tuottamiseen? (Inputtia ei siirretä organisaation tai prosessin toiseen osaan tekemättä sille jotain järkevää)
- Emmehän sementoi ei-optimaalista prosessimallia kuvaamalla sitä *liian* tarkasti *liian* varhaisessa vaiheessa (jolloin organisaatiomme alkaa toteuttaa tätä kuvattua, mutta puutteellista toimintatapaa)?
- Melkein jokaisessa organisaatiossa on sekä niitä prosesseja, jotka kannattaa kuvata ja toimia systemaattisesti kuvausten mukaan että niitä, joissa kerrotaan päämäärä: ”tähän pyritään, tehkää niin kuin parhaaksi näette”. Onko meillä tunnistettu nämä kaksi ääripäätä? Onko meillä konsensus siitä, mitä kannattaa standardoida ja mitä ei?
- Prosessien jalkauttaminen: ”sisäistämistä, keskustelua, pulisemista, toimiiko tämä nyt näin kun tässä kuvauksessa sanotaan, ..”: mitä prosessien jalkauttaminen meillä merkitsee, esimerkiksi viestinnällisesti, vuoropuheluna?
- ”Joudunko muutoksen kohteeksi vai pääsenkö vaikuttamaan tekemisen tapaan?”
- Prosessien kuvaaminen ja syy-seuraus-suhteiden hahmottaminen lisää organisaation kykyä ajatella analyttisesti! Missä me erityisesti tarvitsimme tätä kokonaisuuden hahmottamista ja analyttisyyttä?
- Kun mietimme prosessien kuvaamista, kehittämistä ja mittarointia: osaammehan hahmottaa skaalaerot: mikä tekeminen vaikuttaa euron verran, mikä miljoonan verran (ja mikä miljardin verran)?

## 2.9.2003-koulutuspäivässä

- luomme katsauksen nykytilaprosessien kuvauksiin ja niiden suorituskyvystä kertoviin mittareihin
- hahmotamme valtakunnallisesti tärkeiden SUHAT-prosessien tavoitetilan kuvauksia sekä määrittelemme, millaisilla onnistumiskriteereillä / mittareilla niitä olisi mahdollista ohjata ja seurata

\*\*\*\*\*  
 Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"  
 \_\_[paivi.strommer@laatukeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi) 040 551 2218  
 Suomen Laatukeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_\_[www.laatukeskus.fi](http://www.laatukeskus.fi)  
 info@laatukeskus.fi

## Liite 26

SUHAT 2003

PROSESSIMAINEN TOIMINTATAPA

## Työkirja, osa 3:

## Nykyisten prosessien suorituskyvyn arvioiminen ja mittaaminen

## Kotityön tavoitteet:

1. terveyskeskuskohtaisesti olette VALINNEET toimintanne ja prosessijohtamisen kannalta tärkeän prosessin (tärkeät prosessit)
2. olette KUVANNEET tämän prosessin (näiden prosessien) NYKYTILAN
3. olette TUNNISTANEET valitsemanne ja kuvaamanne prosessin (prosessien) tämän hetkiseen tilanteeseen liittyvät TAVOITTEET ja ONNISTUMISKRITEERIT / MITTARIT
4. olette KÄYNEET KESKUSTELUA prosessin tavoitteista ja mittareista NIIDEN TERVEYSKESKUSTEN KANSSA, jotka ovat valinneet SAMAN PROSESSIN kehitettäväksi kuin tekin

SUHAT -hankkeen prosessijohtamisen koulutuksessa etenemme seuraavin askelin. Alla olevan kuvan kaksi ensimmäistä kohtaa pitäisi siis olla valmiina seuraavaan koulutuspäivään 5.11. mennessä.

## Nykytilasta realistiseen tavoitetaan..

- Ensin kuvataan prosessin nykytilanne (vaikkapa vuokaaviolla)
- Seuraavaksi kirkastetaan prosessin nykyiset suorituskykytavoitteet ja käytettävät mittarit
- Sitten tunnustetaan ja määritellään ne prosessin kohdat / tekemiset /asiat, joilla on **merkittävä vaikutus** koko prosessin suorituskykyyn ja joiden suorituskykyä halutaan seurata.
  - Antavatko nykyiset mittarit tietoa prosessin suorituskyvystä ja pullonkauloista?
  - Mahdollistavatko mittarit prosessin ohjauksen?
  - Mittarifaktaa tarvitaan myös prosessin kehittämiseksi
  - Tarkennetaan tarvittaessa kuvausta niin, että kullekin mittarille löytyy oikea "laatikko kaaviossa"
- Suorituskykytoteutuman eli mittareista saatavan faktan perusteella on mahdollista kehittää toimintaa ja hahmottaa uusi, realistinen tavoitetilä: sekä prosessin kulku että mittaritavoitteet



Päivi Strömmer

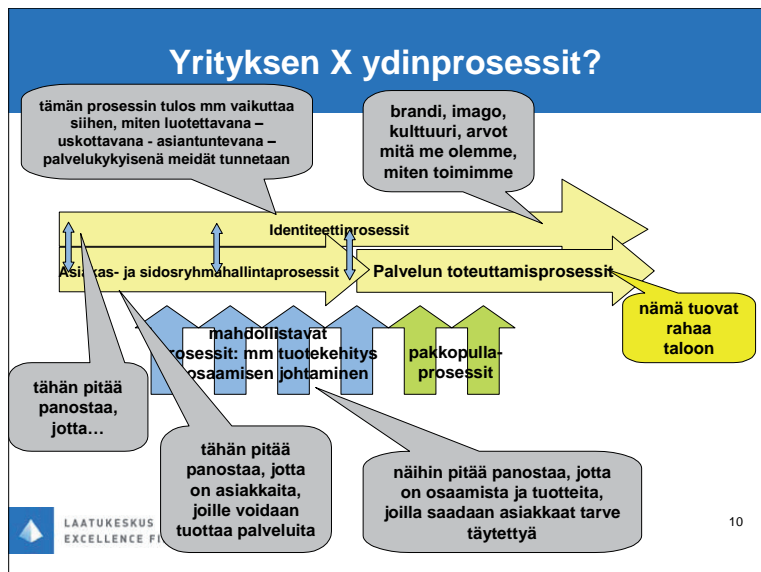
7

.....

Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi" 040 551 2218  
 \_ [paivi.strommer@laatukeskus.fi](mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi)  
 Suomen LaatuKeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_ [www.laatukeskus.fi](http://www.laatukeskus.fi)  
 info@laatukeskus.fi

## 1. Prosessin (prosessien) valinta:

Jotta osataan valita prosessijohtamisen kannalta oleelliset prosessit (prosessin kuvaamiseksi, ohjeistamiseksi, tavoitteiden ja mittarien asettamiseksi, kehittämiseksi), organisaation prosessityyppejä voidaan tarkastella esimerkiksi seuraavan kuvan avulla:



**Mikä on se prosessi (mitkä ovat ne prosessit), jonka (joiden) kuvaamisen koette merkityksellisenä ja johon haluatte keskittyä?**

**Millä kriteereillä valitsitte tämän prosessin (nämä prosessit) kuvattavaksi ja kehitettäväksi?** Onko ko. prosessin kehittämisen tarve BSC-työhön liittyvä strateginen kehittämisa-alue, onko kehittämisen tarve ilmennyt esim. itsearvioinnin pohjalta, asiakailta tai henkilökunnalta saadusta palautteesta vai jollain muulla perusteella?

Esimerkiksi Helsingin Pelastuslaitoksen (kehittämispäällikön Taisto Hakalan esitys 2.9.2003) valintakriteerit prosessien kuvaamiselle ja kehittämiselle ovat:

- prosessin vaikuttavuus
- prosessin yleisyys
- prosessin vaativuus
- prosessin kansanterveydellinen merkitys

.....  
 Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"  
 \_\_paivi.strommer@laatukeskus.fi 040 551 2218  
 Suomen Laatukeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_\_www.laatukeskus.fi  
 info@laatukeskus.fi

## 2. Prosessien kuvaaminen:

Kun olette valinnut prosessin (prosessit), teidän tulee kuvata prosessin NYKYTILA esimerkiksi toimintokaavion tai vuokaavion avulla. Prosessin kuvaamisesta annettiin ohjeita työkirjan ensimmäisessä osassa.

Suuri osa teistä on jo valinnut ja kuvannut kehitettävän (kehitettävät) prosessinsa. Pyydämme teitä tarvittaessa tarkentamaan tästä prosessista (näistä prosesseista) tehtyjä toiminto/vuokaavioita ja niiden sanallisia kuvauksia.

## 3. Nykyisten prosessien tavoitteet sekä niiden suorituskyvyn arvioiminen ja mittaaminen:

Prosessin kuvaamisen jälkeen prosessin suorituskykytavoitteet ja onnistumiskriteerit tulee tunnistaa ja listata. Tämän työkirjan liitteenä on excel-pohja, jota voitte käyttää ja tarvittaessa muokata, kun listaatte valitsemanne prosessin suorituskyvyn seurantaan käytettäviä mittareita.

Mikä on valitsemanne prosessin tavoite?

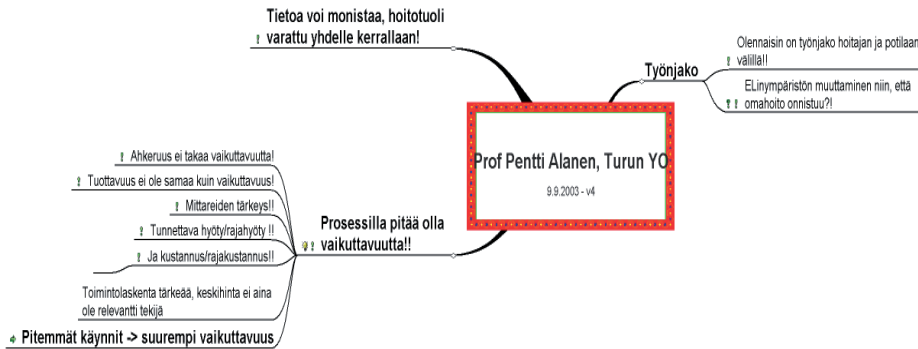
Millä mittareilla voitte seurata prosessin suorituskykyä ja sitä, että prosessin tavoite toteutuu?

Miettiessänne prosessin tavoitetta ja valitessanne sen suorituskykyä parhaiten kuvaavia mittareita, teille saattaa olla apua alla olevista kuvista: mindmap professori Pentti Alasen esityksestä 2.9.2003 sekä tuloksellisuuden vaikuttavat tekijät Valtionkonttorissa.

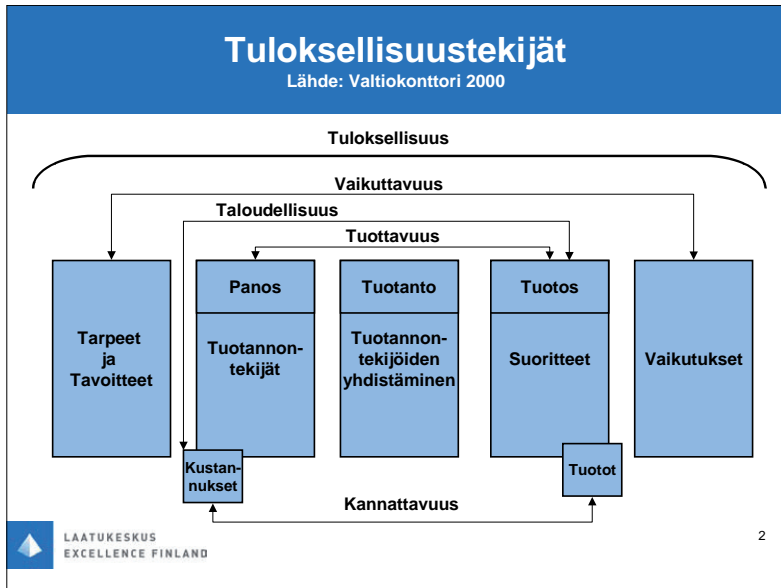
\*\*\*\*\*  
Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"  
\_\_paivi.strommer@laatukeskus.fi 040 551 2218  
Suomen Laatukeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_\_www.laatukeskus.fi  
info@laatukeskus.fi

**Suorituskyvyn mittarit:**

Prosessin suorituskykyä ja vaikuttavuutta kuvaavien mittareiden tulisi liittyä organisaation strategiaan tavoitteisiin. Prosessin vaikuttavuus voi olla erilaista erilaisissa strategisissa tilanteissa. Jos esim. hoitoon pääsyn turvaaminen on strateginen tavoite, mittarina voisi olla hoitoon päässeiden potilaiden lukumäärässä tapahtuva lisäys.



Prosessin vaikuttavuuteen liittyvä käsitteiden keskinäinen hahmotus, esim:



Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"  
 \_\_\_paivi.strommer@laatukeskus.fi\_ 040 551 2218  
 Suomen Laatu keskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_\_\_www.laatukeskus.fi  
 info@laatukeskus.fi

Prosessien MITTAAMISESSA tulee ottaa huomioon, että MITTARI-käsite kattaa hyvin laajasti kaikki mahdolliset arvioinnit, kyselyt, selvitykset, haastattelut, ”mutun”, kokemuksen perustuvat hihavakiot, samoin barometrit, indeksit ja muut ns trendi- ja summamittarit.

Prosessimittareita käytetään tyypillisesti seuraaviin tehtäviin:

**Prosessimittarit**

Missä aiomme olla hyviä?

- **Jatkuvuuden seuranta ja ohjaus**
  - missä meidän pitää olla jatkuvasti hyviä?
- **Muutoksen seuranta ja ohjaus**
  - jotta menestymme, millaisia meidän tulee olla tulevaisuudessa?
- **Palkitseminen**
  - millainen toiminta vie meitä eteenpäin?
  - millaista organisaatiokulttuuria haluamme edistää?

mitä tietoa tarvitsemme?  
mitä mittaamme?

mille tarkkuustasolle pitää kuvauksissa ja mittareissa mennä, jotta saamme riittävän tarkkaa tietoa prosessin ohjaamiseksi ja kehittämiseksi?

LAATUKESKUS  
EXCELLENCE FINLAND

Päivi Strömmer

#### 4. Keskustelu niiden terveyskeskusten kanssa, jotka ovat valinneet saman prosessin kuin tekin

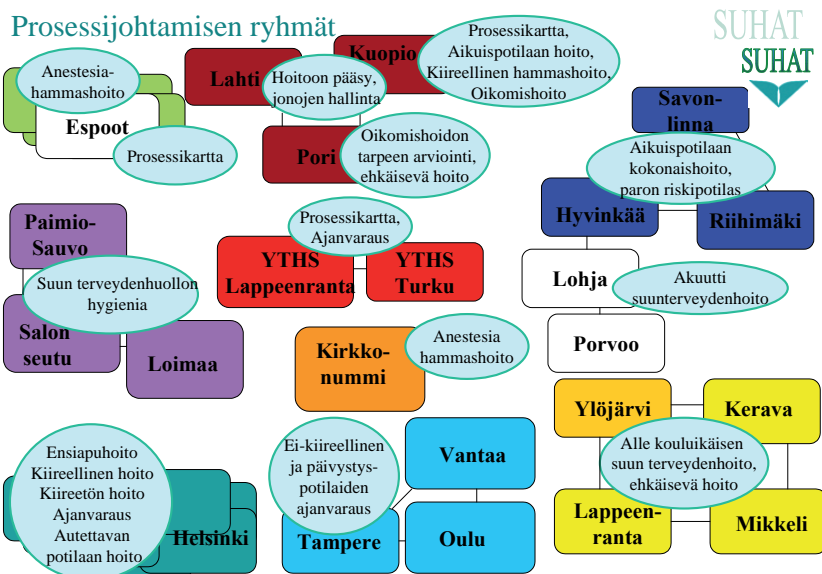
Kun listaatte nykyisten prosessienne onnistumiskriteereitä / mittareita ja mahdollisesti mietitte, miten prosessien ohjausta voisi kehittää mittareiden avulla, voisi olla hyödyllistä keskustella niiden terveyskeskusten kanssa, jotka ovat valinneet saman prosessien kehitettäväksi kuin tekin. Lisäksi mikäli prosessimittarit ovat yhteisiä useassa terveyskeskuksessa, prosesseja on helpompi sekä verrata että benchmarkata keskenään.

Alla olevasta kuvasta ilmenee suunnitellut prosessikuvausryhmät sekä terveyskeskusten tai prosessikuvausryhmien valitsemat prosessit (tilanne 2.9.2003).

.....

Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"  
 \_\_paivi.strommer@laatukeskus.fi 040 551 2218  
 Suomen Laatukeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_\_www.laatukeskus.fi  
 info@laatukeskus.fi





Minkä terveyskeskuksen (terveyskeskusten) kanssa kävitte keskustelua?

Mitkä olivat tärkeimmät ja hyödyllisimmät havainnot keskustelusta?

### 5.11.2003-koulutuspäivässä

- luomme katsauksen nykytilaprosessien kuvauksiin ja niiden suorituskyvystä kertoviin mittareihin
- hahmotamme valtakunnallisesti tärkeiden SUHAT-prosessien tavoitetilan kuvauksia sekä määrittelemme, millaisilla onnistumiskriteereillä / mittareilla niitä olisi mahdollista ohjata ja seurata

.....

Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatuokeskus.fi" \_  
 \_\_paivi.strommer@laatuokeskus.fi 040 551 2218  
 Suomen Laatuokeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatuokeskus.fi" \_ \_\_www.laatuokeskus.fi  
 info@laatuokeskus.fi

---

**PROSESSIJOHTAMISEN KÄSITTEITÄ, Kai Laamanen, Markku Tinnilä 2002**


---

PROSESSI	Prosessi on joukko toisiinsa liittyviä toistuvia toimintoja ja niiden toteuttamiseen tarvittavia resursseja, joiden avulla syötteet muutetaan tuotteiksi.
PROSESSIKAAVIO	Toiminto, Prosessin kuvaus = Prosessinkuvauksessa esitetään prosessin ymmärtämisen kannalta kriittiset toiminnot ja muut määrittelyt.
PROSESSIKARTTA	Yrityksen tasolla tehty graafinen kuvaus yrityksen avainprosesseista ja niiden välisistä yhteyksistä.
PROSESSIN MÄÄRITTELY	Prosessin kuvaus.
PROSESSIN SUORITUSKYKY	Suorituskyky on kyky saada aikaan haluttuja tuloksia. Suorituskyky voi liittyä asiakkaaseen, tuotteeseen, prosessiin, syötteeseen ja toimittajaan.
PROSESSIN MITTAAMINEN	Mittaamisella tarkoitetaan numeroilla esitettävissä olevan tiedon hankintaa erilaisiin tarkoituksiin. Yksinkertaisimmillaan mittaaminen tarkoittaa jonkin yksittäisen tiedon hankintaa päätöksentekotilanteisiin.
PROSESSIN LÄPIMENOAIKA	Läpimenoaika on aika, joka kuluu tiettyjen toimintojen toteuttamiseen.
PROSESSIN ROOLIT	Henkilö, joka suorittaa toiminnon prosessissa, tunnistetaan roolin perusteella.
PROSESSIN OMISTAJA	Prosessin omistaja on prosessista vastuussa oleva henkilö.
PROSESSITIIMI	Tiimi on ryhmä ihmisiä, joilla on yhteinen, sisäistetty tavoite.
PROSESSIJOHTAMINEN	Prosessijohtamisella tarkoitetaan menettelyä, joilla tunnistetaan ja kehitetään organisaation menestykselle tärkeitä toimintojen ketjuja, prosesseja ja prosessijohtaminen kohdistuu ensisijaisesti toimintaan.
PROSESSIMAINEN TOIMINTA	Perusajatuksena on, että organisaation suorituskyky syntyy prosesseissa ja että toimintaa tulee muuttaa, jos halutaan parempi suorituskyky.
ASIAKKAAN PROSESSI	Palvelutapahtumissa on tärkeää tunnistaa, miten asiakas toimii prosessissa. Asiakas osallistuu merkittävällä tavalla prosessin toteuttamiseen esim. pankissa lainan myöntäminen, ravintolassa ruuan tarjoaminen, kaupassa kassan toiminta jne. Prosessi pitää tässä yhteydessä sisällään ennemminkin yleisen käsityksen niistä keskeisistä tekijöistä ja tehtävistä, jotka vaikuttavat prosessin onnistumiseen.

\*\*\*\*\*

Päivi Strömmer	_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"	
<a href="mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi">__paivi.strommer@laatukeskus.fi</a>	040 551 2218	
Suomen Laatukeskus Oy	Purotie 1 P.O.Box 50	Tel.+358 9 8622 4400
Finlands Kvalitetscentral Ab	FIN-00381 Helsinki Finland	Fax. +358 9 8622 4411
Excellence Finland Ltd Ab	_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" _ <a href="http://www.laatukeskus.fi">__www.laatukeskus.fi</a>	
	info@laatukeskus.fi	

–

**SUHAT 2003****PROSESSIMAINEN TOIMINTATAPA****ASIAKKUUDEN HALLINTA**

**ASIAKASSUHTTEEN HALLINTAPROSESSI** Asiakkuuden hallinta on asiakaskeinen johtamismalli, jonka avulla pyritään pitkäaikaisiin asiakassuhteisiin, jotka ovat hyödyllisiä molemmille osapuolille. Liiketoiminnan suunnittelu, muutoshankkeen suunnittelu, toimittajan valinta, esitutkimus/sopimus, projektin toteutus, käyttö/ylläpito, tuotteen kehittäminen, asiakkaan kiinnostuksen herättäminen ja toimituksesta sopiminen, tuotteen toimittaminen ja tyytyväisyyden ylläpitäminen.

**SISÄINEN PROSESSI**

Omistaja toimii prosessin kehitystiimin vetäjänä kehittäen toimintaa organisaation tavoitteiden mukaiseksi johon kuuluu strateginen suunnittelu, vuosi suunnittelu, osaamisen kehittäminen, rahoituksen suunnittelu, tietojärjestelmien ylläpito, toimittajan valinta ja prosessien suunnittelu.

**SISÄINEN ASIAKAS**

Tarkoittaa usein sitä, että tietyn vaiheen suorittaja on edellisen vaiheen asiakas organisaation sisällä. Tukiprosessien asiakkaat ovat sisäisiä.

**SIDOSRYHMÄ**

Asiakas on yksi organisaation sidosryhmistä. Kun käsitettä asiakas käytetään prosessien yhteydessä, niin asiakas on prosessin tuotteen (output) vastaanottaja.

**JOHTAMISPROSESSI**

Joissakin organisaatioissa strategiseen suunnitteluun ja seurantaan saatetaan viitata termeillä johtamisprosessi tai ohjausprosessi.

**OHJAUSPROSESSI  
PROSESSIN OHJAUS**

Organisaation johtamistapa strategisessa toiminnassa.

**AVAINPROSESSI**

Organisaatioiden kannalta kiinnostavia prosesseja ovat ne prosessit, jotka ovat kriittisiä menestymisen kannalta. Tyypillisimpiä ovat tuotteiden ja palveluiden kehittäminen, asiakkaiden kiinnostuksen herättäminen.

**YDINPROSESSI**

Suoraan ulkoisille asiakkaille arvon tuottavia prosesseja kutsutaan ydinprosessiksi tai myös liiketoimintaprosessit.

**TUKIPROSESSI**

Mikään organisaatio ei voi toimia pelkästään ulkoisille asiakkaille arvoa tuottavien prosessien varassa. Tarvitaan edellytysten luomista.

**FUNKTIONAALINEN ORGANISAATIO  
LINJAORGANISAATIO**

Yleinen rakenne yrityksessä koostuu organisaatioyksiköistä (tulosyksiköistä) kuten mm. tuotanto, markkinointi, logistiikka ja rahoitus. Toiminta perustuu osastojen eli funktioiden erikoistumiseen siten, että samaa tai samantyyppistä työtä suorittavat henkilöt ja toiminnot sijoitetaan samaan osastoon.

**MATRIISIORGANISAATIO**

Tarkoitetaan ristikkäisesti ohjautuvaa rakennetta, jossa henkilö raportoi kahteen suuntaan, esim. alueellisesti ja funktionaalisesti tai tuotekohtaisesti ja funktionaalisesti.

.....  
 Päivi Strömmer \_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"  
 \_\_paivi.strommer@laatukeskus.fi 040 551 2218  
 Suomen Laatukeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel.+358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab \_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" \_\_www.laatukeskus.fi  
 info@laatukeskus.fi

## SUHAT 2003

## PROSESSIMAINEN TOIMINTATAPA

HAJAUTETTUORGANISAATIO	Tarkoittaa yleensä rakennetta, joka perustuu tulosyksiköihin, tuotteisiin tai asiakkaisiin. Liiketoimintaa koskevat päätökset tehdään näissä yksiköissä hajautetusti.
TOIMINTAJÄRJESTELMÄ	Koordinoidaan, johdetaan ja tehdään mahdolliseksi toteuttaa yrityksen toimintaa päämäärien saavuttamiseksi.
OPERATIIVINEN TOIMINTA	Johtamisjärjestelmä jolla saavutetaan päämäärät.
LISÄÄRVO	Arvo on tunnusluku, joka kuvaa taloudellista merkitystä. Lisäarvolla tarkoitetaan asiakkaan kokeman tuotteen ja palvelun käyttöarvon ja sen hankinta- ja käyttökustannusten erotusta.
KYVYKKYYS	<p>Kyvykkyydellä tarkoitetaan toimintamalleja, joita yksilö tai organisaatio käyttää toistuvasti, päämäärätietoisesti ja tarkoituksenmukaisesti. Perustuu tietoon ja osaamiseen.</p> <p>Organisaation kyvykkyys perustuu tietoon ja osaamiseen.</p> <p>Joissain yhteyksissä puhutaan organisaation kyvykkyydessä tai tietämyksestä, jolloin viitataan organisaation omaksumiin toimintamalleihin, prosesseihin, aineettomaan varallisuuteen tai näiden kehittämiseen liittyviin investointeihin. Tästä saatetaan käyttää nimitystä osaamis-, tieto- tai tietämyspääoma. Organisaation kyvykkyyttä voidaan arvioida mm. laatupalkintojen tai kypsyysmallien avulla. Kypsyysmallien perusajatus on, että kehittyminen tapahtuu tiettyssä järjestyksessä eli kyvykkyudet rakentuvat toistensa varaan. Kypsyysmalli auttaa näkemään kehityspolun ja valitsemaan kulloiseenkin kehityksen vaiheeseen tehokkaan parantamisstrategian.</p>

\*\*\*\*\*

Päivi Strömmer	_ HYPERLINK "mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi"	
<a href="mailto:paivi.strommer@laatukeskus.fi">__paivi.strommer@laatukeskus.fi</a>	040 551 2218	
Suomen Laatuokeskus Oy	Purotie 1 P.O.Box 50	Tel.+358 9 8622 4400
Finlands Kvalitetscentral Ab	FIN-00381 Helsinki Finland	Fax. +358 9 8622 4411
Excellence Finland Ltd Ab	_ HYPERLINK "http://www.laatukeskus.fi" <a href="http://www.laatukeskus.fi">__www.laatukeskus.fi</a>	
	info@laatukeskus.fi	

# Liitteet 27–28. Prosessityökirjat vuonna 2004

## Liite 27

SUHAT 2004

Hoitoon pääsyn prosessit

### Työkirja, osa 1, Koulutus- ja työkokousta 09.02.04 varten

Terveyskeskus tai kuntayhtymä:

### Hoitoon pääsyn prosessi, siihen liittyvät ongelmat, ratkaisuehdotukset ja onnistumisen mittarit sekä tahtotila hoitoon pääsyn varmistamiseksi ja parantamiseksi

Kotityön tavoitteet:

Hoitoon pääsyn prosessi on valittu kriittiseksi kehittämisprosessiksi SUHAT 2004-hankkeessa. Se pohjautuu BSC:iin sekä visioon ja strategiaan.

Prosessien kuvaaminen ja kehittäminen tähtäävät käytännön toimintatapojen tukemiseen - ja mahdollisesti tarvittaessa niiden muuttamiseen. Keskeinen asia on, miten ne tukevat päivittäisten hoitoon ottamispäätösten ja hoitopäätösten tekemistä.

Prosessi tukee strategiaa ja sillä saavutetaan BSC:in mukainen visio.

Kunnassanne voi olla muukin kriittinen kehittämisprojekti.

### Pyydämme ystävällisesti, että näistä lähtökohdista lähtien täytätte oman terveystietokorttianne osalta seuraavat ennakkotehtävät:

#### 1. Hoitoon pääsyn prosessi ja sen kuvaaminen:

- Kuvatkaa lyhyesti kaaviona hoitoon pääsyn prosessi terveystietokorttianne hammashuollossa. Voitte käyttää myös seuraavaa jaotusta:
  - välitön yhteys hammashuollon ajanvaraukseen, jossa arvioidaan hoitoajan anto
  - kiireelliseen hammashoittoon (ensiapu) pääsy
  - 3-6 kk sisällä tapahtuvaan hoitoon pääsy
  - suun ylläpitohoitoon/terveystarkastukseen (ei-kiireellinen) pääsy.
- Merkitkää tähän kaavioon hoitoon pääsyn ongelmakohdat. Ongelmia voivat olla esimerkiksi puhelinyhteyden saaminen hammashoittoon, puhelimeen vastaavan henkilön asiantuntemuksen rajoitukset, ATK-tukitoimien puute, toimintakäytännöt, työnjako-ongelmat, konsultaatiomahdollisuuksien ja tuen puute jne.
- Mikäli Teillä on käytössä hoitojono, kuvatkaa myös jonoprosessit.
- Määrittäkää vastuiden jakautuminen hoitoon pääsyn prosessissa.

Päivi Strömmer  
Suomen Laatuokeskus Oy  
Finlands Kvalitetscentral Ab  
Excellence Finland Ltd Ab

paivi.strommer@laatuokeskus.fi  
Purotie 1 P.O.Box 50  
FIN-00381 Helsinki Finland  
<http://www.laatuokeskus.fi/>

040 551 2218  
Tel. +358 9 8622 4400  
Fax. +358 9 8622 4411  
info@laatuokeskus.fi

## 2. Hoitoon pääsyn prosessin ongelmat:

Mitkä ovat kolme tärkeintä/pahinta ongelmakohtaa hoitoon pääsyn prosessissa terveyskeskuksenne hammashuollossa? Mitkä voisivat olla ratkaisuja, joilla itse voitte vaikuttaa kyseisiin ongelmiin? Liittyvätkö ne esimerkiksi toimintakäytäntöihin prosessin eri vaiheissa, koulutukseen, konsultaatiomahdollisuuksiin, yhteistyöhön, työnjakoon, tahtotilaan, tiedonsaantiin, evidenssiin hoidon vaikuttavuudesta...?

Voitte käyttää vastatessanne seuraavaa taulukkoa.

Ongelma	Ja siihen vastaava(t) ratkaisu(t)

Päivi Strömmer  
Suomen Laatuokeskus Oy  
Finlands Kvalitetscentral Ab  
Excellence Finland Ltd Ab

paivi.strommer@laatuokeskus.fi  
Purotie 1 P.O.Box 50  
FIN-00381 Helsinki Finland  
<http://www.laatuokeskus.fi/>

040 551 2218  
Tel. +358 9 8622 4400  
Fax. +358 9 8622 4411  
info@laatuokeskus.fi

**3. Tahtotila hoitoon pääsyn prosessin varmistamiseksi ja parantamiseksi:**

Voidaanko toimintaprosessien kehittämisellä vaikuttaa poliittisten päättäjien, kuntanne/kuntayhtymänne terveydenhuollon johdon ja oman hammashuollon henkilöstönne tahtotilaan hoitoon pääsyn turvaamisessa?

a) Miten hammashuollon henkilökuntanne jäsenille saadaan aikaan tahtotila sellaisiin toimintakäytäntöjen muutoksiin, että pystyttäisiin hoitamaan nykyistä enemmän aikuispotilaita ja turvaamaan hoitoon pääsy? Mainitkaa kolme tärkeintä asiaa, jotka mielestänne voitaisiin tehdä tämän tahtotilan lisäämiseksi.

Tärkein asia, jonka voisimme tehdä:

Toiseksi tärkein:

Kolmanneksi tärkein:

b) Miten kuntanne/kuntayhtymänne päättäjille saataisiin aikaan tahtotila allokoida lisää resursseja aikuishammashoitoon? Mitä voisitte tehdä?

Tärkein asia, jonka voisimme tehdä:

Toiseksi tärkein:

Kolmanneksi tärkein:

**4. Hoitoon pääsyn prosessimittarit:**

Mitkä ovat mielestänne kolme parasta hoitoon pääsyn seuraamisen prosessimittaria?

.....  
 Päivi Strömmer paivi.strommer@laatukeskus.fi 040 551 2218  
 Suomen Laatukeskus Oy Purotie 1 P.O.Box 50 Tel. +358 9 8622 4400  
 Finlands Kvalitetscentral Ab FIN-00381 Helsinki Finland Fax. +358 9 8622 4411  
 Excellence Finland Ltd Ab <http://www.laatukeskus.fi/> info@laatukeskus.fi

# Liite 28

SUHAT 2004

Hoitoon pääsyn prosessit

## Työkirja, osa 2, Koulutus- ja työkokousta 17.05.04 varten

### Hoitoon pääsy: tarpeen ja kiireellisyyden arvioiminen, siihen liittyvät osaamistarpeet sekä asenne- ja toimintatapamuutokset

#### Aiheemme 17.5.2004:

- hoidon tarpeen ja sen kiireellisyyden arvioimisen sekä jononhallinnan hyvät käytännöt, menettelyt ja työkalut
- miten ja kuka: roolit / osaamiset / koulutukset?
- vastuut hoidon tarpeen arvioinnissa potilaan ottaessa yhteyttä arkipäivisin
- hoitoon pääsy- prosessin tavoitteet, menestystekijät ja mittarit
- palkitsemisen kytkeminen prosessitavoitteiden toteutumiseen
- suunnitellaan konsultatiiviset vertailukehittämisvierailut tai benchmarkingkäynnit kesälle ja syksyille 2004

Terveyskeskuksemme tai kuntayhtymämme nimi: \_\_\_\_\_

#### Pyydämme ystävällisesti, että täytätte oman terveystietokorttianne osalta seuraavat ennakkotehtävät:

##### 1. Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioiminen: välitön yhteyden saanti terveystietokortin hammashuoltoon - prosessin vaiheet, ohjeistus, työkalut, päätöksenteko, vastuut.

Kuvatkaa lyhyesti esimerkiksi kaaviona hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioimisen vaiheet ja siihen liittyvä ohjeistus / työkalut / päätöksentekotavat terveystietokorttianne hammashuollossa. Kuvatkaa myös vastuutus erityisesti asiakkaan ottaessa yhteyttä hammashuoltoon arkipäivänä. Voitte käyttää halutessanne pohjana työkirja 1:een liittyvää prosessikuvaustanne.

- Tunnistakaa ja listakaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioimisen ongelmakohdat ja haasteet erityisesti hammashuollon näkökulmasta.
- Määrittäkää vastuiden jakautuminen hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioimisessa.
- Työkirjan viimeisellä sivulla on ns. prosessikuvausten "uimaratamalli" (roolit / vastuutahot luetellaan vasemmalla pystylaidassa ja tekeminen tapahtuu aikajärjestyksessä vasemmalta oikealle). **Mikäli koette järkeväksi, voitte kuvata hoidon tarpeen arvioinnin tai muun oleellisen osan hoitoon pääsyprosessistanne tällä uimaratamalla, jossa siis on mukana myös soveltuvasti TAVOITTEET, MITTARIT, OSAAMISET, RESURSSIT, VASTUUT**

Päivi Strömmer  
Suomen Laatu keskus Oy  
Finlands Kvalitetscentral Ab  
Excellence Finland Ltd Ab

paivi.strommer@laatu keskus.fi  
Purotie 1 P.O.Box 50  
FIN-00381 Helsinki Finland  
<http://www.laatu keskus.fi/>

040 551 2218  
Tel. +358 9 8622 4400  
Fax. +358 9 8622 4411  
info@laatu keskus.fi



## 2. Tarvittavat osaamiset ja pätevyudet hoidon tarpeen arvioinnissa

- Mitkä ovat kolme tärkeintä/kiireellisintä pätevöittämis-/kouluttamistarvetta hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnissa terveyskeskuksenne hammashuollossa?
- Mitkä voisivat olla ratkaisuja, joilla itse voitte vaikuttaa kyseisiin koulutustarpeisiin?

Halutessanne voitte käyttää alla olevaa taulukkoa.

Koulutustarve	Ja siihen mahdollinen ratkaisu

.....  
 Päivi Strömmer  
 Suomen Laatukeskus Oy  
 Finlands Kvalitetscentral Ab  
 Excellence Finland Ltd Ab

paivi.strommer@laatukeskus.fi  
 Purotie 1 P.O.Box 50  
 FIN-00381 Helsinki Finland  
<http://www.laatukeskus.fi/>

040 551 2218  
 Tel.+358 9 8622 4400  
 Fax. +358 9 8622 4411  
 info@laatukeskus.fi

**3. Hoitoon pääsyn prosessin tavoitteet, menestystekijät, prosessimittarit ja palkitseminen.** Voitte käyttää halutessanne pohjana BSC:ssä määriteltyjä tavoitteita ja menestystekijöitä.

**Mitkä ovat tärkeimmät hoitoon pääsyyn liittyvät tavoitteenne terveystieteidenne suun terveydenhuollossa?**

**Mitkä ovat näiden tavoitteiden toteuttamisessa keskeisimmät menestystekijät?**

**Mitkä olette valinneet hoitoon pääsyn prosessimittareiksi terveystieteidenne?**

**Miten palkitseminen voidaan terveystieteidenne kytkeä aikuisten hoitoon pääsyä edistävien toimintakäytäntöjen muutoksiin?** Mainitkaa yhdestä kolmeen toimivaa tapaa kehittää palkitsemisjärjestelmääne aikuispotilaiden hoitoon pääsyä edistäväksi. Palkitsemista voidaan tässä ajatella esimerkiksi yksilön ja ryhmän kannalta, taloudellisena ja ei-taloudellisena palkitsemisena, tulospalkkiojärjestelmän kehittämisen kannalta jne.

- 
- 
- 

#### **4. Vertailukehittäminen / benchmarkkaus muiden terveystieteiden kanssa**

- Mitkä ovat ne terveystieteiden, joiden kanssa haluatte benchmarkata hoitoon pääsyn prosesseja ja mittareita, hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioimista, toimintatapamuutosten aikaansaamista ja läpiviemistä?
- Seuraavalla sivulla on kaksi lyhyttä muistilistaa liittyen benchmarkingvierailuihin valmistautumiseen

Päivi Strömmer  
Suomen Laatuokeskus Oy  
Finlands Kvalitetscentral Ab  
Excellence Finland Ltd Ab

paivi.strommer@laatuokeskus.fi  
Purotie 1 P.O.Box 50  
FIN-00381 Helsinki Finland  
<http://www.laatuokeskus.fi/>

040 551 2218  
Tel. +358 9 8622 4400  
Fax. +358 9 8622 4411  
info@laatuokeskus.fi

## Ennen vierailua..1

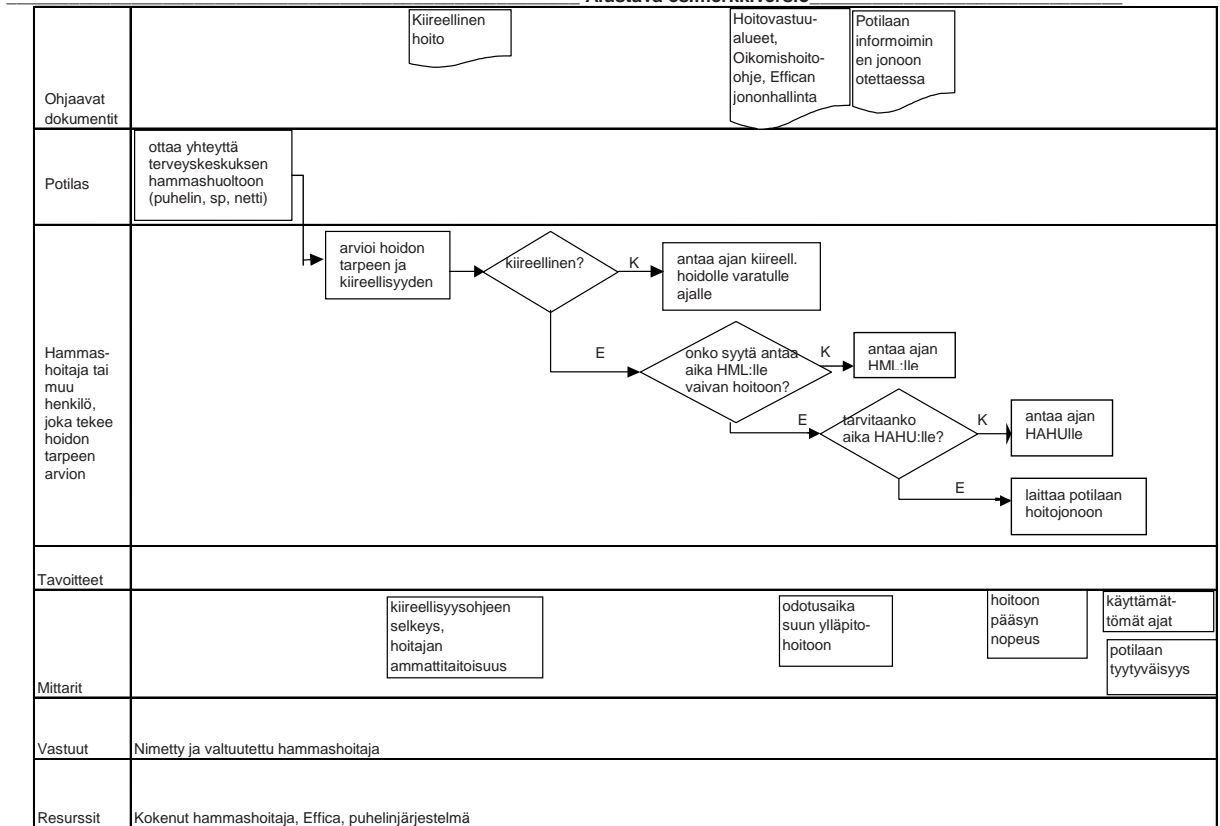
- **sovi vertailukumppaniorganisaation kanssa**
  - aikataulu (pvm, klo)
  - paikka (tarkka osoite)
  - purkupalaverin pitomahdollisuus
- **meilaa isännille (=vertailukumppanille)**
  - osallistujalistanne
  - kysymyslistanne
  - ongelmanne määrittely
  - prosessinne kuvaus

## Ennen vierailua..2

- **varmistu, että isäntäorganisaatiossa**
- **paikalla riittävä määrä asiantuntijoita**
- **sovi ryhmänne sis. roolit, tehtävät ja vastuut**
  - puheenjohtaja / kysymysvastuu
  - dokumentointivastuu
  - lahjan antaja / kiitoksen esittäjä
- **sovi muistiinpanomallista/pohjasta**
- **selvitä salassapitosopimuksen tarve, sisältö**

SUHAT 2004

### Hoitoon pääsyn prosessit Alustava esimerkkiversio



Päivi Strömmer  
Suomen Laatuokeskus Oy  
Finlands Kvalitetscentral Ab  
Excellence Finland Ltd Ab

paivi.strommer@laatuokeskus.fi  
Purotie 1 P.O.Box 50  
FIN-00381 Helsinki Finland  
<http://www.laatuokeskus.fi/>

040 551 2218  
Tel. +358 9 8622 4400  
Fax. +358 9 8622 4411  
info@laatuokeskus.fi

## Liite 29. Yhteenvedo terveystieteiden prosesseista, joita kehitettiin SUHAT-hankkeessa

## SUHAT 2004 PROSESSITAUUKKO

15.12.2004

PROSESSI	Espoon keskus	Espoonlahti	Espoo/Leppävaara	Espoo/Matinkylä-Olari	Espoo/Tapiola	Koko Espoo	Helsinki	Hyvinkää	Kemi	Kerava	Keuruu-Multia	Kirkkonummi	Kuopio	Lahti	Lappeenranta	Lohja	Loimaa	Mikkeli	Oulu	Paimio-Sauvo	Pori	Porvoo	Raahen	Riihimäki	Salon seutu	Savonlinna	Tampere	Vantaa	Varkaus	Ylöjärvi	YTHS Lappeenranta	YTHS Turku					
AJANVARAUS							A			A																	A	A					A				
KIIIREELLINEN HOITO							B									A												A	B								
ALLE KOULUIK. EHK. HOITO										B					A					A								C		A							
KOULULAISTEN EHK.HOITO																				B								D									
AIKUISEN EHK. HOITO																	A			C	A																
AIKUISPOT. KOKONAISHOITO								A					A							D				A				E									
PARODONTOLOGINEN POT.								B																B		A											
VAATIVA KIRURGINEN HOITO										C																											
LEIKKAUSSALITOIMINTA																																			B		
VÄLINEHUOLTO/HYGIENIA																	A			E					A			F						C			
OIKOMISHOITO																					B																
ANESTESIAHAMMASHOITO						A						A																									
TARTUNTAVAARALLINEN H.																																					
JOHTAJUUS JA HALLINTO																																			D		
LAITEHUOLTO																																				E	
RÖNTGEN																																					
HAMMASLABORATORIO																																					

## Liite 30. Työnjaon toteuttaminen terveyskeskuksissa

Suun terveydenhuollon ammattiryhmä terveyskeskuksessa	Potilasryhmä tai suun terveydenhuollon osa-alue
Hammashuoltaja itsenäisesti	Koululaisten ja aikuispotilaiden väli vuosien seuranta Alle kouluikäisten hammastarkastukset Laitos-, sairaala-, asuntola- ja kotihoidon potilaiden ehkäisevä hoito ja suun terveyden seuranta sekä hoitohenkilökunnan valistus Terveyskasvatus ja neuvonta, myös muun terveydenhoitohenkilöstön informointi suun terveyteen liittyvissä asioissa Sylkitestit Puhdistukset, fluoraukset ja pinnoitukset Riskipotilaiden ehkäisevä hoito Röntgenkuvauksia Ompeleiden poistot Terävien hammas- ja paikkalohekeamien hionnat Maitohammaspaikkaukset (kokeiluluonteisesti)
Hammashuoltajat yhdessä hammaslääkärin kanssa	Parodontitiitin hoito  Osa oikomishoidon toimenpiteistä Laitosten, kehitysvammaisten ja kotisairaanhoidon potilaiden suun hoito
Hammashoitaja	Valistustoiminta, myös muun terveydenhoitohenkilöstön informointi suun terveyteen liittyvissä asioissa Riskiryhmien ehkäisevä hoito Alle kouluikäisten seulonnat Panoraamakuvien otto Sylkitestit Jäljennösten otto ja kipsimallien teko Osa oikomishoidon toimenpiteistä

## TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

### 2008

Jan Klavus (toim.) Terveystaloustiede 2008  
Työpapereita 4/2008 Tilausnro T4/2008

Timo Hujanen et al. Terveystaloustiede 2006  
Työpapereita 3/2008 Tilausnro T3/2008

Tuulia Rotko, Marita Sihto (toim.). Terveystaloustiede 2007  
Stakes. Seminaariraportti  
Työpapereita 2/2008 Tilausnro T2/2008

Maija Ritamo (toim.). Terveystaloustiede 2008  
Työpapereita 1/2008 Tilausnro T1/2008

### 2007

Pasi Moisio. HYPÄ 2006. Hyvinvointi & Palvelut -kyselyn 2006 aineistokuvaus  
Työpapereita 33/2007 Tilausnro T33/2007

Matti Rimpelä, Hanna Happonen, Kirsi Wiss, Vesa Saaristo, Elise Kosunen, Arja Rimpelä. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004–2007  
Työpapereita 32/2007 Tilausnro T32/2007

Riitta Haverinen, Riitta Haahti (red.): Annus Socialis Fenniae 2007. Nordiskt socialdirektörsmöte. Oslo, Norge 24–25 oktober 2007  
Työpapereita 31/2007 Tilausnro T31/2007

Tarja Heino: Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Tutkimus lapsista ja perheistä tilastolukujen takana  
Työpapereita 30/2007 Tilausnro T30/2007

Ville Remes, Mikko Peltola, Unto Häkkinen, Heikki Kröger, Juhana Leppilähti, Miika Linna, Antti Malmivaara, Keijo Mäkelä, Olavi Nelimarkka, Ilmo Parvinen, Seppo Seitsalo, Jarmo Vuorinen: PERFECT – Tekonivelkirurgia. Lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus  
Työpapereita 29/2007 Tilausnro T29/2007

Harriet Finne-Soveri, Pia Nurme: Tehostetun palveluasumisen asukasvalinta ja palveluohjauksen kriteerit ja ehdotus Porvoossa. Kevät 2007  
Työpapereita 28/2007 Tilausnro T28/2007