

Työpaperi nro 43/2020

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen, Marko Ekqvist

Suun terveydenhuollon uudistustyö ja tavoitejohtamisen tietoperusta

Suhat - verkoston toiminta 2000–2019

Työpaperi kuvaa Suhat – verkoston toimintaa vuosina 2000 – 2019. Verkosto on perustettu vuonna 2000 vahvistamaan suun terveydenhuollon strategista johtamista ja toiminta on jatkunut siitä asti. Työpaperi antaa hyvän kuvan toimintaan vaikuttaneista sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisista ja lainsäädännöllisistä uudistuksista. Verkostossa käytettyjä työmenetelmiä ja toimintaa kuvataan vuosittain kerättävien tunnuslukujen avulla. Työpaperissa arvioidaan verkoston pitkäaikaisia vaikutuksia ja hyödynnettävyyttä 2020–2030 lukujen sote-uudistuksissa

Lukijalle

Katsausraportti kuvaa Suhat – verkoston toimintaa vaiheittain vuosina 2000 – 2019 ja toimintaan vaikuttaneita sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisia ja lainsäädännöllisiä uudistuksia. Raportti antaa hyvän kuvan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisista muutoksista 2000 – luvulta lähtien. Suhat – verkoston tavoitteet syntyivät alkuvaiheessa kuntien suun terveydenhuoltoa koskevista aikuisväestön palvelujen uudistuksista sekä tämän edellyttämistä toiminnan muospaineista. Katsausraportissa keskitytään Suhat – verkostossa toimineiden kuntien terveystieteiden toiminnan kuvaukseen vuosina 2000 - 2019. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön yksiköitä on mukana verkostossa, joiden toimintaa kuvaavia tietoja on myös mukana.

Katsausraportissa arvioidaan verkoston pitkäaikaisia vaikutuksia sekä hyödynnettävyyttä 2020- 2030 lukujen sote – uudistuksen muutoksissa. Raportin johtopäätöksissä esitetään malleja Suhat – verkoston hyödyntämiseen muuttuvassa sote – ympäristössä. Kaikki hankkeeseen liittyvät tiedot on nähtävissä Suhat:in internetsivuilla <http://info.stakes.fi/suhat>. Sivulla on kaikkien osallistujien yhteystiedot, koulutuspäivien materiaalit ja indikaattoripankin tilastotiedot hankkeen koko toimiajalta.

Tiivistelmä

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen, Marko Ekqvist. Suun terveydenhuollon uudistustyö ja tavoitejohtamisen tietoperusta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 43/2020. 93 sivua. Helsinki 2020. ISBN 978-952-343-598-8 (verkkójulkaisu)

Suhat - hankkeen tavoitteena on ollut siihen osallistuneiden kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskusten oman toiminnan kehittämisen, arvioinnin ja laatutyön tukeminen vuosien 2000 – 2019 aikana. Verkostohankkeen lähtökohtana olivat lainsäädäntöuudistukset suun terveydenhuollossa ja julkisesti tuettujen palvelujen laajentuminen koko väestöön. Tavoitteena oli tukea suun terveydenhuollon strategisen johtamisen kehittämistä ja uudistusten vaatimien muutosten läpivientiä. Edellytykset luotiin toiminnan kuvaamiseen, arviointiin ja vertailuun eri tunnusluvuilla ja indikaattoripankin tietoperustalla. Strategiseen suunnitteluun käytetty tasapainotetun arvioinnin BSC-menetelmä oli uusi suun terveydenhuollossa, eikä aikaisempaa kokemustietoa ollut käytettävissä.

Arvioinnin ja kokemusten perusteella verkostohanke on onnistunut hyvin ja BSC-menetelmä toimii strategian perustana suun terveydenhuollossa. Työskentelyä tehtiin suurelta osin etätyönä, joka myös toimii hyvin. BSC-työn avulla tuotetun strategian vieminen käytäntöön edellyttää kiinteää yhteyttä talouden ja toiminnan suunnitteluun, tulosohjaukseen ja henkilöjohtamiseen. Yhteisten valtakunnallisten tavoitteiden katsottiin olevan hyvä pohja työssä, joita alueet voivat soveltaa omaan työhönsä mutta huomioida samalla alueen erilaisuus. Erityisen hyvänä pidettiin vertailevan tiedon saamista valtakunnalliseen indikaattoripankkiin ja tiedon käyttöä benchmarking-tunnuslukuina. Yhteisesti sovittujen määrittelyjen katsottiin lisäävän vertailujen luotettavuutta ja olevan erittäin tarpeellisia.

Yhdessä työskentely on muodostanut verkoston, jonka tuoma asiantuntijoiden tuki ja keskustelumahdollisuus on koettu tärkeäksi. Johtamisen kehittämisen näkökulmat ovat täydentyneet eri vuosien teemoina ajankohtaispäivillä ja ovat mahdollistaneet laaja-alaisesti strategiatavoitteiden toteutumista. Osallistujien välinen vertaisarviointi ja keskustelut erilaisista toimintatavoista, että omaa toimintaa kuvaavien tunnuslukujen vertailu, ovat auttaneet organisaatioita löytämään omat kehittämiskohteensa. Vertailevan kehittämisen toimintamalli ja hyvien käytäntöjen levittäminen ovat siten tulleet oleelliseksi osaksi tavoitejohtamista.

Raportti kuvaa eri vuosina käytettyjä työmenetelmiä ja toimintaa kuvaavia tunnuslukuja sekä toiminnan muutoksia koskevia arviointeja. Suhat – verkostossa on luotu tavoitejohtamisen avuksi tietoperusta (indikaattoripankki) ja tavoitteiden toteutumisen seurantaan sopivat tunnusluvut. Verkoston tavoitteena on edistää ja vahvistaa johtamisosaamista suun terveydenhuollossa sekä edistää yhteisellä työskentelyalustalla innovatiivisia tapoja palvelujen järjestämisessä. Toiminta on ollut tuloksellista ja tavoitteiden mukaista usean tunnusluvun seurannan perusteella.

Palveluajattelu, laatu ja asiakassuuntautuneisuus ovat toiminnan kehittämisen lähtökohtia, joiden tulee näkyä myös toiminnan arvioinnissa. Suhat – verkostossa suun terveydenhuollon toiminnan näkökulmina ovat vaikuttavuus, asiakas, voimavarojen käyttö, prosessit ja rakenteet sekä uudistuminen ja työkyky. Suhat – indikaattoripankki tarjoaa useaan näkökulmaan laatua osoittavia tunnuslukuja, joita voidaan käyttää benchmarking vertailussa. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/suhat-suun-terveydenhuollon-uudet-haasteet>

Avainsanat: suun terveydenhuolto, kunnat, strategia, BSC, vertaisarviointi, tietoperusta, tunnusluvut

Sammandrag

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen, Marko Ekqvist. Suun terveydenhuollon uudistustyö ja tavoitejohtamisen tietoperusta [Reformering av munhälsovården och kunskapsbas för målstyrning]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Arbetsdokument 43/2020. 93 sidor. Helsingfors 2020. ISBN 978-952-343-598-8 (nätpublikation)

Målet med Suhat-projektet har varit att stödja utvecklingen, utvärderingen och kvalitetsarbetet inom hälsovårdscentralernas verksamhet i de deltagande kommunerna och kommunsamfundet under åren 2000–2019. Nätverksprojektets utgångspunkt utgjordes av lagstiftningsreformerna inom munhälsovården och utvidgningen av offentligt stödda tjänster till hela befolkningen. Målet var att stödja utvecklingen av den strategiska styrningen inom munhälsovården och att driva igenom de förändringar som reformen kräver. Förutsättningarna för beskrivning, utvärdering och jämförelse av verksamheten skapades med hjälp av olika nyckeltal och indikatorbankens kunskapsbas. Den balanserade styrkortsmetoden (BSC-metoden) som användes i den strategiska planeringen var ny inom munhälsovården och tidigare erfarenhetsdata fanns inte att tillgå.

På basis av utvärderingen och erfarenheterna har nätverksprojektet lyckats bra och BSC-metoden fungerar som grund för strategin inom munhälsovården. Arbetet genomfördes till stor del på distans, vilket också fungerade bra. Att driva igenom en strategi som utarbetats med hjälp av BSC-metoden i praktiken förutsätter växelverkan mellan planeringen av ekonomin och verksamheten, resultatstyrningen och personalstyrningen. De gemensamma riksomfattande målen ansågs utgöra en bra grund för arbetet, vilka regionerna kan börja tillämpa i sitt eget arbete samtidigt som man beaktar regionens särprägel. Speciellt bra upplevdes tillgången till jämförande information i den riksomfattande indikatorbanken samt tillämpningen av informationen som benchmarking-nyckeltal. De gemensamt fastställda definitionerna ansågs öka jämförelsernas tillförlitlighet och fylla en mycket viktig funktion.

Samarbetet har skapat ett nätverk som medfört expertstöd och en möjlighet till diskussion, vilket har upplevts som viktigt. Synvinklarna på ledarskapsutvecklingen har kompletterats under aktualitetsdagar med olika teman för varje år, vilket har möjliggjort ett övergripande genomförande av strategimålen. Den jämförande utvärderingen mellan deltagarna och diskussionerna om olika arbetssätt samt jämförelsen av de nyckeltal som beskriver den egna verksamheten har hjälpt organisationen att hitta sina egna utvecklingsmål. På så sätt har den jämförande utvecklingen och spridningen av god praxis blivit en viktig del av målstyrningen.

I rapporten beskrivs arbetsförfaranden som tillämpats under olika år, nyckeltal som beskriver verksamheten samt utvärderingar avseende ändringar i verksamheten. I Suhat-nätverket har man skapat en kunskapsbas (indikatorbanken) som stöd för målstyrningen samt lämpliga nyckeltal för uppföljningen av målutfallet. Nätverkets mål är att främja och förstärka ledarskapskompetensen inom munhälsovården samt att främja innovativa sätt att tillhandahålla service med hjälp av en gemensam arbetsplattform. På basis av uppföljningen av ett flertal nyckeltal har verksamheten varit lönsam och motsvarat målen.

Serviceinställning, kvalitet och kundinriktning har stått som utgångspunkt för verksamhetsutvecklingen, vilket även kommer att påverka utvärderingen av verksamheten. I Suhat-nätverket består utgångspunkterna inom munhälsovårdens verksamhet av effektivitet, kunden, resursanvändning, processer och strukturer samt förnyelse och arbetsförmåga. Suhat-indikatorbanken erbjuder kvalitativa nyckeltal för olika utgångspunkter, vilka kan användas i benchmarking-syfte. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankeet-ja-ohjelmat/suhat-suun-terveydenhuollon-uudet-haasteet>

Nyckelord: munhälsovård, kommunerna, strategi, BSC, jämförande utvärdering, kunskapsbas, nyckeltal

Summary

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen and Marko Ekqvist. Suun terveydenhuollon uudistustyö ja tavoitejohtamisen tietoperusta [Oral health care reform and the knowledge base of management by objectives]. National Institute for Health and Welfare (THL). Working document 43/2020. 93 pages. Helsinki 2020. ISBN 978-952-343-598-8 (online publication)

The aim of the SUHAT project has been to support the health centres of the participating municipalities and joint municipal authorities in the development and evaluation of their own operation and in their quality work between 2000 and 2019. The starting points of the network-based project were the legislative reforms in oral health care and the extension of services supported from public funds to cover the entire population. The aim was to support the development of the strategic management of oral health care and the implementation of the changes required by the reforms. The prerequisites for describing, evaluating and comparing the activities were created by using different key figures and the knowledge base of the indicator bank. The BSC method of balanced evaluation used for strategic planning was new in oral health care, and previous experience on it was not available.

Based on evaluation and the experiences, the network-based project has been successful and the BSC method lays the basis for the oral health care strategy. The project was mostly carried out remotely, which also worked well. Putting into practice the strategy produced with the help of the work based on BSC requires close contact with financial and operational planning, performance management and personnel management. Common national objectives were considered to be a good basis for the work as regions can adapt the objectives to their own work while also taking into account the differences between regions. It was considered particularly good that comparative information was obtained for the national indicator bank and the information was used as key figures in benchmarking. The jointly agreed definitions were considered to increase the reliability of the comparisons and were found highly necessary.

Working together has created a network that provides support from experts and opportunities for discussion. These have been found important. The management development perspectives have been supplemented with different annual themes at topical events and have enabled broad-based implementation of the objectives of the strategy. Peer reviews and discussions about different operating methods between participants as well as the comparison of the key figures describing own activities have helped organisations identify their development targets. The operating model of comparative development and the dissemination of good practices have thus become an essential part of management by objectives.

The report describes the working methods used in different years, the indicators describing the activities, and the evaluations concerning changes that have taken place in the activities. A knowledge base (indicator bank) for helping management by objectives and key figures suitable for monitoring the implementation of the targets have been created in the SUHAT network. The aim of the network is to promote and enhance management competence in oral health care and to promote innovative ways of organising services by using a shared working platform. The monitoring of several of the key figures has shown that the activities have been effective and in line with the objectives.

Service-oriented thinking, quality and customer-orientation are starting points for the development of the activities and must also be reflected in their evaluation. In the SUHAT network, the perspectives of oral health care activities include effectiveness, the customer, use of resources, processes, structures, renewal and work ability. The SUHAT indicator bank offers quality indicators which are applicable for a number of perspectives and can be used for benchmarking. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiiantuntijatyo/hankeet-ja-ohjelmat/suhat-suun-terveydenhuollon-uudet-haasteet>

Key words: oral health care, municipalities, strategy, BSC, peer review, knowledge base, key figures

Sisälllys

Suun terveydenhuollon uudistustyö ja tavoitejohtamisen tietoperusta.....	0
Suhat - verkoston toiminta 2000 - 2019	0
Lukijalle	2
Tiivistelmä.....	3
Sammandrag.....	4
Summary	5
Sisälllys	6
Suhat – verkoston katsausraportin tavoitteet.....	8
Suhat – verkostohankkeen tausta	9
Terveyskeskusten suun terveydenhuollon uudistustarpeet taustalla Suhat – verkostolle	9
Terveyskeskushammashoidon sääntelyn vuodet	9
Aikuisväestön hammashuollon uudistuksen tavoitteet ja aikataulus	10
Hammashoidon hoitotakuu vauhditti aikuisväestön hammashuollon uudistuksen toteutumista.....	11
Terveydenhuoltolaki, terveyden edistäminen ja valinnan vapaus keskiössä	14
Suhat - hankkeen toiminnan tavoitteet ja menetelmät.....	15
Strategiatyö lähtökohtana kehittämistoiminnalle	15
Balanced scorecard (BSC) muutoksen johtamisessa	15
Benchmarking – menetelmä keskeinen osa toisilta oppimisessa ja kehittämisessä	17
Prosessikeskeinen ajattelutapa.....	18
Laadun näkökulma onnistumisen arvioinnissa.....	19
Osaamisen kehittäminen tärkeässä roolissa.....	20
Terveyden edistämiseen työpaikoilla TEDI – yhteiskehittämismenetelmän avulla	21
Suhat – verkostossa käynnistyi Innovaatiokoulutuksen tuotekehittäjän – koulutusohjelma	22
Arviointi ja vaikuttavuustiedot väestön suun terveyteen – indikaattoripankki kehittyi vertailun pohjaksi	23
Suhat – hankkeen organisointi	25
Suhat – verkoston ohjaus.....	26
Suhat – hankkeen vaiheet 2000 - 2019.....	27
Suhat – pilothanke käynnistyy 1999 – 2000.....	27
Suhat – hankkeen vaiheet ja toteutus 2000 - 2019	28
Vuodet 2000 – 2005	28
Vuodet 2006 – 2010	30
Vuodet 2011 – 2015	32
Suhat verkostohankkeen pientyöryhmätoiminnalla tuloksia.....	35
Suhat terveydenedistämisen pientyöryhmän toiminta 2008 – 2010	36
Suunterveydenhuollon asetus pientyöryhmä ns. suulas työryhmän työ käynnistyi 2009 ja yhdistyi suun terveyden edistämisen pientyöryhmään myöhemmin.	37
Suhat oikomishoidon pientyöryhmän toiminta 2008 – 2019.....	38
Suhat 2009 yksilötason tiedonkeruun työryhmä.....	38
Ikäihmisten pientyöryhmä 2012 – 2013	40
Ikäihmisten suun hoidon suositus valmistui 2013	40
Suhat – indikaattoripankki ja tunnusluvut 2000 – 2019	40
Mitä tunnusluvut kertovat toiminnan muutoksista?	40
Vaikuttavuus ja asiakasnäkökulma.....	41

Palvelujen käyttöindeksi PKI	42
Tervehampaisten osuudet 12-vuotiaalla Suhat - -kunnissa	43
Hampaiston reikiintyminen	45
dmft/DMFT-indeksit 5-, 12- ja 15-vuotiailla.....	45
Kuntakohtaiset dmft/DMFT-arvot ja muutokset vertailuvuosina.....	46
Reikiintymisindeksi.....	50
Suun terveydenhuollon asiakkaat Suhat – kunnissa	51
Suun terveydenhuollon asiakkaat koko maassa ja Suhat – kunnissa vuosina 2000 - 2018	52
Asiakastyytyväisyyskyselyt.....	54
Prosessinäkökulma	54
Potilas case-mix-indeksi.....	54
Työnjako.....	57
Kuvio 28. Oikomishoitokäynnit 6-17-vuotiasta oikomishoidon potilasta kohden Suhat – kuntien omassa toiminnassa vuosina 2004 – 2018. *	60
Resurssit ja talous	62
Suun terveydenhuollon henkilöstön resurssit Suhat - kunnissa.....	62
Voimavarat suhteessa väestöön	62
Yksikkökustannukset potilasta kohden	63
Hoitotoimenpiteen keskimääräinen kustannus yhden pinnan paikan kustannuksena.....	64
Yleisimmät suun terveydenhuollon hoitotoimenpiteet Suhat – kunnissa	65
Tuotannollisen tehokkuuden indeksit.....	66
Uudistuminen ja työkyky	67
Koulutuksen kustannusten osuus promillena käyttökustannuksista	68
Hankkeen arviointi ja loppupäätelmät.....	69
Johtopäätökset	71
Lähteet.....	72
Liitteet	73
LIITE 1. Alle 18-vuotiaiden palvelujen käyttöä kuvaava suhdeluku PKI Suhat – kunnassa vertailuvuonna 2004 tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaaleampi pylväs).....	74
LIITE 2. Yli 18 vuotiaiden palvelujen käyttöä kuvaava suhdeluku PKI Suhat – kunnassa vertailuvuonna 2004 tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaaleampi pylväs).....	75
LIITE 3. Suhat – verkoston kuntien dmft – indeksitiedot 5-vuotiailla vuosina 2000 – 2018.....	76
LIITE 4. Suhat – kuntien DMFT – indeksitiedot 12-vuotiailla	77
LIITE 5. Suhat – kuntien DMFT – indeksitiedot 15-vuotiailla vuosina 2000 – 2018.....	78
LIITE 6. Suhat – hankkeen ohjausryhmän, projektiryhmän, yhdyshenkilöiden ja pientyöryhmien jäsenluettelot.....	79
LIITE 7. Oikomishoidon selvitystyö lyhennelmä Terttu Pietilän laatimasta raportista	81
LIITE 8. Vuodelta 2018 kerättävien tietojen määritelmät.	83
Sisältää myös tarkennukset oikomishoidon määrittelyihin	

Suhat – verkoston katsausraportin tavoitteet

Katsausraportti kuvaa Suhat – verkoston toimintaa vaiheittain vuosina 2000 – 2019 ja toimintaan vaikuttaneita sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteellisia ja lainsäädännöllisiä uudistuksia. Raportti antaa hyvän kuvan sosiaali- ja terveydenhuollon hallinnollisista muutoksista 2000 – luvulta lähtien. Suhat – verkoston tavoitteet syntyivät alkuvaiheessa kuntien suun terveydenhuoltoa koskevista aikuisväestön palvelujen uudistuksista sekä tämän edellyttämistä toiminnan muutospaineista. Katsausraportissa keskitytään Suhat – verkostossa toimineiden kuntien terveystieteiden toiminnan kuvaukseen vuosina 2000 - 2019. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön yksiköitä on mukana verkostossa, joiden toimintaa kuvaavia tietoja on myös mukana.

Verkoston lähtökohtana oli tarjota kunnille yhteinen työskentelyalusta toiminnan strategiseen suunnitteluun, arviointiin, päämäärien ja tavoitteiden asettamiseen sekä tulosten systemaattiseen seurantaan. Verkosto on kuntien yhteinen hanke, jolla mahdollistetaan kuntien edustajien keskustelu toiminnan tavoitteista ja keskinäinen vertailu. Raportti kuvaa eri vuosina käytettyjä työmenetelmiä ja toimintaa kuvaavia tunnuslukuja sekä toiminnan muutoksia koskevia arviointoja. Suhat – verkostossa on luotu tavoitejohtamisen avuksi tietoperusta (indikaattoripankki) ja tavoitteiden toteutumisen seurantaan sopivat tunnusluvut. Verkoston tavoitteena on edistää ja vahvistaa johtamisosaamista suun terveydenhuollossa sekä edistää yhteisellä työskentelyalustalla innovatiivisia tapoja palvelujen järjestämisessä. Aineistosta tuotetaan tietoa tavoitejohtamisen tueksi hankkeessa hyväksytyjen vertailutunnuslukujen avulla. Hanke järjestää vuosittain ajankohtaisia päiviä toiminnan ohjaamiseen ja tarjoaa suun terveydenhuollon ajankohtaistietoa.

Indikaattoripankkia voidaan hyödyntää parhaiden käytäntöjen vertailussa ja toisilta oppimisessa. Verkosto toimii yhteisenä ajatusautomona sekä innovaatioiden levittäjänä. Hyvien käytäntöjen levittäminen oli alusta asti tärkeä tavoite verkoston toiminnassa. Verkoston toiminnassa merkittävää on ollut myös sen tarjoama ajankohtainen tieto lainsäädäntövalmistelusta. Verkosto on myös tuottanut asiantuntijatieta lainvalmistelun tueksi, joka on ollut merkittävää verkoston vakiinnuttaessa toimintansa. Raportissa kuvataan verkoston pientyöryhmien työskentelyä, jotka ryhmät ovat valmistelleet ja kehittäneet suun terveydenhuoltoon uusia ja toimivampia käytäntöjä. Verkostohanke on näin lunastanut paikkansa valtakunnallisesti merkittävänä suunterveydenhuollon toimijana.

Katsausraportissa arvioidaan verkoston pitkäaikaisia vaikutuksia sekä hyödynnettävyyttä 2020- 2030 lukujen sote – uudistuksen muutoksissa. Raportin johtopäätöksissä esitetään malleja Suhat – verkoston hyödyntämiseen muuttuvassa sote – ympäristössä. Kaikki hankkeeseen liittyvät tiedot ovat nähtävissä Suhat - verkoston extranetsivuilla. Hankekuntien osallistujat saivat käyttöönsä tunnukset, joiden kautta heillä oli pääsy mm. koulutuspäivien materiaaleihin ja indikaattoripankin tilastotietoihin hankkeen koko toimiajalta. **Verkoston ulkoisille sivuille** <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/suhat-suun-terveydenhuollon-uedet-haasteet> on koottuna hankkeen yleiskuvaus, ajankohtaista, hankkeessa mukana olevat kunnat, ajankohtaispäivien ajankohdat, ohjausryhmän kokoonpano ja yhteystiedot.

Katsausraportin aineistoa on koottu Suhat – verkoston ekstranet sivuston aineistoista, indikaattoripankin tiedostoista, Sotkanet tiedostoista ja aikaisemmista Suhat – verkoston raporteista:

- Tasapainoitettu arviointi muutoksen johtamisessa. Nordblad A, Hiekkänen S, Helminen S, Linna M. Stakes Aiheita 15/2001.
- Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpapereita 5/2008.
- Suun terveydenhuollon haasteet -hanke 2006–2007. Arpalahti I, Nordblad A. THL 2009 <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/suhat-suun-terveydenhuollon-uedet-haasteet>

Suhat – verkostohankkeen tausta

Terveyskeskusten suun terveydenhuollon uudistustarpeet taustalla Suhat – verkostolle

Suhat -pilottihanke käynnistyi Stakesissa kolmentoista terveyskeskuksen voimin vuonna 1999 mutta laajeni nopeasti uusiin terveyskeskuksiin. Verkoston tarve muodostui niistä suurista muutoksista, joita suun terveydenhuollossa tapahtui vuosittain alussa, kuten koko väestön pääsy julkisesti tuetun hoidon piiriin vuonna 2002. Hoitotakuulain voimaantulo vuonna 2005 vauhditti aikuisväestön hammashuollon toteuttamista terveyskeskuksissa ja lisäsi palvelujen kysyntää. Vaiheittain toteutetun hammashuoltouudistuksen tavoitteena oli, että koko väestöllä olisi mahdollisuus saada lokakuun 2002 alusta lukien hammashoitopalveluita joko sairausvakuutusjärjestelmän tai kunnallisen palvelujärjestelmän avulla. Julkisista varoista hammashuoltoon kohdennettu taloudellinen tuki vähentäisi osaltaan hammashoitoon hakeutumisen esteitä.

Kansakouluikäisten lasten hammashoidon järjestämisestä oli kunnilla lainsäädännöllisiä velvoitteita vuodesta 1957. Aikuisväestö tuli vaiheittain julkisin varoin tuettujen hammashoitopalvelujen piiriin. Vuoden 1990 alusta kunnallinen järjestelmällinen hammashoito laajeni vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneisiin sekä pään ja kaulan alueelle sädehoitoa saaneisiin. Vaihtoehtoisina hammashoitopalveluina oli mahdollista käyttää sairausvakuutuksen korvaamaa yksityishammaslääkärin hoitoa. Aikuisväestön hammashuoltoa koskevat lainsäädäntöuudistukset koskivat vuosia 2002 ja 2003.

Ennen aikuisväestön hammashuollon uudistusta vuonna 1997 väestöstä noin 1,6 miljoonaa asui terveyskeskusten alueilla, jotka järjestivät palveluja asukkaille ilman ikärajoituksia. Kansanterveysasetukseen sisältyvän rajauksen mukaisessa laajuudessa järjestävien terveyskeskusten alueilla asui noin 1,7 miljoonaa henkilöä (0-41-vuotiaat). Loput, noin viidennes terveyskeskuksista rajasi hammashoitopalvelut vieläkin suppeammiksi. Näissä kunnissa asui 1,7 miljoonaa henkilöä (Widström ym 2004). Kunnallisia hammashuoltopalveluja käytti lähes 1,8 miljoonaa potilasta, joista yli puolet oli alle 19-vuotiaita (Nordblad ym 2004). Aikuisväestön palveluja oli rajattu iän perusteella erityisesti suurten kaupunkien terveyskeskuksissa ja palveluja näissä tarjottiin pääasiassa lapsille ja nuorille aikuisille. Yksityisten hammaslääkäripalvelujen käyttö keskittyi erityisesti suuriin kaupunkeihin, joissa myös yksityisiä hammaslääkäripalveluja oli runsaammin saatavilla.

Terveyskeskushammashoidon sääntelyn vuodet

- 1972 Kansanterveyslaki
- 1976 oppilaitosten opiskelijoiden hammashuolto
- 1980 alkaen odottavien äitien hammashuolto ja neuvolahammashoidon kehittyminen
- 1986 vuonna 1961 ja sen jälkeen syntyneiden järjestelmällinen hammashuolto alkaa sairausvakuutuksen tukemana myös yksityishammaslääkärihoidossa.
- 1988 vuonna 1960 ja sen jälkeen syntyneiden hammashuolto
- 1990 1956 ja sen jälkeen syntyneiden hammashuolto
- 1992 rintamaveteraanien hammashuolto
- 2002 1946 ja sen jälkeen syntyneiden hammashuolto
- 2003 hammashoitoa iästä riippumatta
- 2005 hoitoon pääsulle määrääjat ns. hoitotakuu
- 2011 Terveydenhuoltolaki ja valinnanvapaus

2000 luvun alussa terveydenhuollossa oli tunnistettu keskeisiksi ja nopeita toimia vaativiksi palvelujen saatavuuden ongelmat, väestöryhmien väliset terveyserot, terveydenhuoltoa uhkaava työvoimapula, haja-

nainen palvelujärjestelmä ja sen ohjauksen vaikeudet sekä terveydenhuollon menojen nopea kasvu. Valtioneuvosto teki päätöksen kansallisen hankkeen perustamisesta terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi vuonna 2001 ja tämä hanke toteutettiin vuosina 2002 - 2007. Kansallisen hankkeen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi päätavoitteita olivat ”väestön terveystarpeista lähtevän hoidon saatavuuden, laadun ja riittävän määrän turvaaminen maan eri osissa asukkaan maksukyvyistä riippumatta”. Perusterveydenhuollon vahvistaminen oli tärkeällä sijalla hankkeessa.

Terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämisessä painopistettä oli tarpeen siirtää ongelmien hoidosta niiden ehkäisemiseen jo ennalta. Terveyden on oltava osa kaikkea yhteiskunnan päätöksentekoa. Käynnistyi Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, jonka tarkoituksena oli linjata kansallista terveystahtia vuodesta 2001 vuoteen 2015. Valtioneuvosto antoi ohjelmasta päätöksen toukokuussa 2001, ja se tehtiin 15 vuoden tähtämällä, ei niinkään terveystahtia kehittämään vaan terveyden edistämiseksi. Myös näitä tavoitteita oli tarpeen vahvistaa suun terveydenhuollon palveluissa.

Suun terveydessä oli selvästi nähtävissä erot sosiaalisen taustan ja koulutustason välillä. Terveys 2000 - tutkimuksessa yli puolet (55 %) aikuisista 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista ilmoitti käyneensä hammashoidossa haastattelua edeltäneen vuoden aikana; hampaattomista 21 % ja hampaallisista 62 %. Itä- ja Pohjois-Suomessa hammashoidossa käyneiden osuus oli pienempi kuin muualla Suomessa. Joka kolmas ilmoitti käyneensä yksityishammashoidossa ja joka viides terveystahtia hammashoidossa. Hammaslääkäripalvelujen käyttö Suomessa oli kuitenkin selvästi vähäisempää kuin muissa Pohjoismaissa, joissa vastaavat osuudet olivat 80–85 % koko väestöstä (Suominen-Taipale ym 2000). Ikään perustuvan palvelujen rajaamisen perusteet oli välttämätöntä poistaa suun terveydenhuollossa, jotta jokaiselle voidaan turvata riittävät palvelut ja yhdenvertaisuus toteutuu palvelujen järjestämistavoissa.

Aikuisväestön hammashuollon uudistuksen tavoitteet ja aikataulukus

Uudistuksen keskeisenä tavoitteena oli, että koko väestö saisi terveystarpeen mukaiset suun terveydenhuollon palvelut. Tarkoituksena oli myös saattaa kansalaiset suun terveydenhuollon suhteen samanarvoiseen asemaan muiden terveydenhuollonpalvelujen kanssa. Säännönmukaisella hoitopalvelujen käytöllä ja suun omahoidolla voidaan toisaalta estää suun ja hampaiston sairauksien kehittymistä ja toisaalta sairaudet pysytään hoitamaan niiden alkuvaiheessa. Asianmukaisesti toteutettuna näillä keinoilla voidaan vähentää suu- ja hammas sairauksien koko elimistöön kohdistuvia haittavaikutuksia.

Kuntien järjestämästä hammashuollosta ja sairausvakuutuksen korvausjärjestelmästä saatujen kokemusten perusteella oli nähtävissä, että suu- ja hammas sairauksien ehkäisyllä ja hoidolla voitiin olennaisesti parantaa nuorten ikäluokkien suun ja hampaiden terveydentilaa. Kokemusten perusteella suun terveydenhuollossa tulee korostaa tarpeellista suu- ja hammas sairauksien tutkimusta ja hoitoa. Uudistuksessa oli myös otettava huomioon vanhusväestön ja erityisesti laitoksissa olevien hoitojärjestelyt. Suun terveydenhuollon palvelujen tarve nähtiin lisääntyvän lähivuosina, koska vanhenevassa väestössä on vastaisuudessa yhä vähemmän hampaattomia ja korjaavaa hoitoa tarvitsevien hampaiden lukumäärä on suurempi.

Eduskunta päätti vuonna 2000 samanaikaisesti kunnallisen hammashoidon laajentamisesta ja sairausvakuutusjärjestelmän laajennuksen toteuttamisesta koskemaan koko väestöä. Uudistus toteutettiin kolmessa vaiheessa vuosina 2001 – 2003. Kunnallisia hammashuolto palveluita täydentävät yksityishammaslääkäreiden antamat palvelut, joiden kustannuksista maksetaan korvaus sairausvakuutuslain mukaisesti.

Kansanterveyslakiin tehdyt muutokset laajensivat kuntien velvollisuutta järjestää hammashuoltoa 1.4.2001 lähtien. Voimaantulosäännökseen sisältyvän siirtymäajan perusteella kunnat olivat voineet rajata hoitoa vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneisiin 31.12.2001 asti ja vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneisiin 30.11.2002 asti. Kuntien laajentuneen veloitteen vuoksi niiden valtionosuutta lisättiin tällä perusteella vuosina 2001 – 2003 yhteensä 10,3 miljoonaa euroa. Kansanterveyslain säännösten perusteella vuoden 2002 joulukuusta lähtien hammashoitoon pääsyä ei voinut enää rajoittaa iän perusteella. Kunnan tuli järjes-

tää kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen hammashoito, potilaan asuinpaikasta riippumatta.

Sairausvakuutuslain muutokset koskivat vuoden 2001 alusta lukien vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneitä ja huhtikuun 2001 alusta lukien vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneitä. Protetiikka ja hammastekniset kustannukset jäivät korvausjärjestelmän ulkopuolelle. Oikomishoito korvattaisiin silloin, kun se on välttämätöntä muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi. Sairausvakuutuksen hammashuollon kokonaisuudistus toteutui joulukuun alusta 2002 lukien siten, että koko väestöllä oli iästä riippumatta oikeus hammashuollon sairausvakuutuskorvauksiin edellä kuvatussa laajuudessa.

Hammashoidon kokonaisuudistuksen tavoitteena oli niin kuntien palvelujärjestelmässä kuin sairausvakuutusjärjestelmässä kannustaa koko väestöä ylläpitämään suun terveyttä. Vaikutuksen nähtiin kohdistuvan myös niihin, jotka ovat menettäneet omat luonnolliset hampaansa. Hammashoidosta sairausvakuutuskorvauksia maksettiin vakuutetuille 41,3 miljoonaa euroa vuonna 2000 ja 64,9 miljoonaa euroa vuonna 2002.

Hammashoidon hoitotakuu vauhditti aikuisväestön hammashuollon uudistuksen toteutumista

Vuonna 2005 aloitettu kunta- ja palvelurakenneuudistus (Paras-hanke) koski koko palvelujärjestelmää. Tavoitteena oli luoda sosiaali- ja terveydenhuollolle yhtenäiset ja kestävät rakenteet. Tavoitteena oli, että sote-palveluja järjestäisivät vähintään 20 000 asukkaan kunnat tai vastaavalla väestöpohjalla toimivat sote-yhteistoiminta-alueet. Paras-hanketta jatkettiin kevästä 2007 eteenpäin säätämällä valtioneuvostolle toimivalta velvoittaa kunnat yhteistoimintaan. Vuonna 2007 säädettiin määräaikainen puitelaki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta, joka oli voimassa vuoden 2012 loppuun. Uudistukset ohjasivat myös suun terveydenhuollon toimintaa.

”Hoitotakuu” tuli koskemaan myös suun terveydenhuollon palveluita 1.3.2005. Hoitoon pääsy määräytyy yksilöllisesti arvioidun hoidon tarpeen perusteella ja hoitoon pääsulle on määritetty enimmäisajat. Tarpeellisen hoidon saannin rajana on kolme kuukautta mutta suun terveydenhuollossa tämä voidaan ylittää erityisistä syistä kolmella kuukaudella. Suun terveydenhuollon peruspalvelujen saatavuudessa oli suuria eroja kuntien välillä ja hoitoon pääsyn perusteet ja odotusajat hoitoon vaihtelivat eri kunnissa. Suun terveydenhuollolle laadittiin kansallisesti yhtenäiset hoidon perusteet keskeisten tautiryhmien hoitoon niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa vuonna 2005. Yhtenäisten hoidon perusteiden käyttö helpotti osin potilasruuhkien hallintaa suun terveydenhuollossa ja oli edellytyksenä hoitotakuun toteutumiseksi. Hoidon järjestämisen enimmäisaikoja koskevat kansanterveyslain, erikoissairaanhoitolain, potilaslain ja asiakasmaksulain muutokset tulivat voimaan 1.3.2005 (lait 855 - 858/2004, asetus 1019/2004, HE 77/2004 vp).

Palvelujen käytön ennakointi ja nopeat muutokset hoitoon hakeutumisessa terveystieteisiin olivat kuitenkin vaikeasti ennakoitavissa. Palvelujen kysynnän kasvu suun terveydenhuollossa johti hoidon ruuhkautumiseen ja jonojen muodostumiseen. Henkilöstömäärät olivat etenkin alkuvaiheessa riittämättömiä vastaamaan palvelujen kysyntään monissa terveystieteissä. Suun terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa oli myös alueellisia eroja, jotka koskivat niin kunnallista kuin yksityistä palvelujen tarjontaa. Ongelmallista oli, että koulutuspaikkakuntien ulkopuolella ja alueittain vaihdellen oli pulaa niin hammaslääkäreistä kuin muusta ammattihenkilöstä.

Suun terveydenhuollon palvelujen laajentuessa koko väestöön jouduttiin palvelujen järjestämistä ja toimintakäytäntöjä arvioimaan uudelleen ja tarkistamaan työnjakoon liittyvät käytännöt. Suurimmissa kaupungeissa oli palvelujen kysynnän kasvun tyydyttämiseksi käytetty myös ostopalveluita yksityiseltä sektorilta. Jonon hallitseminen edellytti ajantasaisen jonon seurantarjestelmän luomista. Järjestelmän avulla tuli voida seurata jonossa olevien, sinne tulevien ja sieltä poistuvien henkilöiden määrää. Lisäksi järjestelmästä tuli saada tietoa keskimääräisestä ajasta, jonka henkilö joutuu odottamaan hoidon tarpeen arviointiin tai hoitoon pääsyä.

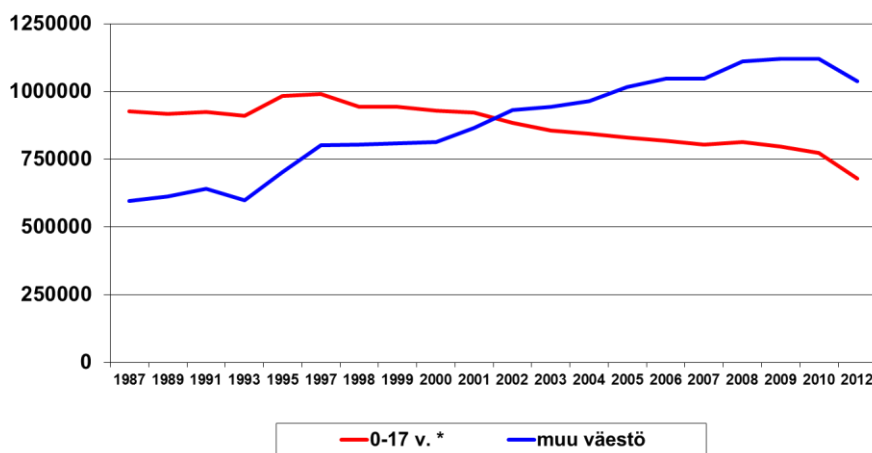
Uudistusta valmisteltaessa arvioitiin, että yksityissektorin potilaat jatkavat pääsääntöisesti olemassa olevia hoitosuhteita. Kunnallisen hammashoidon kävijämäärän arvioitiin kasvavan uudistuksen myötä vuosina 2001 – 2002 noin 146 000 potilaalla lähinnä aikaisemmin palvelujen ulkopuolella olevissa ikäryhmissä. Hammashoitouudistuksen arviointitutkimuksen mukaan hoidossa käyneiden osuus kasvoi voimakkaimmin

juuri ikäryhmissä, jotka tulivat uudistuksen johdosta hinnaltaan alennettujen palvelujen piiriin. Väestö-osuuksien ja hoidossa käyneiden määrien perusteella uudistuksen aikana syntynyt vuosittainen asiakasmäärän lisäys oli kohdistunut terveyskeskuksiin. Hoitoon hakeutuminen kasvoi erityisesti keskiasteen ja myös perusasteen koulutuksen saaneilla, joka muutos oli myös uudistuksen tavoitteiden mukainen palvelujen käytön laajennus. Arviointitutkimuksen mukaan terveyskeskusten hammashoidossa käyneiden asiakasmäärien lisäys oli vuodesta 2001 vuoteen 2004 noin 117 000 henkilöä. Yksityishammaslääkäreillä taas merkittävin muutos oli asiakaskunnan nuorentuminen (Kiiskinen ym 2005).

Aikuisväestön kasvanut osuus hoidossa merkitsi myös lasten ja nuorten osuuden vähenemistä (Kuva 1). Hoidon sisältö muuttui. Aikuisten suun terveydenhuollossa hoitotoimenpiteet vaativat enemmän aikaa ja päivystyshoidon tarve kasvoi. Tällä oli vaikutusta työn sisältöön. Lisääntynyt hoidon kysyntä vaati laajasti toimintakäytäntöjen muutoksia ajanvaraustoiminnasta hoitopalvelujen järjestämiseen. Hoitopalvelujen laajentuminen koko väestöä kattavaksi edellytti laaja-alaista toimintakäytäntöjen uudistamista ja henkilöstöresurssien työnjaon tehostamista terveyskeskuksissa

Kuviossa 1 nähdään terveyskeskushammashoidossa käyneiden lasten ja aikuisten määrän muutokset vuodesta 1987 vuoteen 2012 koko maan tasolla. Vuonna 1987 alle 17 -vuotiaita kävi hoidossa 926 299 henkilöä ja vuonna 2000 vastaavasti 930 094 henkilöä. Seurantaikäryhmä laajeni alle 18-vuotiaisiin. Uudistusten myötä lasten hoidossa käynti väheni. Vuonna 2004 alle 18-vuotiaita kävi hoidossa 842 947. Aikuisten (18 vuotta täyttäneet) osuus hoidossa käyneistä kasvoi samanaikaisesti. Vuonna 1987 aikuisia oli käynyt hoidossa 596 412 henkilöä kun vastaava luku oli 964 214 vuonna 2004.

Terveyskeskusten suun terveydenhuolto 1987-2012 Hoidossa käyneet potilaat



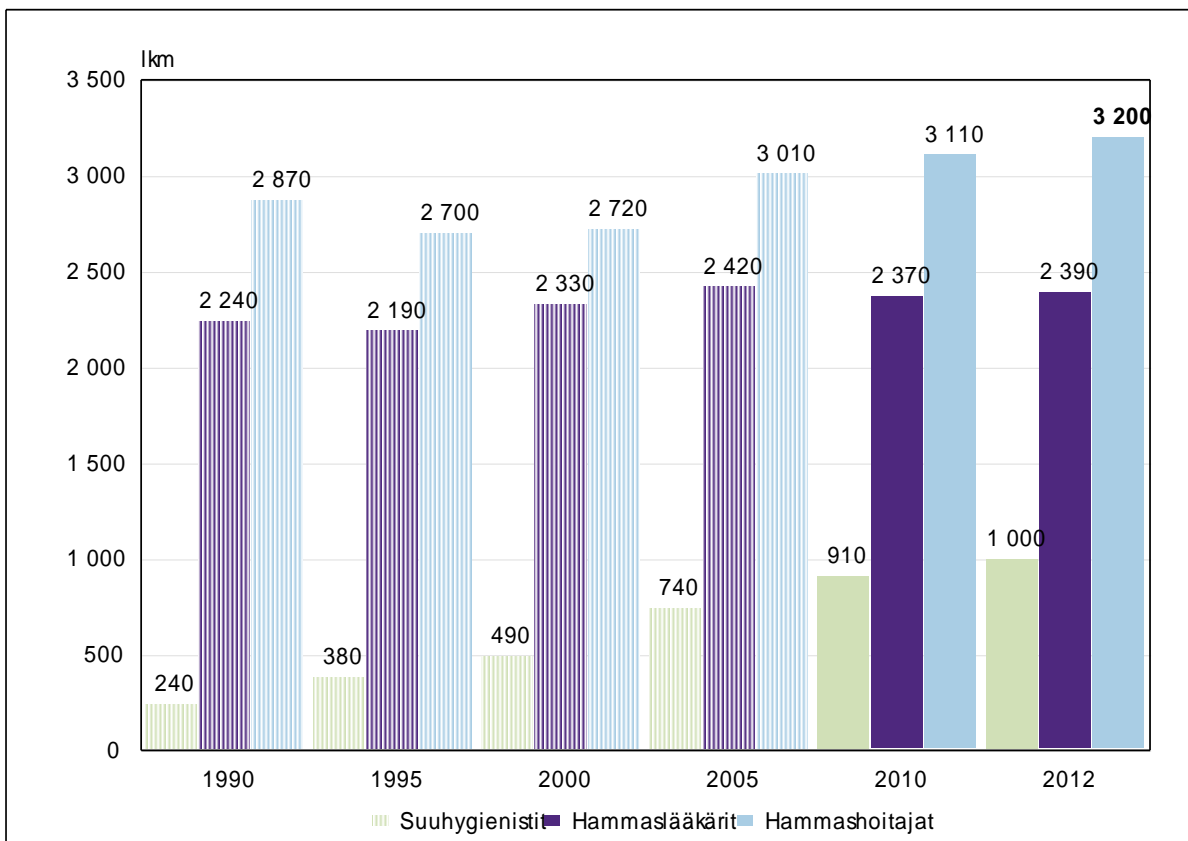
* v. 2001 asti 0-18 -vuotiaat

Vuoden 2012 tiedot ovat THL:n avohoidon hoitoilmoitustietoja osana tilastouudistusta

Kuvio 1. Terveyskeskusten suun terveydenhuollossa käyneet asiakkaat vuosina 1987 – 2012 ikäryhmittäin erikseen alle 18 vuotiaat ja 18 vuotta täyttäneet (*ikärajan muutos vuonna 2001).

Lähde: THL perusterveydenhuollon tilastotiedot. Suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 1987 – 2012.

Kuntien terveyskeskuksissa resurssien lisäykset tapahtuivat viiveellä vaikka palvelujen kysyntä kasvoi nopeasti lainsäädännön muututtua. Henkilöstömäärä kasvoi kunnissa lähinnä suuhygienistien määrän lisäyksenä. Hammaslääkäriresursseja lisättiin vähäisessä määrin vuosina 2000 - 2003; koko maassa vajaa sata hammaslääkärää. Vuonna 2000 kunnallisella sektorilla hammaslääkäreitä oli 2330 kun vastaava luku oli 2400 vuonna 2004. Vuosina 2004 - 2006 hammaslääkäriresurssit kokonaisuudessaan olivat jopa hieman vähentyneet vaikka samanaikaisesti palveluja koskeva ns. hoitotakuu tuli voimaan vuonna 2005. Suuhygienistien määrää sen sijaan lisättiin huomattavasti, yhteensä 250 suuhygienistin verran ajanjaksolla 2000 - 2006 (kuva 2). Suuntauksena oli työnjaon uudistaminen ja työtehtävien uudelleen allokointi, joka myös vaikutti resurssien kehittymiseen. Tämä kehitys on myös muuttanut suun terveydenhuollon henkilöstörakennetta optimaalisempaa työnjaon mallia kohti vaikka samanaikaisesti vaikeutuva hammaslääkäripula on haitannut toiminnan ja palveluiden järjestämistä terveyskeskuksissa.



Kuvio 2. Kunnallisen suun terveydenhuollon henkilöstö vuosina 1990 – 2012. Kunnallisella sektorilla työskentelevät hammaslääkärit, suuhygienistit ja hoitajat.

Lähde: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveys-ja-sosiaalipalvelujen-henkilosto>

Terveydenhuoltolaki, terveyden edistäminen ja valinnan vapaus keskiössä

Valtioneuvoston vahvistamassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste) määriteltiin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tavoitteet vuosille 2008 - 2011 sekä ohjelman jatkossa vuosille 2012 - 2015. Ohjelmissa määriteltiin lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. Ohjelma antoi kokonaiskuvan kuntiin suuntautuvasta ohjauksesta ja nosti esiin ne keskeisimmät toimenpiteet, joihin vuosina 2008 – 2011 ja 2012 – 2015 suunnataan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) työterveyslaitoksen ja lääninhallituksen työpanosta sekä muita kehittämistoiminnan resursseja.

Kaste-ohjelman tavoitteita olivat seuraavat:

- hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen – riskiryhmien osallisuus,
- hyvinvointi ja terveys lisääntyvät – ehkäisevä työ ja varhainen tuki ovat vaikuttavia,
- lähisuhde- ja perheväkivalta on vähentynyt,
- sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen asiakaslähtöisyys,
- asiakkaat luottavat palveluiden laatuun ja vaikuttavuuteen,
- johtamisella turvataan toimivat palvelut sekä osaava ja hyvinvoiva henkilöstö,
- palvelurakenteet ovat taloudellisesti kestävätkä ja toimivat.

Kunnat ja kuntayhtymät saivat valtionavustusta kehittämistoimintaan, joka edistää näiden toimenpiteiden toteuttamista. Ulkoisen arvioinnin mukaan Kaste-ohjelman merkittävin ja kiistattomin tulos on se, että ohjelmaorganisaatio oli lisännyt sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden välistä vuorovaikutusta alueilla ja alueiden kesken. Suhat -verkostossa tavoitteita asetettiin myös valtakunnallisen ohjauksen tavoitteiden mukaisesti. Verkosto tarjosi myös ketterän tavan kuntien väliselle vertailulle sekä hyvien käytäntöjen levittämiseksi.

Lainsäädännössä terveydenhuoltolaki uudisti monella tavoin palvelujen järjestämistä. Terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.3.2011. Uudella terveydenhuoltolailla vahvistettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteyttä. Myös sosiaalihuollon lainsäädäntö oli uudistumassa.

Terveydenhuoltolain tarkoituksena on muun muassa

- edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta,
- kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja,
- toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta.

Terveyden edistämällä ymmärretään laissa yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on mm. väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen sekä suunnitelmallinen voimavarojen kohdentaminen terveyttä edistävällä tavalla. Kunnan on seurattava asukkaittensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Terveydenhuoltolaki edellyttää mm. hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden luomista, hyvinvointikertomusten tekoa ja ennakkoarvioinnin käyttöä.

Suhat - hankkeen toiminnan tavoitteet ja menetelmät

Strategiatyö lähtökohtana kehittämistoiminnalle

Suhat – verkostossa luotiin suun terveydenhuollon strategia ja visio tuleville vuosille, joka toimii suunta- viivoina kehittämislle. Strategisen osaamisen johtamisen haasteena ei ole ainoastaan mittaaminen, vaan henkilöstön kytkeminen strategia-ajatteluun. Organisaatioita valmennetaan strategiakeskusteluun, jotta löydetään strategian toteuttamiseksi tarvittavat osaamisen alueet. Osaamista voidaan vahvistaa ihmisten välisellä vuorovaikutuksella. Suun terveydenhuoltoon kohdistuvat mittavat lainsäädäntöuudistukset loivat tarpeen luoda uudenlainen palvelujen strategia sekä tavoitteet tuleville vuosille. Vaikka strategisen liikkumavaran perusta on säännöksissä, organisaatio voi itse vahvasti vaikuttaa siihen ja sen kehittymiseen. Organisaation liikkumavara elää muutostilanteissa. Terveyskeskusten suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä on liikkumavaraa, joka mahdollistaa erilaisia tehokkaita toimintamalleja. Tämä edellyttää johtamisessa strategia-ajattelua ja osaamista. Tavoitteena verkostossa oli luoda pohjaksi kansallisen tason strategia, johon mukana olevat terveyskeskukset saattoivat peilata omaa strategiaansa.

Strategiatyöskentelyn keskeisenä lähtökohtana on näkemys suun terveydenhuollon toimialasta ja sen laajuudesta osana kunnan toimialaa. Yhteisen toimialan jäsenyys vaati runsaasti yhteistä keskustelua. Muutostekijöiden ja niiden suunnan määrittelyssä näkyi terveyskeskusten erilaisuus. Kasvualueet ja muuttotappiokunnat listasivat vaikuttavia tekijöitä eri tavoin. Väestön ikärakenteen muutoksilla oli myös vaikutusta.

Strategiatyötä jatkettiin terveyskeskuksen vision ja toiminta-ajatuksen määrittämisellä, joka antaa lähtökohdan ja suunnan tulevaisuuteen. Strategiaa laaditaan neljästä näkökulmasta, jotka olivat:

- vaikuttavuus,
- resurssit ja talous,
- prosessit ja rakenteet sekä
- uudistuminen ja työkyky.

Kuhunkin näkökulmaan kiteytetään strategisen onnistumisen ydin kriittisinä menestystekijöinä, joille haetaan onnistumista kuvaavat arviointikriteerit (Määttä ja Ojala 1999). Kaikille näkökulmille haettiin kolme kriittistä menestystekijää ja kullekin kaksi arviointikriteeriä.

Kriittinen menestystekijä = strateginen tärkeys X vaikutusmahdollisuus

Työn edetessä osoittautui, että terveyskeskusten suun terveydenhuollossa vaikuttavuus näkökulma oli tarkoituksenmukaista jakaa kahteen eri näkökulmaan, jotka ovat yhteiskunnallisen vaikuttavuuden näkökulma ja asiakasnäkökulma.

Balanced scorecard (BSC) muutoksen johtamisessa

Kunnallisen suun terveydenhuollon laajentuminen koko väestöön synnyttivät tarvetta palvelujen strategiseen suunnitteluun sekä tarvetta toimintakäytäntöjen vertailuun ja verkostoitumiseen. Balanced scorecard (BSC) on strategisen johtamisen väline, jonka avulla organisaation toimintaa ohjaava visio ja sille perustuva toiminta-ajatus käännetään konkreettisiksi mittareiksi. Ideana oli, että visiosta ja toiminta-ajatuksista johdetuille kriittisille menestystekijöille haetaan toiminnan toteutumista kuvaavat mittarit, joilla voidaan arvioida ja verrata terveyskeskusten toimintaa myös kansallisella tasolla. Suun terveydenhuollossa ei ollut aikaisemmin käytetty BSC – menetelyä.

BSC linkittää strategian toimintaan ja vastaa konkreettisesti kysymyksiin:

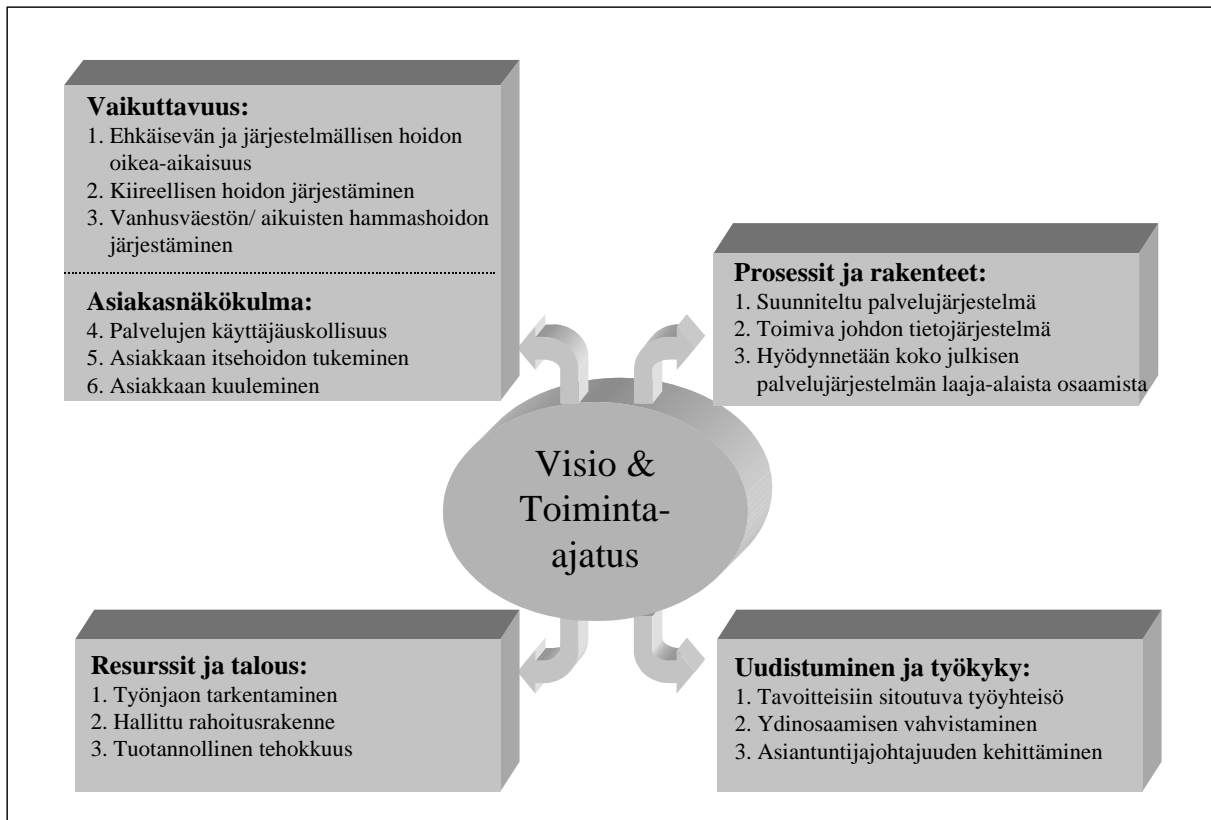
- miten seuraamme ja mittaamme strategian toteutumista, suuntaa ja vauhtia?
- miten kerromme ymmärrettävästi jokaiselle henkilölle organisaatiossamme, miten hän kytkeytyy strategiaamme toteuttamiseen ja visiomme saavuttamiseen?
- miten varmistamme sen, että kehitämme sekä osaamistamme että toimintatapojamme vastaamaan tulevaisuuden strategiaan tavoitteisiin?
- seuraammeko organisaatiotamme tasapainoisesti sekä tulevaisuutta ennustavilla että peruutuspeilimitareilla?
- minkä tiedon perusteella päätämme kehityshankkeistamme?

Toiminnan kriittiset menestystekijät ja mittarit johdetaan strategiasta ja kuvaavat laajasti suun terveydenhuollon toimintaprosesseja, toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta. Kriittisten menestystekijöiden tunnistaminen on BSC-työn tärkein vaihe. Näkökulmina ovat vaikuttavuus, asiakas, voimavarojen käyttö, prosessit ja rakenteet sekä uudistuminen ja työkyky. Arviointikriteerien taustatiedoista muodostettiin ns. indikaattoripankki, joka koostuu terveyskeskusten toiminnasta, palveluista ja taloudesta vuosittain kerättävistä tiedoista ja niistä johdetuista tunnusluvuista, mikä mahdollistaa benchmarking menetelmän käytön ja tietojen vertailun terveyskeskusten välillä.

BSC-työssä terveyskeskuksen strategia puretaan tuloskortin näkökulmittain avaintavoitteiksi eli strategiseksi päämääräksi. Avaintavoitteiden tulee tukea toinen toisiaan. Strategiaa ja avaintavoitteita konkretisoi- tiin menestystekijöiden määrittelyllä. Näissä organisaation tulee olla hyvä, jotta se saavuttaa avaintavoit- teensa ja saa strategiansa toteutumaan. Kriittisten menestystekijöiden määrittelystä edetään niitä kuvaavien mittareiden määrittelyyn, joille terveyskeskus määrittää tavoitearvot. Prosessien tunnistaminen ja kuvaami- nen helpottavat tarvittavien kehitystoimenpiteiden kohdentamista.

Terveyskeskukset rakensivat oman strategiatyönsä ja tuloskorttinsa koulutukseen varta vasten luotujen työkirjojen avulla. Työkirjat toimivat hyvin työskentelyn apuna ja niistä saatu palaute oli hyvää. Terveys- keskukset arvioivat myös johtamisen muiden välineiden, kuten tulosjohtamisen, budjetoinnin, kehityskes- kustelujen ja toiminta – ja taloussuunnitelmien kytkennän BSC-tuloskorttiin ja toiminnan suunnittelun vuosikelloon.

Kunnallinen työmarkkinalaitos hyväksyi myös suosituksen, joka koski kunnallisen palvelutoiminnan tu- loksellisuuden arviointia. Suosituksessa otettiin johtamisen perustaksi tasapainoitettu arviointi eli Balanced Scorecard (BSC). Tasapainoisen tuloksellisuuden arvioinnin järjestelmässä oli olennaista, että tulos- ja tasetietojen lisäksi tuotetaan myös vaikuttavuus- ja asiakasnäkökulmaan sekä henkilöstön aikaansaannos- kykyyn liittyvää arviointitietoa. Tuloksellisuuden arvioinnin kehittämisessä korostuu paikallisella tasolla tapahtuva toiminta sekä jatkuvuus (Lumijärvi 2000). Tehokkuusvertailut olivat osoittaneet huomattavia tehokkuuseroja vuonna 1995 terveyskeskusten välillä suun terveydenhuollossa (Koivu 1998). Tulokset osoittivat tuotosmuuttujavalinnan vaikuttavan oleellisesti tehokkuusarvioihin. Tarpeellista oli muodostaa yleisesti hyväksytyjä tuotosmittareita toiminnan tuloksellisuuden arviointiin. Toiminnan tuloksellisuuden arviointi on tärkeä osa kokonaisuutta, jota tietopohjaa sisällytettiin indikaattoripankkiin.



Kuvio 3. Suun terveydenhuollon BSC sekä kriittiset menestystekijät vuonna 2002.

Benchmarking – menetelmä keskeinen osa toisilta oppimisessa ja kehittämisessä

Benchmarkingilla tarkoitetaan systemaattista vertailua, arviointia ja oppimista erinomaisilta organisaatioilta (Laatukeskus 1998). Benchmarking on oppimistoiminto, jossa haetaan parhaita käytäntöjä ja sovelletaan niitä omaan organisaatioon ja muutetaan aktiivisesti omia toimintoja. Eräs keskeinen osa benchmarkingia on nk. benchmarking tunnuslukujen vertaaminen ja analysointi. Kansallisen tason yhteiset mittarit ovat hyödyllisiä, jotta voidaan nähdä, miten oma organisaation toiminta asemoituu muihin organisaatioihin nähden. Benchmarking-tunnuslukuihin voidaan liittää erilaisia epidemiologisia ja demografisia muuttujia, joilla voidaan tarkentaa vertailuanalyysijä. Tuottavuustarkastelua voidaan suhteuttaa kohdeväestön määrään ja palvelutarpeeseen. Benchmarking-tunnuslukujen valitseminen siten, että ne mittaavat juuri BSC:ssä määritettyjä kriittisiä menestystekijöitä, on järkevää ja mahdollista suun terveydenhuollossa. BSC:n ruutiinimittauksista saadaan näin merkittävää lisäarvoa.

Suhat – hankkeessa pääpaino on ollut siinä, että benchmarking – tunnusluvut valitaan siten, että ne mittaavat mahdollisimman kattavasti juuri BSC:ssä määritettyjä kriittisiä menestystekijöitä. Tämä on tärkeä lähtökohta mahdollistamaan terveystieteen välisiä toiminnan vertailuja. Tämä on kuitenkin vain yksi osa vertailuprosessia. Esimerkiksi tuottavuusindikaattorien vertailulla saadaan tietoa yksikkökohtaisista tuottavuuseroista, mutta varsinainen tuottavuusanalyysi edellyttää tarkempaa tuotantoprosesseihin ja toimintakulttuurien erojen analysoimista.

Suhat – hankkeessa indikaattoripankki mahdollistaa erityyppisten tunnuslukujen vertailun toimintayksiköittäin. Tietokannasta voidaan seurata tuotettujen palvelujen kokonaismääriä suhteutettuna asukaslukuun sekä ikävakioituina määrinä. Tiedot sisältävät myös väestömäärään suhteutetut voimavarat kustannuksina

ja henkilöstömäärinä sekä toimintaprofiileja kuvaavia tunnuslukuja. Näitä on tarkemmin kuvattu indikaattoripankkia koskevassa luvussa. Benchmarkingin ideana on parhaimmillaan oppiminen toisilta vaikka erityisesti niiltä, joiden tuottavuus- ja laatuindikaattorit osoittavat poikkeuksellisen hyvää suoritumista.

Prosessikeskeinen ajattelutapa

Tunnistamalla ja kuvaamalla tärkeimpien asiakasryhmien hoitoon liittyvät prosessit terveystilat pysyvät löytämään toimintansa kannalta oleelliset kehittämiskohteet, kehittämään hoitoketjuja sujuvammaksi ja tehostamaan toimintaansa myös asiakkaiden tarpeita vastaaviksi. Eri terveystilakusten hoitoprosessien kuvaaminen antaa mahdollisuuden toimintojen vertaamiseen ja benchmarkkaukseen. Toimintaa voidaan verrata myös kaikkein tehokkaimpiin terveystilakkeisiin. Menestystekijöiden ja tavoitetasojen asettaminen prosessin eri vaiheille auttavat terveystilakkeita arvioimaan toimintansa laadukkuutta.

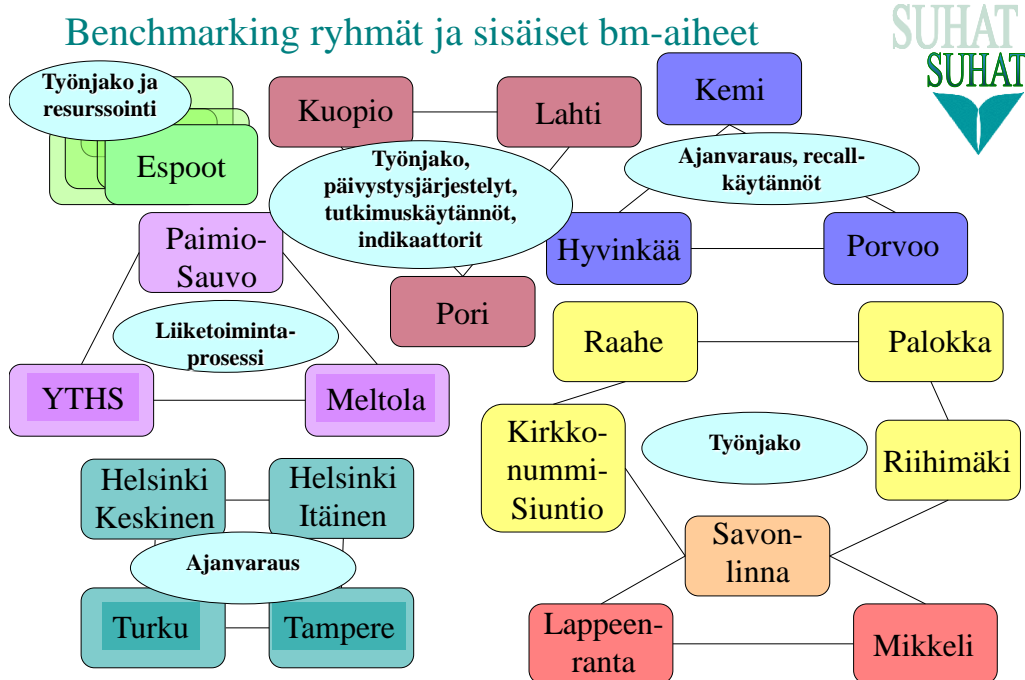
Prosessia parantamalla poistetaan esteet strategian toteuttamisen tieltä ja kehitetään osaamista yhteisenä tavoitteena. Suhat – verkostossa linkitettiin prosessijohtaminen ja osaaminen BSC – työhön siten, että terveystilat hyödynsivät omaa jo tehtyä strategiatyötään. Koulutus toteutettiin terveystilakusten omana työnä hankkeessa luotujen työkirjojen avulla sekä terveystilakkeista muodostettujen ryhmien muodossa. Prosessien tunnistamisen lähtökohtana ovat asiakkaiden odotukset, tarpeet ja oman organisaation missio, arvot, toiminta-ajatus, strategiset päämäärät sekä visio. Lisäksi tunnistetaan talouden asettamat reunaehdot, henkilöstön osaaminen, asenteet ja ympäristön sekä sidosryhmien odotukset.

Suhat – verkostossa laadittiin suun terveydenhuollolle prosessikartta ydinprosesseista ja niiden välisistä yhteyksistä työn tueksi yhteistyössä terveystilakusten kanssa. Terveystilat arvioivat kehittämisen kohteeksi valitsemiensa prosessien nykytilan suorituskykyä valittujen mittareiden avulla. Lisäksi hahmotettiin suun terveydenhuollon yhteisten ydinprosessien tavoitetilan kuvauksia sekä määriteltiin, millaisilla osallistumiskriteereillä tai mittareilla niitä olisi mahdollista ohjata ja seurata.

Yhtenä keskeisistä kehittämiskohteista oli hoitoon pääsyn prosessin kehittäminen. Koulutuksen perusajatuksena oli, että:

- terveystilakkeilla on strategia ja sen viestimiseksi, ymmärrettäväksi tekemiseksi ja toteuttamisen seuraamiseksi on olemassa toimiva BSC -työ,
- strategiaa toteutetaan ydinprosessien avulla,
- prosesseja ohjataan ja johdetaan tarkasti valituilla mittareilla,
- sekä BSC – mittareista että prosessimittareista opitaan ja toimintaa kehitetään sen perusteella.

Prosesseja kehitettiin terveystilakusten yhteisinä ryhminä ja ydinprosessien näkökulmista. Hoitoon pääsyn parantamisen alateemoja olivat tahtotilan luominen, hoitoon pääsyn periaatteet, hoidon tarpeen kiireellisyys, osaamisen kehittäminen, hoidon suunnittelu ja toteuttaminen, työnjako, jononhallinta, johtajuus, konsultatiivinen benchmarking, prosessin suorituskyvyn seuraaminen.



Kuvio 4. Prosessien kehittämisen ryhmiä ja teemoja 2003 – 2004.

Laadun näkökulma onnistumisen arvioinnissa

Palveluajattelu, laatu ja asiakassuuntautuneisuus ovat toiminnan kehittämisen lähtökohtia, joiden tulee näkyä myös toiminnan arvioinnissa. Laadun kehittämisessä ja sen arvioinnissa voidaan hyödyntää itsearviointia ja vertaisarviointia. Vertaisarviointi tukee myös laadun varmistamista ja sen kehittämistä. Itsearvioinnin liittäminen strategiseen suunnitteluun edesauttaa tavoitteiden toteutumisen arviointia, organisaation kehittämistarpeiden tunnistamista ja kehittämistoimenpiteiden oikeaa kohdentamista. Itsearviointi auttaa organisaatiota tunnistamaan sisäisiä ja ulkoisia vahvuuksiaan. Organisaation itsearviointi voidaan toteuttaa johdon ja henkilöstön yhteistyönä, jolloin henkilöstö voi osallistua organisaation kehittämiseen. Avoin ja yhdessä tehty itsearviointi organisaation tavoitteiden toteutumisessa tukee henkilöstön oman työn kehittämistä ja näkemystä tarpeellisista parantamistarpeista.

Laadun tunnuslukuja ovat kustannusvaikuttavuus, tehokkuus, turvallisuus, potilaskeskeisyys, oikea-aikaisuus ja hoitoon pääsy yhtäläisin perustein. Terveyden edistäminen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen on myös tärkeää. Suhät – verkostossa suun terveydenhuollon toiminnan näkökulmina ovat vaikuttavuus, asiakas, voimavarojen käyttö, prosessit ja rakenteet sekä uudistuminen ja työkyky. Arviointikriteerien taustatiedoista muodostettiin ns. indikaattoripankki, joka koostuu asiakkaista, toiminnasta, taloudesta, henkilöstöstä, toimintaprosesseista, hoitotoimenpiteistä johdetuista tunnusluvuista. Nämä sisältävät myös toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta kuvaavia tunnuslukuja. Suhät – indikaattoripankki tarjoaa useaan näkökulmaan laatua osoittavia tunnuslukuja, joita voidaan käyttää benchmarking vertailussa.

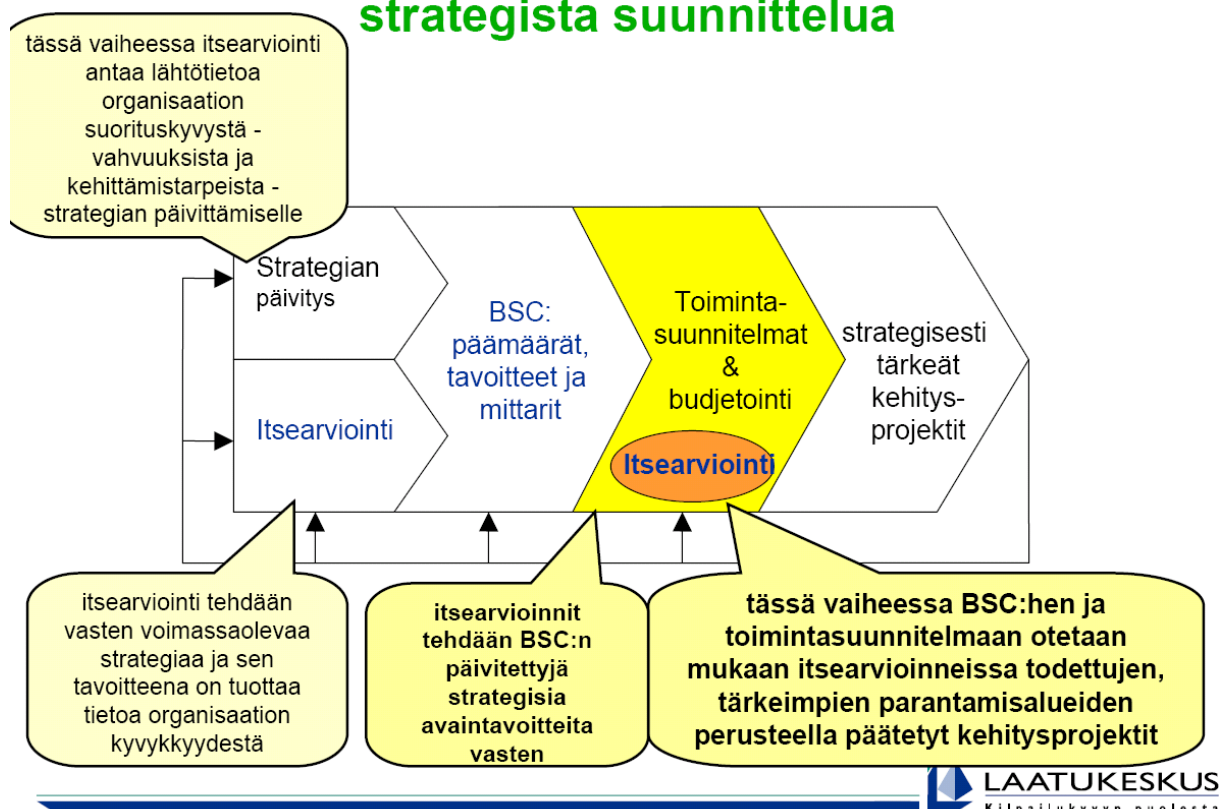
Asiakaskyselyt kartoittavat osaltaan palvelun laatua. Laadunarvioinnissa tarvitaan kuitenkin useita erilaisia menetelmiä ja näkökulmia, jolloin toiminnasta saadaan mahdollisimman monipuolinen kuva. Toiminnassa syntyviä suoritteita ja toiminnan laatua on seurattava samanaikaisesti sillä suoritteiden määrä ei ole laadun mitta tai tae. Toimintaa voidaan kuitenkin tehostaa ja samalla parantaa laatua kun toimintaa on tarkasteltu ja arvioitu kokonaisuutena ja kehittämistoimissa on huomioitu eri osa-alueet. Asiakkaan ja myös henkilöstön näkökulma on keskeinen määriteltäessä laatua. Laadun arvioinnissa tulisi pyrkiä käyttämään

useampia menetelmiä. Asiakaskyselyt ovat yksi menetelmä arvioitaessa toiminnan laatua ja sen vastaavuutta asiakkaan odotuksiin.

Asiakastytyväisyyden mittaamisessa käytettiin parhainta onnistumista mittavaa kyselymenetelmää vertailtavuuden mahdollistamiseksi. Asiakastytyväisyyttä mitattiin alkuvaiheessa Stakesin ja Att-Tutko Oy:n kehittämän asiakaskyselyn perusteella. Mittarina oli kyselyssä saatujen kiitettävien prosentuaalinen osuus (10-arvosanojen osuus). Kysely ei levinnyt laajaan käyttöön ja siitä luovuttiin tästä syystä.

Asiakastytyväisyyden seuranta menetelmää on kehitetty kansallisella tasolla terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimesta. Siitä on muodostunut kansallinen seurantamenettely, jota myös Suhat-verkoston kunnat ovat käyttäneet.

Itsearviointi ja BSC osana strategista suunnittelua



Kuvio 5. Itsearviointi osana strategista suunnittelua (BSC).

- Lähde: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpapereita 5/2008. (Kuva: Päivi Strömmer, Laatuokeskus)

Osaamisen kehittäminen tärkeässä roolissa

Johtamisen kehittämisen eri näkökulmat täydensivät toisiaan tavoitteena mahdollistaa strategian toteutumisen. Osaamisen johtamisen teema oli painopisteenä vuonna 2002. Osaamisen johtamisen näkökulma oli luonteva osa BSC-työtä ja tärkeää myös prosessien kehittämistyölle. Oleellista on määritellä, mitkä ovat tärkeimmät osaamisalueet, ns. strategiset kyvykkyydet, jotta voidaan saavuttaa strategian mukaiset tavoit-

teet. Kyvykkyydellä tarkoitetaan organisaation kykyä hyödyntää joustavasti ja ketterästi voimavarojaan tavoitteidensa mukaisesti. Strategisissa kyvykkyyksissä yhdistyvät osaaminen ja prosessit. Arvioinnin perusteella määritetään osaamisalueet, joilla organisaation olisi tärkeintä kehittyä ja mietitään keinot tämän toteuttamiseksi. Verkostossa käynnistyi ryhmätöitä, joissa pohdittiin niin osaamisen johtamista terveyskeskuksessa kuin toimintaympäristön muutosten edellyttämiä osaamistarpeita. Työn edetessä terveyskeskukset tuottivat omia Balanced Scorecard – strategiatyöhön perustuvia suun terveydenhuollon osaamiskarttoja. Kartassa näkyvät ne strategiset osaamisalueet, joissa terveyskeskuksen on onnistuttava saavuttaakseen tavoitteensa. Osaamisalueet on purettu myös avainosaamisalueiksi, jotka ilmaisevat tarkemmin, mitä terveyskeskuksen työntekijöiden on osattava. Työ toimii pohjana myös koulutustarpeiden arvioinnille.

Suhat – hankkeessa on korostunut terveyskeskusten suun terveydenhuollon strategiasta lähtevän johtamisen kehittäminen laajentuen kokonaisvaltaiseen toiminnan johtamiseen. Johtamisen kehittämisen työkaluina on hankkeen eri vaiheissa käytetty eri johtamisen painopisteitä tukevia menetelmiä kuten Balanced Scorecard – työskentelyä, itsearviointia, benchmarking-toimintaa, prosessien kehittämistyötä, TEDI-yhteiskehittämisen menetelmää ja käytännön työssä johtamistyötä tehneiltä asiantuntijoilta oppimista. Johtamisen eri menetelmät ovat linkittyneet toisiinsa ja täydentäneet kokonaisuutta eri näkökulmista. Koulutusta on järjestetty verkostotyönä, yhteistyö- ja ajankohtaispäivillä, joilla on ollut valittuja toistuvia kärkiteemoja.

Johtamiskoulutus on antanut myös laajemman näkökulman toiminnan mittaamiseen. Tunnistamalla ja kuvaamalla tärkeimpien asiakasryhmiensä hoitoon liittyvät prosessit terveyskeskukset ovat pystyneet löytämään oleelliset kehittämiskohteensa sekä tekemään hoitoketjunsu sujuvammiksi. Erityisen tärkeänä on pidetty tietoja jakavaa ja toimintatapoja soveltavaa vertaisarviointiverkostoa. Suhat -hankkeessa on korostettu oppimisen ja osallistumisen merkitystä. Ensimmäisinä toimintavuosina korostui tarvittavan strategisen johtamiskoulutuksen ja prosessijohtamisen menetelmien käyttöön liittyvän koulutuksen järjestäminen koulutus- ja yhteistyöpäivinä. Hankkeen jatkuessa koulutuksen osuus on vähentynyt, ja kokoontumiset ovat muuttuneet suun terveydenhuollon ajankohtaispäiviksi.

Suun terveydenhuollossa haasteena ovat olleet palvelutarjonnan laajentuminen koko väestöön sekä henkilöstöresurssien puutteet. Aikuisväestön suun terveydenhuollon palvelujen järjestäminen kunnissa on aiheuttanut palvelujen kysynnän kasvua, joka on osin koettu henkilöstössä liian raskaaksi. Ammatilliset haasteet, työn merkitys, työjärjestelyjen sujuvuus sekä työyhteisöjen toimivuus ovat tärkeitä motivoivia tekijöitä muutospaineissa. Johtajuuden merkitys on korostunut toimintaympäristön muutoksissa. Alalta on myös eläköitynyt suuri joukko kokeneita ammattilaisia ja työpaikkoja on auennut uusille tekijöille. Työpaikkojen vetovoimaisuudella on suuri merkitys.

Terveyden edistämiseen työpaikoilla TEDI – yhteiskehittämismenetelmän avulla

Terveyden ja työhyvinvoinnin edistäminen osana johtamisjärjestelmiä, rakenteita ja prosesseja ja niiden systemaattinen arviointi ovat käytännössä oleellisen tärkeitä tekijöitä terveyden ja työhyvinvoinnin edistämiseksi työpaikoilla. Miten työpaikka voi itse toimia terveyden edistämiseksi? Keinoja ovat tutkimuksiin pohjautuvan tiedon levittäminen sekä osallistuva ratkaisu- ja voimavarakeskeinen työskentely työpaikoilla. Jälkimmäistä keinoa edustaa TEDI-yhteiskehittämismenetelmä, jossa työhyvinvoinnin systemaattinen arviointi omaksutaan osaksi johtamista ja kytketään organisaation rakenteisiin ja strategiaan sekä tuodaan se arjen toiminnaksi osallistavalla yhteiskehittämismenetelmällä.

Työterveyslaitoksessa kehitetyn Terveyttä edistävän työpaikan yhteiskehittämisen (TEDI) tavoitteena on luoda innostava ja hyvinvoiva työyhteisö. TEDI:ssä johto ja koko henkilöstö osallistuvat, sitoutuvat ja voimaantuvat yhdessä kehittämään työpaikkaa. TEDI prosessissa tehdään yhdessä omalle työpaikalle terveen työpaikan kriteerit. Oman työpaikan kriteeristön avulla voidaan seurata ja kehittää henkilöstön työhyvinvointia. Samalla voidaan kehittää esimerkiksi vuorovaikutusta ja yhteistyötä myös ulkoisten kumppaneiden kanssa tai seurata työhyvinvoinnin ja tuottavuuden välistä yhteyttä käytännössä. Työterveyslaitoksen asiantuntijat tukevat organisaation omaa kehittämistyötä.

Tavoitteena on sitoa TEDI -prosessi terveyskeskusten strategia työhön sekä vahvistaa suun terveydenhuollon vetovoimaisuutta työpaikkana. Hankkeessa työterveyshuolto on mukana työterveyden ja työkyvyn asiantuntijana. TEDI-yhteiskehittäminen perustuu laaja-alaiseen ja ratkaisukeskeiseen näkemykseen työhyvinvoinnista.

Terveen ja hyvinvoivan työpaikan ulottuvuudet ovat:

- osallistava johtaminen,
- organisaation rakenteiden ja prosessien toimivuus,
- työn organisointi ja työyhteisön toimivuus,
- henkilöstön osaaminen ja voimavarat,
- työturvallisuus ja työterveys,
- hyvät kumppanuudet, verkostot ja yhteistyö.

Suhat – hankkeessa käynnistyi vuonna 2010 työhyvinvoinnin johtamisen kytkentä kehittämistoimintaan ja strategian laadintaan. **Työ toteutettiin Suhat – verkoston ja työterveyslaitoksen yhteistyönä vuosina 2010 - 2011.** Hankkeen myötä lisätään suun terveydenhuollon työpaikkojen vetovoimaan ja työhyvinvointia. Työkulttuuria kehitetään innovatiiviseksi, kokeilevaksi ja avoimeksi. Terveyttä edistävä johtaminen sisältää laajasti niin terveyttä edistävän työpaikan henkilöstölle kuin asiakkaiden ja muiden kumppanien terveyttä edistävän toiminnan.

Suhat – verkostossa käynnistyi Innovaatiokoulutuksen tuotekehittäjän – koulutusohjelma

Suun terveydenhuollon valtakunnallisen strategian jalkauttamisesta käytäntöön keinoin oli tarpeen vahvistaa. Koulutus perustui tulevan valtakunnallisen suun terveydenhuollon strategian sisältämiin innovaatio tarpeisiin, oli oppisopimusrahoitteinen, ja se oli työnantajalle ja opiskelijalle maksuton. Koulutuksen aikana suoritettiin tuotekehittäjän erikoisammattitutkinto, joka soveltuvi erittäin hyvin myös johtamisen erikoisammattitutkinnon suorittaneille henkilöille. Koulutuksen järjestäjänä toimi Verutum ja sitä ohjasi Risto Vanhatalo. Valmennuksen lähipäiviä oli 12 ja kokonaiskesto 18kuukautta.

Strategiatyö tehtiin vuoden 2010 aikana järjestettävissä seminaareissa ja työpajoissa, joissa työkaluina käytettiin työkirjoja. Osan työstä kehittämistyössä mukana olevat tekivät henkilöstönsä kanssa etätöyönä. Koska tilastojen mukaan 90 prosenttia organisaatioista epäonnistuu strategian viestinnässä ja jalkautuksessa, oli syytä ottaa käyttöön työkalu, jolla jokainen Suhat-hankkeessa mukana oleva kunta sai muokata kansallisesta strategiasta oman näköisensä kehittämisohjelman.

Palveluinnovaatioiden ammattimaisen kehittämisen valmennusohjelma suun terveydenhuollossa käynnistyi verkostossa. Muuttuva suun terveydenhuollon strategia, osana kuntien terveyspalvelujen strategiaa, synnyttää arkityön hallintaan erilaisia, hyvinkin vaativia kehittämishankkeita. Siksi työpaikoille arvioitiin tarvittavan suun terveydenhuollon ammattimaisen kehittämisen tukiverkostoa, johon kuuluu kussakin kunnassa 2-5 oman toimensa ohella toimivaa sisäistä konsulttia eli SSKO:a. Tällä tavoin voidaan tuloksellisesti toteuttaa uuden strategian synnyttämät kehitysprojektit ja helpottaa näiden yhteys henkilöiden avulla myös muita kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteisiä, moniammatillisia kehityshankkeita. Näin toimimalla myös suun terveydenhuollon profiili terävöityy kunnissa. SSKO:t saivat valmennusohjelman aikana erinomaiset valmiudet ja työkalut ohjata ja johtaa eri projekteja ja hankkeita. Tämä oman työn kehittämisen näkökulma on myös monelle suun terveydenhuollon asiantuntijalle hyvin energisoiva ja arkityötä rikastava. Valmennusohjelman aikana osallistujat suorittivat Tuotekehittäjän erikoisammattitutkinnon. Tämä mahdollistaa sen, että koulutukseen voitiin hakea oppisopimusrahoitusta, joten se oli työnantajalle ja opiskelijalle maksuton. Valmennusohjelma alkoi syksyllä 2010.

Arviointi ja vaikuttavuustiedot väestön suun terveyteen – indikaattoripankki kehittyi vertailun pohjaksi

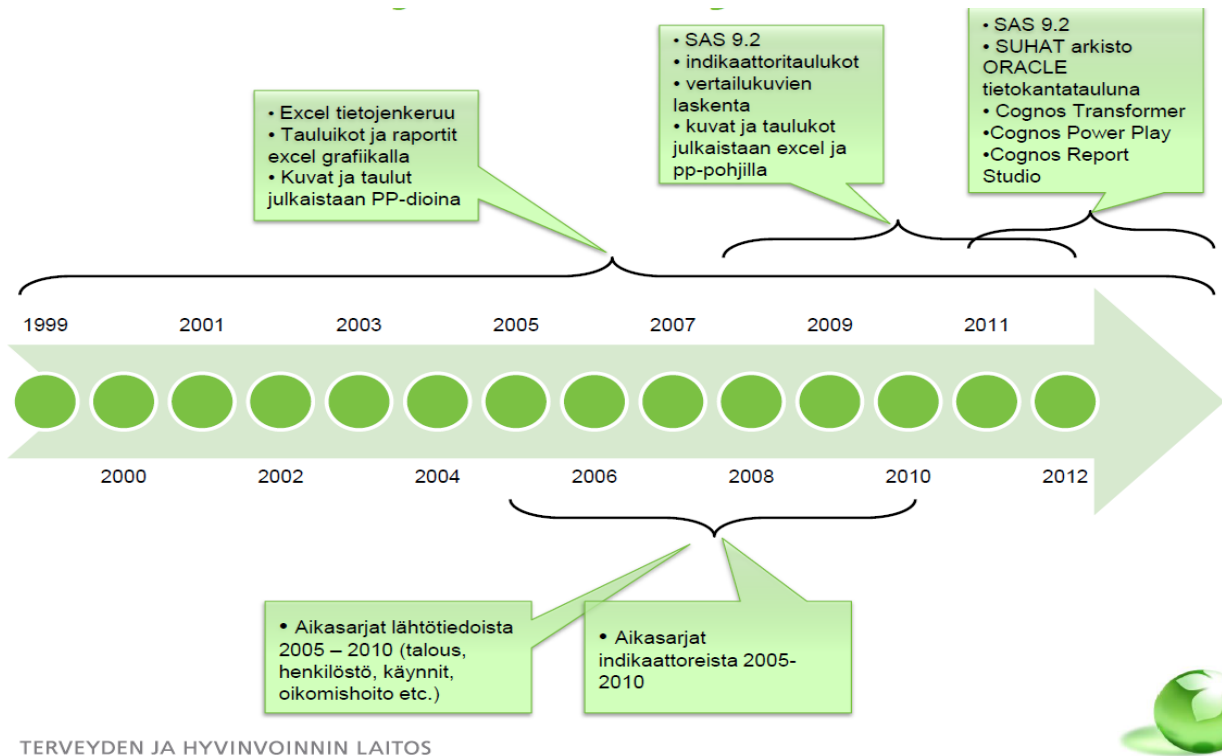
Terveyskeskusten suun terveydenhuollon toimintaa oli pitkään seurattu vuosittaisilla talous- ja toimintatiedoilla sekä määrävälein kerätyillä tiedoilla palvelujen käytöstä, vaikuttavuudesta väestön suun terveyteen. Tiedonkeruu oli muuta terveydenhuoltoa yksityiskohtaisempaa pitkälle kehitettyjen suun hoitotoimenpiteitä ja suun sairauksia koskevien indeksien ansiosta. Suun terveydenhuollossa oli kerätty ns. erilliselivityksinä palvelujen vaikuttavuustietoja kolmen vuoden välein 1970 – luvulta lähtien (Nordblad ym 1993). Tiedot kuvaavat suun ja hampaiston terveydentilaa indekseihin mitattuna (DMF – indeksi ja CPI – indeksi), sekä sisältävät seurantatietoja palveluista, tutkimuksista ja hoitotoimenpiteistä. Erityisen kehittyneitä tilastotiedon keruu ja tulosten arviointi oli lasten ja nuorten suun terveydenhuollon osalta. Terveyskeskukset olivat tottuneet mittamaan ja arvioimaan omaa toimintaansa vuosittaisilla ja määrävälein kerätyillä tilastotiedoilla. Tätä kokemusta hyödynnettiin Suhat – pilot hankkeessa muodostamalla johtamisen tueksi tietoa terveyskeskusten toiminnasta yhteisesti hyväksytyjen vertailutunnuslukujen muodossa, jotka olivat saatavilla indikaattoripankista.

Indikaattoripankin tietojen selkeyttämiseksi ja hallitsemiseksi hakkeessa kerätyt tiedot ja niistä lasketut luvut on jaettu hierarkkisiin tasoihin. Tunnuslukujen avulla voidaan verrata tuottavuutta, ja sen perusteella toimintaeroja eri terveyskeskusten välillä. Jotta vertailu aiempiin vuosiin olisi helpompaa, tämän raportin mittaristo on jaoteltu Balanced Score Card (BSC) näkökulmiin. Näkökulmat ovat vaikuttavuus ja asiakas-, prosessi-, resurssi ja talous- sekä uudistumis- ja työkyky näkökulmat.

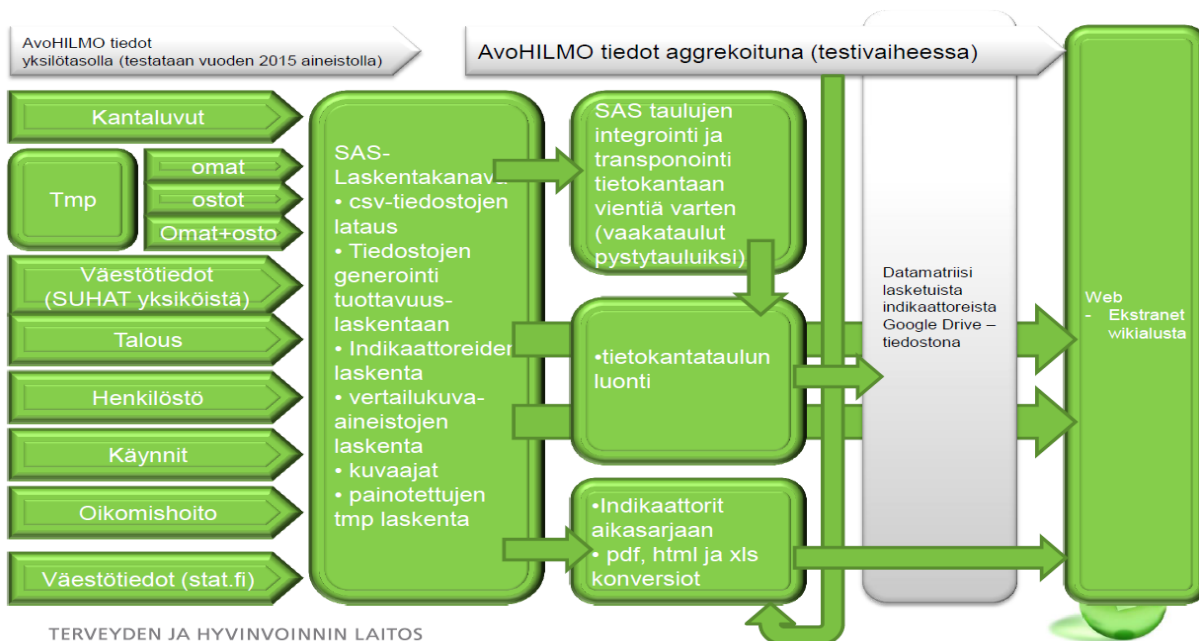
SUHAT-mittaristohierarkia ja indikaattoripankki



Kuvio 6. Suhat-kuntien palvelutoimintaa, resursseja ja tuloksellisuutta kuvaavat tiedot



Kuvio7. SUHAT-verkoston tietojenkäsittely vuosina 2000 – 2012.



Kuvio 8. Suhat-verkoston tietojenkäsittely vuonna 2018.

Hankeorganisaation tiedostosäilöön on koottu vuosikansioihin edellä mainitut kokonaisuudet. Tiedostosäilöön on pääsy vain THL:n käyttäjätunnuksilla ja kyseinen tallennustila on varattu vain THL:n työntekijöille.

den käyttöön, kuitenkin siten, että vain nimetyt henkilöt pääsevät näihin kansioihin. Tämän lisäksi Suhat -hankkeella on omat Ekstranetsivustonsa, johon on pääsy kaikilla mukana olevilla hankekunnilla. Sivusto on toteutettu THL:n ylläpitämänä ja alustana toimii Atlassian Confluence 3.5.13 -wikialusta. Ekstranetsivusto sisältää useita työryhmätiloja.

Indikaattoripankin data-aineisto kerättiin hankekunnilta taulukkolaskentapohjiin, jotka kerättiin tiedostosäilöön. Koontitaulukoiden avulla laskettiin taulukkolaskentaohjelman rutiinien avulla ennalta määritetyt indikaattoritiedot. Vuoden 2018 aikana indikaattorilaskenta siirrettiin toimimaan SAS-ympäristössä, joka tarjosi ketteremmän tavan käsitellä suuria tietomääriä (Kuvio 8).

SAS ympäristöön voitiin luoda datan latausrutiinien lisäksi eri indikaattoriryhmien laskenta ja niistä edelleen raportoinnit taulukoina tai graafeina. Valmiit indikaattoritaulut ja graafit siirrettiin Ekstranetsivustolle Indikaattoripankki -alisivulle hankekuntien käyttöön. SAS-ympäristöön siirtyminen oli osa suunnitelmaa siirtyä käyttämään osaksi AvoHILMO-tietoja osana SUHAT -tiedonkeruuta. Tähän liittyvä työ jatkuu tulevaisuudessa Lomake -palveluna, joka tarjoaa yhtenäisemmän tavan luoda ja tuottaa tietoja THL:n verkkoympäristöön ns. kuutiodatamuodossa.

Indikaattorilaskenta on esitetty prosessikaaviona kuvassa 7. Lähtötietojen perustaulut laskentaan olivat kantaluvut ja tehdyt toimenpiteet. Käyntitietojen lisäksi hankekunnista kerättiin henkilöstöön ja talouteen liittyviä tietoja. Oikomishoidon tietokokonaisuus sisältyi osaksi kantalukutietoja ja osittain niihin liittyi myös voimavarojen käyttö koskevaa tietoa, samoin kuin käyntitietoja. Indikaattorilaskenta noudatti eri vuosina samoja rivikohtaisia laskentasääntöjä ja tällä periaatteella varmistettiin myös yhdenmukainen käsittely eri yksöiden välillä.

Suhat – hankkeen organisointi

Verkostohankkeessa on ollut mukana kuntien terveyskeskuksia eri puolilta Suomea. Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön paikallisia yksiköitä tuli mukaan hankkeeseen vuodesta 2007. Hankkeesta vastuussa oli Stakes ja myöhemmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Mukana hankkeen käynnistysryhmässä vuosina 1999 - 2000 olivat Stakes, HAUS (Hallinnon kehittämiskeskus), valtionvarainministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Seuraavina vuosina toiminta laajeni kun mukaan tuli uusia kuntia. Kouluttajaksi vaihtui Laatu-keskus HAUS:in tilalle. Hankkeen taustaryhmässä ja asiantuntijoina ovat toimineet Stakes, THL, sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Mukana on vuosittain ollut 26–36 erikokoista kuntaa sekä Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön yksiköitä.

Verkostohankkeessa mukana olevat yksiköt ovat rahoittaneet hanketta maksamalla vuosimaksua, joka on ollut suuruudeltaan 1300 – 2000 euroa vuodessa. Stakes ja THL ovat rahoittaneet hanketta järjestämällä tilat, välineet, sähköisen sivuston ja tietoaalustan sekä näiden edellyttämän osaamispanoksen verkoston käyttöön. Alkuun terveyskeskuksilla oli mahdollisuus liittyä mukaan myös vain indikaattoripankkiin, jolloin vuosimaksu oli pienempi. Tästä mahdollisuudesta luovuttiin ajan mittaan.

Kuntien ja kuntayhtymien suun terveydenhuollon kanssa tehtävät sopimukset olivat alkuun yksivuotisia mutta sopimuksissa siirryttiin kolmivuotisiin sopimuksiin. Solmittavat sopimukset alkavat tammikuusta ja joulukuun lopussa. Indikaattoripankin tiedot kootaan ja tarkistetaan huhtikuussa ja niistä laskettavat vertaisarviointiluvut ja ikävakioidut indeksit julkaistaan verkostopäivinä.

Verkoston osallistujien yhteydenpidon kannalta tärkeää on sähköisen internetsivuston aktiivinen ja osallistava toiminta. Internetsivusto on osittain avoin kaikille, mutta valtaosa tiedoista on tarkoitettu hankkeeseen osallistuville ja on salasanan takana. Koulutussivuille on tallennettu kaikki hankkeen ajankohtaispäivien esitykset, joita osallistujakunnissa viedään eteenpäin johtamistyössä.

SOTE-Suhat Extranet -sivusto tarjoaa hankkeessa mukana oleville kunnille/terveyskeskuksille mahdollisuuden tarkastella ja ladata hankkeen asiakirjoja ja indikaattoreita. THL:n ulkopuolisille organisaatioille ja yksittäisille tutkijoille on mahdollista kirjautua työryhmäsivustolle omilla tunnuksillaan. Sivusto mahdol-

listaa hankkeen tietojen vaihdon ja työryhmän muistioiden keskitetyn asiakirjojen tallennustilan ja hallinnan. Sivustoa on kehitetty jatkuvasti koko hankkeen aikana vastaamaan toimijoiden tarpeita alun suppeammasta nykyiseen laajaan eri sisältöalueita sisältävään ja päivittyvään muotoon.

Pääsivunäkymässä on koottuna tuoreimmat hankeuutiset ja vuosittain toistuville ajankohtaispäiville ilmoittautuminen on toteutettu ilmoittautumislomakkeen kautta. Pääsivulta on mahdollista päästä tarkastelemaan hankkeen aikana tehtyjä raportteja ja julkaisuja. Raportit on sijoitettu pääsivun navigointipalkkiin. Ekstarnet sivuston pääsivulta löytyy myös sivuston sisällysluettelo ja sen kautta pääsee etenemään seuraaviin alisivuihin: verkosto- ja ajankohtaispäivät, verkoston toiminta, pientyöryhmät, indikaattorit, kansallinen terveysarkisto (Kanta), julkaisut, swap sivu, linkit, yhteystiedot, monikulttuurinen terveydenedistämismateriaali.

Verkosto- ja ajankohtaispäivät -linkin takaa löytyy kaikkien ajankohtaispäivien ohjelmat ja päivien aikana pidetyt esitykset vuodesta 2001 lähtien. Verkoston toiminta -osiosta löytyvät ohjausryhmän kokousmuistiot ja pöytäkirjat. Pientyöryhmät -osion alle on koottu kaikkien hankkeen aikana perustettujen pientyöryhmien muistiot ja kokouspöytäkirjat. Pientyöryhmätoimintaa on selostettu tarkemmin tässä raportissa.

Suhat – verkoston ohjaus

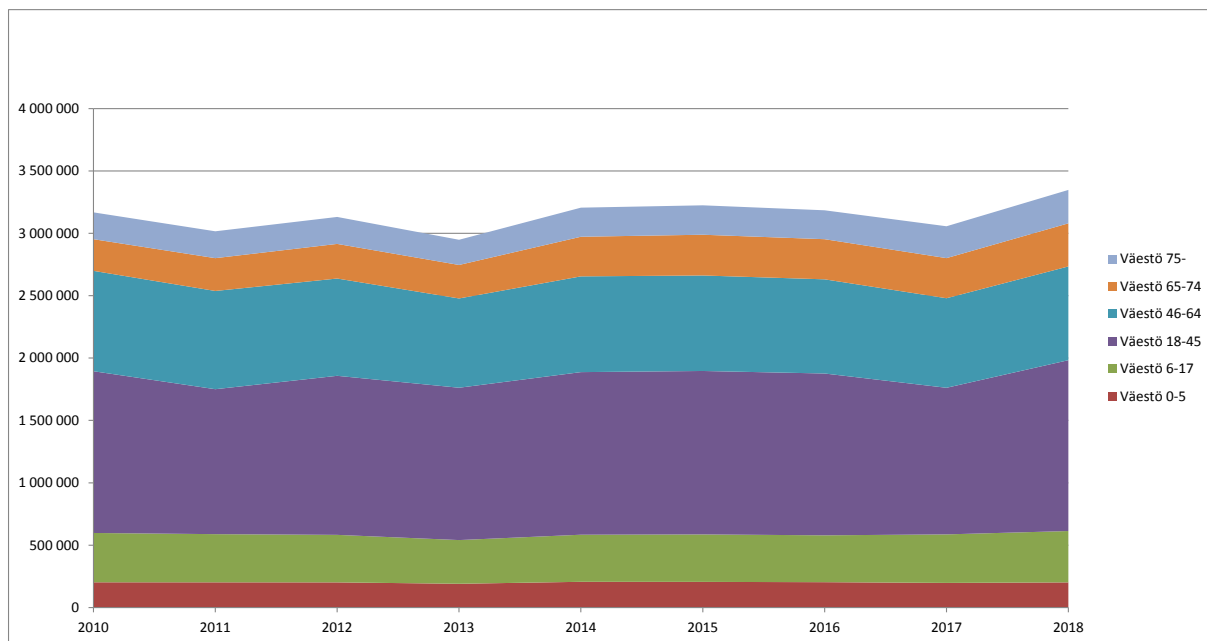
Suhat - verkosto mahdollistaa toiminnan uudistamisen tavoitejohtamisen ja yhteisen tietoperustan keinoin. Suun terveydenhuollon laajassa tehtäväkentässä voidaan hyödyntää monella tavoin yhteisiä kehittämistoimia ja yhteistä johtamisvalmennusta. Tärkeää on, että kehittämisessä tietoperusta on yhteneväinen, jolloin strategiselle uudistustyölle asetettujen tavoitteiden toteutumista voidaan seurata ja arvioida. Tällä edistetään hyvää johtamisosaamista suunterveydenhuollossa. Yhteiset asiat on järkevää tehdä hyödyntäen jo kokeiltuja ja hyviä uudistuksia ja hyviä käytäntöjä. Verkosto on tarjonnut hyvän alustan yhteisille kehittämistoimille ja innostanut osallistumaan yhteiseen johtamisvalmennukseen.

Verkoston kehittämisestä ja johtamisesta vastaa projektiryhmä sekä verkoston edustajista koostuva laajempi ohjausryhmä. Hankkeen taustaryhmänä toimivat alkuun Stakes myöhemmin terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto. Hankkeen alulle panijana ja asiantuntijana on toiminut lääkintöneuvos Anne Nordblad (2000 – 2018). Projektikoordinaattorina ja projektipäällikkönä vuodesta 2010 on toiminut Marja-Leena Partanen vastaten hankkeesta terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella. Indikaattoripankin tietojen käsittelyä on hoitanut asiantuntija Marko Ekqvist vuodesta 2010. Mukana asiantuntijoina ovat toimineet lääkintöneuvos Merja Auero vuodesta 2018, eri ajankohtina kehittämispäällikkö Miika Linna, vastaava hammaslääkäri Sinikka Varsio ja erityisasiantuntija Sinikka Huhtala, asiantuntijalääkäri Tuula Kock, kehittämispäällikkö Ritva Teräväinen, ylihammaslääkäri Irma Arpalhti. Hankeavustajina toimivat vuonna 2006 Simo Karhunen ja vuonna 2007 Outi Räikkönen.

Projektiryhmässä valmisteltiin ohjausryhmässä käsittelyyn otettavat asiat. Ohjausryhmä toimi hankkeen päättävänä elimenä, ja sen kokouksissa päätettiin hankkeen sisällöstä, toteutuksesta ja kehittämisestä. Jokainen kunta/terveyskeskus valitsi hankkeeseen yhdyshenkilön, joka välitti projektiin liittyvän tiedon omaan organisaatioonsa. Ohjausryhmä koostuu Suhat -verkoston osallistuvien nimeämistä edustajista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vastuuhenkilö on myös tarvittaessa mukana päätöksenteossa. Ohjausryhmä pitää kokouksia säännöllisesti, joissa päätetään kehittämistoimenpiteistä sekä budjetista. Verkosto koostuu osallistuvien kuntien terveyskeskusten nimeämistä edustajista, joista kunta on nimennyt yhden verkoston yhdyshenkilöksi. Verkoston sähköposti ja tiedottaminen kulkee yhdyshenkilöiden kautta. **Ohjausryhmän jäsenten, yhdyshenkilöiden ja pientyöryhmien jäsenten luettelot ovat nähtävissä liitteissä.**

Verkoston aloitusvuoden jälkeen uusia terveyskeskuksia on liittynyt mukaan vuosittain. Vuonna 2006 Suhat-hankkeeseen osallistui 27 terveyskeskusta ja ylioppilaiden terveydenhoitosäitiö, joiden väestöpohja oli yhteensä yli 2,7 miljoonaa asukasta. Vuonna 2007 osallistujien määrä oli 33 terveyskeskusta ja YTHS, ja terveyskeskusten väestöpohja oli yli 2,8 miljoonaa asukasta. Vuonna 2010 osallistujien määrä oli 34. Vuonna 2013 Suhat -hankkeessa oli mukana 35 terveyskeskusta tai kuntayhtymää, joiden väestöpohja kat-

taa Suomen väestöstä yli 3 miljoonaa sekä Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiön yksikköjä. Organisaatioita oli mukana 30 vuonna 2015 sekä 36 vuonna 2018. Terveyskeskusten määrä ja koko väestön suhteen on vaihdellut jonkin verran eri vuosina. Väestömäärä kokonaisuudessaan hankkeessa mukana olevilla alueilla on kuitenkin vuodesta 2010 pysytellyt yli kolmessa miljoonassa henkilössä. Tarkemmin väestön ikäryhmittäistä jakautumaa on kuvattu vuodesta 2010 lähtien kuviossa 9.



Kuvio 9. Suhat – verkoston kuntien ja kuntayhtymien väestömäärät ikäryhmittäin vuosina 2010 – 2019.

Suhat – hankkeen vaiheet 2000 - 2019

Suhat – pilothanke käynnistyy 1999 – 2000

Suun terveydenhuollossa todella merkittäviä vaikutuksia oli eduskunnan 4.12.2000 hyväksymillä hammashuoltoa koskevilla laeilla, joilla yhteiskunnan tukema hammashoito laajennettiin asteittain koskemaan koko väestöä. Muutospaineet synnyttivät tarvetta suun terveydenhuollon tavoitteiden kirkastamiseen ja strategiseen suunnitteluun. Terveyskeskusten suun terveydenhuollon pilothankkeen suunnittelu aloitettiin keväällä 1999 Stakesissa kehittämispäällikkö Anne Nordbladin toimesta. Hankkeen taustaryhminä olivat Stakes, valtionvarainministeriö, HAUS ja Suomen Kuntaliitto. Suunnitteluryhmään kuuluivat Anne Nordblad Stakes, Miika Linna Stakes, Petri Virtanen VM, Unnukka Suutari Palokan kansanterveystyön kuntayhtymä, Timo Ojala SM ja Kaisa Pöllä HAUS. Suomen Kuntaliitosta asiantuntijana toimi Sinikka Huhtala. Pilothankkeen sihteerinä toimi Seija Hiekkänen Itäinen terveyskeskus, Helsinki.

Pilothankkeeseen kutsuttiin 13 terveyskeskusta, jotka olivat ilmaisseet kiinnostusta tämän tyyppiseen kehitystyöhön (Espoo tuli mukaan kahtena eri alueen terveyskeskuksena). Projekti rahoitettiin yhteishankkeena. Suhat 2000 – pilothankkeen tavoitteena oli BSC – menetelmää käyttäen tuottaa kolmentoista terveyskeskuksen yhteistyönä kunnalliselle suun terveydenhuollolle valtakunnallisen tason visio ja toiminta-ajatus sekä johtaa niistä toiminnan kriittiset menestystekijät. Yhteisen BSC – työn lisäksi jokainen osallistuva organisaatio teki omaa strategiatyötään. Mukana olevat 13 terveyskeskusta tuottivat kuntakohtaiset strategiatyöt etätöinä. Yhteisissä työseminaareissa tuotettiin suun terveydenhuollolle yhteinen visio, toiminta-ajatus sekä keskeiset menestystekijät neljälle näkökulmalle. Hankkeen toisessa vaiheessa tuotettiin menestystekijöille indikaattoreita, sekä aloitettiin tilastotiedon määrittelytyö. Projektiin osallistuneiden 13 terveyskeskusten yhteinen väestöpohja oli 880 000 asukasta.

Hankkeen alusta lähtien tärkein tavoite on ollut terveyskeskusten suun terveydenhuollon strategiasta lähtevän johtamisen kehittämisen yhteistyöskentelyn avulla. Toimintaa kehitettiin yhteisinä verkoston koulutus- ja työkokouksina vahvistamaan toisilta oppimista ja hyviä käytäntöjä. Tämän rinnalla terveyskeskukset toteuttivat kehitystyötä omissa organisaatioissaan.

Kehittämistyökaluina on hankkeen eri vaiheissa käytetty BSC -työskentelyn lisäksi, itsearviointia, benchmarking -toimintaa ja prosessien kehittämisen menetelmää. Tärkeä osa toiminnassa on ollut Suhat-indikaattoripankki, jonne on kerätty terveyskeskusten toimintaa ja taloutta sekä toiminnan tuloksellisuutta kuvaavia tunnuslukuja. Näistä tunnusluvuista on valittu kaikkein käyttö- ja vertailukelpoisimmat tunnusluvut indikaattoreiksi siten, että ne mahdollisimman hyvin mittaavat suun terveydenhuollon yhteisen BSC -kortin strategisia tavoitteita ja kriittisiä menestystekijöitä. Indikaattoripankin hierarkia rakentuu siten, että tunnusluvut kuvaavat kansallisen tason strategista toteutumatietaa sekä alueellisen terveyskeskustason toteutumatietaa.

Hankkeen käynnistyessä haastavinta oli löytää suun terveydenhuoltoon sopiva mallinnus BSC -työskentelyyn sillä toiminta oli uutta, eikä esimerkkejä ollut käytettävissä työn pohjaksi.

Suhat – hankkeen vaiheet ja toteutus 2000 - 2019

Suhat – hankkeen vaiheita ja kehittämisen muotoja eri vuosina on kuvattu seuraavassa viisivuotisjaksoittain. Suun terveydenhuollon uudistuksia toteutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten uudistusten suuntaviivojen mukaisesti. Kuitenkin suun terveydenhuollossa jo pelkästään kunnallisten palvelujen laajentaminen koko väestöä kattavaksi vaati kehittämistoiminnan suuntaamista palvelujen kattavuuden lisäämiseen. Johtamisen eri työmenetelmiä käytettiin vaiheittain strategisesta suunnittelusta ja mittaamisesta siirtymään prosessikehittämiseen ja siitä edelleen innovaatio- ja työhyvinvoinnin kehittämiseen. Strategiatyössä siirryttiin asteittain yhteisöllisempään pientyöryhmäkehittämiseen. Pientyöryhmätyöllä lähes kaikki verkostoon osallistuneet terveyskeskusten edustajat sitoutuivat johonkin keskeisistä kehittämishankkeista. Pientyöryhmätyö oli myös tuloksellista ja monessa asiassa niillä oli vaikutusta myös valmisteilla olevaan lainsäädäntöön sekä kansallisiin kehittämishankkeisiin. Pientyöryhmätyöskentelyä on kuvattu tarkemmin teemoittain ja työryhmien jäsenet on kuvattu liitteissä.

Vuodet 2000 – 2005

Ensimmäisinä toimintavuosina palvelujen uudistusten vaatiman johtamisen kehittämisen ja Suhat 2000 – pilothankkeen tavoitteena oli Balanced Scorecard – menetelmää (BSC – menetelmä) käyttäen tuottaa terveyskeskusten yhteistyönä kunnalliselle suun terveydenhuollolle valtakunnallisen tason visio, toiminta-ajatus sekä johtaa niistä toiminnan kriittiset menestystekijät arviointikriteereineen. Yhteisen BSC – työn lisäksi jokainen osallistuva organisaatio teki omaa strategiatyötään.

Hankkeessa tavoitteena oli muodostaa vaikuttavuus-, resurssi-, prosessi- ja uudistusnäkökulmien kriittisten menestystekijöiden arviointikriteereistä indikaattoripankki. Indikaattoripankki mahdollistaa sähköisessä muodossa netin välityksellä tietojen käytön. Tulos- ja seurantatiedot mahdollistavat benchmarking -menetelmän käytön eli tulosten vertailun eri organisaatioiden kesken sekä pitkäaikaisen seurannan oman organisaation sisällä. Tavoitteena oli lisätä myös mukana olevien Kuntien/terveyskeskusten määrää onnistuneen toiminnan myötä.

Osallistuvien terveyskeskusten hyötyinä hankkeesta nähtiin:

- johtamisen kehittyminen
- uusien, toiminnan laatua parantavien toimintamallien kehittäminen
- toiminnan tuloksellisuuden arvioinnin kehittäminen

Kansallisen tason hyötyinä hankkeesta nähtiin:

- vertailevan tiedon saaminen terveyskeskuksista ohjaukseen
- tiedon saaminen terveyskeskusten toimintatavoista suun terveydenhuollossa
- indikaattoripankin sisältötiedon toteuttaminen

Suhat 2001 - hankkeessa benchmarking-menetelmän avulla haettiin olemassa olevia parhaita käytäntöjä ja sovellettiin niitä omaan organisaatioon. Hankkeeseen osallistuneet terveyskeskukset muodostivat ryhmiä, joissa tehtiin sekä sisäistä että ulkoista vertaisoppimista. Benchmarkingin tueksi terveyskeskukset käyttivät itsearviointi – menetelmää parhaimpien benchmarking kohteiden löytämiseksi. Hanke toteutettiin Stakesissa pidettyinä koulutus- ja työkokouksina, joiden rinnalla terveyskeskukset toteuttivat omaa kehittämistyötään. Koulutus- ja työkokouksilla oli tässä vaiheessa hanketta tärkeä tehtävä tavoitteiden saavuttamisessa ja verkostotyöskentelyn vahvistamisessa. Terveyskeskuksia valmisteltiin seuraaviin etätöiden vaiheisiin.

Suhat 2002 – hankkeen tavoitteena oli tukea terveyskeskusten suun terveydenhuoltoa strategisen johtamisen kehittämisessä ja hammashuoltouudistuksen vaatimien uudistusten läpiviennissä. Tavoitteena oli, että kullakin terveyskeskuksella on oma tuloskortti strategisen johtamisen tukena. Työkirjat toimivat onnistuneen BSC:n rakentamistyön välineinä ja työkirjojen toimivuutta pidettiin hyvänä. Johtamisen kehittämisen näkökulmana oli vuonna 2002 osaamisen johtamisen teema. Osaamisen johtaminen on toiminnan johtamista, joka edellyttää myös organisaation osaamistarpeiden selvittämistä ja kehittämistarpeiden tunnistamista sekä puutteiden korjaamisen edellyttämien toimenpiteiden suunnittelua. Osallistujien käytössä olivat hankkeen internet sivut, joiden kehittämiseen panostettiin erityisesti vuonna 2002. Suhat – sivuston hyödynnettävyyttä parannettiin kehittämällä sivuston rakennetta ja tietojen päivityskäytäntöjä sekä ottamalla käyttöön keskustelupalsta. Osa tiedoista oli julkisesti kaikkien käytössä mutta osa terveyskeskusten toimintaa kuvaavista tiedoista oli vain Suhat – verkoston jäsenten käytössä.

Suhat hankkeessa keskityttiin vuosina 2003 – 2004 prosessien kehittämiseen ja johtamiseen. Prosessijohtaminen linkitettiin tiiviisti jo edellisinä vuosina tehtyyn BSC-työhön ja jokainen mukana oleva terveyskeskus pystyi hyödyntämään jo aiemmin tehtyä strategiatyötä. Toimintaprosessien parantamisella ja kehittämisellä vaikutetaan tuottavuuden parantumiseen. Vuonna 2003 prosessijohtamiseen liittyvä koulutus toteutettiin terveyskeskusten etätöinä ja terveyskeskuksista muodostettujen ryhmien muodossa käyttäen hankkeessa luotuja työkirjoja. Terveyskeskukset jakautuivat ryhmiin kehittämisen kohteeksi valittujen prosessien mukaisesti. Terveyskeskukset arvioivat kohteeksi valitsemiensa prosessien nykytilan suorituskykyä valittujen mittarien avulla. Lisäksi hahmotettiin suun terveydenhuollon yhteisten ydinprosessien tavoitetilan kuvauksia sekä määriteltiin millaisilla mittareilla niitä olisi mahdollista ohjata ja seurata. Hankkeen sisältöä ja toteutustapaa on kehitetty siten, että se toimii mahdollisimman hyvin suun terveydenhuollon toimintojen arvioinnin valtakunnallisena välineenä. Vuoden välein valmistuvat tietokannat sisältävät toimintaa kuvaavia tunnuslukuja ja aineistoja, joita voidaan käyttää tuottavuuden kehityksen arvioinnissa. Tavoitteena oli vakiinnuttaa indikaattoripankin tiedot osaksi säännöllistä tilastoseurantaa. Vuonna 2003

kartoitettiin Suhat terveystieteiden työnjakoon liittyviä käytäntöjä ja täydennyskoulutusta sekä hoitoon pääsyn periaatteita ja jonotuskäytäntöjä.

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

- terveystieteillä on strategia ja sen viestimiseksi, konkretisoimiseksi ja toteuttamisen seuraamiseksi on käytettävissä toimiva BSC,
- strategiaa toteutetaan ydinprosessien avulla,
- prosesseja ohjataan ja johdetaan tarkasti valituilla mittareilla,
- sekä BSC – mittareista että prosessimittareista opitaan ja toimintaa kehitetään sen opin perusteella.

Hoitoon pääsyn varmistamisen ja parantamisen ongelmiin liittyviä alateemoja käsiteltiin koulutus- ja suunnittelukokouksissa. Työkirjojen avulla määritettiin hoitoon pääsyn kannalta tärkeimpien prosessien tavoitteet, menestystekijät ja mittarit. Terveystieteet tekivät myös konsultatiivisia benchmarking-käyntejä toistensa luokse ja arvioivat strategian toimeenpanoa ja seurattavuutta sekä prosessien toimivuutta mittareiden avulla.

Vuonna 2005 hoitoon pääsyn turvaaminen määräajassa eli hoitotakuu tuli voimaan myös suun terveydenhuollossa. Tämä uudistus vauhditti aikuisväestön suunhoidon palvelujen kehittämistä ja lisäsi palvelujen kysyntää. Hoitoon pääsy ruuhkautui useilla paikkakunnilla ja muodostui jonoja hoitoon pääsille, myös Suhat – verkoston terveystieteissä. Sähköinen työkirja kehitettiin tukemaan terveystieteiden itsenäistä etätöskentelyä, jolla terveystieteet voivat määrittellä oman toimintansa kannalta tärkeimmät prosessit ja ottamaan ne käyttöön strategisessa johtamisessa. Vuoden aikana jatkettiin myös osallistujien keskinäistä prosesseihin kohdistuvaa arviointia benchmarking työskentelynä. Verkostoitumisen tarve ja toiminnan muutostarve oli suurta. Terveystieteen palvelujen kysyntä suun terveydenhuollossa kasvoi tavalla, johon ei monissa terveystieteissä pystytty vastaamaan. Myös hoitotakuulain voimaantulo vuonna 2005 lisäsi mukana olevien terveystieteiden määrää kertoen verkostotyön tarpeesta.

Vuodet 2006 – 2010

Vuoden 2006 alussa voimaan tullessa kansanterveyslain uudistuksessa (2005/928) säädetään terveyden edistämistä osana kansanterveystyötä. Kansanterveystyön tehtäviä ovat väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta, huolehtiminen terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa ja yhteistyö terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten toimijoiden kanssa. Suun terveydenhuollossa tarvittiin vahvaa terveyden edistämisen strategiaa kattamaan koko väestön tarpeet. Vuonna 2008 Suhat – hankkeen nimi muuttui Suhat – verkostoksi ja verkostotyön mahdollisuuksia käytettiin vahvistamalla pientyöryhmä työskentelyä ja avoimuutta yhteisessä tekemisessä.

Vuonna 2006 Suhat - hankkeen tavoitteena oli terveystieteiden itsenäisen työskentelyn valmennus, jonka avulla osallistujat voivat määrittellä oman toimintansa tärkeimmät prosessit ja ottaa ne käyttöön strategisessa johtamisessa. Indikaattoripankin osalta tavoitteena oli tiedon tuottaminen tuottavuuden kehittämiseen, ja uutena tavoitteena yksilötason tiedonkeruun käynnistäminen alkaen keskeisistä potilastiedoista. Lisäksi jatkettiin osallistujien toiminnasta ja taloudesta laskettujen vertailutunnuslukujen ja niistä kootun indikaattoripankin kehittämistä. Hanke tuotti monipuolista tietoa indikaattoripankkiin terveystieteiden suun terveydenhuollon palvelujen käytöstä, kustannuksista, laadusta, vaikuttavuudesta ja tuottavuudesta. Tietoa hyödynnettiin suun terveydenhuollon palvelujen tuottavuus- ja tehokkuuskehityksen arvioinnissa, jossa vastuutahoina sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes ja Suomen Kuntaliitto sekä Suomen laatukeskus ja yli 30 terveystieteen kunnasta.

Vuoden 2007 uutena tavoitteena oli sosiaali- ja terveysministeriöltä tai lääninhallituksilta valtionavustusta saaneiden kansallisten hankkeiden toimintakäytäntöjen levittäminen. Tärkeäksi tavoitteeksi nostettiin tuottavuuden analysoinnin turvaaminen. Yksilötason tiedonkeruun suunnittelua jatkettiin, ja tiedonkeruu aloitettiin ikäluokittaisista DMF-tiedoista. Kehittämisessä vahvana painopisteenä olivat toisilta oppimisen teemat. Tätä edistettiin muodostamalla benchmarking – ryhmiä eri teemoille, joihin saattoi liittyä juuri tämän ryhmän teemasta kiinnostuneet terveyskeskusten edustajat. Vuonna 2007 panostettiin uusien terveyskeskusten rekrytoimiseen mukaan Suhat-hankkeen toimintaan. Hankkeesta kirjoitettiin artikkeli Suomen hammaslääkärilehteen ja terveyskeskusten ylihampaslääkäreille lähetettiin kutsuja osallistumaan mukaan hankkeeseen. Toimintaan saatiinkin seitsemän uutta terveyskeskusta, ja SUHAT-hankkeen väestöpohja oli sen myötä suurempi kuin koskaan aikaisemmin.

Suhat-hanke oli vuonna 2007 mukana myös Pohjoismaisen ministerineuvoston laatuindikaattorihankkeessa, johon osallistui kaikki Pohjoismaat, eli Suomen ja Ahvenanmaan lisäksi Ruotsi, Norja, Tanska, Islanti, Färsaaret ja Grönlanti, sekä NIOM (Nordisk Institut for Odontologiske Materialer). Hankeryhmä kokoontui vuoden aikana useita kertoja suunnittelemaan yhteistyötä ja yhteispohjoismaista seminaaria, joka järjestettiin 25 - 26.10.2007 Hanasaassa. Seminaariin osallistui noin 30 edustajaa eri Pohjoismaista. Lähde: Quality indicators in oral health Care: A Nordic project. Proceedings in 2012. Helsedirektoratet Rapport IS-0375.

Vuonna 2008 – 2009 vahvistettiin osallistuvien mukana oloa kehittämisessä ja tämä tehtiin kokoamalla pientyöryhmiä keskeisten kehityskohteiden ympärille. Kehitettävät kohteet valikoituivat ajankohtaisista lainsäädännöllisistä uudistuksista sekä verkoston esille tuomista kysymyksistä ja ohjausryhmän ehdotuksista. Työryhmiä jäsenet valikoituivat verkoston jäsenten keskuudesta. Pientyöryhmiä perustettiin vuonna 2008 ja 2009 seuraavasti: lasten ja nuorten suunhoidon lainsäädösten uudistusta tarkasteleva ns. Suulas työryhmä, oikomishoidon työryhmä, terveyden edistämistä koskevien käytäntöjen kehittämistä valmisteleva työryhmä, Suhat www-sivustojen uudistamista valmisteleva työryhmä sekä Strategiatyöryhmä. Pientyöryhmien työ osoittautui monella tavalla tehokkaaksi tavaksi toimia. Pientyöryhmä toimintaa pidettiin hyvänä tapana toimia ja sitä jatkettiin seuraavina vuosina nimeämällä uusia pientyöryhmiä ajankohtaisiin kehittämiskohteisiin.

Vuoden 2010 suun terveydenhuollon strategiatyön kehittämisessä tavoitteena oli luoda vahvat edellytykset toteuttaa lainsäädännön mukanaan tuomia uusia haasteita ja kehittää indikaattoripankkiin strategiatyön toteutumisen seurantaan ja arviointiin tarvittavat mittarit. Suhat -verkostotyötä vahvistettiin suunnitelmallisesti tukemaan verkoston jäsenten omaa työtä ja toimintaa kunnissa. Suhat -verkoston vuoden 2010 toiminnan tavoitteina oli luoda yhteinen valtakunnallinen suun terveydenhuollon strategia 2010 - 2015 ja suun terveydenhuollon visio 2015. Vision toteuttamiseksi sovittiin päämäärät, strategiset linjaukset, tavoitteet ja mittarit. Toteuttamisessa tärkeitä olivat strategiset hankkeet. Palvelukokonaisuuden kehittämisessä hyödynnettiin alueiden eri osaamista ja koottiin systemaattisesti yhteen uusia palvelukonsepteja ja toiminnan kehittämishankkeita. Yhteisesti luotua valtakunnallista strategiaa voitiin hyödyntää mallinnettaessa alueellisia suuntaviivoja ja strategiaa toiminnan kehittämiseksi. Strategiatyön suunnittelussa ja toteuttamisessa asiantuntijana toimi Risto Vanhatalo. Strategiatyö jakautui vuosille 2010 – 2015. Työn avuksi tehtiin työkirja, jota täydentämällä kuntien terveyskeskukset laativat kuntakohtaisen suun terveydenhuollon strategian. Valtakunnallinen suun terveydenhuollon strategia laaditaan yhteistyössä verkoston työkokouksissa.

Suun terveydenhuollon visio 2015 ja päämäärät:

Visio 2015: ”TERVE SUU KUULUU KAIKILLE”

Päämäärä 1: Suun terveys osaksi kuntalaisen terveyttä ja toimintakykyä

Päämäärä 2: Suun terveydenhuolto on terveyttä edistävä työpaikka

Päämäärä 3: Kuntalaiset ovat oman terveytensä ja suun terveyden hyviä osaajia

Päämäärä 4: Vaikuttavuutta enemmän samalla rahalla

Johtamisosaamisen kehittämässä pääpaino oli vahvistaa terveyttä edistävää johtamista verkostotyöllä sitoutumalla terveyttä edistävän johtamisen hankkeeseen. Työ toteutettiin Suhat-verkoston ja työterveyslaitoksen yhteistyönä. Hankkeen käytännön toteutus tapahtui kahdessa vaiheessa. I – vaihe sisälsi TEDI – konseptin lanseerauksen Suhat – verkoston kautta suun terveydenhuollon yksiköihin. Tämä vaihe käynnistyi syyskuussa 2010. II-vaihe sisälsi käytännön toteutuksen työyhteisöissä, joka tapahtui vuoden 2011 aikana.

Vuodet 2011 – 2015

Toimintaympäristöön vaikuttavista tekijöistä keskeinen oli 1.5.2011 voimaan tullut uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolailla yhdistetään kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon keskeiset palveluja koskevat sisällöt. Toimintamuutosten suunnittelua ja käytännön toteutusta vauhditettiin yhteistyöllä. Vuonna 2011 käynnistyi hallituksen kunta- ja sote-uudistuksen valmistelu. Yhdessä linjattua suun terveydenhuollon kansallista strategiaa tarvittiin tukemaan kuntien yhteistyötä. Vuoden 2015 valusta alkaen käytettiin verkostosta myös Sote-Suhat hanke nimeä ja uutta logoa.

Suhat – verkostossa vahvistettiin strategiatyötä ulkopuolisen asiantuntijan opastuksella. Työskentelyä jäsennettiin vuositasolla seuraavasti:

- 2011 Innovaatioiden vuosi
- 2012 Kokeilujen ja käyttöönottojen vuosi
- 2013 Juurruttamisen ja levittämisen vuosi
- 2014 Vauhdittamisen vuosi
- 2015 Terve suu kuuluu kaikille!

Vuonna 2011 Suhat -verkoston strategia työ ja johtajuuden kehittäminen innovaatiovalmennuksella oli keskeinen tavoite. Strategiatyön tekemistä yhteistyössä terveydenhuollon muun toimijoiden kanssa vahvistettiin. Yhteistyötä ja hyviä käytäntöjä tarvitaan lakien ja säädösten implementoinnissa. Johtamiskäytäntöjen uudistuminen jatkui ja verkosto osallistui Työterveyslaitoksen mallintamaan ns. TEDI – hankkeeseen. Verkosto osallistui ja panosti innovaatiokoulutukseen JET -koulutusvalmennusohjelmalla. Hyvien käytäntöjen levittämistä vahvistettiin edelleen verkoston toiminnassa. Yhteistyön käytäntöjen lisääminen ja parantaminen sote – palveluissa on peruspilareita jatkossakin.

Terveyden edistäminen oli edelleen keskeisellä sijalla, jotta väestön suun hoitotottumukset ja suun terveys paranevat ja vaikutukset terveyseroihin ovat positiivisia. Pientyöryhmätyöskentelyä vahvistettiin verkostossa hyvien toimintakäytäntöjen turvaamiseksi.

Vuosina 2012 ja 2013 erityisenä painotuksena oli ikäihmisten suun terveydenhuollon kehittäminen osana valtakunnallista Kaste – hanketta. Ikääntyneiden suun terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi valmisteltiin laatusuositusta. Laatusuositus on osa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) laatusuositusperhettä hyvän ikääntymisen turvaamiseksi.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos koordinoi Suhat -verkostohanketta, jonka osana suun terveydenhuollon laatusuositusta ikäihmisille valmisteltiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Suhat – verkosto levittää hyviä käytäntöjä, joilla edistetään laatusuosituksen tavoitteiden toteutumista. Ikäihmisten suun terveydenhuollon palvelujen parantaminen sisältyi vuoden 2012 toimintasuunnitelman linjauksiin.

Verkostossa yhteisesti sovittuina painopisteinä ja tavoitteina olivat seuraavat:

- Järjestämme päivystyksen
- Kehitämme palvelujen kysynnän ja tarjonnan tasapainoa
- Kehitämme asiakaskeskeisyyttä /voimavaralähtöisyyttä hoito- ja palveluprosesseissa
- Kehitämme henkilöstön tiimityötä
- Parannamme omahoidon neuvonnan saatavuutta

2014 oli toiminnan vauhdittamisen vuosi.

Suhat -verkoston vuoden 2014 toiminnan tavoitteina oli jatkaa prosessien ja hoitopisodien kehittämistä osallistujien keskinäisenä vertaisarviointitoimintana. Kehittämistyötä jatkettiin osallistujien suun terveydenhuollon toiminnasta ja taloudesta laskettujen vertailutunnuslukujen ja niistä kootun indikaattoripankin vertailuanalyyysien avulla. Henkilöstön tiimityön ja hammaslääkäreiden ja hoitohenkilöstön työnjaon kehittämistyötä varten tuotettiin tietoa tukemaan tavoitteen toteutumista.

Oikomishoidon järjestelyt perusterveydenhuollossa olivat keskiössä samoin kuin suun terveyden liittäminen mukaan laatusuosituksen ikäihmisten hyvinvoinnista. Ikäihmisten, oikomishoidon ja indikaattoripankin pientyöryhmät jatkoivat toimintaansa.

Indikaattoripankin datatiedon hakuominaisuuksia kehitettiin ja tietosisällön tiedonkeruuta ja määrittelyjä. Pientyöryhmien työn tueksi tuotettiin joitakin räätälöityraportteja kuten oikomishoidon avaintieto raportti. Perusraportointitaulukoiden ja kuvaajien lisäksi vuoden 2014 aikana hankkeessa kehitettiin dynaamista raportointialustaa. Selainpohjaisen käyttöliittymän ansiosta käyttäjä voi itse valita haluamansa tarkastelunäkökulman. Lähtötietojen aikasarjataulukot ovat ladattavissa ja nähtävillä Suhat -verkkosivustossa.

Vuonna 2015 huomioitiin valmistelussa olevan Sote -järjestämislain vaikutukset toiminnan ja palvelujen järjestämisessä suun terveydenhuollossa. Verkostossa tavoitteena oli edistää palvelukokonaisuuksien ja toimintatapojen uudistamista sote-uudistuksen tavoitteita tukeviksi sekä mallintaa toimivia yhteistoimintamalleja terveydenedistämiseen. Ajankohtaispäivillä oli esityksiä ja hyvien käytäntöjen malleja yhteistyöstä ja integroitumisesta sosiaali- ja terveydenhuollon muihin palveluihin.



Kuvio 10. Suun terveydenhuollon visio 2015 ja päämäärät.

Vuodet 2016 – 2019

Vuosia leimasi sote-uudistukseen valmistautuminen sekä indikaattoripankkiin liittyvä kehittämistyö. Käynnissä oli kansallinen valmistelu sote- ja maakuntauudistuksesta, jonka tarkoituksena oli nykyaikaistaa palveluja ja parantaa julkisen talouden kestävyyttä. Tavoitteena oli koota julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut maakunnan alaisuuteen. Uusissa maakunnissa tuli ottaa käyttöön tehokkaimmat ja vaikuttavimmat toimintatavat, jotta palvelut voitaisiin tuottaa vaikuttavasti ja kustannustehokkaasti. Ihmisten hyvinvoinnissa olevien erojen vähentäminen ja kustannusten kasvun taittaminen oli keskiössä. Palvelujen valinnanvapautta oli tarkoitus laajentaa kattamaan niin julkiset kuin yksityiset palvelut. On selvää, että näillä tavoitteilla oli myös vaikutusta suun terveydenhuollon toimintaympäristössä ja suunnittelussa.

Vuosina 2016 - 2017 toiminta jatkui vertaisarviointiin perustuvana kehittämistyönä ja terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa pidettävänä ajankohtaispäivinä ja työkokouksina. Tämän rinnalla terveyskeskukset toteuttavat kehitystyötä omissa organisaatioissaan. Tavoitteena oli kehittämisen painopisteen edelleen vahvistaminen tukemaan valmisteilla olevaa kansallista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta, terveyserojen kaventamista ja kustannusten hallintaa. Verkosto toimi uudistumisen tukena selvittämällä suun terveydenhuollon johtajille tehtävällä kyselyllä suun terveydenhuollon integraatiota uudessa sote-valmistelussa.

Uutena asiana ja kokeiluna THL tilasi karttapilottipalvelun Suhat – verkoston käyttöön. Kysymyksessä oli indikaattoritiedon interaktiivinen raportointi ja visualisointipalvelu. Karttasovelluksella visualisoidaan suun terveydenhuollon palvelujen tilannetta eri ulottuvuuksin ja indikaattoritiedoin. Vuorovaikutteista raportointia on tarkoitus hyödyntää tiedolla johtamisessa ja alueellisella tasolla. Interaktiiviset tiedot ja analyysit alusta lisää suun terveydenhuollon palvelutietojen läpinäkyvyyttä ja raportoinnin käyttökelpoisuutta ja tukee päätöksentekoa kunnissa. Ratkaisu tarjoaa käyttäjälle ”tilannehuoneen” käyttöön, jossa tiedon visualisointi eri tarkoituksiin on nykyistä nopeampaa, ajantasaista ja tarpeen mukaista. Sovellus tyyppiä ei ole aikaisemmin käytetty suun terveydenhuollossa ja on kokeilumuotoisessa testauksessa. Karttasovellusta testattiin Suhat – terveyskeskuksissa. Alustan kehittäjänä oli iVEDIX Inc yhtiö. Sovellus ei jäänyt pysyvästi käyttöön sopivuusongelmien takia.

Vuosina 2018 – 2019 Sote – uudistukseen valmistautuminen jatkui kunnissa kuten myös kansallisella tasolla. Suun terveydenhuollon palveluissa palveluiden saatavuuden parantaminen ja palvelutuotannon tehostaminen sekä kustannusten nousun hillintä olivat tavoitteena kunnissa. Indikaattoripankin kehittämissä edettiin ja valmistauduttiin lomakepohjaiseen tiedon keruuseen.

Tavoitteena jatkossa on, että tiedot voisivat siirtyä suoraan tietojärjestelmistä lähivuosina. Lomakepohjainen järjestelmä on välivaihe, joka yksinkertaistaa ja helpottaa käsin tehtävää tiedon siirtoa verrattuna aikaisempaan. Vuonna 2019 tehtiin ehdotus laatumittareista sekä laatumittareita koskevasta jatkotyöstä terveyden ja hyvinvoinnin laitokselle.

Suhat - -hankkeen vaiheita, kehitystyön etenemistä ja käytettyjä kehittämistyökaluja on kuvattu pääpiirteittäin Taulukossa 1. Suhat - -hankkeen vaiheissa on pyritty etenemään vaiheittain täydentämään johtamisen osaamista eri alueilta sekä lisäämään tietoisuutta eri asiantuntijoiden näkemyksistä kehittämistyössä.

Taulukko 1. Suhat – verkostohankkeen vaiheita, työn eteneminen ja kehittämistyökalut vuosina 2000 - 2019.

Vuodet	Terveyskeskuksia/ Kuntia	Kehittämistyökaluja
2000 – 2001	13 – 27	BSC – strateginen johtaminen Indikaattoripankki ja strategiset indikaattorit Laadun itsearviointi benchmarking työssä Koulutus- ja yhteistyöpäivät
2002	25	BSC-tuloskortin laadinta ja prosessien kehittämistä Strategiset indikaattorit ja indikaattoripankin kehittäminen Osaamisen johtaminen Koulutus- ja yhteistyöpäivät, internetsivut
2003 – 2005	26 – 27	Prosessijohtamisen kehittäminen Henkilöstön työnjakokäytännöt Strategisten indikaattoreiden seuranta Terveys valintoja ohjaavana Koulutus- ja ajankohtaispäivät
2006 – 2010	34 – 37	Indikaattoripankin ja mittariston kehittäminen Hankejohtaminen ja hyvien hankkeiden levittäminen Pientyöryhmien valmistelutyö Yhtenäisten hoitoon pääsyn perusteiden käyttöön otto Verkostotyön kehittäminen benchmarking -ryhmätyöllä Ajankohtaispäivät
2011 – 2015	30 – 32	Ikäihmisten suunhoitopalvelujen kehittäminen Innovaatiokulttuurin vahvistaminen työelämässä Vetovoimainen työpaikka - hanke osana kehittämistä Terveyttä edistävää johtamista Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen valmistautuminen Koulutusohjelma yksilölliseen valmentautumiseen
2016 – 2019	25 - 28	Indikaattoripankin ja mittariston kehittäminen Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen valmistautumista Verkostotyön kehittäminen Karttapilottikeilu Ajankohtaispäivät

Suhat verkostohankkeen pientyöryhmätoiminnalla tuloksia

Verkostohankkeessa on toiminut useita pienryhmiä, joiden tavoitteena on ollut koota monialaista osaamista eri suun terveydenhuollon alueilta ja innostaa yhteiseen tekemiseen. Pientyöryhmien työnä on ollut aktiivisesti viestittää muille kuntien onnistuneista uudistuksista ja hyvistä käytännöistä. Pientyöryhmien työ on ollut pitkälle itseohjautuvaa mutta aihepiirit ovat löytyneet keskeisistä yhteisistä tarpeista kehittämistyössä.

Työryhmien työn tavoitteena on ollut lisätä myös johdon mahdollisuuksia tutustua toisiinsa, vaihtaa kokemuksia ja tuoda tietoperustaa heidän johtamistehtäviinsä.

Suhat – verkoston toiminnan ja työskentelyn jatkuva kehittäminen on ollut verkostossa keskeisiä tavoitteita. Kiinnostus verkostoa kohtaan on toiminnan aikana kasvanut ja verkostoon on liittynyt uusia terveyskeskuksia. Tämä on tuonut uusia haasteita sen toiminnan kehittämiseen ja johtamiseen. Verkoston jäsenten aktiivinen osanotto verkoston toimintaan ja tulosten tuottamiseen on elinehto verkostolle. Verkoston toiminnan vahvuus perustuu sen kykyyn vastata niihin tavoitteisiin, joita siihen osallistuvat tarvitsevat ja odottavat.

Suhat-verkostossa ratkaisuna toiminnan kehittämiseen on ollut pienryhmätoiminta, jota vahvistettiin vuosina 2008, 2009, 2010, 2011 ja 2012 käynnistämällä useita pientyöryhmiä ajankohtaisista kehittämissankkeista. Toinen tärkeä alue kehittämisessä on tietojen tuottaminen terveyskeskusten oman toiminnan vertailuun ja siinä tarvittavien tietojen kehittäminen benchmarking toiminnassa. Tätä on kehitetty muokkaamalla indikaattoripankin toimintaa vastaamaan tarpeita ja odotuksia.

Pienryhmätoiminnalla verkoston kehittämistyö saadaan vietyä lähelle osallistuvia organisaatioita. Pienryhmätoiminnalla tarkoitetaan nimettyjä verkoston asiantuntijoita, joiden tehtävänä on laatia hyvän käytännön malli Suhat – verkostossa yhteisen tavoitteen tai asiakokonaisuuden ympärille.

Suhat terveydenedistämisen pientyöryhmän toiminta 2008 – 2010

Työryhmän työn lähtökohtina olivat suun terveyden edistämisen käytäntöjen yhtenäistäminen sekä uusien käytäntöjen ohjeistaminen nykytietoon perustuen. Suun terveydenhuollon tiimien työnjaon kehittäminen oli keskeisessä osassa työryhmän työtä. Terveyden edistämisen kokonaisvaltaisuutta pidettiin lähtökohtana sekä yhteistyömuotojen kehittämistä muiden toimijoiden kanssa.

Suhat terveyden edistämisen työryhmän toiminnan tavoitteita:

- terveydenedistämisen käytäntöjen yhtenäistäminen eri alueiden välillä,
- uusien, vaikuttavien terveyden edistämisen käytäntöjen muodostaminen lainsäädännön pohjalta,
- suun hoidon ennaltaehkäisevän työn vahvistaminen terveydenhuollon tiimityössä,
- terveydenhoitajille suunnatun ohjeen laatiminen neuvolaikäisten lasten suun tarkastusta varten,
- terveydenedistämisen käytäntöjen vahvistaminen osana lasten ja nuorten suun terveydenhoitoa.

Ryhmä kokosi kunnista tulleita terveydenedistämisen hyviä malleja. Malleja on runsaasti ja ne on viety verkoston käyttöön Suhat – sivuston avulla. Ryhmä on arvioinut neuvolaikäisten, päiväkotii-ikäisten ja ensimmäistä lasta odottavien perheiden ja ikäihmisten tarpeita terveydenedistämässä. Ensimmäiseksi tavoitteeksi asetettiin lisätä yhteistyötä terveydenhoitajien kanssa. Ryhmä valmisteli ohjekirjan terveydenhoitajille neuvolassa tehtävään lapsen hampaiden hygienian tarkastukseen ja terveydenedistämiseen. Ohjekirja tukee asetuksen tavoitteita. Asetus annettiin vuonna 2009 neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009). Uusi asetus annettiin vahvistamaan toteutumista vuonna 2011 (338/2011). Terveydenhoitajille järjestettävässä koulutuksessa on tärkeää suunnitella koulutus heidän tarpeistaan lähtien ja heidän kanssaan.

Lastenneuvolan toimintaan ja jaettavaan ohjeisiin liittyvät mallit vaihtelivat eri kaupunkien välillä. Osassa terveydenhoitaja huolehti alle 1-vuotiaiden lasten ja odottavien perheiden terveyskasvatuksesta myös suun terveydenhuollon osalta, joka toimi hyvin. Yleensä neuvolaikäisten lasten suun terveystarkastuksen teki suuhygienisti, osassa myös hammashoitaja. Kunnissa on myös laadittu ”Suun terveyden edistämisen yhteistyömalli, jossa terveydenhoitajilla on tärkeä osuus. Lapsen suun hygienian ja puhtauden he tarkastavat 1-7-vuotiailta. Neuvolaikäisen lapsen suun hoitoon liittyvää materiaalia oli saatavilla useilta paikkakunnilta kuten Turusta, Vantaalta, Espoosta, Lahdesta, Porista, Kuopiosta. Ryhmä päätti hyödyntää ja koota materiaalista keskeiset asiat taulukkomuotoiseen ohjeeseen ja laajemmin suunhoitoa sisältäväksi oppaaksi terveydenhoitajille. Opas voi toimia myös suun hoidon perehdytysmateriaalina.

Suun terveydenhuollon asetus pientyöryhmä ns. suulas työryhmän työ käynnistyi 2009 ja yhdistyi suun terveyden edistämisen pientyöryhmään myöhemmin.

Pientyöryhmä asetti tavoitteiksi terveydenedistämisen ja suun terveystarkastusten käytäntöjen yhtenäistämisen. Työryhmän työ kohdentui seuraaviin tavoitteisiin:

- alle 18-vuotiaiden terveydenedistämisen ja suun terveystarkastus käytäntöjen yhtenäistämisen ja uusien hyvien käytäntöjen valmistelu,
- suuhygienistien, hammashoitajien ja hammaslääkäreiden kanssa yhteistyönä tehtävien terveystarkastusten käytäntöjen ja sisältöjen yhtenäistämisen
- työnjaon toteutuminen ja toiminta prosessien kehittäminen vahvasti ehkäisevään toimintaan painottuvaksi ja erityisen huomion kiinnittäminen lapsen ja nuoren mielipiteiden ja kokemusten kuulemiseen.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta tuli voimaan 1.7.2009. Suulas-työryhmä laati ensimmäistä lasta odottavan perheen suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arvion sekä neuvolaikäisen suun terveystarkastuksen toteuttamismallin kuntien käyttöön. Asetuksen mukaan ensimmäistä lasta odottavalle perheelle tulee järjestää hoidon tarpeen arvio ja maksuton neuvontakäynti.

Lokakuussa 2012 Suulas-ryhmä esitteli Suhat - verkostolle myös neuvolaikäisen terveystarkastusmallin. Uudessa terveystarkastusmallissa kerrotaan toimivia keinoja, joiden avulla lapsen suun terveys paranee. Tavoitteena on, että vanhemmat ovat kiinnostuneita lapsen suun terveydestä, huolehtivat lapsen suun terveydestä. Eri-tyistä tukea tarvitsevat perheet tunnistetaan ja he saavat paremmin tarvitsemaansa tukea. Yhteistyö myös vahvistuu terveydenhuollon sisällä (neuvolaterveydenhoitajat, sosiaalihuollon perhetyöntekijät). Tavoite on, että suun terveystarkastukset kattavat koko kohderyhmän. Laadittu malli mahdollistaa, helpottaa ja lisää toiminnan vaikuttavuutta. Toimintaa arvioidaan säännöllisesti.

Malli koostuu useasta toisistaan täydentävästä osiosta. Kyselylomakkeella kartoitetaan vanhempien suun terveyteen liittyviä tietoja, asenteita ja tapoja. Tätä tukee myös ammattilaisille tarkoitettu lomake, jonka avulla arvioidaan neuvonnan tarve ja tarvittava jatkokäynti. Lapsuusiän terveystarkastus ja äitiyskortti toimivat viestikapulana neuvolan ja suun terveydenhuollon välillä. Neuvonnassa käytetään motivoivaa haastattelua ja voimavarasuuntautunutta neuvontaa. Perheen kanssa sovitaan tavoitteista ja keinoista yhdessä ja ne kirjataan potilasasiakirjaan. Neuvolaikäisten malliin liitettiin lisäksi ryhmäneuvola malli, josta oli saatu myönteisiä kokemuksia vanhempiin vertaistuen muodossa. Lomakkeet löytyvät osoitteesta:

<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankeet-ja-ohjelmat/suhat-suun-terveydenhuollon-uudet-haasteet>

Asetustyöryhmä (Suulas-ryhmä) on julkaissut 7–17-vuotiaiden terveyden edistämisen ja suun terveystarkastusten mallin *Hammaslääkärilehdessä* 7/2010

Linkin takaa löytyvät

- Neuvolatyöhön sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon liittyvät suun terveydenhuollon palvelut 2007 - 2012 (pdf),
- Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2011 (pdf),
- Neuvolaikäisten lasten suun terveyden edistäminen; Opas neuvoloille (pdf),
- Neuvolaikäisten suun terveyden edistämisen yhteistoimintamalli (pdf).
- Suunhoito-opas yläkoululaisille (pdf),

Suhat oikomishoidon pientyöryhmän toiminta 2008 – 2019

SUHAT hankkeen yhteyteen muodostettu oikomishoidon kehittämistyöryhmä aloitti toimintansa vuonna 2008. Pientyöryhmän työ on jatkunut useita vuosia ja on edelleen toiminnassa. Oikomishoidon kysymyksistä työryhmä on suunnitellut lähes vuosittain pidettäviä oikomishoidon teemapäiviä. Teemapäivät ovat koonneet laajasti asiantuntijoita mukaan keskustelemaan ajankohtaisista kysymyksistä oikomishoidossa.

Työryhmän tavoitteita olivat vuonna 2008:

- selvitystyön tekeminen oikomishoidon toiminnasta ja tuloksellisuudesta sekä yhtenäisen toimintamallin edellytyksistä,
- indikaattoripankkiin kerättävien tietojen määrittäminen ja ohjeistaminen,
- selvitys kiireettömän hoidon kriteerien toimivuudesta ja tarkentamisesta,
- oikomishoidon henkilöstön työnjaon merkitys ja kehittämistarpeet,
- suositukset ja oikomishoito osana lasten ja nuorten hammashoitoa.

Työryhmän työnä on ollut arvioida ja laatia luonnokset yhtenäiset perusteet oikomishoidon perusteiksi. Yhtenäisiä perusteita kiireettömälle oikomishoidolle tarvitaan, sillä selvitysten perusteella kuntien välillä oli suuria eroja oikomishoitoon pääsyssä. Hammaslääkärit käyttävät suosituksia apunaan, kun he päättävät potilaan hoidosta. Suositusten ohella hammaslääkäri ottaa huomioon potilaan yksilöllisen elämäntilanteen ja hoidon tarpeen. Hammaslääkäri päättää potilaan hoidosta yhteisymmärryksessä tämän kanssa. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa. Yksittäinen hammaslääkäri voi myös poiketa ohjeista perustellusta syystä. Työryhmän asiantuntijoiden laatimat luonnokset oikomishoidon yhtenäisiksi perusteiksi on julkaistu sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa: Yhtenäiset kiireettömät hoidon perusteet Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:5. Päivitetyt tiedot löytyvät julkaisusta Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2.

Vuoden 2013 kuluessa oikomishoidon työryhmä asetti seuraavia tavoitteita:

- tilastoinnin yhtenäistäminen ja tulosten luotettavuuden parantaminen,
- oikomishoidon määritelmien tarkennus
- selvittää havaittujen tilastollisten eroavaisuuksien syitä,
- tehdä ehdotus oikomishoidon visiolle, strategialle ja menetelmille,
- esittää malli oikomishoidon toteuttamiselle, jotta tasavertainen ja yhdenmukainen hoitoon pääsy toteutuisi.

Työryhmän ehdotuksena oli:

Perusterveydenhuollon järjestämisuunnitelma sisältäisi myös oikomishoidon **vision**:

Toimiva purenta (parentakyky) tukee suun terveyttä kaikilla.

Oikomishoidon toiminta-ajatuksena on kaventaa alueellisia suun terveyseroja ja hoidon tarpeeseen perustuva yhdenvertainen hoitoon pääsy.

Työskentelemme osana terveydenhuoltoa paremman suun terveyden puolesta asiakaslähtöisesti, laadukkaasti ja kustannusvaikuttavasti.

Oikomishoidon strategiana on, että yhtenäiset oikomishoitoon pääsykriteerit ja toimintamallit ohjaavat suun terveydenhuollon alueellisia ratkaisuja.

Suhat 2009 yksilötason tiedonkeruun työryhmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusjärjestelmää laajennetaan siten, että yksilötason tietoja kerätään myös terveyskeskusten avohoidon palveluista. Tärkeänä osana uudistukseen liittyy tietojen raportointi Stakesin uudella raportointijärjestelmällä, joka tulee saataville verkkopalveluna. Ryhmän työnä oli arvioida

sitä, mitä tämä merkitsee Suhat – toiminnassa ja indikaattoripankin kokonaisuudessa. Luokitusten muutos-ehdotukset käsittelee perusterveydenhuollon luokitusryhmä, jonka kautta ne voidaan viedä hyväksyttäväksi.

Ryhmä keskusteli suun terveydenhuollon OECD - ja pohjoismaisista indikaattoreista, jotka myös tulisi saada tämän järjestelmän kautta.

Politiikkaohjelmien edellyttämiä indikaattoreita ryhmissä lapset ja nuoret tarvitaan suun terveyttä kuvaamaan sekä terveyserojen kaventumisen toteutumista tulisi voida seurata kaikilla. Seurattavat indikaattorit ovat:

- tervehampaisten osuus
- käyttäjien jakaumaa (esim. paljon palveluja käyttävät)
- hampaattomien osuus
- hoidon aloitus ja päättäminen (esim. oikomishoito)
- mihin hoitoalueisiin toiminta painottuu (karies, iensairaudet)

Työryhmä toi esille, että toimenpiteet on koodattava virallisen koodiston mukaan. Luovutaan ”omien” räätälöityjen koodien käytöstä, joita valitettavan usein käytetään. Sairastavuutta kuvaaviin indekseihin liittyen ryhmä totesi laskentaongelmia ja teki seuraavia korjaus ehdotuksia:

- DMF-indeksin laskentaongelma: ehdotus: vuoden ensimmäisen käynnin perusindekseistä (D=reikiintynyt hammas, M=poistettu reikiintymisen vuoksi, F= paikattu hammas) lasketaan summat (puuttuvia ei mukaan) ja lasketaan summien keskiarvo (ei keskiarvojen keskiarvo)
- CPI; korkein arvo jostakin sekstantista ja niiden potilaiden lukumäärä, kuinka monella kaikki sekstantit korkein arvo, kuinka monta (%) joilla arvo 1 tai 2 kaikki, kolmiportainen esitys: kaikki sekstantit 0, keskitason hoidon tarve, vaativan hoidon tarve.

Ryhmän ensisijaisena tavoitteena on indikaattoritietojen yhtenäistäminen koskien Suhat- kuntien tiedonkeruun tarpeita huomioiden samalla myös avoterveydenhuollon tilastouudistuksen ja Norden hankkeen tarpeet. Henkilöstön ja päivystyksen tietoihin tarvitaan uusia käyttökelpoisia mittareita. Tietojen tulee olla vertailtavia alueiden välillä. Tarvitaan myös tietojen rajausta. Lasten ja nuorten suunterveystietoihin tarvitaan vähemmän ikäryhmiä. Tietoja tulisi olla juuri niistä ikäryhmistä, jotka määrittellään asetuksissa. Tulisi rajata ja suhteuttaa taustamuuttujat ikäryhmien suhteen.

Tarvitaan myös uusia mittareita jotka mittaavat hoitoprosessia kuten hoitoprosessin pituus ja hoitoprosessin eri vaiheita tarkemmin kuvaavia tietoja. Tarvitaan väestötason tietoa, kuntatason tietoa, ja aikasarjatietoa. Tarvitaan tietoa myös henkilöstön työnjaosta ja hoitojakson kuvauksia eri henkilöstöryhmissä.

Suhat – verkostolle tilattiin käyttäjäkysely ulkopuoliselta toimijalta (X-akseli toiminimi), jonka avulla haluttiin kerätä ideoita Suhat-indikaattoripankin kehittämiseksi. Itse käyttäjäkyselyn osa-alueiden kartoittamisesta varten X-akselin asiantuntija haastatteli Suhat-verkoston jäseniä. Näissä haastatteluista kartoitettiin tärkeimpänä koetut osa-alueet. Kysymysten laadinnassa hyödynnettiin haastateltavien tekemiä havaintoja ja väitteitä indikaattoripankin nykytilasta sekä visioita siitä, mitä tulevaisuudessa indikaattoripankki voisi tarjota käyttäjilleen.

Johtopäätöksenä kyselystä oli, että tunnuslukujen kerääminen pitäisi olla automatisoidumpaa. Kaikilla verkoston jäsenillä tulisi olla yhtäläinen käsitys siitä, mitä kerätään ja miksi. Tiedon keräämisen kriteerit pitäisi olla kunnossa. Nyt asiasta on epäselvyyttä. Tulosten havainnollistamiseen pitäisi käyttää enemmän grafiikkaa. Jäsenet kaipaavat enemmän keskinäisiä vertailuja sekä tulosten tulkintaohjeita. Yleisesti toivottiin enemmän viestintää indikaattoripankkia koskevista asioista. Indikaattoripankin tuloksia käytetään tällä hetkellä vertailuun ja toiminnan kehittämiseen.

Ikäihmisten pientyöryhmä 2012 – 2013

Ikäihmisten pientyöryhmä käynnistyi huhtikuussa 2012. Työryhmän toiminta liittyi käynnistyvään Kaste II -ohjelmaan ja ikäihmisten osaohjelman tavoitteisiin. Ikääntyneiden Suun terveyden laatusuosituksista valmisteltiin pientyöryhmässä osana THL:n Suhat – verkostoimintaa. Osana Kaste -hankkeita käynnistyi myös suun terveyttä ikääntyneillä tukevia hankkeita. Pientyöryhmä valmisteli myös INFO – pakettia: Ikääntyneen väestön suun terveydenhoitoon, jossa julkaisina on THL.

Pientyöryhmän työnä oli:

- valmistella laatusuosituksista ikääntyneiden suun terveyden ja hyvinvoinnin turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi,
- levittää hyviä käytäntöjä, joilla edistetään laatusuosituksen tavoitteiden toteutumista.

Laatusuositus on osa STM:n laatusuositusperhettä hyvän ikääntymisen turvaamiseksi. Kansallisen hankkeen osana ikäihmisten suun terveydenhuollon palvelujen kehittämiseksi Suhat:in ikäihmisten pientyöryhmä laati suun hoidon suositukset ikäihmisille, joita voidaan käyttää koko maassa. Suosituksen tavoitteita ovat: kehitetään palvelujen sisältöjä ja lisätään gerodontologista osaamista, valmistetaan ikäihmisten suun hoidon palvelujen toimintalinjauksia ja kehitetään toimintatapoja. Hoidon tarpeen arviointikäytännöissä huomioidaan suun hoidon tarve. Yhtenäistetään laitoshoidossa olevien suunhoidon palvelujen osalta toiminta laatimalla toteuttamisen yhtenäiset käytännöt. Työn taustoittamiseksi työryhmä laati kyselyn Suhat-kunnille ikäihmisten suun hoitopalvelujen toteutumisesta, ongelmista sekä kehittämissuhteista. Suositusta valmisteltiin vuosina 2012 ja 2013.

Ikäihmisten suun hoidon suositus valmistui 2013

Suositus tukee vanhuspalvelulain toimeenpanoa suun hoidon palveluissa. Lain toimeenpano edellyttää suun terveydenhuollon toimijoilta vahvaa yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Suosituksen keskeisenä tavoitteena on edistää moniammatillista yhteistyötä ikääntyneiden suun terveyden edistämiseksi ja sitä kautta edistää ikääntyneen väestön toimintakyvyn säilymistä. Laatusuosituksen yleisenä tavoitteena on edistää ikääntyneen väestön suun terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa suun terveydenhuollon palveluiden laatua ja vaikuttavuutta.

Suositus on tarkoitettu ikääntyneiden suun terveydenhuollon palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Suosituksen avulla kunnat ja yhteistoiminta-alueet voivat kehittää moniammatillisia ikääntyneiden suun terveydenhuollon palveluja pitkäjänteisesti omista tarpeistaan lähtien yhteistyössä yksityisten palvelutuottajien kanssa. Suositus tukee kuntia ikääntyneiden suun terveyden huomioimisessa sosiaali- ja terveystieteiden strategisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa. Lisäksi suositus on tarkoitettu kaikille ikääntyneiden hoivasta ja hoidosta vastaavalle henkilöstölle niin suun terveydenhuollossa kuin ikääntyneiden asumispalvelu- ja hoitoyksiköissä. Sen tarkoituksena on lisätä tietoa ikääntyneen suun hoidon erityispiirteistä sekä yhtenäistää hyviä käytäntöjä.

Suhat – indikaattoripankki ja tunnusluvut 2000 – 2019

Mitä tunnusluvut kertovat toiminnan muutoksista?

Suhat-hankkeen indikaattoripankki on yksi hankkeen tärkeimmistä osa-alueista. Siihen on kerätty kuntien terveyskeskusten toimintaa ja taloutta sekä tuloksellisuutta kuvaavia tunnuslukuja. Niistä on sovittu yhteisesti ja valittu vertailukelpoisimmat luvut indikaattoreiksi. Indikaattoripankin tiedonkeruusta on tehty tarkat tietosisällön kuvaukset, jotta kaikki osallistujat voivat kerätä tiedot yhdenmukaisesti. Tiedot lähetetään ohjatulla laskentataulukolla Stakesiin/THL, jossa tiedot kerätään yhteen ja tarkistetaan.

Kantalukutaulukkoon kerätään tiedot väestöstä, taloudesta, henkilöstöstä, käynneistä, potilaista, oikomishoidosta ja tutkimuksista, ja hoitotoimenpidetaulukon kerätään kaikki terveyskeskuksissa vuoden aikana tehdyt toimenpiteet. Kantaluvuista tehdään yhteenveto ja vertailua varten lasketaan tarvittavat tunnusluvut sekä ikävakioidut indeksit. Nämä tunnusluvut ja indeksit toimivat perustana osallistujien väliselle vertaisarviointi-toiminnalle.

Menestystekijöitä kuvaavien mittarien taustatiedoista muodostuu ns. indikaattoripankki, joka mahdollistaa vertailun eri terveyskeskusten toiminnan välillä. Se koostuu terveyskeskusten toiminnasta vuosittain kerättävistä tiedoista ja tunnusluvuista, kuten vaikuttavuudesta, palvelujen käytön suuntautumisesta nuoriin ja aikuisiin, hoidon vaatavuudesta, henkilökunnan työnjaosta, oikomishoidon palveluista, voimavaroista ja resursseista, keskimääräisen painotetun toimenpiteen kustannuksista, tuotannollisen tehokkuuden indekseistä, uudistumisesta ja työkyvystä. Potilaiden ikäjakautuman erilaisuus ei vaikuta tuloksiin, koska toiminnasta lasketut indeksit on ikävakioidut. Vertailutoimintaa on tehty benchmarking-vierailuilla esikuvaorganisaatioihin ja vertaisarviointina toisiin Suhat-terveyskeskuksiin.

Indikaattoripankin tietojen selkeyttämiseksi ja hallitsemiseksi hakkeessa kerätyt tiedot ja niistä lasketut luvut on jaettu hierarkkisiin tasoihin. Tunnuksien määrittelyjä on kuvattu tarkemmin liitteissä. Tunnuksien avulla voidaan verrata tuottavuutta, ja sen perusteella toimintaeroja eri terveyskeskusten välillä. Raportin mittaristo on jaoteltu Balanced Score Card:in näkökulmiin. **Näkökulmat ovat vaikuttavuus, asiakkaat, prosessit, resurssit, talous, uudistuminen ja työkyvyn näkökulma.** Näihin näkökulmiin on kerätty vuosiaineistoina hankkeen aikana kerätyt kuntien tiedot ja tuotetut vertailuindikaattorit. Tietojen avulla arvioidaan muutoksia kunnittain verkostossa toiminnan aikana. Näiden näkökulmien alle on jaoteltu tarkemmin valitut keskeiset tunnusluvut ja indikaattorit.

Hoitotoiminnan tuotoksia ja tehtyjen hoitotoimenpiteiden vaatavuutta arvioidaan case-mix laskennan avulla, jossa käytetään tietoja tehtyjen hoitotoimenpiteiden lukumääristä. Tuottavuutta on arvioitu suhteuttamalla kaikki toimenpiteet vaikeusastetta kuvaavan painokertoimen avulla yhden pinnan paikan kustannukseen ja arvioimalla sitä eri vuosien välillä. Tuotannollisen tehokkuuden indeksi on laskettu nk. DEA – menetelmällä (Data Envelopment Analysis). Tuotoksina käytetään hoidossa käyneiden (sotujen) lukumääriä (DEA1) ja case-mix painotettuja toimenpiteitä (DEA2). Panoksina käytetään käyttökustannuksia (DEA1) ja työpanoksia henkilöstöryhmittäin DEA2).

Katsausraporttiin on koottu kuntien strategista toimintaa kuvaavia tunnuslukuja. Indikaattoripankin tiedoista on koottu katsausraportissa esitetyt kuviot ja taulukot vuosien 2000 ja 2018 väliseltä ajalta. Vuoden 2019 tiedot on koottu ensimmäistä kertaa lomakemuotoisena ja niiden käsittelyn keskeneräisyyden vuoksi ne eivät ole liitettävissä tähän raporttiin. Vuosittain kerättyjä tietoja on tarkistettu ja niiden kattavuus on hyvä lukuun ottamatta vuosia 2016, 2017 ja 2018. Vuosien 2016, 2017 ja 2018 puuttuvien tietojen täydentämiseksi pyydettiin organisaatioita tarkistamaan näitä tietoja henkilöstön ja asiakkaiden lukumäärien osalta. Joitakin puuttuvia tietoja täydennettiin käyttäen edellisen vuoden tietoja. Vuosien 2000-2004 tietoja on julkaistu aikaisemmin (Varsio ym 2008) ja niitä ei pääsääntöisesti ole mukana kuvauksissa. Osassa kuvaus on aloitettu vuodesta 2008, joka johtuu tietoteknisistä syistä. Laskenta siirtyi exelistä SAS-muotoon, joka mahdollisti paremmin yhdenmukaisen tavan käsitellä aineistoja. Kokonaisuutena indikaattoripankin tiesiälto tarjoaa hyvän pohjan kuntien väliseen vertailuun ja vuositasen seurantaan.

Vaikuttavuus ja asiakasnäkökulma

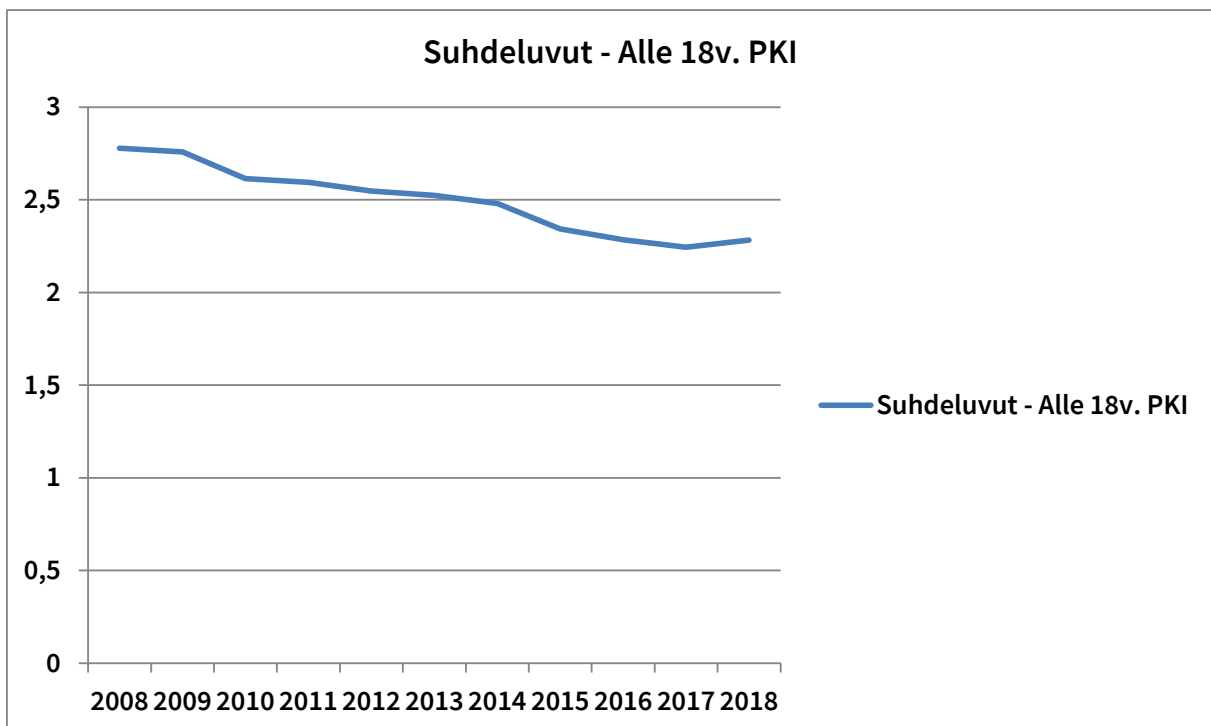
- **Alle 18-vuotiaiden ja yli 18-vuotiaiden palvelujen käyttö PKI-indeksillä**
- **Alle 18-vuotiaiden tervehampaisten osuus ja sairastavuus DMF-indeksillä**
- **Suun terveydenhuollon asiakkaat**
- **Päivystyskäynnit 1 000 asukasta kohden**
- **Asiakastytyväisyyskyselyt**

Palvelujen käyttöindeksi PKI

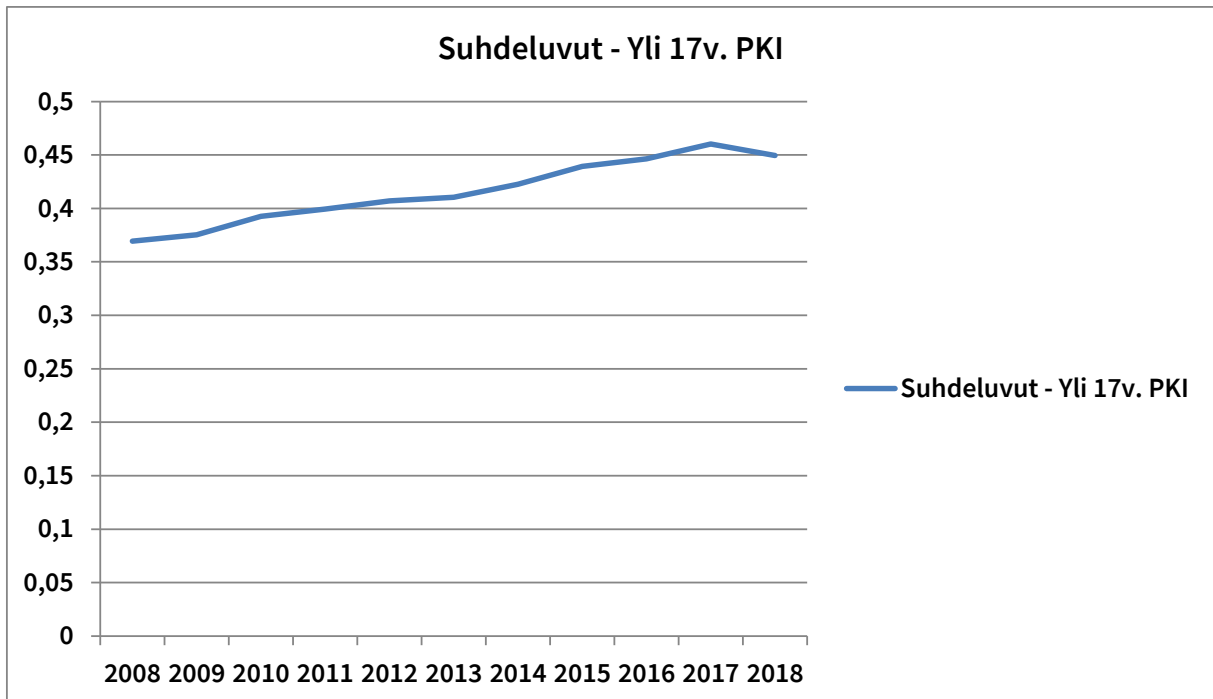
Aikuisten palvelujen laajentuminen ja hoitoon pääsyn turvaaminen ovat olleet keskeisenä strategisena tavoitteena Suhat – verkoston kunnissa. Tavoitteen toteutumisen ja muutoksen seuraamiseen luotiin oma seuranta indeksi nk. PKI-käyttöindeksi. PKI – käyttöindeksin avulla kuvataan palvelujen ja toiminnan suuntautuneisuutta nuorten ja aikuisten hoitoon. Ideana on, että PKI:stä on poistettu väestön ikärakenteiden erot. Tunnusluvun avulla on mahdollista tarkastella alle 18-vuotiaiden hoidossa käyneiden suhteellista osuutta verrattuna 18 vuotta täyttäneisiin potilaisiin huomioiden väestön ikärakenne. Vastaavasti voidaan tarkastella 18 vuotta täyttäneiden palvelujen suhteellista käyttöastetta. Näin voidaan paremmin arvioida palvelujen suuntaamista erityisesti aikuisväestön uudistuksen muutospainneessa.

PKI - indeksi kuviossa 11 kuvaa alle 18-vuotiaiden hoidettujen potilaiden suhteellista osuutta siten, että PKI huomioi myös alle 18-vuotiaiden suhteellisen osuuden muusta väestöstä. Lähtötilannetta kuvaamaan on käytetty vuotta 2008. Suurin osa verkostossa mukana olleista terveyskeskuksista suuntasi enenevässä määrin resursseja aikuisten hoitopalveluihin, joka näkyi lasten ja nuorten PKI arvojen vähennyksenä (Kuvio 11.).

Kuviossa ovat mukana verkostossa toimineet 49 kuntaa/kuntayhtymää eri vuosina. Resurssien kohdentaminen kasvavasti aikuisten hoitoon mahdollistui osaksi hoitoprosessien kehittämistä. Hyvän suun terveyden omaavien lasten ja nuorten hoitovälejä pidennettiin aikaisempaan hoitokäytäntöön verrattuna, joka tarkoitti vuosittaista kutsuväliä. Tilanne vaihteli kuitenkin terveyskeskusten välillä. Suurimpia muutoksia havaitaan niissä kunnissa, joissa lähtötilanteessa alle 18-vuotiaiden suhteellinen osuus hoidossa käyneistä oli suurinta. Organisaatioiden välillä on eroja myös siinä, kuinka kauan organisaatio on ollut mukana Suhat - verkostossa.



Kuvio 11. Suun terveydenhuollon asiakkaista alle 18-vuotiaiden suhteelliset osuudet suhteessa ikäryhmän osuuteen muusta väestöstä (PKI-indeksi) Suhat-kunnissa vuosina 2008 – 2018.



Kuvio 12. Suun terveydenhuollon asiakkaista yli 18-vuotiaiden suhteelliset osuudet suhteessa ikäryhmän osuuteen muusta väestöstä (PKI-indeksi) Suhat-kunnissa vuosina 2008 – 2018. *

*PKI- indeksiä kuvataan kuvioissa 11 ja 12 vuosina 2008 -2018. Kuvaus on tässä aloitettu laskennan vuodesta 2008 koska tällöin muutettiin laskentaa exelistä SAS-järjestelmään. Tämä mahdollisti paremmin yhdenmukaisen tavan käsitellä aineistoja.

Vastaavasti aikuisten (18 vuotta täyttäneiden) suhteellinen osuus on kasvanut verkostossa olon aikana useimmissa kunnissa (Kuvio 12.). Strategisena tavoitteena on ollut vahvistaa aikuisten hoitoon pääsyä. Kuviossa kunnat on asetettu vertailuvuosien PKI – luvun mukaisessa järjestyksessä suurimmasta pienempään. Kertomalla PKI suhdeluku alle 18- vuotiaiden suhteellisella osuudella voidaan arvioida hoitopalvelujen painottumista alle 18-vuotiaisiin suhteessa 18 vuotta täyttäneisiin

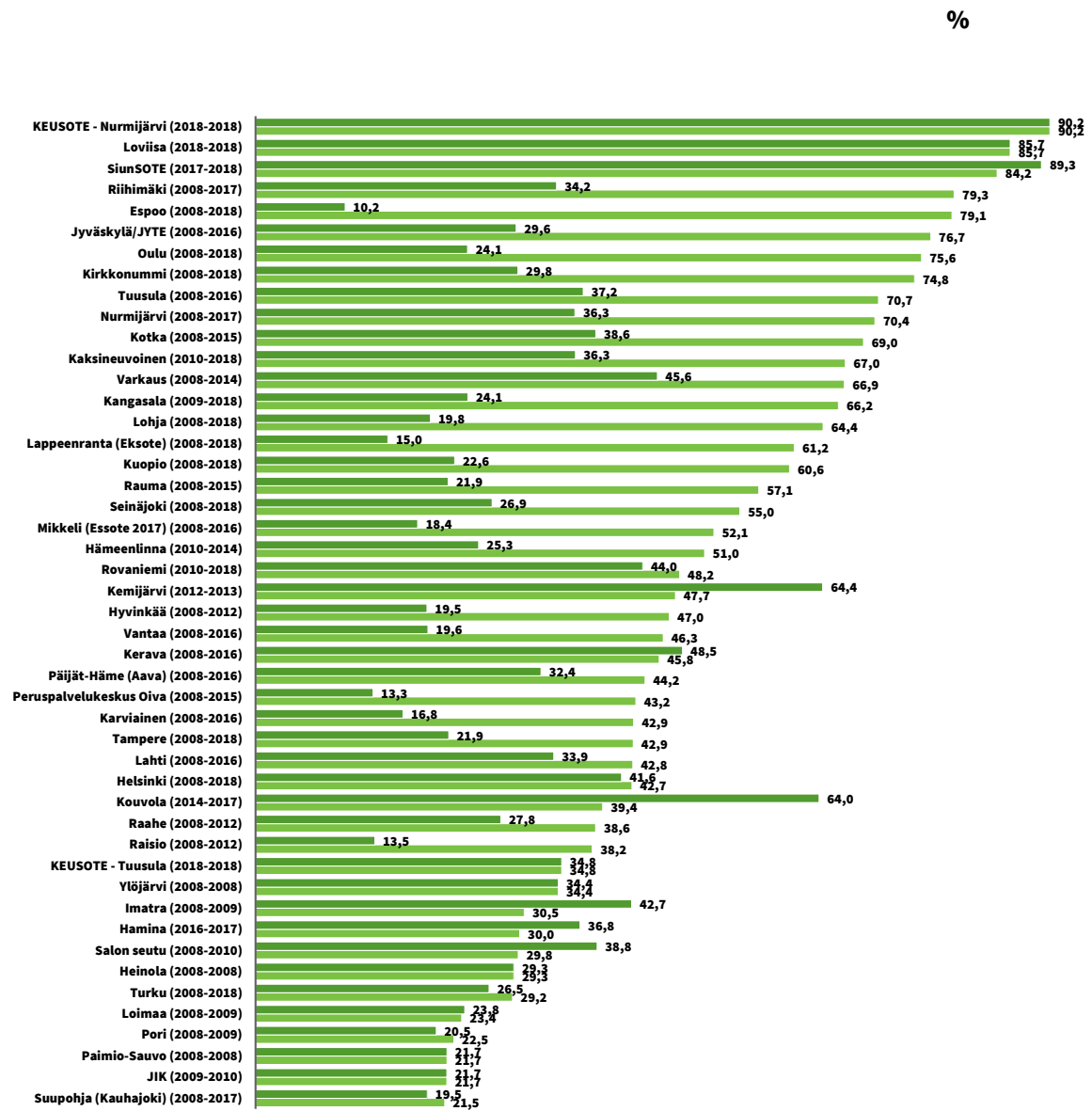
LIITTEISSÄ 1 – 2 esitetään kuntakohtaisia PKI – indeksin arvoja vertailuvuodesta 2004 tai kunnan liitetyessä Suhat – verkostoon ja vertailun päättyessä vuonna 2018.

Tervehampaisten osuudet 12-vuotialla Suhat - -kunnissa

Lasten hampaiston terveyttä on seurattu karieksettömien määrällä ja sen muutoksilla. Karieksettömien eli tervehampaisten määrällä kuvataan niiden lasten määrää, joilla ei ole ollut yhtään kariksen vaurioittamaa tai sen johdosta paikattua tai poistettua pysyvää hammasta (DMFT=0).

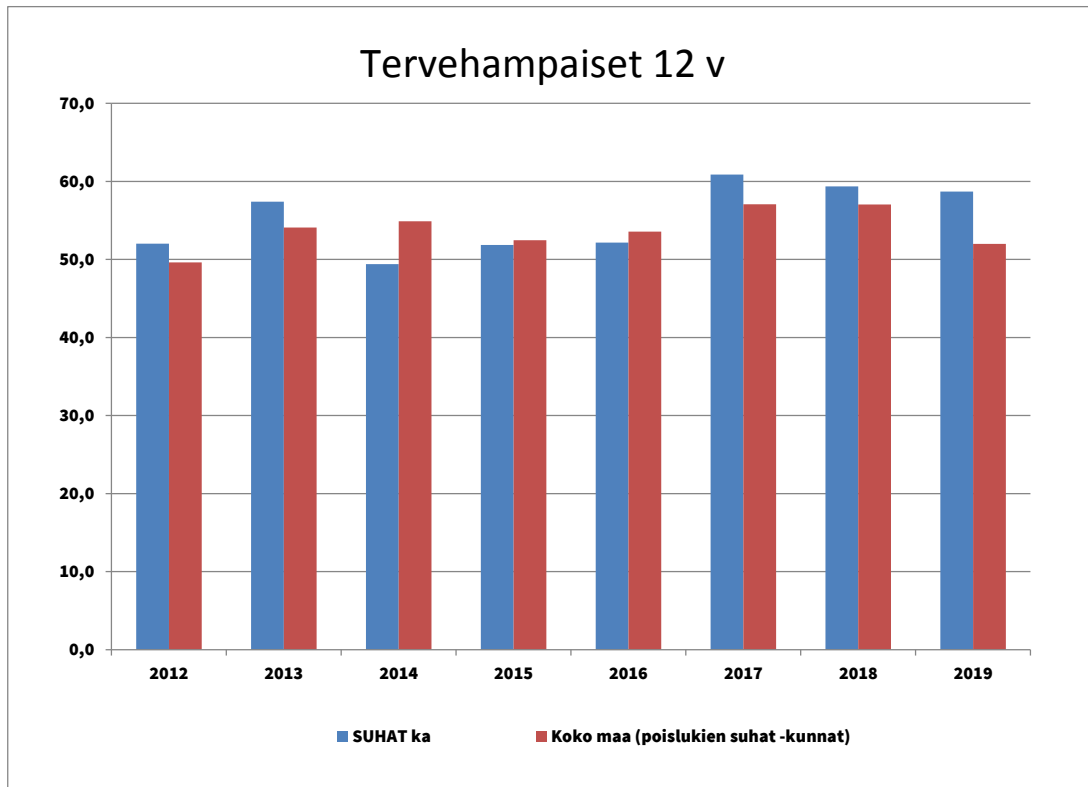
Kuntien väliset erot olivat moninkertaiset tervehampaisten lasten osuuksissa erityisesti vertailuvuonna 2008. Tilanne on kohentunut seuraavien vuosien aikana. Kuitenkin eroja edelleen on. Vuonna 2018 kuntien parhaimmistossa yhdeksän 12-vuotiasta kymmenestä oli tervehampaisia kun osassa kuntia vain vajaa kolmannes 12-vuotiaista oli tervehampaisia. Suhat – verkoston kunnissa vuonna 2018 tervehampaisten 12-vuotiaiden osuus oli keskimäärin 59 prosenttia, joka tarjoaa hyvän vertailupohjan. Merkille pantavaa on,

että vuoden 2018 vertailussa mukana olevista vain kuusi kuntaa oli tämän keskiarvon alapuolella. Näistä kuudesta kolme oli maan kuuden suurimman kaupungin joukossa.



Kuvio 13. Tervehampaisten osuus (%) 12-vuotiailla Suhat – kunnittain vertailuvuosina 2008 * tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaaleampi pylväs).

*Kuvaus on tässä aloitettu laskennan vuodesta 2008 koska tällöin muutettiin laskentaa exelistä SAS-järjestelmään. Tämä mahdollisti paremmin yhdenmukaisen tavan käsitellä aineistoja.



Kuvio 14. Tervehampaisten prosenttiosuudet (%) tarkastetuilla 12-vuotiailla Suhat - verkoston kunnissa sekä vastaavat prosenttiosuudet muissa kunnissa vuosina 2012–2019.

Lähde: SOTKANet tiedosto www.thl.fi (Koko maan kuntien tiedoista on poistettu Suhat-verkoston kunnat). Sotkanet tiedosto mahdollistaa tietojen vertailun vuodesta 2012. Tästä syystä vertailu on aloitettu vuodesta 2012

Suhat-verkoston kuntien keskiarvotietoja tervehampaisten osuuksista 12-vuotiailla on poimittu THL:n SOTKANet tietokannasta ja verrattu näitä tietoja muiden kuin Suhat – kuntien tietoihin (kuvio 14). Suhatkunnissa tilanne on jossain määrin parempi kuin muissa kunnissa. On huomattava, että hoitokäytännöissä on eroja ja kattavuudet hoidossa käyneissä eroavat. Jos kunta on suunnannut suun tarkastuksia vain suuren kariesriskin potilaille ja runsaasti kariesta sairastaneille, jäävät tervehampaisten osuudet matalalle tasolle. Parhaiden Suhat-kuntien tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, mihin tervehampaisuuden tasoon on mahdollista päästä ennalta ehkäisevällä toiminnalla (Kuva 13). Tavoitteena tulisi olla myös huolehtia niin sanottujen indeksi-ikäryhmien kuten 12-vuotiaat kattavasta hoitoon kutsusta, jolla voidaan turvata kariessairauksien ja muiden suu sairauksien riittävä varhainen toteaminen.

Hampaiston reikiintyminen

dmft/DMFT-indeksit 5-, 12- ja 15-vuotiailla

Karieksen esiintyvyyttä kuvataan dmft- ja DMFT-arvolla tavanomaisesti lapsilla ja nuorilla. Maitohampaiston dmft-arvo ja pysyvien hampaiden DMFT-arvo kuvaa reikiintyneiden (d/Decayed), paikattujen (f/Filled), kariuksen vuoksi poistettujen (m/Missing) hampaiden keskiarvoa. Vanhemmassa väestössä poistettuihin hampaisiin luetaan mukaan eri syistä poistetut hampaat (WHO:n suositus DMFT indeksin laske-

minen). Reikiintynyt, paikattu tai poistettu hammas saa arvon yksi. Maksimiarvo on maitohampaistossa 20 ja pysyvissä hampaistoissa 28. WHO suosittaa 5-6-vuotiaiden suun terveystilanteen seurantaan tervehampaisten osuudella ja 12-vuotiaiden DMFT-indeksin seurantaan.

Suhat verkostossa on kerätty tietoja niin 12-vuotiaiden, 15-vuotiaiden kuin 5-vuotiaiden osalta karieksen esiintyvyydestä (dmft-/DMFT-indeksi). Indeksiarvo lasketaan siten, että ikäryhmässä jokaisen DMFT arvot lasketaan yhteen ja summaluku jaetaan tutkittujen määrällä. Esimerkiksi DMF- arvo 1 kuvaa sitä, että 12-vuotiailla oli vuonna 2010 keskimäärin yksi paikattu tai reikiintynyt tai reikiintymisen vuoksi poistettu hammas. Tämä luku antaa viitteitä siitä miten paljon ehkäisevää hoitoa tarvitaan tilanteen parantamiseksi.

Kuntakohtaiset dmft/DMFT-arvot ja muutokset vertailuvuosina

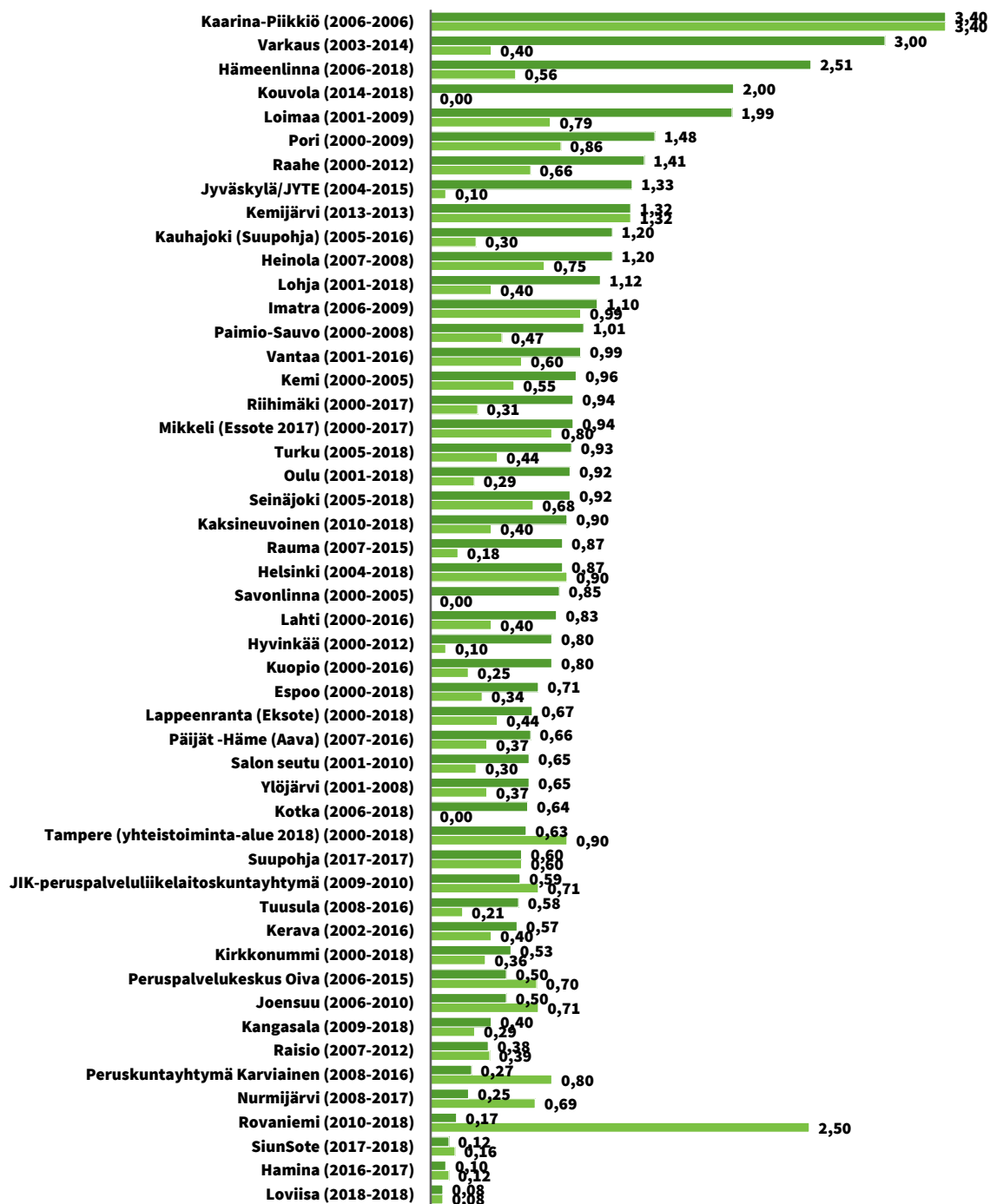
Kuntien ja kuntayhtymien väliset erot ovat pienentyneet Suhat – kunnissa mutta eroja voidaan edelleen pitää huomattavina tarkasteltuna dmft- ja DMFT-arvoina. On myös huomioitava, että osa kunnista oli mukana verkostossa lähes 20 vuoden ajan kun taas osa oli mukana verkostossa vain lyhyen aikaa. Alkuvaiheen tilanne ja dmft-/ DMFT-arvo vaikuttaa muutoksiin (lähtötilanne = verkostoon liittymisvuosi).

5-vuotiaiden lasten hammasterveys on kehittynyt myönteiseen suuntaan lähes kaikissa kunnissa ja suun terveyserot ovat kaventumaan päin. Muutamassa kunnassa olleista korkeista dmft-arvoista on tultu huomattavasti alaspäin, joka myös tasaa eroja kuntien välillä. Samalla on huomattava, että kuntien välillä oli edelleen eroja 5-vuotiaiden dmft-arvoissa eroja. Noin 10 prosentissa kunnista ei useammakaan vuoden seurantaajan aikana havaittu paranemista dmft-indeksissä. Toisaalta osassa kuntia hampaiston reikiintyminen oli hyvin vähäistä tämän ikäisillä lapsilla. Tämä antaa viitteitä siitä, että erinomainen suun terveystilanne on saavutettavissa 5-vuotiailla useammassakin kunnassa lisäämällä ehkäisevää hoitoa (Kuvio 15).

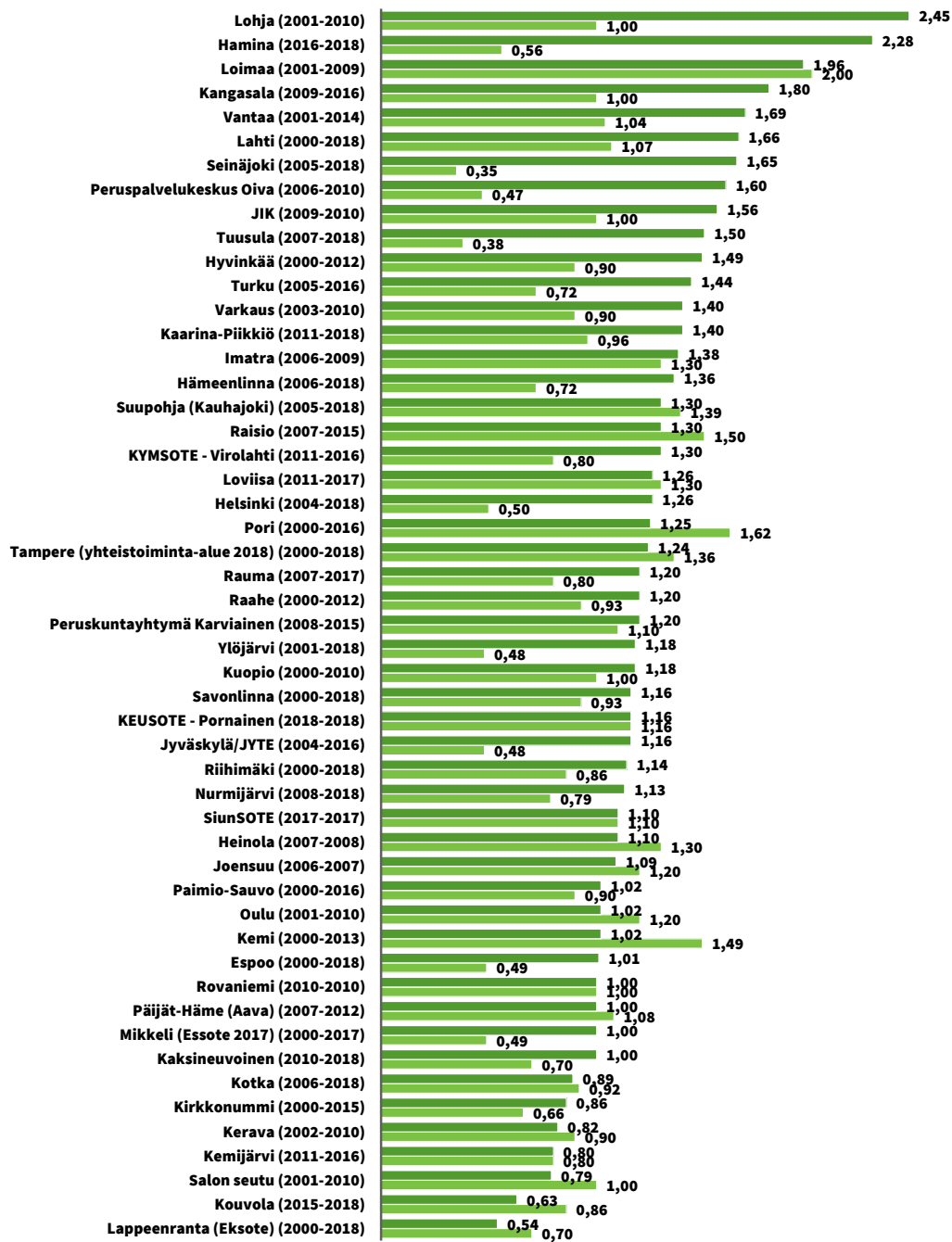
12-vuotiaiden suun terveys oli parantunut myös useimmissa kunnissa verkostossa olon aikana tai vähintäänkin alun hyvä tilanne oli saatu pysymään. Osassa kuntia ei kuitenkaan saavutettu selvästi havaittavaa paranemista 12-vuotiaiden suun terveydessä. Joitakin selityksiä voi löytyä painopisteen muutoksesta. Hoitoväliä on pidennetty lapsilla siten, että suun terveydeltään tervehampaisia ei ole kutsuttu vuosittain suun terveystarkastukseen. DMFT-arvoissa voi näin painottua niiden lasten joukko, joilla on enemmän reikiintymistä, paikkaushoidon ja ehkäisevän hoidon tarvetta. Tarkasteltaessa tilannetta vuonna 2018 oli kuntien välillä edelleen suuriakin eroja DMFT-arvoissa vaikka 12-vuotiaiden tilanne oli keskimäärin parantunut. Osassa kunnista enintään neljällä 12-vuotiaalla kymmenestä on enintään yksi paikattu tai reikiintynyt pysyvä hammas. Myös 12- vuotiailla on mahdollista saada parempia tuloksia reikiintymisen ehkäisyssä.

15-vuotiaiden osalla suun terveyden kehittyminen on ollut hitaampaa kuin edellä kerrotuissa ikäryhmissä. Erot suun terveydessä ovat selvempiä 15-vuotiailla vaikka viime vuosina viitteitä on kehityksen paremmasta suunnasta. Osassa kuntia ei saavutettu 15-vuotiailla reikiintymisen vähenemistä DMFT-arvojen tarkastelussa verkostossa olon aikana. 15-vuotiaalle suunnattuja terveyden edistämiskäytänteitä tulisi tarkastella uudelleen.

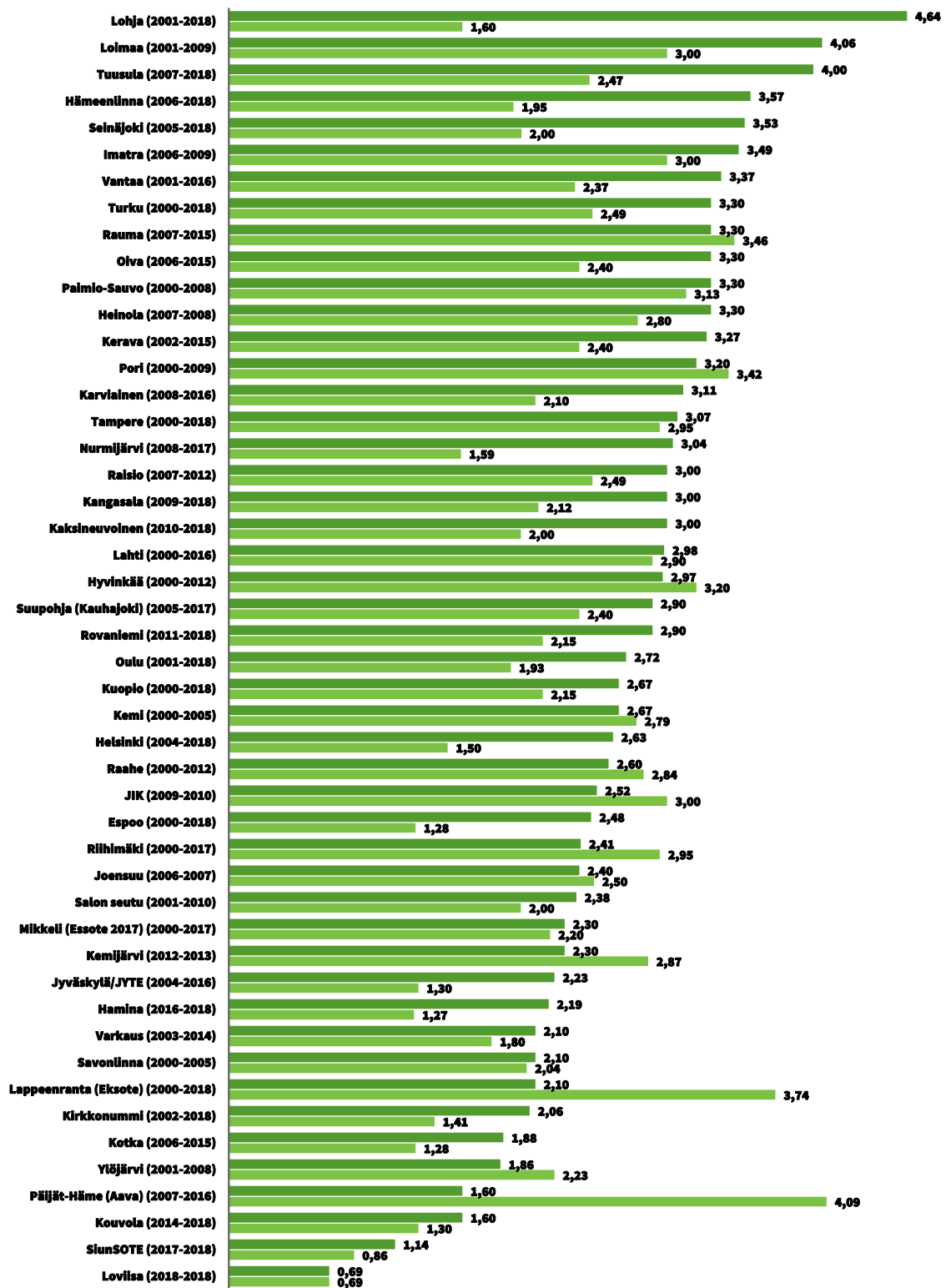
Suhat-verkosto mahdollistaa tietojen vertailun, jolloin myös tietoisuus tilanteesta paranee ja ehkäisevien toimien tarpeellisuutta ja lisäämistä voidaan paremmin arvioida. Suun terveys rakentuu lapsilla jo varhaisina vuosina ja siksi on tärkeää huolehtia riittävästä ehkäisevästä toimenpiteistä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Vertailutiedon perusteella on mahdollista arvioida myös terveystasoa, joka on ollut mahdollista saavuttaa parhaimmillaan esimerkkikunnissa. **Kuntakohtaiset tiedot on ollut mahdollista laskea vuodesta 2000 lähtien.**



Kuvio 15. 5-vuotiaiden lasten maitohampaiden dmf-indeksi Suhat - kunnittain verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päätymisvuonna (vaalempi pylväs).

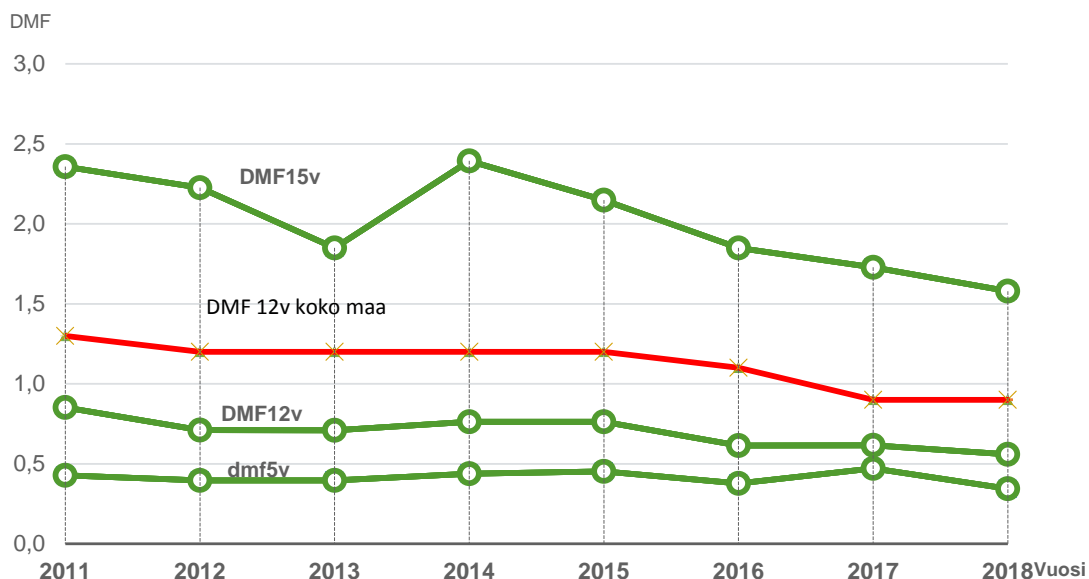


Kuvio 16. 12-vuotiaiden pysyvien hampaiden DMFT - indeksit Suhat – kunnittain verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaalempi pylväs).



Kuvio 17. 15-vuotiaiden DMFT-arvot Suhat – kunnittain verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaaleampi pylväs).

Kuvio 18 kuvaa Suhat – verkoston kunnissa keskimääräisiä dmft-arvoja 5-vuotiailla ja DMFT-arvoja 12- ja 15-vuotiailla. Reikiintyminen on vähentynyt Suhat – kunnissa 12- ja 15-vuotiailla. Alle kouluikäisillä ei vastaavaa kehitystä ole nähtävissä. Suhat – kuntien 12-vuotiaiden suun terveyden kehitystä voidaan verrata koko maan tietoihin 12-vuotiaiden SOTKANet DMFT-tietojen avulla. Suhat – verkoston kunnissa DMFT-keskiarvo on pienempi eli reikiintyminen vähäisempää kuin ei Suhat - kunnissa koko maassa. Lähtötilanne Suhat – verkoston kunnissa 12-vuotiailla on ollut keskimääräistä parempi verrattuna koko maan tietoihin. Tämä ero on säilynyt siitä huolimatta, että suun terveystilanne on parantunut niin Suhat - kunnissa kuin muissa kunnissa 12-vuotiailla.

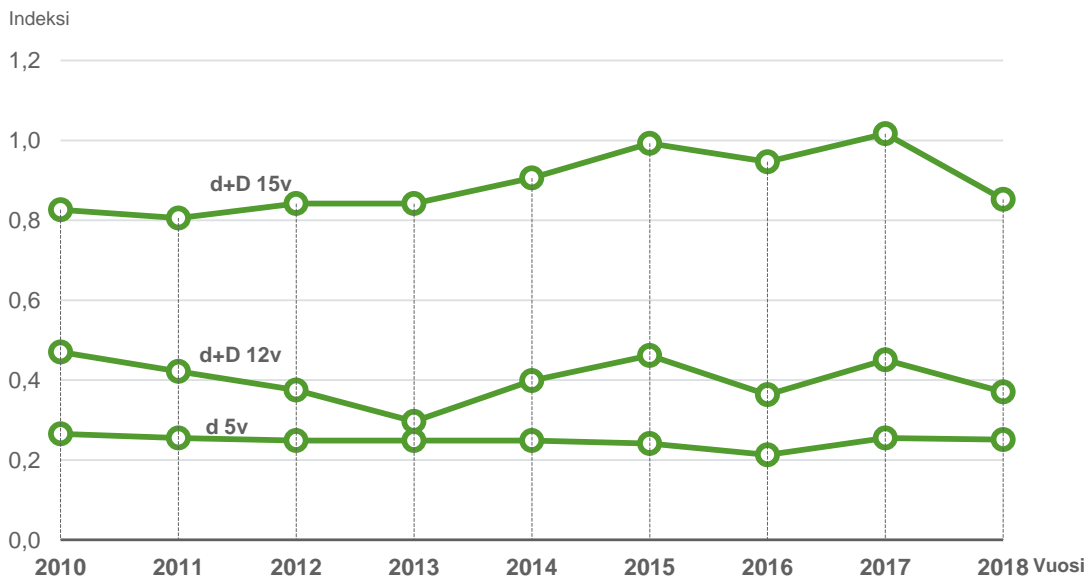


Kuvio 18. 5-vuotiaiden, 12-vuotiaiden ja 15-vuotiaiden Suhat verkostokuntien keskimääräiset dmft- ja DMFT-arvot sekä koko maan keskimääräinen DMFT-arvo 12-vuotiailla vuosina 2011 - 2018.*

Lähde: Koko maan tieto DMFT-arvo 12-vuotiailla (punainen viiva) on poimittu SOTKANet tilastosta www.thl.fi. *SOTKANet tiedosto mahdollistaa tietojen vertailun vuodesta 2011.

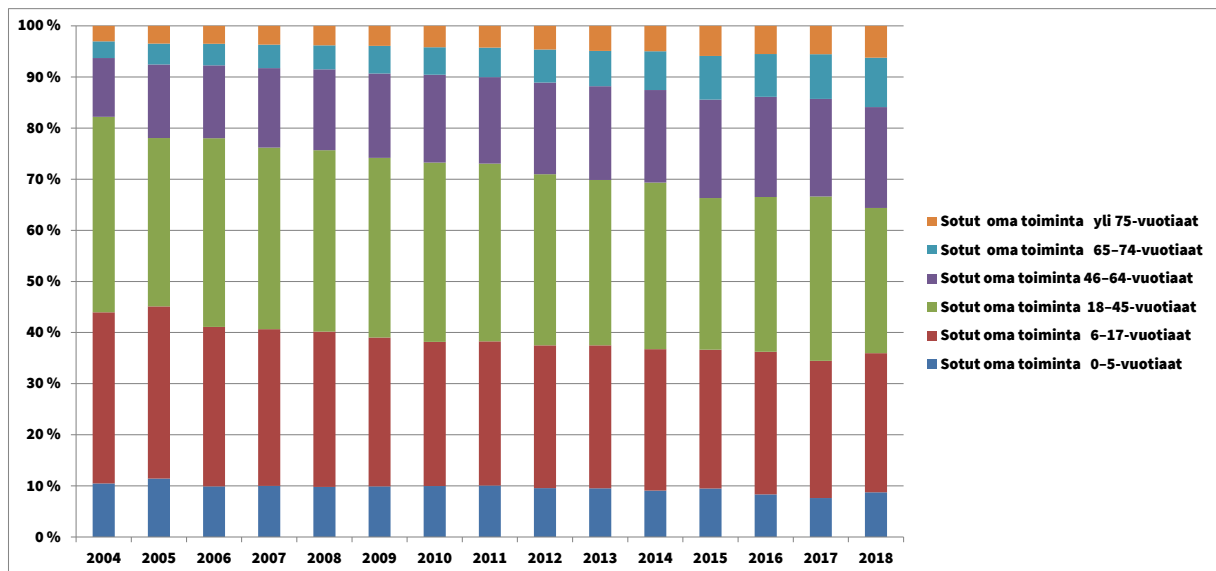
Reikiintymisindeksi

Reikiintymistä voidaan erikseen tarkastella d+D-indeksin arvolla. Kuviossa 19 on kuvattu d+D-indeksin arvoja 5-vuotiaille, 12-vuotiaille ja 15-vuotiaille vuosina 2010 - 2018. 5-vuotiaille on keskimäärin 0,2 reikää maitohampaistossa. 12-vuotiaille on keskimäärin 0,4 reikää Suhat - kunnissa. Tämä tarkoittaa, että 12-vuotiaille suurin osa DMFT-arvosta koostuu D-indeksistä. Tietoja on voitu vertailla vuodesta 2010 lähtien Suhat – keskiarvotietoina.



Kuvio 19. Reikiintymisindeksi (D+d-arvo) 5-, 12- ja 15-vuotiailla Suhat – kunnissa vuosina 2010 – 2018.

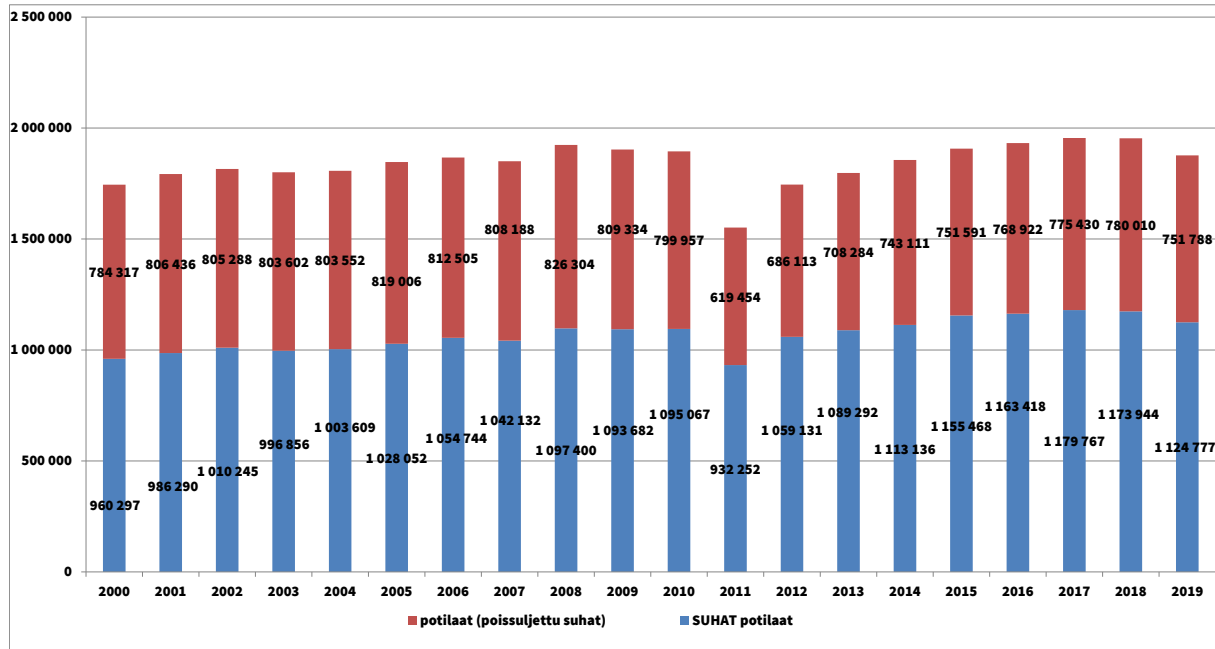
Suun terveydenhuollon asiakkaat Suhat – kunnissa



Kuvio 20. Suhat – verkoston kuntien asiakkaat (oma toiminta) ikäryhmittäin vuosina 2004 – 2018.*

*Vuosien 2000 – 2004 tiedot ovat nähtävissä raportissa: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpapereita 5/2008.

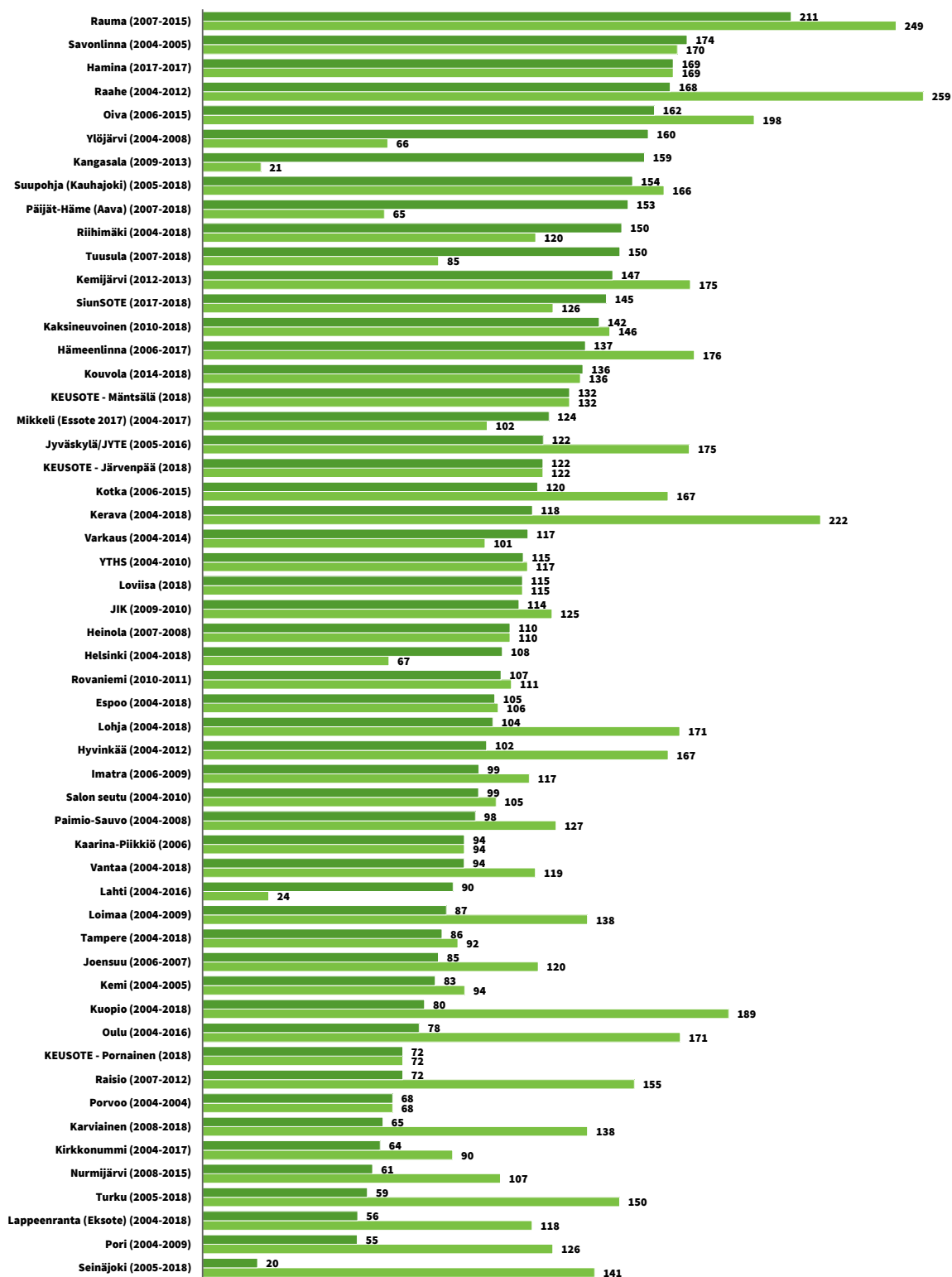
Suun terveydenhuollon asiakkaat koko maassa ja Suhat – kunnissa vuosina 2000 - 2018



Kuvio 21. Suun terveydenhuollon asiakkaiden määrät (sotujen lukumäärät) Suhat kunnissa ja muissa kunnissa koko maassa vuosina 2000 – 2019.

Lähde: SOTKANet tilasto www.thl.fi

Suun terveydenhuollon asiakkaiden (potilaiden määrät) Suhat – kunnissa edustavat yli puolta suun terveydenhuollon asiakkaista koko maassa. Vuonna 2000 Suhat - -kunnissa hoidossa kävi 960 297 asiakasta kun vastaava luku muissa kunnissa oli 784 317 asiakasta. Vuonna 2019 Suhat - -kunnissa hoidossa kävi asiakkaita 1 124 777 henkeä kun vastaava luku muissa kunnissa oli 751 788. Tämä merkitsee sitä, että Suhat – kunnissa hoidossa käyneiden osuudet kaikista hoidossa käyneiden osuuksista olivat kasvaneet 55 prosentista 60 prosenttiin.



Kuvio 22. Kiireellisen hoidon käynnit Suhat - kunnittain 1000 asukasta kohti vertailuvuonna 2004 tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaalempi pylväs).

Kiireellisen hoidon käyntien määrä on selvästi kasvanut kunnissa verkostossa olon aikana. Vertailutietoa voidaan käyttää arvioitaessa palvelujen tarjonnan riittävyyttä. Vertailutietojen käyttö on mahdollista vuodesta 2004.

Asiakastytyväisyyskyselyt

Kunnat ovat ottaneet osaa THL:n asiakastytyväisyyskyselyihin. Vuonna 2014 toteutettiin suun terveydenhuollon yksiköissä THL:n asiakastytyväisyyskysely. Kysely suunnattiin 53 suureen/keskisuureen kuntaan, Suhat-kuntiin sekä Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) hammashoitoloille. Asiakasvastauksia saatiin 11 598, joista osa kuvaa Suhat - kuntien tilannetta. THL toteutti asiakastytyväisyyskyselyä uudelleen suun terveydenhuollossa vuonna 2016, jolloin kyselyä suunnattiin kaikkiin yksiköihin.

THL tarjoaa 11 mittaria käytettäväksi spontaanin palautteen keräämiseen kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Tavoitteena on, että palautteen keruu asiakkaan näkökulmasta yhtenäistyy koko maassa ja palveluntuottajat saavat palautetta, jota voidaan verrata eri palvelujen ja yksiköiden välillä.

2014 Suunterveydenhuollon kyselystä palautteita:

- Vahvuuksia henkilökunnan osaaminen ja asiantuntijuus, ystävällinen kohtaaminen ja hyvä asiakaspalvelu sekä palvelun saaminen äidinkielellä
- Asiakkaiden mielestä selkeä kehittämiskohde on hintojen kertominen selkeästi ja ymmärrettävästi
- Vastaaajan ikä tai koulutus ei vaikuttanut asiakastytyväisyyteen. Vastauksissa on paljon hajontaa.
- Kiitosta
 - Eniten kiitosta – jopa kiitollisuutta – koettiin hammashoitopelon hoitamisesta
 - Henkilökunnan joustavuus
 - Hienotunteisuus: ei läksytystä vaan kannustusta
 - Hoidon perusteellisuus
 - Hoidosta ja hoitotoimenpiteistä kertominen
- Parannettavaa
 - Hoidon saatavuus
 - Ajanvarauksen toimivuus
 - Tehokkuus
 - Hoidon hinnasta kertominen

Tulokset on nähtävissä:

<https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/asiakkaat-ja-osallisuus/asiakaspalautte>

Prosessinäkökulma

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

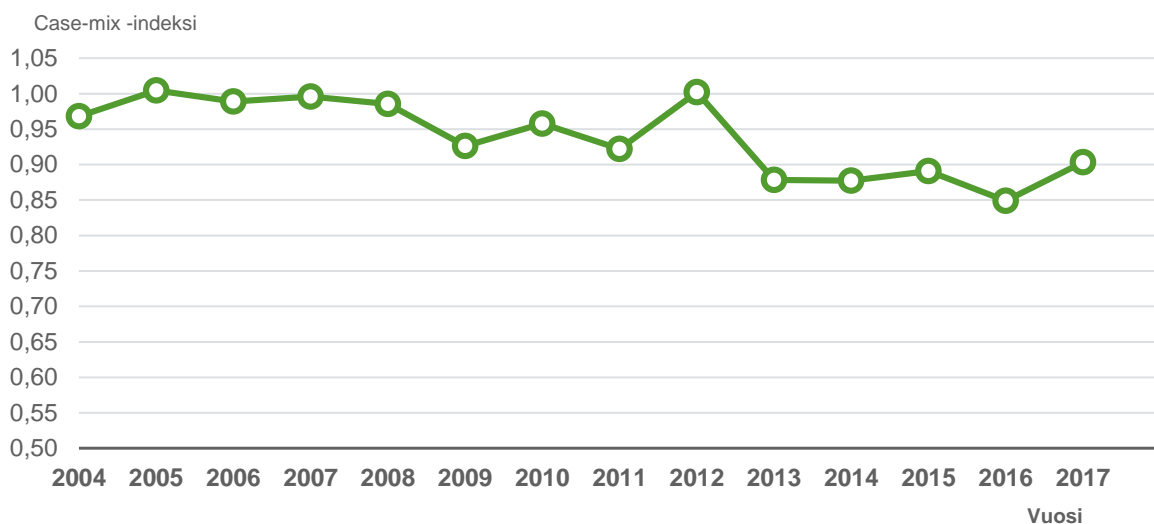
Potilas case-mix-indeksi

Potilas case-mix-indeksin tarkoitus on kuvata, onko potilaiden hoidon vaikeusasteessa suuria eroja kuntien välillä suun terveydenhuollossa. Potilas case-mix-indeksi ilmaisee suun hoidossa erillisellä painokertoimella (vaativuudella) painotettujen toimenpiteiden summan suhteen keskimääräiseen painotettujen tuotosten summaan. Suun terveydenhuollossa on käytössä yhtenäinen toimenpideluokitus, jossa jokaisella hoitotoimenpiteellä on vaativuusluokka.

Valtakunnallisen toimenpideluokituksen mukaan hoitotoimenpiteet on luokiteltu vaativuusluokkiin 0-15 niiden vaativuuden perusteella. Case-mix-indeksiä laskettaessa toimenpiteet on painotettu kertoimella valtakunnallisen toimenpideluokituksen mukaisesti niiden keskimääräisen vaativuusluokan perusteella. Kun case-mix-indeksi on suuri, se kertoo siitä, että hoidettua potilasta kohden tehdään enemmän toimenpiteitä, jotka ovat vaativampia. Toimenpiteen vaativuusluokan perusteella määräytyvät myös terveyskeskuksissa perittävät asiakasmaksut ja Kela-korvaukset.

Kuvio 23 kuvaa Suhat – kuntien case-mix arvoa vuosien 2005 - 2018 aikana. Vuoden 2005 arvo on indeksoitu arvoon 1,0. Vaikuttaisi siltä, että hoitotoimenpiteiden vaativuusaste on lievästi laskenut vuodesta 2013 huolimatta aikuispotilaiden määrän kasvusta. Vuonna 2017 hoitotoimenpiteiden vaativuus aste oli laskenut viisi prosenttia verrattaessa tilanteeseen vuonna 2017.

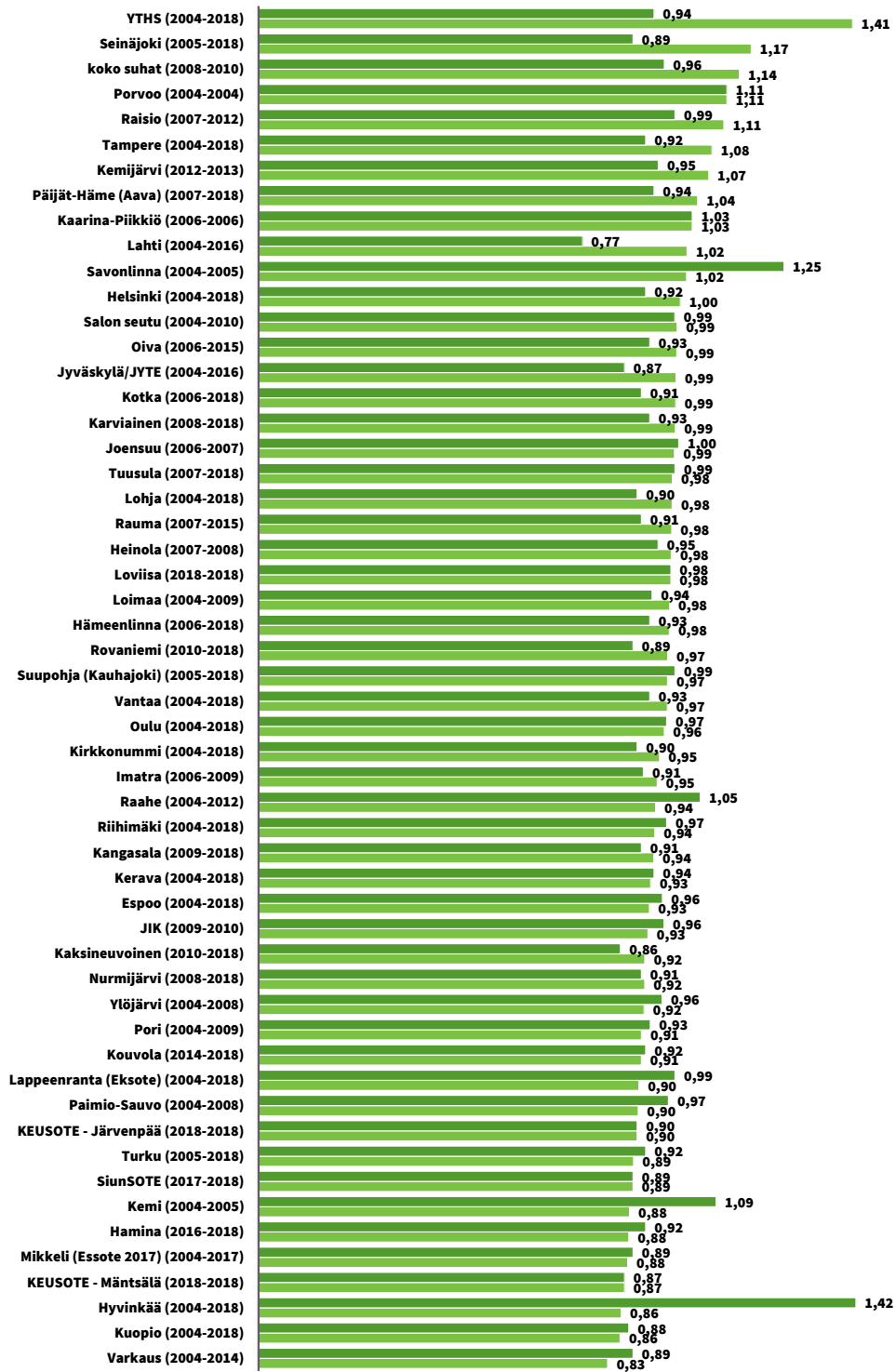
Toimenpiteiden case-mix -indeksi



Kuvio 23. Suhat-kuntien suun terveydenhuollon hoitotoimenpiteiden case-mix -indeksi vuosina 2004 – 2017.*

*Vuosien 2000 – 2004 tiedot ovat nähtävissä raportissa: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalaha I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpapereita 5/2008.

Potilas case-mix -indeksin muutokset Suhat - kunnissa vuosina 2004–2017 näkyvät kuviossa 24. Toimenpiteen vaikeusasteissa näkyy jonkin verran eroja kuntien välillä. Puolessa verkostossa mukana olleista kunnista vaikuttaisi hoitotoimenpiteiden vaikeusasteen lievää nousua tapahtuneen. Muutamassa kunnassa ja ylioppilaiden terveydenhuoltosäätien yksiköissä muutos hoitotoimenpiteiden vaikeusasteessa oli selvempi.

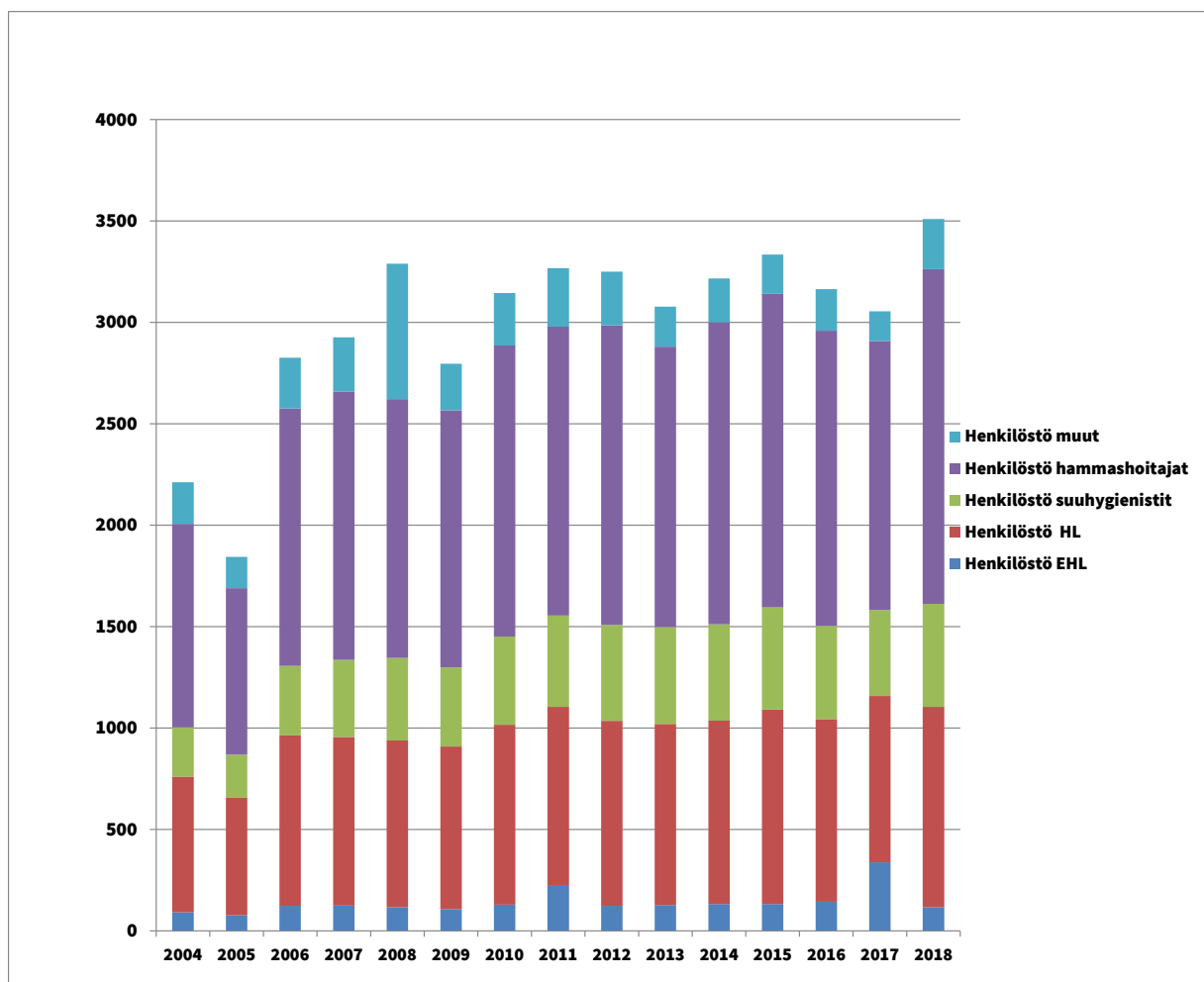


Kuvio 24. Case-mix indeksi muutokset kunnissa vertailuvuonna 2004 tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja lopetusvuonna (vaaleampi pylväs).

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. Suun terveydenhuollossa työnjakoa on kuvattu suuhygienistien käyntien suhteellisenä osuutena hammaslääkärien käyntien määrästä. Tunnusluvun avulla voidaan arvioida voimavarojen allokatiivista tehokkuutta ja pohtia kokonaistuottavuutta.

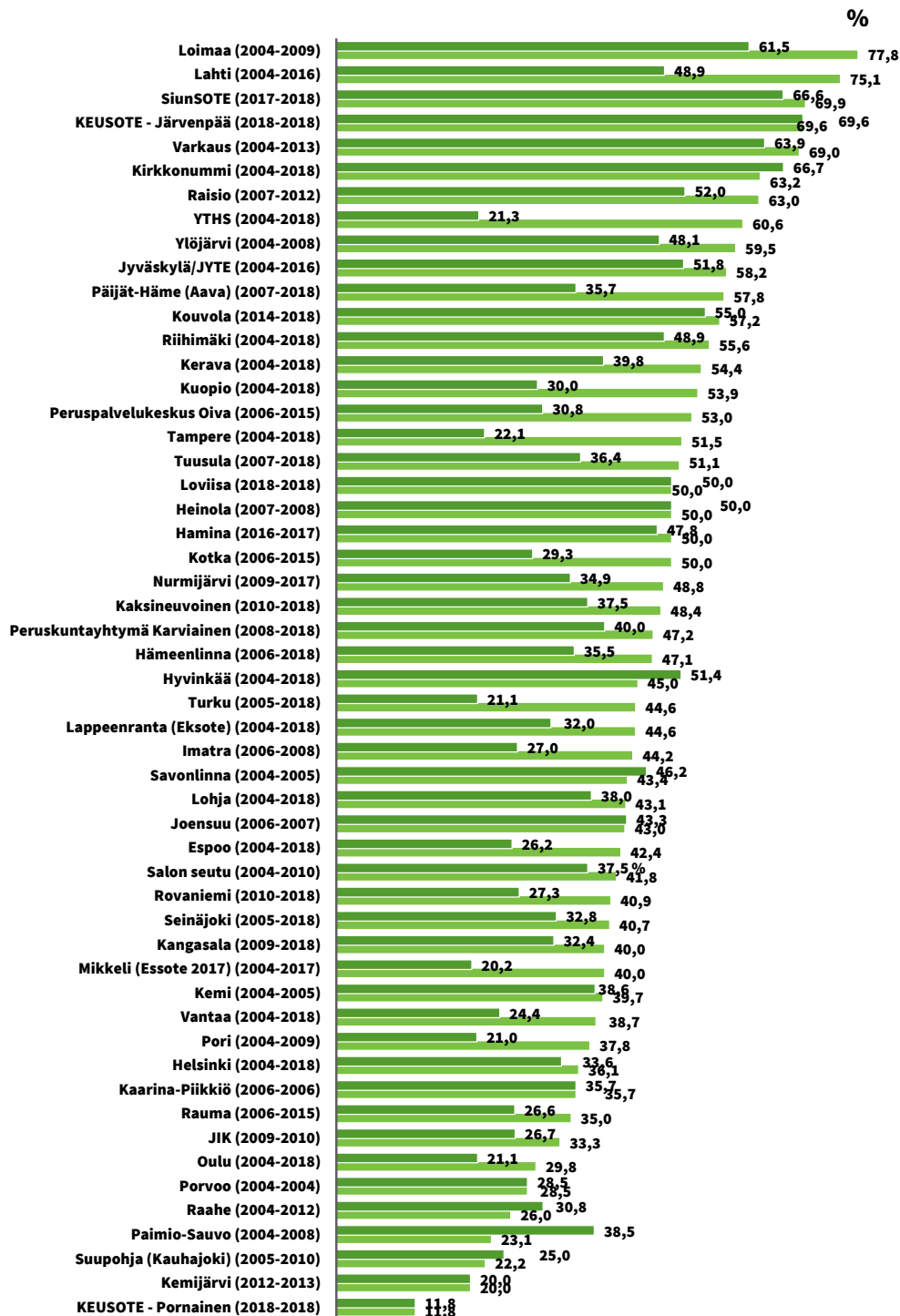
Suun terveydenhuollossa henkilöstön työnjakoa on kuvattu suuhygienistien suhteellisenä osuutena hammaslääkärien määrästä. Kuntien välillä on suuria eroja suuhygienistien määrissä suhteellisissa osuuksissa. Suhteelliset osuudet ovat kasvaneet kunnissa verkostossa toiminnan aikana. Tämä on ollut myös strategisena tavoitteena. Henkilötyövuodet on laskettu 0,1 h henkilötyövuoden tarkkuudella.



Kuvio 25. Suhat – kuntien henkilöstömäärä henkilötyövuosina henkilöstöryhmittäin vuosina 2006 – 2018.

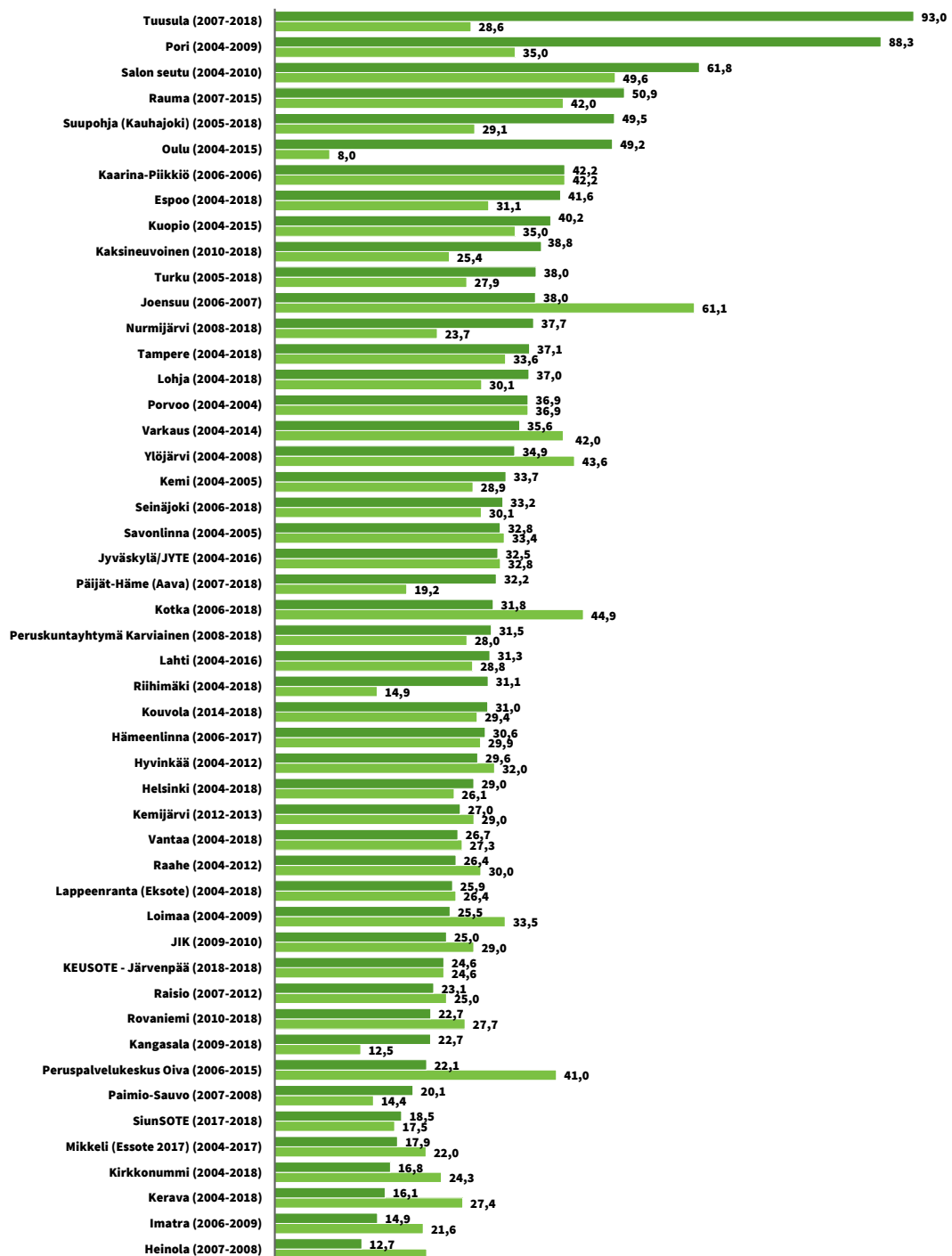
*Vuosina 2004 ja 2005 osa kuntien tiedoista puuttuu keruutiedoista ja siitä syystä kokonaistiedot ovat matalammalla tasolla. Vuosien 2000 – 2004 tietoja on nähtävissä raportissa: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahi I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpöytäpaperi 5/2008.

Suuhygienistien määrää suhteessa hammaslääkäreihin kuvataan henkilötyövuosien (htv) suhteellisina osuuksina.



Kuvio 26. Suuhygienistien henkilötyövuosien suhteellinen osuus (%) hammaslääkärien henkilötyövuosista Suhat-kunnissa vertailuvuonna 2004 tai liittyessä verkostoon (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaaleampi pylväs). *Vuosien 2000 – 2004 tietoja on nähtävissä raportissa: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahhti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpaperi 5/2008.

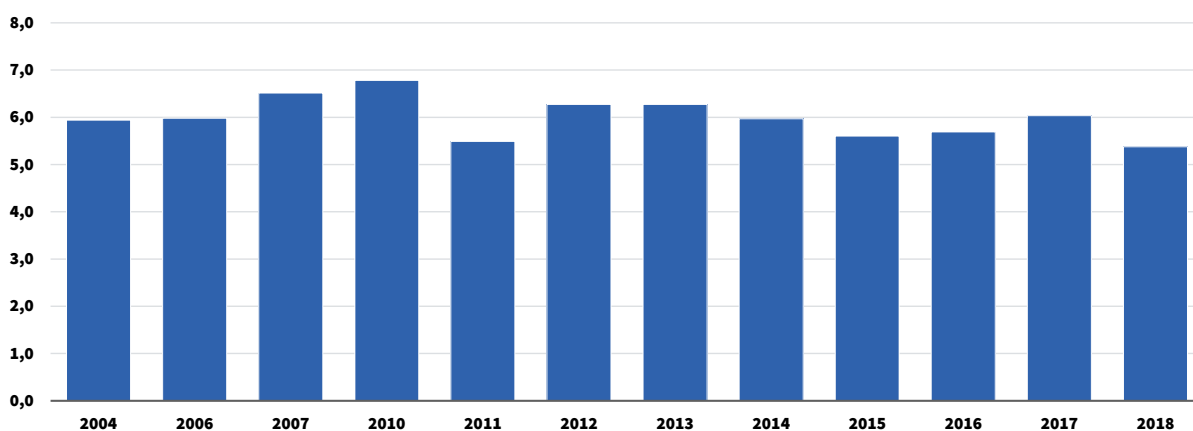
%



Kuvio 27. Oikomishoitokäyntien osuus kaikista käynneistä (%) Suhat – kunnissa vertailuvuonna tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaalempi pylväs).*

* Vuosien 2000 – 2004 tietoja on nähtävissä raportissa: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpapereita 5/2008.

Käynnit/oik. hoitopotilas



Kuvio 28. Oikomishoitokäynnit 6-17-vuotiasta oikomishoidon potilasta kohden Suhat – kuntien omassa toiminnassa vuosina 2004 – 2018. *

* Vuosien 2000 – 2004 tietoja on nähtävissä raportissa: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahhti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpapereita 5/2008.

Oikomishoidosta kerätään tietoa kaikista alle 18-vuotiaista. Tähän raporttiin on koottu tietoja 6-17-vuotiaiden oikomishoidosta. Oikomishoidoksi on määritelty Suhat-verkostossa yhteisesti diagnoosiin ja hoitosuunnitelmaan perustuva hoito, joka toteutetaan joko kiinteällä tai irrotettavalla oikomishoitokojella. Oikomishoito määriteltiin päättyneeksi, kun aktiivinen kojehoito päättyy ja esimerkiksi lopputarkastus on tehty. Retentiovaihetta ei katsota oikomishoidoksi.

Käynnejä oikomishoidossa 6–17-vuotiailla seurataan vuosittain suhteessa kaikkiin käynnteihin tämän ikäisillä (kuva 27). Kuviossa 27 kuvataan oikomishoidon käynnejä prosentiosuuksina kaikista käynneistä omassa toiminnassa 6-17-vuotiailla Suhat-kunnissa vuosien 2004 ja 2018 välillä. Omaan toimintaan ei sisälly ostopalvelutoiminta. Kuntien toiminnassa on eroja oman toiminnan oikomishoitokäyntien määrässä suhteessa kaikkiin käynnteihin, joka viittaa toimintakäytännöissä oleviin eroihin.

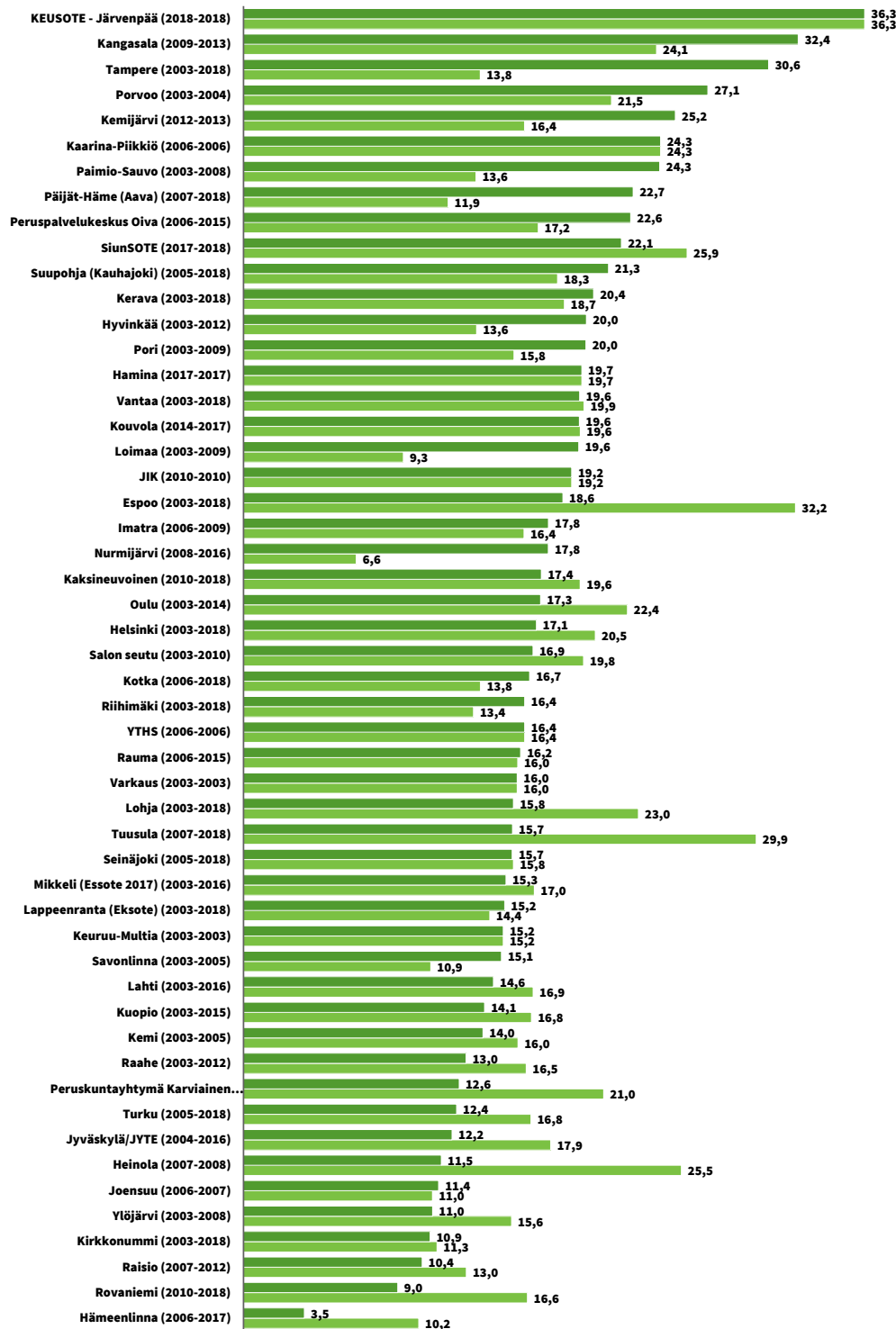
Oikomishoitokäyntien kirjaamistavoissa on ollut eroja kunnissa. Oikomishoidon yhtenäiseen kirjaamistapaan on kiinnitetty Suhat – verkostossa erityistä huomiota, jota työtä on usean vuoden ajan tehty oikomishoidon pientyöryhmän toimesta.

Suhat kunnissa 6-17-vuotiaiden oikomishoitokäyntien keskimääräinen osuus kaikista ikäryhmän käynneistä omassa toiminnassa oli 27 prosenttia vuonna 2018. Omassa toiminnassa oikomishoitokäyntien osuus kaikista käynneistä tämän ikäisillä on vuodesta 2011 pysytellyt alle 30 prosentissa. Vuonna 2004 oikomishoitokäyntien osuus kaikista käynneistä tämän ikäisillä oli 34 prosenttia ja oli korkeimmillaan 41 prosenttia vuonna 2010.

Kuviossa 28 on tarkasteltu oikomishoidon käyntien määrää 6-17-vuotiailla vuosien 2004 ja 2018 välillä siten, että tiedot on esitetty joka toiselle vuodelle. Tämä koskee myös vain omaa toimintaa sillä ostopalveluista ei ole käytettävissä käyntien lukumäärää. Oikomishoitokäyntien määrä 6-17-vuotiasta kohden laskettuna olivat 5,7 käyntiä vuonna 2018. Käyntimäärät olivat vähentyneet vuoden 6,7 käynnistä 5,7 käyntiin vuonna 2018.

Oikomishoidossa olevien prosentuaalista osuutta ikäryhmässä 6 – 17 vuotiaat on tarkasteltu kuviossa 29.

%



Kuvio 29. Oikomishoidossa olevien 6-17-vuotiaiden osuus (%) ikäryhmästä Suhat – kunnissa vertailuvuonna 2003 tai verkostoon liittymisvuonna ja päättymisvuonna. *Tietoja on käytettävissä vuodesta 2003.

Resurssit ja talous

- **Voimavarat suhteessa väestöön (henkilöstön määrät)**
- **Vaativuuden mukaan painotetun keskimääräisen hoitotoimenpiteen kustannus keskiarvona**
- **Tuotannollisen tehokkuuden indeksit DEA1 ja DEA2**

Suun terveydenhuollon henkilöstön resurssit Suhat - kunnissa

Väestöön suhteutettuja voimavaroja kuvattiin hammaslääkäreiden, suuhygienistien ja hammashoitajien määrän kehityksellä vuosina 2004 – 2018 Taulukossa 2. Henkilöstön määrää kuvataan henkilötyövuosina (htv), jota tietoa kerätään 0,1 htv:n tarkkuudella mahdollistamaan hyvän vertailupohjan.

Tarkasteltaessa henkilöstömäärän (htv) kehitystä Suhat – kunnissa vuosina 2006 ja 2018 kokonaismäärä kasvoi 2826 hoitohenkilöstä (htv) 3510 hoitohenkilöön (htv) vuodesta 2006 vuoteen 2018 mennessä. Kokonaismäärän kasvu oli 684 henkilötyövuotta, jossa lisäyksessä lukumääräisesti suurin osuus oli hammashoitajien ja muun hoitohenkilöstön osuudessa (379 henkilötyövuotta). Henkilöstöryhmissä kasvun prosentuaalinen osuus oli suurin suuhygienisteillä. Hammaslääkäreiden määrä kasvoi 15 prosentilla, suuhygienistin määrä kasvoi 48 % ja hammashoitajien ja 25 % vuodesta 2006 vuoteen 2018. Erikoishammaslääkäreiden määrässä ei ollut kasvua.

Seuraavassa taulukossa 2 kuvataan henkilöstön resurssimääriä kuvattuna henkilötyövuosina 10 000 asukasta kohden ja muutoksia vuosien 2004 ja 2018 välillä kahden vuoden välein. Hammaslääkäreiden henkilötyövuosien määrät eivät ole kasvaneet vertailuvuosina 10 000 asukasta kohden, Kasvua on ollut suuhygienistien ja hammashoitajien mukaan lukien muun henkilöstö henkilötyövuosien määrässä 10 000 asukasta kohden.

Voimavarat suhteessa väestöön

Henkilöstö htv/10 000as (SUHAT)	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
EHL	0,39	0,44	0,40	0,41	0,39	0,41	0,45	0,35
HL	2,82	2,96	2,80	2,80	2,91	2,82	2,82	2,95
suuhygienistit	1,02	1,21	1,38	1,37	1,51	1,48	1,44	1,52
hammashoitajat	4,24	4,47	4,34	4,53	4,72	4,65	4,56	4,93
muut	0,87	0,88	2,27	0,81	0,85	0,67	0,64	0,74

Taulukko 2. Henkilöstömäärät asukasta kohden (htv/10 000as) vuosina 2004 – 2018. *

* Vuosien 2000 - 2004 tietoja on nähtävissä raportissa: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpapereita 5/2008.

Yksikkökustannukset potilasta kohden

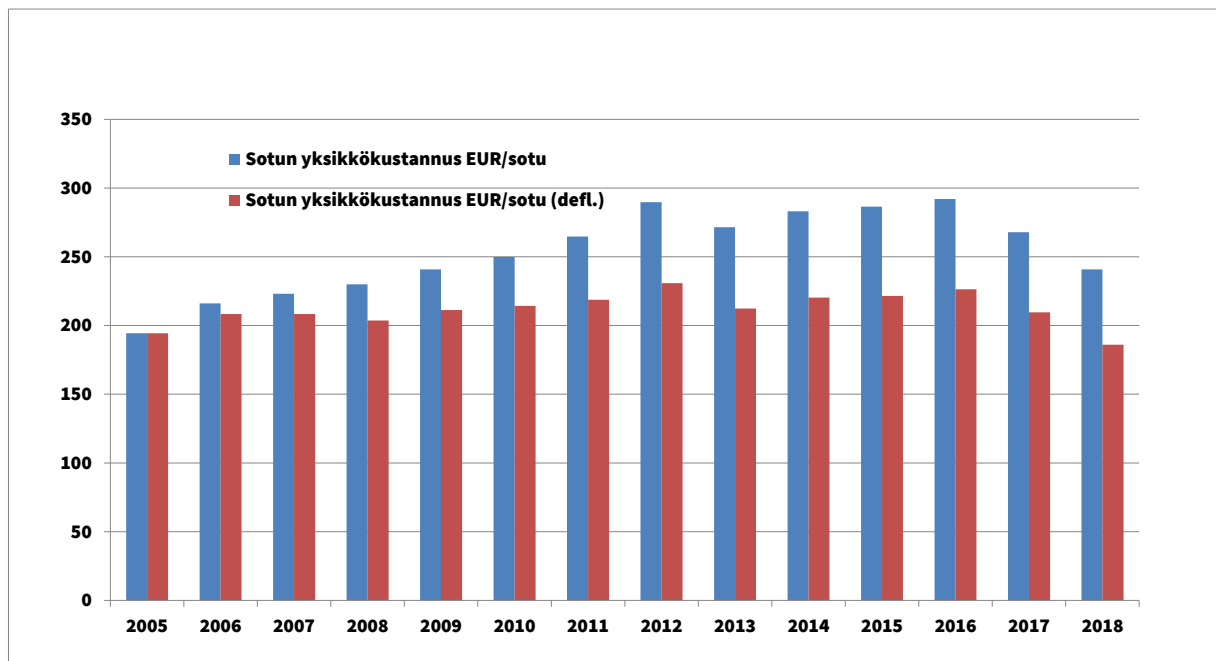
Voimavaroja kuvaavat käyttökustannuksilla asukasta kohti. Voidaan yksinkertaistaen ajatella, että terveyskeskuskohtaisten, asukasta kohti laskettujen kustannusten erot muodostuvat kahdesta eri komponentista: tuottavuuseroista sekä alueella tuotettujen palvelujen asukasluvuun suhteutetusta määrästä seuraavan yksinkertaisen mallin mukaisesti:

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

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.

Kuviossa 30 esitetään kustannustietoja potilasta kohti laskettuna vuosina 2005 – 2018. Kustannustietojen ajallista vertailtavuutta on lisätty deflatoimalla eli laskemalla eri vuosien kustannukset vuoden 2018 rahan arvoon. Potilasta kohden laskettuna kustannukset ovat laskeneet vuoden 2005 194 eurosta 186 euroon vuoteen 2018 kun käytetään deflatoituja kustannuksia vertailussa. Mikäli deflatointia ei huomioida, kustannukset nousivat 241 euroon potilasta kohden vuonna 2018.

Käyttökustannustiedon perusteella ei voida kuitenkaan arvioida, johtuvatko erot kuntien välillä palvelujen käytön eroista vai tehokkuuseroista tuotannossa. Potilasmäärän lisäys verkoston kunnissa oli 164 480 henkilöä vuosien 2006 - 2018 välillä.



Kuvio 30. Kustannukset potilasta kohti Suhat – kunnissa vuosina 2005 – 2018. Kustannustiedot on myöskin laskettu vuoden 2005 tasoon deflatoimalla. *

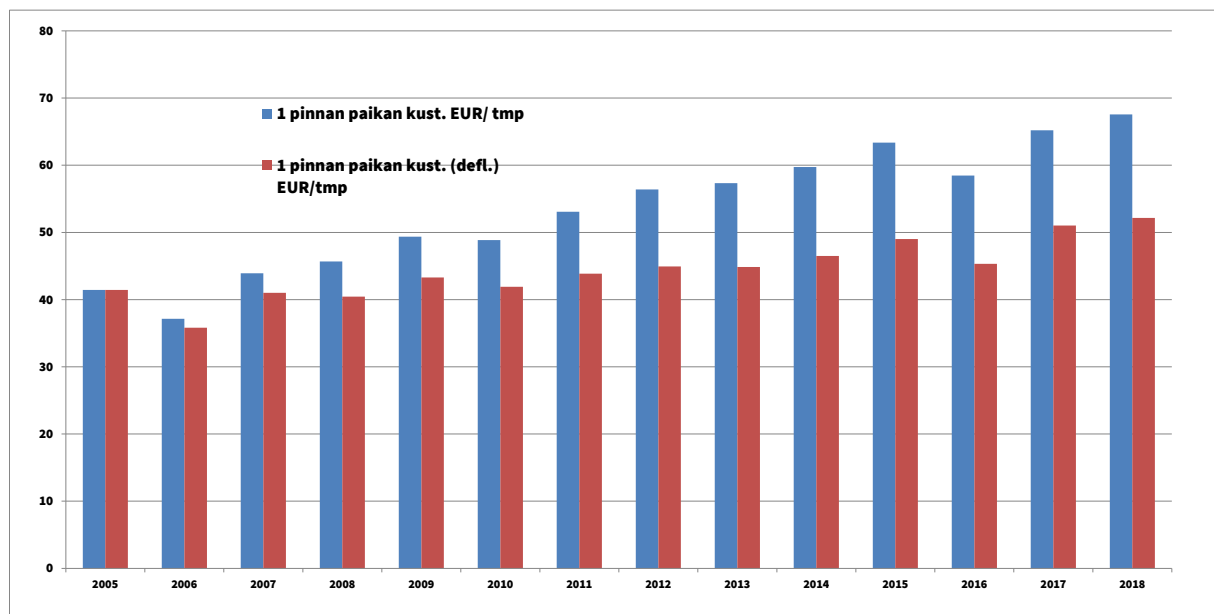
* Vuosien 2000 – 2004 tietoja on nähtävissä raportissa: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpapereita 5/2008.

Hoitotoimenpiteen keskimääräinen kustannus yhden pinnan paikan kustannuksena

Suhat – verkostossa kuntien tuotosta on laskettu potilaille tehtyjen hoitotoimenpiteiden määrällisenä summana eli on laskettu yhteen kaikki tehdyt suun tutkimukset, hampaiden paikkaukset, juurihoidot, ienhoidon toimenpiteet, hampaiden poistot, leikkaukset jne. nämä hoitotoimenpiteet on pisteytetty niiden vaativuuden perusteella eri luokkiin, jota on käytetty kertoimena hoitotoimenpiteille. Toimenpiteiden keskimääräisen vaikeusasteen kuvauksia = case-mix-indeksiä on kuvattu prosessinäkökulman osana.

Tuottavuutta voidaan selvittää suhteuttamalla kaikki tehdyt toimenpiteet vaikeusastetta kuvaavan painokertoimen avulla yhden pinnan paikan kustannukseen ja vertaamalla sitä eri vuosien välillä. Tämä mahdollistaa myös vertailun esimerkiksi ostopalveluissa, jota vertailua useat kunnat ovatkin käyttäneet kustannustason määrittämisinä.

Kuviossa 31 yhden pinnan paikan kustannuksia suhteessa hoidossa käyneisiin on vertailtu vuosina 2005 – 2018. Yhden pinnan paikan kustannukset on myös defloitoitu siten, että eri vuosien kustannukset on indeksoitu vuoden 2005 hintatasoon. Yhden pinnan paikan kustannus nousi vuoden 2005 41,1 eurosta vuoteen 2018 mennessä 52,2 euroon kun käytetään defloitoituja arvoja vertailussa. Yhden pinnan paikan kustannuksen arvo oli 67,6 euroa vuonna 2018.



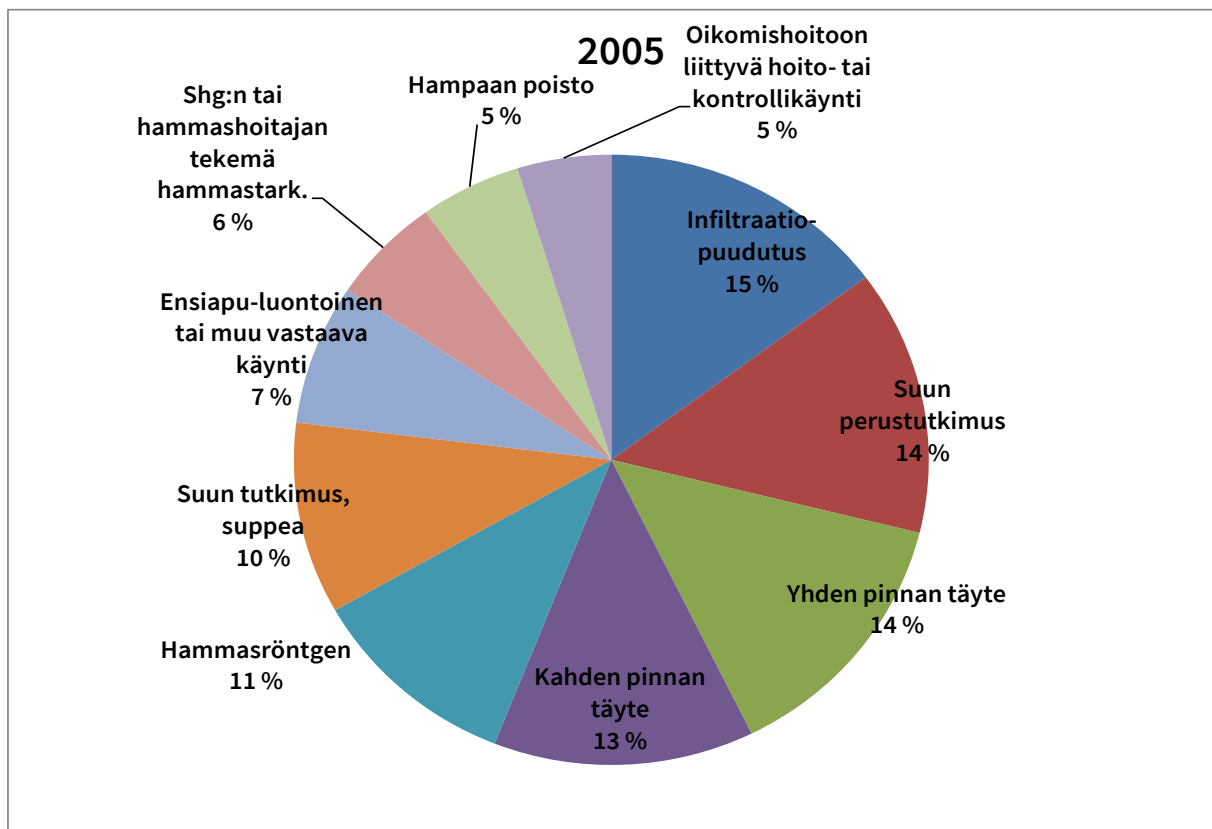
Kuvio 31. Yhden pinnan paikan laskennalliset keskimääräiset kustannukset Suhat – kunnissa vuosina 2005 – 2018. Kustannukset on myös laskettu vuoden 2005 tasoon. *

* Vuosien 2000 – 2004 tietoja on nähtävissä raportissa: Suhat hankkeen menestystarina. Varsio S, Nordblad A, Linna M, Arpalahhti I, Strömmer P, Karhunen T, Huhtala S. Stakes Työpapereita 5/2008.

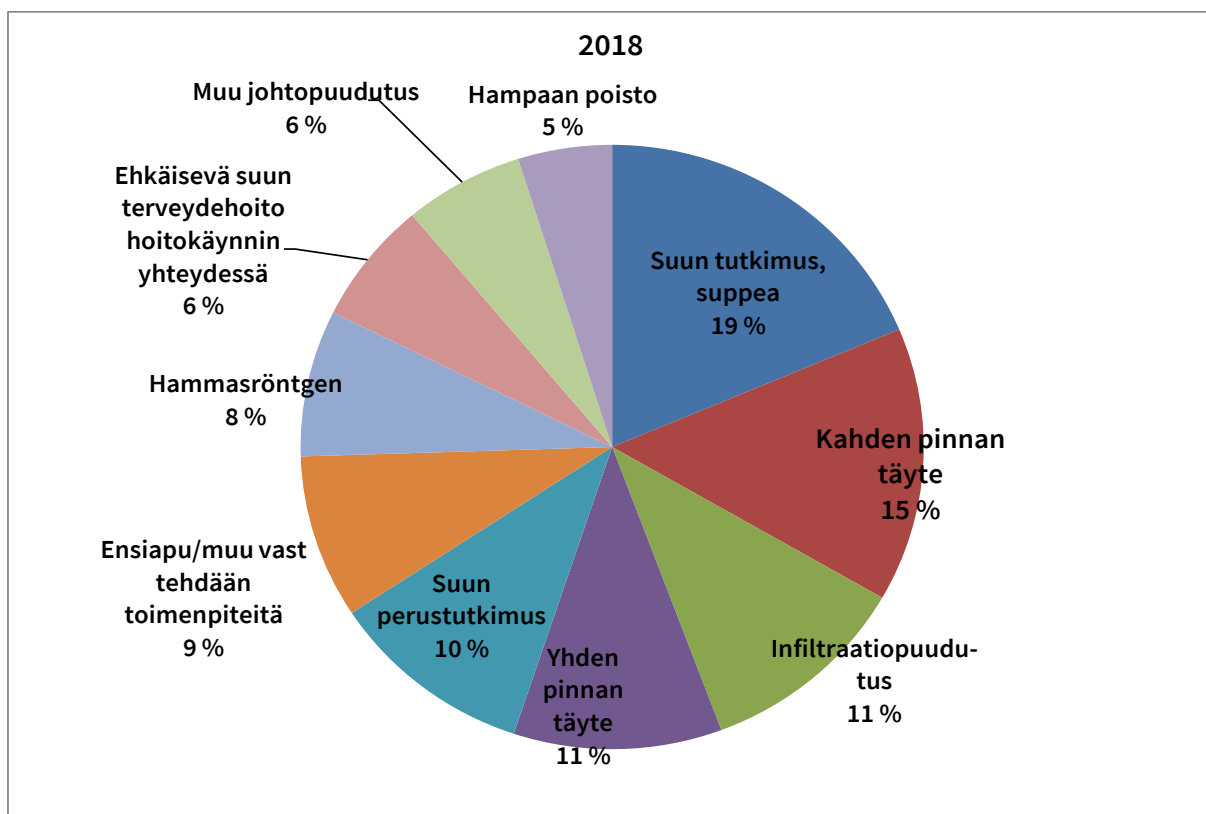
Yleisimmät suun terveydenhuollon hoitotoimenpiteet Suhat – kunnissa

Yleisimmät hoitotoimenpiteet Suhat – kunnissa suun terveydenhuollossa vuonna 2005 olivat seuraavat: suun perustutkimus (14 %), puudutus (15 %), Yhden ja kahden pinnan täytteet (27 %). Nämä hoitotoimenpiteet olivat määrällisesti yli puolet kaikista hoitotoimenpiteistä. Suun suppeita tutkimuksia oli 10 prosenttia kaikista hoitotoimenpiteistä. Suuhygienistien tai hammashoitajien tekemiä suun tarkastuksia oli 6 prosenttia. Hampaiden poistot olivat 5 prosenttia toimenpiteistä. Päivystysluonteisia käynti- tai hoitotoimenpiteitä oli 7 prosenttia.

Tarkasteltaessa muutoksia vuodesta 2005 vuoteen 2018 verrattuna, havaitaan suun suppeiden tutkimusten selkeää kasvua, sillä näiden toimenpiteiden osuus oli kasvanut 10 prosentista 19 prosenttiin. Suun perustutkimusten osuus oli laskenut 10 prosenttiin. Perustutkimus ja suppea tutkimus muodostivat lähes kolmasosan toimenpiteistä. Yhden ja kahden pinnan paikat olivat 26 prosenttia hoitotoimenpiteistä ja olivat yhtä yleisiä kuin vuonna 2005. Nämä edellä kuvatut hoitotoimenpiteet muodostivat yli puolet kaikista hoitotoimenpiteistä vuonna 2018. Merkittävää oli, että ehkäisevää suun terveydenhoitoa hoitokäynnin yhteydessä oli 6 prosenttia hoitotoimenpiteistä. Päivystyskäynnin yhteydessä tehtyjä toimenpiteitä oli hieman aikaisempaa enemmän (9 %). Hampaiden poistot olivat pysytelleet viidessä prosentissa kaikista hoitotoimenpiteistä.



Kuva 32. Yleisimmät hoitotoimenpiteet suun terveydenhuollossa Suhat – kunnissa vuonna 2005



Kuva 33. Yleisimmät hoitotoimenpiteet suun terveydenhuollossa vuonna 2018 Suhat - kunnissa

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 %, prosessin tuottavuus on 20 prosenttiyksikköä alle tavoitetason.

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), jota on käytetty julkisen sektorin, mm. terveydenhuollon tehokkuusvertailuissa. DEA 1 on kustannustehokkuus indeksi, 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 on tekninen työvoimapanoksen käytön tehokkuus, jossa tuotoksina ovat case-mix -painotetut toimenpiteet ja panoksina henkilökunnan lukumäärä.

Suhat -kunnissa DEA – indeksejä on käytetty keskinäisessä tehokkuusrintamavertailussa eri vuosina.

Kustannustehokkuus 2015

	Yksikkö	DEA1
1	Kotka	1.00
2	Mikkeli	1.00
3	Kirkkonummi	0.92
4	Lahti	0.74
5	Tampere	0.73
6	Hamina	0.69
7	Kaksineuvoinen	0.66
8	Suupohja (Kauhajoki)	0.66
9	Espoo	0.64
10	Peruskuntayhtymä Karviainen	0.63
11	Jyväskylä	0.63
12	Hämeenlinna	0.61
13	Vantaa	0.61
14	Oiva	0.60
15	Tuusula	0.59
16	Kuopio	0.57
17	Turku	0.56
18	Rauma	0.55
19	Riihimäki	0.55
20	Helsinki	0.54
21	Nurmijärvi	0.53
22	Oulu	0.52
23	Kerava	0.51
24	Eksote (Lappeenranta)	0.48
25	Lohja	0.47
26	Kouvola	0.46
27	Peruspalvelukeskus Aava	0.44

Työvoimapanoksen tehokkuus 2015

	Yksikkö	DEA2
1	Suupohja (Kauhajoki)	Inf
2	Kerava	1.00
3	Kuopio	1.00
4	Lahti	1.00
5	Lohja	1.00
6	Oulu	1.00
7	Peruskuntayhtymä Karviainen	1.00
8	Peruspalvelukeskus Oiva	1.00
9	Eksote (Lappeenranta)	0.99
10	Rauma	0.97
11	Mikkeli	0.94
12	Riihimäki	0.93
13	Kirkkonummi	0.93
14	Peruspalvelukeskus Aava	0.93
15	Nurmijärvi	0.93
16	Kaksineuvoinen	0.92
17	Espoo	0.89
18	Kotka	0.88
19	Hämeenlinna	0.87
20	Tuusula	0.85
21	Jyväskylä	0.80
22	Kouvola	0.77
23	Turku	0.76
24	Vantaa	0.72
25	Helsinki	0.69
26	Tampere	0.63

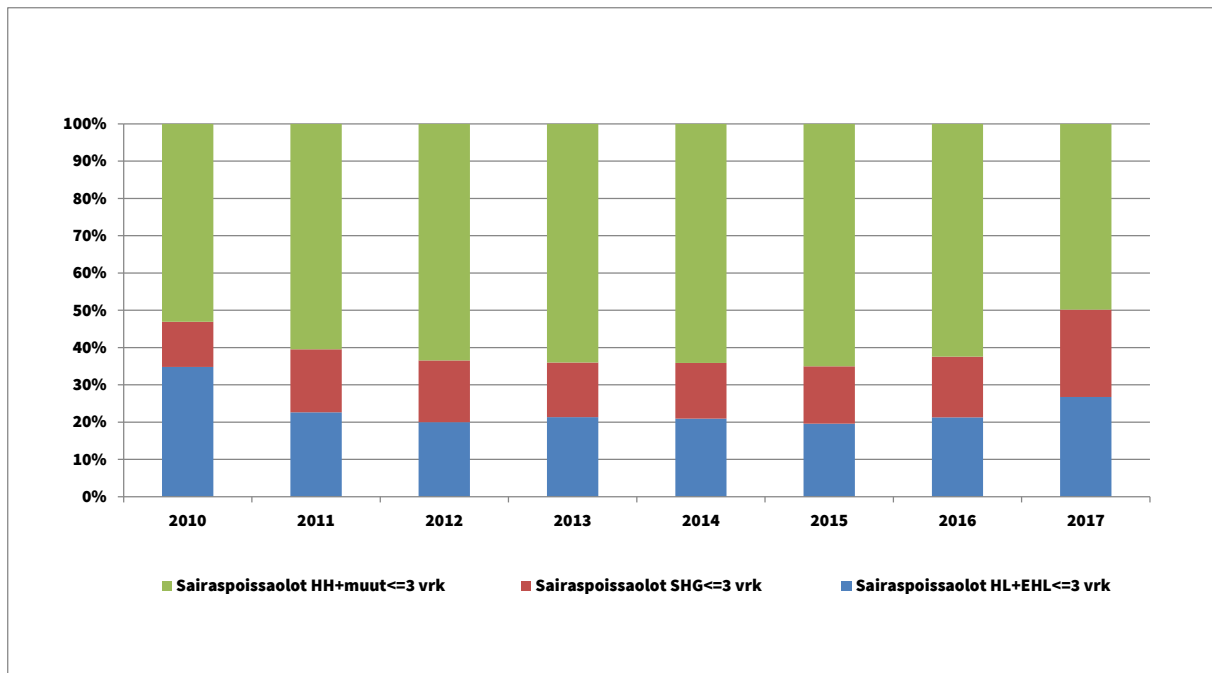
Kuvio 34. Tuottavuus indeksit DEA 1 ja DEA 2

Uudistuminen ja työkyky

- Sairauspoissaolo-indeksi
- Koulutuksen kustannusten osuus promillena käyttökustannuksista

Henkilöstön hyvinvoinnin tunnuslukuihin kerättiin tiedot työntekijäryhmittäin yli kuukauden kestäneistä pitkistä poissaoloista, mistä laskettiin sairauspoissaolo-indeksi. Indeksä on hyvä käyttää taustatietona muita tunnuslukuja arvioidessa. Indikaattoripankkiin sisällytetyt tiedot mm. henkilöstöstä ja koulutuksesta tukevat osaltaan suunnitelmallista osaamisen kehittämistä ja seuranta. 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 indeksä voidaan käyttää taustatietona arvioitaessa muita tunnuslukuja.

Kouluspäivien määriin sisällytettiin tiedot koko henkilökunnan yhteisistä koulustilaisuuksista 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 ilmaistaan osuutena käyttökustannuksista.



Kuvio 35. Sairauspoissaolojen määrä henkilöstössä vuosina 2010 – 2017.*

*Vertailtavia tietoja oli käytettävissä vuodesta 2010 eteenpäin.

Koulutuksen kustannusten osuus promillena käyttökustannuksista

Tietoja löytyy osittain Suhat – verkoston sivuilta: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/suhat-suun-terveydenhuollon-uedet-haasteet>

Terveyskeskuskohtaiset aikasarjat

Yhteisten tilastojen lisäksi kuhunkin terveyskeskukseen on laadittu sen oman toiminnan analyysi, joista on osoitettavissa muutokset aikasarjana eri vuosien välillä. Kunkin terveyskeskuksen aikasarja on julkaistu hankkeen internetsivuilla.

Hankkeen arviointi ja loppupäätelmät

Suhat-hankkeen tavoitteena on ollut siihen osallistuneiden kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskusten oman toiminnan kehittämisen, arvioinnin ja laatutyön tukeminen jo useiden vuosien ajan. Yhdessä työskentely on muodostanut verkoston, jonka tuoma kollegatuki ja keskustelumahdollisuus on koettu tärkeäksi toimintamuodoksi. Organisaatioita on tuettu oman toiminnan kannalta tärkeimpien prosessien kehittämisessä, jota muutostyötä kukin on toteuttanut omaa tahtiaan. Sekä osallistujien välinen vertaisarviointi ja keskustelut erilaisista toimintatavoista, että omaa toimintaa eri vuosien välillä kuvaavien tunnuslukujen vertailu, ovat auttaneet organisaatioita löytämään omat kehittämiskohteensa. Vertailevan kehittämisen toimintamalli on siten tullut oleelliseksi osaksi tavoitejohtamista.

Verkostohankkeen ensimmäiset vuodet olivat monella tapaa haasteellisia koska käytetty BSC-strategiamenetelmä oli uusi, eikä aikaisempaa kokemustietoa ollut käytettävissä. Arvioinnin ja kokemusten perusteella verkostohankkeen vuosi 2002 onnistui hyvin ja BSC-menetelmä toimi strategian perustana hyvin. Työskentely tehtiin etätyönä, joka toimi hyvin. BSC-työn avulla tuotetun strategian vieminen käytäntöön koettiin edellyttävän kiinteää yhteyttä talouden ja toiminnan suunnitteluun, tulosohtaukseen ja henkilöjohtamiseen. Osassa mukana olleista organisaatioista BSC:n työn tulokset vietiin hankkeen alusta lähtien johtoryhmään tiedoksi ja myös kunnallisille päättäjille tiedotettiin hankkeen tuloksista. Yhteisten valtakunnallisten tavoitteiden katsottiin olevan hyvä pohja työssä, vaikka niitä ei sellaisenaan voitu siirtää omaan työhön. Erityisen hyvänä pidettiin vertailevan tiedon saamista valtakunnalliseen indikaattoripankkiin ja tiedon käyttöä benchmarking-tunnuksina. Yhteisesti sovittujen määrittelyjen katsottiin lisäävän vertailujen luotettavuutta ja olevan erittäin tarpeellisia. Hankkeen toivottiin laajenevan ja useampien kuntien terveyskeskusten toivottiin osallistuvan verkostoon jatkossa. (Nordblad ym. 2001.)

Suhat - verkostohankkeen työmenetelmiin kuului jatkuva arviointi työn tuloksista eri vaiheissa. Kommentointityötä ja arviointia tilattiin myös ulkopuolisilta asiantuntijoilta osallistuville organisaatioille ja hankkeesta vetovastuussa oleville. Vuosien 2002 – 2005 yhteenvedossa on tuotu esiin hankekuntien antama palaute indikaattoripankin hyödynnettävyydestä ja toimivuudesta. Arvioinnissa indikaattoripankki, tunnusluvut ja mittaristo koettiin yhdeksi hankkeen tärkeimmistä osa-alueista sekä paikallisessa että alueellisessa johtamisessa. Palautteen mukaan tietojen keruuprosessia tulisi kuitenkin joustavoittaa ja kehitettävä tapahtuvaksi suorana poimintana tietojärjestelmistä. Kirjaamiskäytäntöihin tulisi edelleen kiinnittää lisää huomiota ja koulutusta. Hankkeen katsottiin onnistuneen tavoitteessaan lisätä strategisen johtamisen valmiuksia suun terveydenhuollon organisaatioissa. Hankkeen mahdollistama kollegatuki, koulutus sekä keskustelumahdollisuudet koettiin erittäin hyödyllisiksi. Hankkeen täysipainoista hyödyntämistä osassa kuntia vaikeuttivat muut meneillään olevat hankkeet, jotka veivät aikaa. Osallistujat pitivät tärkeänä panostaa indikaattoripankin hyödyntämiseen ja kehittämiseen valtakunnallisena informaatio-ohjauksen välineenä. Taustatietojen, tunnuslukujen ja indikaattoreiden määrittelytyötä on tehty runsaasti, ja työ on edennyt hyvin. Hanke on tarjonnut tärkeän tukiverkoston ja työkalut, joiden avulla on ollut mahdollista oppia toisilta ja kehittää omaa toimintaa. (Varsio ym.2008.)

Suhat – verkoston loppuarviointia varten lähetettiin kysely verkostoon osallistuneille kesällä 2020, johon vastasi 30 henkilöä. Suhat – verkosto koettiin tarpeelliseksi tai erittäin tarpeelliseksi lähes kaikissa vastauksissa. Verkoston katsottiin toimineen hyvin tai erittäin hyvin kolmea vastaajaa lukuun ottamatta, jotka eivät osanneet antaa arviota. Verkoston kautta on saatu tietoa sosiaali- ja terveydenhuollosta ja hyvää vertailutietoa oman toiminnan kehittämiseen, päätöksentekoon sekä vertaistukea. Se myös edistää hyvien käytäntöjen levittämistä ja helpottaa verkostoitumista kollegoiden kanssa. Useimmat vastaajista olivat toimineet verkostossa vähintään 10 vuotta.

Ajankohtaispäivät saivat erittäin hyvän palautteen. Hyvinä asioina tuotiin esiin tiedonsaanti ajankohtaisista lainsäädäntömuutoksista, hyvistä käytännöistä, toimintakäytäntöjen muutoksista sekä vuorovaikutus ja yhteistyö toisten kanssa. Indikaattoripankkia hyödynnettiin arvioitaessa väestön suun terveyspalveluiden käyttöä, väestön suun terveyttä, toiminnan ja talouden strategisessa suunnittelussa, johtoryhmäkäsittelyssä, henkilöstön koulutuksessa, benchmarkingissa sekä perusteluina henkilökunnalle ja organisaation johdolle

sekä poliittisille päättäjille. Osa koki haittoina tiedonkeruun työläyden ja aikaa vievyyden. Tiedonkeruuseen valmisteilla oleva lomakepohja, josta tiedot siirtyvät suoraan THL:lle, todettiin olevan erinomainen kehitysaskel. Lomakkeeseen syötetään aiempien laskutoimitusta vaativien lukujen sijaan peruslukuja. Manuaalinen työ vähenee ja sitä kautta virhemahdollisuudet pienevät.

Ehdotuksissa indikaattoripankki tulisi ehdottomasti saada valtakunnalliseksi suun terveydenhuollon laaturekisteriksi. Nyt ainoastaan Suhat-verkoston jäsenyydestä maksavien kuntien tiedot ovat indikaattoripankissa. Osa kunnista ei voi hyödyntää hyvää pankkia ja toisaalta indikaattoripankin tiedot ovat vertailussa vajavaiset, koska ne eivät kata koko maata. Indikaattoripankin tietoja käytettiin seuraaviin: väestön suun terveyspalveluiden käyttö, väestön suun terveys, toiminnan ja talouden strateginen suunnittelu, johtoryhmäkäsittely, henkilöstön koulutus, benchmarking (toisilta oppiminen), perusteluna henkilökunnalle ja organisaation johdolle sekä poliittisille päättäjille toimintatapamuutosten läpiviemiseksi ja palvelujen rahoituksen varmistamiseksi. Indikaattoripankin kehittämiseksi ehdotettiin, että mittareista tulisi olla tarkat kuvaukset sivustolla.

Tiedon keruuta AvoHilmon kautta ehdotettiin niiltä osin, joista se on mahdollista. Näin manuaalisen tiedon keruuta voidaan minimoida. Myös laatu- ja vaikuttavuusmittareita toivottiin enemmän indikaattoreihin sekä kunnan omaan käyttöön myös suorittajakohtaista tietoa ja niiden vertailutasoksi Suhat-verkoston vastaavat keskimääräiset luvut. Tietojen kerääminen indikaattoripankkiin vie kaikilta toimijoilta aikaa, siksi suoraan tietojärjestelmistä kerättävän yksilöllisen tiedonkeruun kehittämistä pidetään tärkeänä.

Suhat-hankkeessa on korostettu oppimisen ja osallistumisen merkitystä vuosittaisilla ajankohtaispäivillä. Verkoston alkuvuosina painottui strateginen johtamiskoulutus ja prosessijohtamisen menetelmä. Kunnat määrittivät suun terveydenhuoltoon valtakunnallisen tason vision ja toiminta-ajatuksen sekä tekivät kukin oman Balanced Score Card (BSC) -korttinsa. Prosessien kehittämistoiminnassa ovat painottuneet hyvien käytäntöjen jakaminen.

Ajankohtaispäivien järjestäminen osana verkostotoimintaa on ollut keskeinen onnistumisen avain hankkeessa. Ajankohtaispäivillä osanottajat tapaavat toisiaan, tuovat viestejä omasta terveyskeskuksestaan ja jakavat omia kokemuksiaan hyvistä käytännöistä muille. Ajankohtaispäivien koulutuksellinen merkitys on ollut kiistaton. Ajankohtaispäivien aikana osallistujilla on ollut mahdollisuus saada tietoa käynnissä olevista lainsäädäntöhankkeista sekä hallituksen jo päättämistä lainsäädäntöuudistuksista.

Suhat-verkostohankkeen yhtenä tärkeimmistä asioista on pidetty indikaattoripankkia, jota on kehitetty vastaamaan hankkeeseen osallistuneiden organisaatioiden tarpeita. Indikaattoripankin tunnusluvut sekä niistä lasketut indeksit ja suhdeluvut ovat antaneet tukea päätöksenteolle. Toiminnan tehokkuusvertailuissa on havaittu huomattaviakin eroja organisaatioiden välillä. Toimintaa vertailevat luvut ovat olleet havainnollinen apu perusteltaessa päätöksiä suuntaavia ratkaisuja suun terveydenhuollon työntekijöille ja päättävälle tahoille.

Suhat-hankkeen käynnistyessä tärkeä tavoite oli suun terveydenhuollon palvelujen laajentuminen koko väestöön ja erityisesti aikuishoidon saatavuuden turvaamista. Jos katsotaan kehitystä palvelujen käyttöindeksin (PKI) avulla, voidaan todeta, että indeksin tavoitteen asettamisella on ollut merkitystä. Nuorten osalta on siirrytty yksilölliseen hoitoväliin hoidon tarpeen mukaisesti, jolloin on voitu lisätä palveluja aikuisille. Tuottavuuden kehittymistä on tarvetta arvioida jatkuvasti, jota on tehty hankkeessa indikaattoripankin tietojen avulla. Suhat – hankkeen kokemusten ja tulosten perusteella tuottavuuden mittaaminen on tärkeää, ja se myös osaltaan vahvistaa toiminnan kehittämistä.

Kunnat ovat saaneet Suhat-hankkeesta vahvan tukiverkoston ja työkaluja toiminnan strategiselle johtamiselle. Hanke on puolestaan toiminut valtakunnallisena ohjausvälineenä ja testausalustana uusille ajatuksille. Strategisen johtamisen tärkeys korostuu entisestään muuttuvassa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä, kun pyrimme parantamaan palvelukykyämme kehittämällä palvelujen järjestämisoaamista ja rakentamalla vaikuttavia, asiakaslähtöisiä, yhteen sovitettuja sosiaali- ja terveyspalveluja väestön terveyden lisäämiseksi ja terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi kasvattamatta kokonaiskustannuksia.

Johtopäätökset

Suhat – verkostohanke on erinomainen esimerkki hyvin ja pitkään toimineesta verkostohankkeesta, jonka kokemuksia voidaan hyödyntää kansallisella tasolla. Suhat – verkosto on toiminut 20 vuotta laaja-alaisena kehittämishankkeena, jossa on kehitetty niin tavoitejohtamista kuin kehittämisen tueksi rakennettua indikaattoripankkia. Indikaattoripankin erityisyys ja toimivuus vertailussa perustuu tietoperustan laaja-alaisuuteen ja toiminnan kuvaamisen kattavuuteen eri näkökulmista. Tietoja on niin henkilöstöstä, toiminnasta, kustannuksista, suun terveydestä, palvelujen käytöstä, hoitotoimenpiteistä ja palvelujen laadusta. Näistä luodut tunnusluvut mahdollistavat vertailun kuntien välillä. Toiminnan kustannusten tunnusluvut mahdollistavat myös vertailun julkisen ja yksityisen toiminnan välillä.

Suhat- -verkostohanke on onnistunut tavoitteessaan lisätä strategisen johtamisen valmiuksia kuntien suun terveydenhuollon johdossa. Johtamiskoulutuksen avulla suun terveydenhuollon toiminta on selkiytynyt tavoitteiden, menestystekijöiden ja toteutumisen arvioinnin myötä. Myös henkilöstön hyvinvointi on otettu entistä enemmän huomioon. Laadulliset näkökulmat ovat antaneet laajemman näkökulman toiminnan mittaamiseen.

Hanke on edistänyt hyvien käytäntöjen levittämistä oman kunnan toimijoille kuin laajemmin esimerkin ja tiedon välittämisen kautta muihin kuntiin. Verkosto on systematisoinut kuntien keskinäistä vertailua ja toiminnan kehittämistä. Verkostomalli voidaan ottaa käyttöön koko maassa pitkäjänteisestä toiminnasta saatujen kokemusten ja näytön perusteella.

Hanke on vauhdittanut aikuisväestön uudistuksen läpivientä ja palvelujen laajentumista aikuisväestön palveluissa. Palvelujen tuotantoprosessit henkilöstön työnjako ovat kehittyneet. Edelleen kuitenkin riittää kehitettävää, johon yhteisellä tietoperustalla voidaan vaikuttaa. Palvelujen laatu ja tehokkuus paranevat yhteisen tietoperustan avulla. Pohjatyötä on tehty pitkään verkostossa ja verkoston tunnuslukuja ja indikaattoreita voidaan tässä työssä hyödyntää.

Suun terveyden tunnusluvuissa on esimerkiksi lapsilla saatu Suhat – kunnissa muuta maata parempia tuloksia. Vaikka Suhat - -kunnissa keskimääräiset luvut ovat parantuneet, kuntien väliset erot ovat edelleen suuria ja kehittämistyötä tulee jatkaa.

Indikaattoripankkia on esitetty arvioinneissa erittäin tarpeelliseksi ja sitä esitetään laajennettavaksi kansalliseksi laaturekisteriksi. Suhat – verkosto tarjoaa hyvän pohjan tälle työlle. Alueitten erilaisuus on huomioitava ja mahdollistettava kun valtakunnallisia painopisteitä valitaan.

Suhat – hanke on verkostoitunut sosiaali- ja terveydenhuollon alan asiantuntijoihin useiden vuosien ajan ja on tarjoannut suun terveydenhuollon toimijoille laaja-alaisen foorumin. Sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä asiantuntijoiden yhteistyöllä voidaan vahvistaa integroituvia palveluja suun terveydenhuollossa.

Suhat–verkosto kiittää kaikkia verkostotyöhön osallistuneita työskentelystä, joka on ollut uraa uurtavaa ja pitkäjänteistä. Lukuisten asiantuntijoiden rooli on ollut avainasemassa kehitystyön ja verkostotoiminnan onnistumiseen. Lausun omasta puolestani erittäin suuret kiitokset kaikille innostavasta yhteistyöstä, johon olen saanut osallistua. Koko raportin kirjoittajaryhmä kiittää yhteistyöstä.

Anne Nordblad
Marja-leena Partanen
Marko Ekqvist

Lähteet

- Koivu M (1998). Suun terveydenhuollon toiminnan tehokkuus terveyskeskuksissa vuonna 1995. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:aalto-2020111613720>
- Kiireetön oikomishoito perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Esitetty julkaisussa: Yhtenäiset kiireettömät hoidon perusteet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:5, sivut 174 -5.
- Kiiskinen U, Suominen-Taipale L, Aromaa A, Arinen S (2005)
Koettu suunterveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 22.
- Lumijärvi I (2000). Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Työturvallisuuskeskus. Edita Helsinki.
- Määttä S, Ojala T (1999). Tasapainoisen onnistumisen haaste – johtaminen julkisella sektorilla ja balanced scorecard. Hallinnon kehoittämiskeskus. Valtionvarainministeriö. Edita Helsinki.
- Murtomaa H, Letto P (2005) Kansanterveyslaista hoitotakuuseen – kerran vuodessa hammaslääkärissä.. Duodecim 121:2325–31
- Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J (1993). Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa 1991. Stakes Raportteja 1993:115, Jyväskylä.
- Nordblad A, Hiekkänen S, Helminen S, Linna M. (2001) Tasapainoitettu arviointi muutoksen johtamisessa. Terveyskeskusten suun terveydenhuollon Suhat – hanke suunnanäyttäjänä. Stakes 15/2001.
- Nordblad, A., Suominen-Taipale, L., Rasilainen, J. & Karhunen, T. 2004. Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. Stakes-raportti 2004; 2872.
- A Nordic Project: Quality indicators in oral health Care: A Nordic project. Proceedings in 2012. Helsedirektoratet Rapport IS-0375
- Pietilä T, Alanen P, Nordblad A, Kotilainen J, Pietilä I, Pirttiniemi P, Varrela J. Hampaiden oikomishoito terveyskeskuksissa. STAKES, Raportti 279, 2004.
- Pietilä I, Pietilä T, Svedström-Oristo A-L, Varrela J, Alanen P. Orthodontic treatment practices in Finnish municipal health centres with differing timing of treatment. Eur J Orthod 2009a; 31: 287-93.
- Pietilä I, Pietilä T, Varrela J, Pirttiniemi P, Alanen P. Trends in Finnish public orthodontic care from professionals' perspective. International Journal of Dentistry, 2009b; Article ID 945074, 6 pages.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Arinen S, Vehkalahti M. (2004) Hammashoitopalvelujen käyttö. Kirjassa: Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A. toim. Suomalaisien aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2004, s. 50–64.
- Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelma Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:5
- Varsio, Sinikka; Nordblad, Anne; Linna, Miika; Arpalahhti, Irma; Strömmer, Päivi; Karhunen, Tuomo; Huhtala, Sinikka (2008). SUHAT-hankkeen menestystarina: Strateginen johtaminen ja benchmarking-kehittäminen 2002 – 2005.
- Widström E, Pietilä E, Erkinantti J. 2004. Hammashoitouudistuksen toteutuminen terveyskeskuksissa. Suomen Lääkärilehti 59:937 - 41.
- Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2019:2

Liitteet

Liite 1: Alle 18-vuotiaiden palvelujen käyttöä kuvaava suhdeluku PKI Suhat – kunnassa vertailuvuonna 2004 tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaaleampi pylväs).

LIITE 2. Yli 18 vuotiaiden palvelujen käyttöä kuvaava suhdeluku PKI Suhat – kunnassa vertailuvuonna 2004 tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaaleampi pylväs)

LIITE 3. Suhat – verkoston kuntien dmft – indeksitiedot 5-vuotiailla vuosina 2000 – 2018.

LIITE 4. Suhat – verkoston kuntien dmft – indeksitiedot 12-vuotiailla vuosina 2000 – 2018.

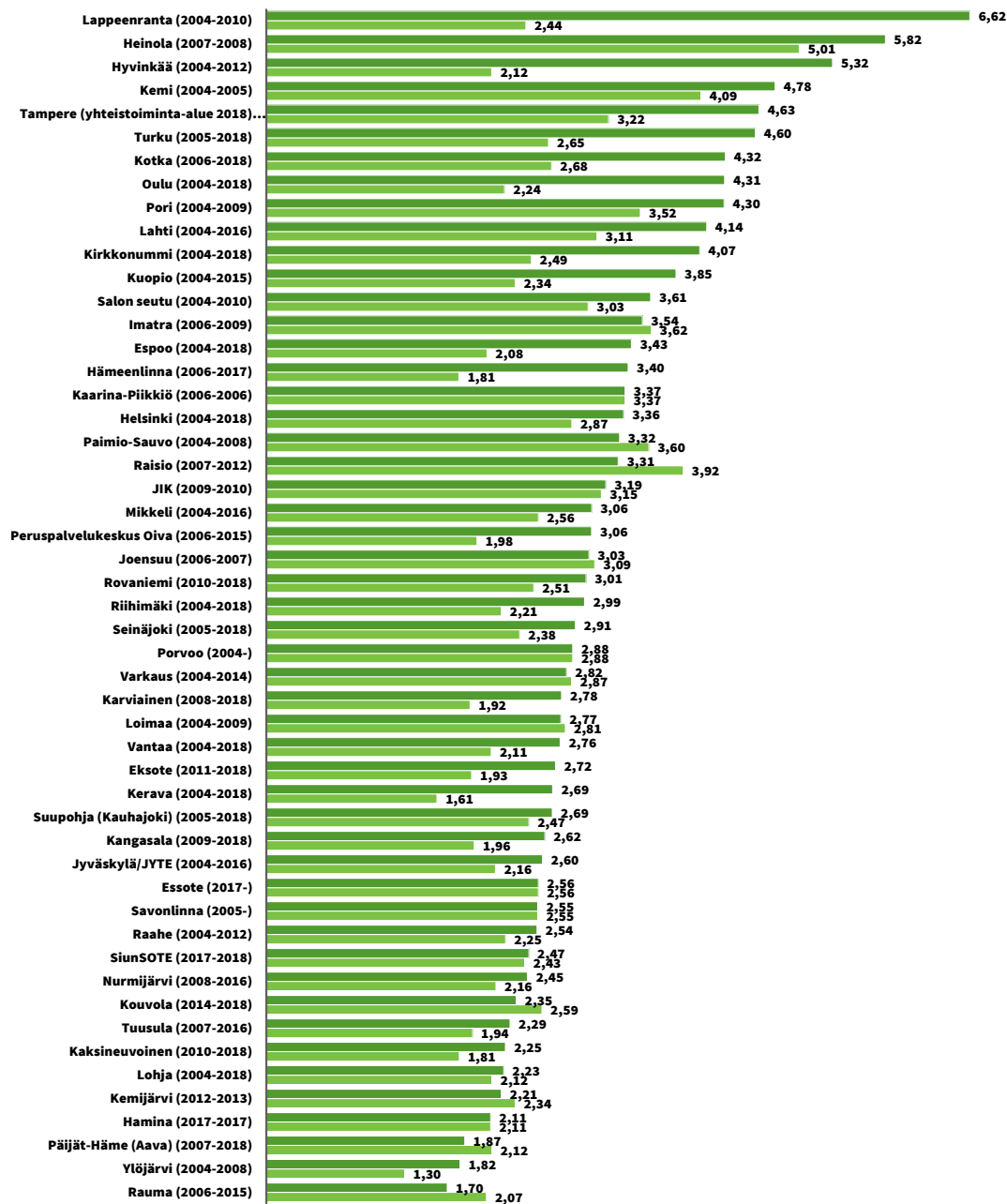
LIITE 5. Suhat – verkoston kuntien dmft – indeksitiedot 15-vuotiailla vuosina 2000 – 2018.

LIITE 6. Suhat – hankkeen ohjausryhmän, projektiryhmän, yhdyshenkilöiden ja pientyöryhmien jäsenluettelot.

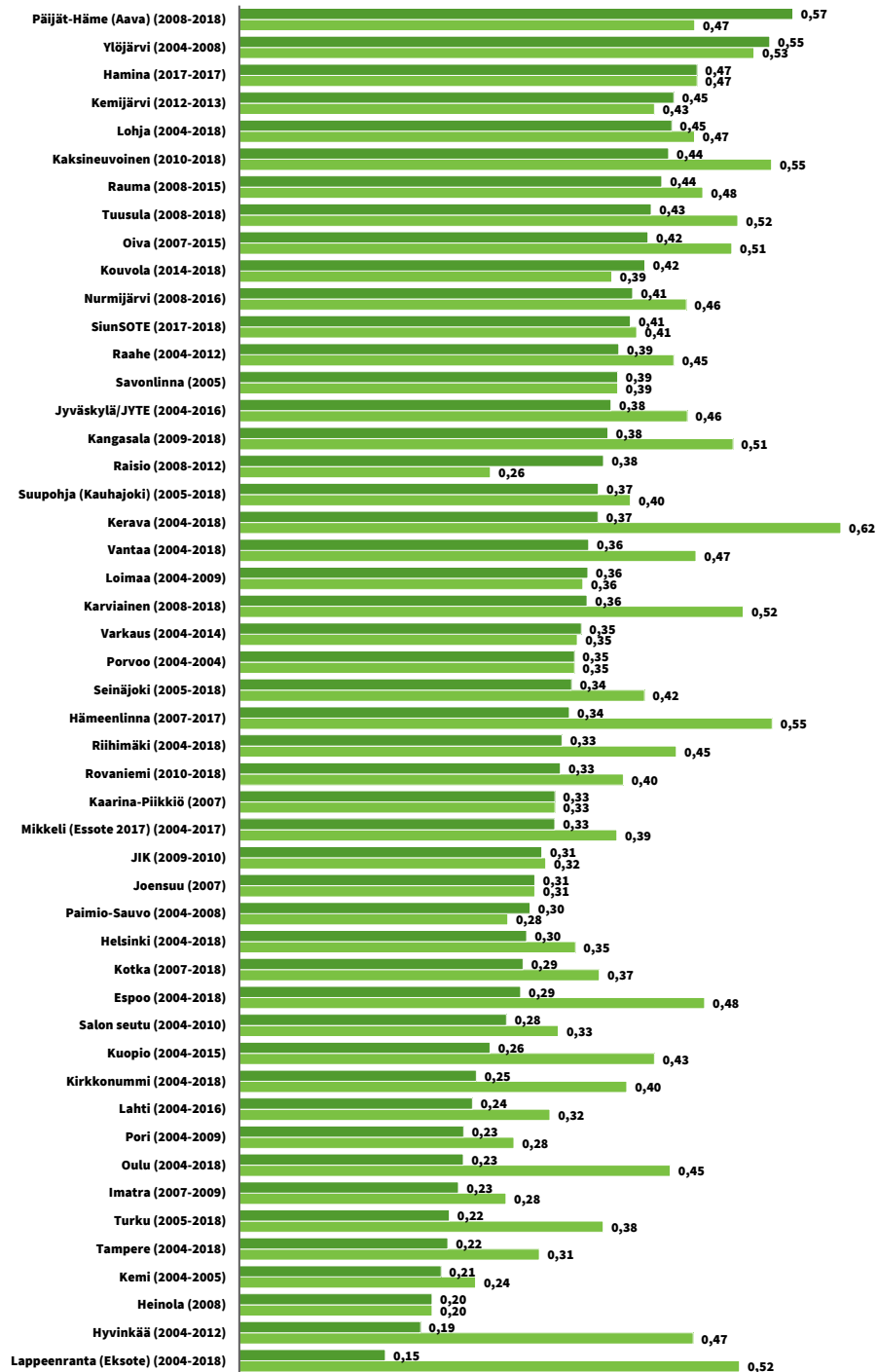
LIITE 7. Oikomishoidon selvitystyö lyhennelmä Terttu Pietilän laatimasta raportista.

LIITE 8. Vuodelta 2018 kerättävien tietojen määritelmät. Sisältää myös tarkennukset oikomishoidon määrittelyihin

LIITE 1. Alle 18-vuotiaiden palvelujen käyttöä kuvaava suhdeluku PKI Suhat – kunnassa vertailuvuonna 2004 tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaaleampi pylväs).



LIITE 2. Yli 18 vuotiaiden palvelujen käyttöä kuvaava suhdeluku PKI Suhat – kunnassa vertailuvuonna 2004 tai verkostoon liittymisvuonna (tummempi pylväs) ja päättymisvuonna (vaaleampi pylväs)



LIITE 3. Suhat – verkoston kuntien dmft – indeksitiedot 5-vuotiailla vuosina 2000 – 2018.

Suhat-verkosto: dmft muutokset																					
Kunnat ja kuntayhtymät	dmft 5 v																				
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Espoo		0.71			0.65	0.51	0.54	0.43			0.36	0.32	0.23	0.36	0.30	0.20	0.30	0.30	0.26	0.30	0.34
Essote																			0.10	0.12	0.10
Hamina									1.20	0.75											
Hainola																					
Helsinki						0.87		0.80	0.60	0.50	0.50	0.42	0.40	0.47	0.65	0.61	0.46	0.47	0.57	0.90	
Hyvinkää		0.80	0.60	0.90	0.71	1.80	1.53	1.40	1.70	0.70	0.35	0.15		0.10						0.31	
Hämeenlinna								2.51	2.80			1.59		1.01	0.75		0.80	1.07	1.01	0.56	
Imatra								1.10	0.69			0.99									
JLK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä												0.59	0.71								
Joensuu								0.50	0.70												
Jyväskylä/JYTE						1.33	1	0.70	0.70	0.90	0.50	0.17		0.30	0.20	0.20	0.10				
Kaarina-Piikkiö								3.40													
Kaksineuvoinen													0.90	0.62	0.76	0.49	0.52	0.30	0.40	0.50	0.40
Kangasala												0.40		0.30	0.20	0.20			0.29	0.25	0.29
Kauhajoki (Suupohja)							1.2	1.30	1.20	1.20	0.50	0.88	0.60	0.70	0.50	0.40	0.40	0.30			
Kemi		0.96	0.68	0.66	0.96	0.64	0.55														
Kemijärvi															1.32						
Kerava				0.57	0.65	0.69	0.83	0.55	0.86	0.77	0.50	0.66	0.79	1.50	0.80	1.40	1.00	0.40			
Kirkkonummi	0.63	0.53		0.62	0.99	0.37	0.44		0.50	0.40	0.30	0.18	0.20	0.40	0.30	0.40	0.40	0.41	0.32	0.36	
Kotka								0.64	0.66	0.50	0.60	0.14			0.36	0.74	1.00			0.15	
Kouvola																2.00	2.30	1.00		3.50	
Kuopio	0.63	0.80	0.72	0.75	0.75	0.60	0.79	0.58	0.56	0.32	0.43	0.24					0.36	0.25			
Lahti	0.83	0.83	0.74	0.64	0.44	0.70	0.74	0.71	0.57	0.62	0.58	0.44	0.50	0.60	0.50	0.50	0.40	0.40			
Lappeenranta (Eksote)		0.67	0.71	0.57	0.64	0.71	0.85	1.33	0.80	1.00		0.39	0.30	0.40	0.40	0.30	0.38	0.38	0.42	0.44	
Lohja			1.12	1.37	0.92	1.21	0.85	0.86	0.37	0.71	0.46	0.54	0.60	0.50	0.30	0.50	0.40			0.40	
Loimaa			1.99	0.71	1.34	1.46	1.25	0.94	1.15	1.10	0.79										
Loviisa																				0.08	
Mikkeli (Essote 2017)		0.94		0.79	0.87	0.77	0.56	0.63	0.84	1.27	1.01	0.56	0.98			0.23	0.30	0.20	0.80		
Nurmijärvi										0.25	0.28	0.09	0.40	0.26	0.18	0.25	0.19	0.92	0.69		
Oulu			0.92	0.70	0.79	0.86	0.97	0.81	0.81	0.41	0.50		0.36	0.51		0.25	0.38	0.35		0.29	
Paimio-Sauvo	0.89	1.01	0.90	0.63	0.51	0.54	0.8	0.68	0.70	0.47											
Peruskuntayhtymä Karviainen										0.27	0.53	0.33	0.50	0.40	0.70	0.50	0.50	0.80			
Peruspalvelukeskus Oliva								0.50	0.68	0.54	0.52	0.45	0.58	0.70	0.33		0.70				
Pori		1.48	1.43	1.26	1.61	1.12	1.4	1.14	0.87	1.00	0.86										
Päijät -Häme (Aava)									0.66	1.70	0.43		0.40	0.30	0.10	0.40	0.30	0.37			
Raahe		1.41	1.55		1.75	1.50	1.37	0.94	1.28	0.65	1.04	1.11	0.74	0.66							
Raisio									0.38	0.42	0.50	0.30	0.39	0.39							
Rauma									0.87	0.82	0.70	0.29	0.40	1.20	0.50	0.11	0.18				
Riihimäki	0.81	0.94	1.12	1.23	0.83	0.64	0.64	0.56	0.50	0.30		1.50	3.50	0.50	0.40	0.50	0.50	0.41	0.31		
Rovaniemi												0.17	0.50		0.40	0.70	0.70	0.50	2.14	2.50	
Salon seutu			0.65	0.68	0.67	0.74	0.66	0.67	0.47	0.42	0.31	0.30									
Savonlinna	0.93	0.85	0.80	0.61	0.52	0.63	0.55														
Seinäjoki							0.92	0.92	0.85	0.60	0.65	0.67	0.80	1.10	0.80	0.28	1.20	2.00	1.20	0.68	
SiunSote																			0.12	0.16	
Suupohja																			0.60		
Tampere (yhteistoiminta-alue 2018)	0.71	0.63	0.72	0.76	0.75	0.71	0.8	0.70	0.50	0.66	0.60	0.48	0.66	0.84	0.70	0.60	0.64	0.32	0.90	0.90	
Turku							0.93	0.90	0.83	0.70		0.47	0.61	0.61	0.40	0.60	0.41	0.43		0.44	
Tuusula										0.58	0.41		0.19	0.19	0.22	0.11	0.16	0.21		0.50	
Vantaa			0.99	0.47	0.88	0.85	1.04	0.92	0.78	0.80		0.67	0.64	0.72	0.61	0.57	0.47	0.60			
Varkaus					3.00	0.43	0.35	0.35	0.56	0.70	0.60	0.34	0.50	0.50	0.50	0.40					
Ylöjärvi			0.65	0.41	0.64	1.23	0.56	1.00	0.87	0.37											
koko suhat												0.37	0.43	0.40	0.40	0.44	0.45	0.38	0.47	0.34	

LIITE 4. Suhat – kuntien DMFT – indeksitiedot 12-vuotiailla

Suhat-verkosto: DMF muutokset																				
Kunnat ja kuntayhtymät																				
	DMF 12 v																			
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Espoo		1,01			0,97	1,07	1,07	1,24	1,30	1,14	1,29	1,06	1,06	1,00	0,95	0,80	1,05	0,74	0,90	0,49
Hamina									1,10	1,30								2,28	1,13	0,56
Heinola																				
Helsinki						1,26		1,20	1,10	1,10	1,10	0,88	1,00	0,82	0,83	0,79	0,74	0,64	0,65	0,50
Hyvinkää		1,49	1,24	1,19	1,27	1,80	1,58	2,00	1,70	1,40	1,50	1,16		0,90						
Hämeenlinna								1,36	1,00					0,77	0,70	0,24	0,88	0,54	0,59	0,72
Imatra								1,38	1,30	1,30	1,30									
JJK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä												1,56	1,17							
Joensuu								1,09	1,20											
Jyväskylä/JYTE						1,16	0,8	1,00	0,80	1,00	0,70	0,54		0,60	0,50	0,50	0,50	0,48		
Kangasala												1,80		1,40	1,20	1,10		0,93	1,04	0,96
Kaksineuvoinen												0,86	0,88	0,76	0,70	0,49	0,90	0,90	1,10	0,70
Kauhajoki (Suupohja)							1,3	1,50	1,30	1,70	1,00	1,21	1,10	0,90	0,80	1,20	1,10	1,00		
Kemi		1,02	1,22	0,94	0,89	1,10	1													
Kemijärvi																1,49				
Kerava				0,82	0,72	0,95	0,92	1,08	1,00	0,99	0,82	0,89	0,80	0,80	0,60	0,90	1,00	0,80		
KEUSOTE - Nurmijärvi												1,13	1,00		0,83	0,71	0,60	0,66	0,68	0,49
KEUSOTE - Tuusula																				1,16
Kirkkonummi	0,89	0,86		0,91	0,70	0,85	0,85	1,00	1,10	0,90	1,00	0,63	0,80	0,50	0,50	0,90	0,60	0,67	0,60	0,38
Kotka								0,89	1,00	0,80	0,80	0,66	0,60	0,54	0,46	0,70	0,66			
Kouvola																0,70	1,20	0,73		0,92
Kuopio	1,07	1,18	1,19	1,36	1,58	1,50	1,57	1,40	1,30	1,26	1,00	0,83					0,63	0,65		0,86
Lahti	1,69	1,66	1,67	1,63	1,68	1,65	1,52	1,37	1,30	1,27	1,00	1,08	1,30	1,10	1,10	1,00	0,85	0,80		
Lappeenranta (Eksote)		0,54	0,54	0,75	0,77	0,89	1,09	1,36	1,00	0,90		0,62	0,90	1,20	0,70		1,01	1,04	0,88	1,07
Lohja			2,45	1,96	2,15	1,71	1,47	1,44	1,00	1,06	1,00	0,91	0,80	0,70	0,70	0,80	0,70	0,70		0,70
Loimaa			1,96	1,87	1,88	1,63	1,58	1,86	1,60	2,00	2,00									
Loviisa																				
Mikkeli		1,00	1,13	1,09	1,28	1,25	1,23	1,44	1,30	1,15	1,05	0,97	1,26			1,39	1,10	1,30	1,30	
Nurmijärvi												1,13	1,00	0,83	0,71	0,60	0,66	0,68	0,72	0,49
Oulu			1,02	1,07	1,18	1,57	1,29	1,62	1,30	1,00	1,45	0,73	1,11	1,13	1,18	1,40	0,95	0,84		0,79
Paimio-Sauvo	1,97	1,02	1,26	1,72	1,81	1,82	1,66	2,08	1,80	1,43										
Peruskuntayhtymä Karvainen										1,20	1,24	0,99	1,20	1,00	0,80	0,80	0,80	0,90		
Peruspalvelukeskus Oiva								1,60	1,30	1,12	1,13	0,47	0,98	1,20	0,88	1,20	1,10			
Pori		1,25	1,51	1,11	1,64	1,67	1,68	1,57	1,70	1,68	1,55									
Päijät-Häme (Aava)								1,00	1,02	1,12			0,90	0,80	1,00	0,90	1,10	1,62		
Raase		1,20	1,10		1,49	1,40	1,46	1,66	1,70	1,17	1,64	1,25	0,97	1,08						
Raisio									1,30	1,00	1,00	1,10	1,35	0,93						
Rauma									1,20	1,00	1,00	1,13	2,10	1,50	0,70	1,29	1,50			
Riihimäki	1,11	1,14	1,43	1,27	1,37	1,28	1,48	1,35	1,00	1,18	1,00		2,70	0,90	0,70	1,00	0,90	0,69	0,80	
Rovaniemi												0,77	1,20		1,30	0,90	1,00	1,24	1,01	0,86
Salon seutu			0,79	0,89	0,83	0,96	0,93	1,03	1,00	0,93	1,00	0,95								
Savonlinna	0,77	1,16	1,10	0,96	0,94	0,97	0,92													
Seinäjoki							1,65	1,57	1,50	1,40	1,00	0,74	1,25	1,10	1,00	1,35	0,80	0,87	0,70	0,93
SiunSote																			0,36	0,35
Suupohja																			1,10	
Tampere (yhteistoiminta-alue 2018)	1,12	1,24	1,27	1,22	1,38	1,63	1,46	1,50	1,30	1,34	1,36	1,00	1,16	1,12	1,20	1,10	1,35	1,26	1,55	1,39
Turku							1,44	1,47	1,30	1,27	1,32	1,22	1,56	1,51	1,10	1,30	1,79	1,17		1,36
Tuusula									1,50	1,20	1,00	1,49	0,83	0,71	0,89	1,10	0,69	0,72		
Vantaa			1,69	1,89	1,49	1,70	1,58	1,63	1,40	1,60	1,00	1,01	1,28	1,10	1,10	1,02	1,07	0,95		
Varkaus					1,40	1,06	1,03	1,23	0,80	1,20	1,00	0,90	0,60	0,70	0,80	1,04				
Ylöjärvi			1,18	1,10	1,01	0,95	1,33	1,07	0,90	1,30										
koko suhat												0,91	0,85	0,71	0,71	0,76	0,76	0,61	0,62	0,56

LIITE 5. Suhat – kuntien DMFT – indeksitiedot 15-vuotiailla vuosina 2000 – 2018.

Suhat-verkosto: DMFT muutokset																					
Kunnat ja kuntayhtymät																					
	DMFT 15 v																				
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Espoo	2,48				2,52	2,49	2,44	2,46			2,46	2,34	1,67	1,89	1,90	1,80	1,70	1,51	1,42	1,40	1,28
Essote																					
Hamina																			2,19	3,11	1,27
Heinola								3,30	2,80												
Helsinki					2,63		2,5	2,60	2,40	2,40	1,29	2,20	2,11	2,03	1,98	1,84	1,78	1,69	1,50		
Hyvinkää	2,97	3,56	2,86	4,22	3,05	3,51	3,3	3,70	3,70	3,80	1,64		3,20								
Hämeenlinna							3,57	3,30			1,76		2,39	2,38	0,94	2,71	2,32	2,78	1,95		
Imatra							3,49	3,30	3,00	3,00											
JJK-peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä										2,52	2,21										
Joensuu							2,4	2,50													
Jyväskylä/JYTE					2,23	2,00	1,7	2,10	2,00	2,00	0,82		1,60	1,50	1,70	1,50	1,30				
Kangasala										3,00		2,80	2,40	2,60			2,97	2,68	2,12		
Kaksineuvoinen											1,56	2,71	2,25	2,07	2,10	2,20	2,10	1,90	2,00		
Kauhajoki (Suupohja)						2,90	2,9	3,10	3,10	4,00	1,46	3,20	2,10	1,70	2,20	2,60	2,00				
Kemi	2,67	3,26	2,45	2,80	2,61	2,79															
Kemijärvi													2,30	2,87							
Kerava			3,27	3,23	2,74	2,90	2,65	2,30	2,53	2,21	1,27	2,04			2,30	2,40					
KEUSOTE - Tuusula																					2,47
Kirkkonummi			2,06	2,08	2,57	2,25	2,2	1,90	2,60	2,20	1,75	1,80	1,60	1,70	2,00	1,60	1,30	1,58	1,41		
Kotka							1,88	2,00	2,00	1,80	0,83	1,70	1,56	1,48	1,30	1,28					
Kouvola															1,60	1,60	1,51				1,30
Kuopio	2,67	2,87	2,65	3,14	3,10	3,17	3,16	3,10	2,84	3,00	2,85					2,65	2,24	2,15			
Lahti	2,98	2,93	3,18	3,19	3,25	2,91	2,88	3,30	3,12	2,99	1,82	3,20	3,00	3,00	3,00	2,70	2,90				
Lappeenranta (Eksote)	2,10	1,60	1,95	1,64	1,91	2,60	1,98	2,70	2,50		1,41	2,00	2,20	1,90	2,62	1,51	2,87	3,25	3,74		
Lohja		4,64	4,18	4,46	5,86	3,91	3,95	4,00	2,81	4,00	2,17	2,60	2,10	2,40	2,10	1,90	2,00				
Loimaa		4,06	4,15	3,93	3,54	3,69	3,86	3,00	4,00	3,00											
Loviisa																					0,69
Mikkeli	2,30	3,00	2,37	2,84	2,42	3,03	1,9	2,90	2,65	2,45	1,29	2,42			1,95	1,20	2,30	2,20			
Nurmijärvi									3,04	3,00		2,04	1,77	1,72	1,66	1,56	1,46	1,59			
Oulu		2,72	2,27	3,11	2,72	2,84	2,68	3,10	2,88	3,49	1,37	2,84	2,98	2,56	3,17	2,40	2,50				1,93
Paimio-Sauvo	3,30	3,22	4,05	3,44	3,17	3,69	3,94	3,90	3,13												
Peruskuntayhtymä Karviainen							3,3	3,50	2,80	3,69	0,63	2,24	2,80	2,19	2,10	2,40					
Peruspalvelukeskus-Oliva									3,11	3,31	1,33	2,30	2,70	2,00	2,20	2,10	2,10				
Pori	3,20	3,14	3,25	3,07	3,28	3,25	3,52	3,30	3,40	3,42											
Päijät-Häme (Aava)							1,60	2,93	2,00			2,40	2,30		2,30		4,09				
Raahel	2,60	2,40		3,14	3,10	3,01	3,21	2,90	2,80	3,09	1,26	3,15	2,84								
Raisio								3,00	3,00	2,00	2,25	2,63	2,49								
Rauma								3,30	3,00	3,00	0,62	2,40	3,00	3,10	3,54	3,46					
Riihimäki	2,41	2,43	2,64	2,88	3,37	2,90	2,86	2,50	3,11	3,00		4,10	2,50	2,60	2,70	2,50	2,20	2,95			
Rovaniemi												2,90		3,00	2,80	2,20	2,35	2,34	2,15		
Salon seutu		2,38	2,07	2,07	1,93	2,25	2,05	2,50	2,14	2,00	2,91										
Savonlinna	2,10	2,20	3,11	2,15	2,20	2,04															
Seinäjoki						3,53	3,8	3,50	3,40	3,00	1,87	2,84	3,50	2,30	3,13		2,33	2,20	2,00		
SiunSote																			1,14	0,86	
Suupohja																			2,40		
Tampere (yhteistoiminta-alue 2018)	3,07	3,36	3,19	3,27	3,47	3,46	2,9	3,10	2,80	3,04	2,16	2,46	2,51	2,50	2,30	3,23	2,82				2,95
Turku	3,30					2,95	2,78	2,90	3,08	3,02	2,32	2,46	3,37	2,40	2,30	1,92	1,72				2,49
Tuusula								4,00	2,72	3,00	1,29	2,16	2,66	2,30	3,12	2,18	2,43				2,47
Vantaa		3,37		3,31	3,39	3,67	3,47	3,60	3,00	3,00	1,81	3,08	2,89	2,30	2,44	2,34	2,37				
Varkaus				2,10	2,15		2,44	1,60	1,60	2,10	0,73	2,10	1,60	1,90	1,80						
Ylöjärvi		1,86		1,76	2,13	2,38	2,12	2,00	2,23												
koko suhat											2,08	2,36	2,23	1,85	2,39	2,15	1,85	1,73	1,58		

LIITE 6. Suhat – hankkeen ohjausryhmän, projektiryhmän, yhdysenkilöiden ja pientyöryhmien jäsenluettelot.

Yhdysenkilöiden luettelot ovat nähtävissä Suhat-hankkeen internetsivuilla.

Ohjaus- ja projektiryhmän jäseniä vuosina 2000–2019:

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen, Miika Linna, Sinikka Varsio, Sinikka Huhtala, Ritva Teräväinen, Irma Arpalahi, Mauri Hakala, Seija Hiekkänen, Riitta Hännikäinen, Irma Inkilä-Saari, Sirpa Leino, Seppo Mäkelä, Ippo Pietilä, Anna-Maija Roto, Maija Tulla, Merja Auero, Anne-Mari Aaltonen, Ulla Harjunmaa, Sebastian Kaste, Tuula Kock, Irene Kirjonen, Jari Linden, Kirsi Peltola-Haavisto, Arja Liinavuori, Pirjo Rissa, Pirjo Salo, Heli Yli-Knuutila.

Strategia pientyöryhmä

Anne Nordblad Anne, Marja-leena Partanen, Sirkka-Sisko Arinen, Seija Hiekkänen, Sakari Kärkkäinen, Marja-Riitta Paasonen, Pirjo Rissa, Jorma Suni.

Asetus- ja ”SUULAS” työryhmien jäseniä:

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen, Anne-Mari Aaltonen, Virve Forsström, Merja Järvinen, Leena Koskelo, Kukka-Maaria Leivonen, Minna Nordberg, Irja Nyholm, Wirma-Tuuli Nykänen, Tellervo Nyman, Marja-Riitta Paasonen, Raija Poutanen, Taina Remes-Lyly Taina, Virpi Salmela Virpi, Satu Spets-Happonen, Taina Uutela, Taina Uutela, Merja Järvinen Heli Yli-Knuutila

Oikomistyöryhmän jäseniä

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen, Terttu Pietilä, Tuula Laatikainen, Pauli Kilpeläinen, Anita Herpola, Jukka Isotupa, Raija Kajaskoski-Rautavaara, Sakari Kärkkäinen, Elina Lintu, Jarkko Vuoriluoto, Irma Arpalahi, Pirkko Koskela, Seija Hiekkänen, Jari Linden, Markku Mikkonen, Raija Poutanen, Tarja Salminen, Johanna Sihvonen, Mervi Ahopelto Innanen, Sirkku Laaksonen, Arja Liinavuori, Lea Luukkonen, Tiina Partanen, Annaleena Rouvari, Aulis Uusitalo, Päivi Vatanen, Helena Salusjärvi-Joupperi, Henna Virtomaa, Merja Auero, Maarit Kemola, Sirkku Laaksonen, Anne Mäkiäho, Ulla Harjunmaa, Niina Piililä.

Terveyden edistämisen työryhmän jäseniä

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen, Anne-Mari Aaltonen, Virve Forsström, Pirkko Koskela, Leena Koskelo, Kukka-Maaria Leivonen, Satu Spets-Happonen, Tellervo Nyman, Heli Yli-Knuutila Heli.

Yksilötason tiedonkeruun ja verkoston tiedonkeruun työryhmien jäseniä

Anne Nordblad, Erja Wiili-Peltola, Esko Ristkari, Irma Inkilä-Saari, Jari Linden, Jari Moisanen, Jorma Suni, Jouko Kallio, Jukka Liedes, Marjaana Tuunainen, Markku Mikkonen, Pirjo Korhonen, Pirjo Tuomola, Raimo Mahkonen, Ritva Teräväinen, Seija Hiekkänen, Seppo Turunen, Tuomo Maisala. Sirkka-Sisko Arinen, Heikki Korhonen, Sakari Kärkkäinen.

Indikaattoripankki työryhmän jäseniä

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen, Seppo Turunen, Marko Ekqvist, Sakari Kärkkäinen, Jari Linden, Markku Mikkonen, Pirkko Paavola, Jorma Suni, Elina Tuppurainen.

Ikäihmisten työryhmä

Anne Nordblad, Marja-leena Partanen, Merja Jokela Merja, Marjut Komulainen Marjut, Sari Kyytinen, Helena Laakso, Annamari Nihtilä , Raija Poutanen, Taina Remes-Lyly, Riitta Saarela, Leea Tamssi, Liisa Terävä, Riikka Vähätalo, Minna-Liisa Luoma, Päivi Voutilainen, Sirpa Andersson.

Suhat verkkosivujen suunnittelun työryhmän jäseniä

Anne Nordblad, Marja-Leena Partanen, Irma Inkilä–Saari, Kirsi Peltola-Haavisto, Arja Liinavuori, Piia Holopainen, Mari Kiviniemi, Tapani Niskanen, Leena Nuorteva.

LIITE 7. Oikomishoidon selvitystyö lyhennelmä Terttu Pietilän laatimasta raportista

SUHAT-hankkeen yhteydessä muodostettu oikomishoidon pientyöryhmä aloitti toimintansa marraskuussa 2008. Ryhmä valmisteli oikomishoidon työnjakoa koskevaa selvitystyötä sekä oikomishoidon nykytilaa kunnissa kartoittavaa kyselyä SUHAT-terveyskeskukselle. Vastaukset saatiin vastaukset kaikkiaan 30 johdon edustajalta ja 32 oikomishoidosta vastaavalta erikoishammaslääkäriltä tai hammaslääkäriltä. Kyselyn tulosten perusteella oikomishoidon valintaperusteet vaihtelivat merkittävästi. Oikomishoidossa olevien 7 – 17 vuotiaiden osuudet vaihtelivat 4 prosentista 28 prosenttiin vastanneissa kunnissa. Vuonna 2005 käyttöön otettua oikomishoidon tarpeen arviointiin kehitettyä 10-portaista priorisointiasteikkoa [2] käytti 93 % terveyskeskuksista, joka on hyvä lähtökohta jatkotyölle. Yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden mukaisista hoitoon pääsyä toteutti 36 prosenttia vastanneista terveyskeskuksista.

Enemmistö terveyskeskuksista oli palkannut omaa erikoishammaslääkäriä työvoimaa. Oikomishoidon resurssit vaihtelivat huomattavasti. Oikomishoidon ostopalvelujen määrä oli yleensä vähäistä. Konsultin palveluja osti 10 terveyskeskusta oman toiminnan lisäksi. Muutama kunta osti oikomishoitoon erikoistuvan hammaslääkärin palveluja keskussairaalaalta. Peruskoulutettujen hammaslääkäreiden osallistuminen oikomishoitoon oli laajaa. Suuhygienistit tekivät oikomishoitotoimenpiteitä kaikissa terveyskeskuksissa. Hammashoitajat tekevät oikomishoidon toimenpiteitä harvemmin.

Oikomishoidon työnjaon kehittämistä koskevat tavoitteet omassa terveyskeskuksessa

Useat vastaajat arvioivat, että oikomishoidon työnjako on omassa yksikössä tällä hetkellä hyvin järjestetty eikä muutoksia tarvita. Yleisimmin oikomishoidossa katsottiin tarvittavan yhtä erikoishammaslääkärin virkaa/toimintaa kohden puolen – yhden perushammaslääkärin työpanos. Toimenpiteitä tekevän suuhygienistin tai hammashoitajan työpanosta katsottiin useimmiten tarvittavan tätä runsaammin eli yhdestä kolmeen toimen verran. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä osa oli tyytyväinen työnjakoon, osa totesi työvoimatilanteen estävän optimaalisen työnjaon toteuttamisen. Valtaosa vastaajista katsoi, että oikomishoitoon valinta tulisi olla erikoishammaslääkärin käsissä. Potilaiden seulonta erikoishammaslääkärin hoidon tarpeen arviointiin katsottiin perushammaslääkäreiden ja suuhygienistien tehtäväksi.

Osa piti oikomishoitoon perehtyneiden terveyskeskushammaslääkäreiden osallistumista oikomishoitosten suorittamiseen välttämättömänä yksinkertaisten ja keskivaikeiden hoitojen suorittamisessa. Tätä korostettiin varsinkin siinä tilanteessa, että terveyskeskuksen alue on laaja ja hajanainen ja täydellinen hoitojen keskittäminen hankaloittaisi potilaiden hoitokäyneille tulemistä. Toisaalta osa vastaajista olisi jättänyt oikomishoidon toteuttamisen kokonaan erikoishammaslääkärien ja hoitohenkilökunnan tehtäväksi. Suuhygienistien työpanoksen lisäämistä ehdotettiin kaikissa vastauksissa. Suuhygienisteille oltiin valmiita delegoimaan hyvin laaja kirjo toimenpiteitä. Osa vastaajista ehdotti hammashoitajille vain perinteistä roolia: itsenäisinä työtehtävinä ehdotettiin useimmin jäljennöksen ottoa, separointia ja suuhygieniäopetusta. Osa vastaajista oli valmiita delegoimaan hyvän perehdytyksen ja koulutuksen saaneelle hammashoitajalle kaikki samat toimenpiteet kuin suuhygienisteillekin.

Valtakunnalliset kehittämistarpeet

Oikomishoitotoimenpiteiden delegointi katsottiin hyväksi keinoksi, jos ja kun työvoimapula vielä pahenee. Vastaajat korostivat kuitenkin, että tulisi pikaisesti käynnistää valtakunnallinen koulutus suuhygienistien ja hammashoitajien oikomishoidon tietojen ja taitojen parantamiseksi. Vastauksissa korostui, että valtakunnallisessa kehittämistyössä on otettava huomioon paikalliset olosuhteet ja voimavarat. Osa toivoi Käypä hoito-ohjeiden laatimista oikomishoidon alueelle.

Oikojien vastauksissa korostettiin jatkuvan koulutuksen merkitystä. Keskeiseksi koulutuskohteeksi katsottiin perushoitoa tekevien ammattiryhmien taitotiedon kehittäminen ja ylläpito purentavirheiden arvioinnissa ja seurannassa. Myös oikoajat kaipasivat kattavaa valtakunnallista oikomishoidon täydennyskoulutusta suuhygienisteille ja hammashoitajille. Oikomishoitotoimenpiteitä tekevän henkilökunnan tehtäviin hakeutumi-

sen kannusteeksi ehdotettiin palkkaukseen liittyviä parannuksia. Vastauksissa toivottiin lisää tutkimustietoa esimerkiksi Suomessa käytössä olevien hoitomenetelmien ja -linjausten hyötyjen ja haittojen arvioimiseksi.

Oikomishoitopalvelujen saannissa vallitsi edelleen alueellista eriarvoisuutta lähinnä hoitokriteerien arvioinnissa. Vuonna 2005 julkaistut yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit ovat ilmeisesti olleet vaikuttamassa siihen, että suurin osa noudatti näitä suosituksia vaikka eroja arvioinnissa oli. Kysely osoitti, että asenneilmasto oli suotuisa työnjaon kehittämiseksi. Nimenomaan suuhygienistien työpanoksen lisääminen sai laajaa kannatusta. Tavoitteet perushammaslääkäreiden osuudesta oikomishoidon suorittajina olivat kyselyssä jonkin verran ristiriitaisia. Osa vastaajista oli valmis jättämään perushammaslääkärit kokonaan pois oikomishoitojen toteutuksesta. Perusteluina esitettiin nykyinen ja tulevaisuudessa todennäköisesti vielä paheneva hammaslääkäripula tilanteessa, jossa terveyskeskusten hammashoito on joutunut uusien ja vaativien haasteiden eteen. Eräät vastaajat muistuttivat kuitenkin, että perushammaslääkäreiden harjaantuminen oikomishoitotehtäviin takaa jatkossakin riittävän määrän erikoistumiskoulutukseen hakeutujia. Lisäksi pienissä terveyskeskuksissa perushammaslääkäreiden työpanos on oikomishoidon järjestämiseksi välttämätöntä. Hoitohenkilökunnalle soveltuvan laajasisältöisen täydennyskoulutuksen puutteen katsottiin vaikeuttavan hoitohenkilökunnan työpanoksen lisäämistä.

Liite 8. Vuodelta 2018 kerättävien tietojen määritelmät

Sisältää myös tarkennukset oikomishoidon määrittelyihin

Huom. puuttuva tieto= tyhjä ja 0= ei yhtään.

Kantalukujen kokonaismäärät

BITE-WING

Toimenpiteiden lukumäärän ilmoittamiseen liittyvä tarkennus: Koodi EB1SA (hammasröntgen, Bite-Wing-kuva hampaiston sivualueelta) ilmoitetaan kerran per kuva, molemmilta puolilta BW x2.

KANTALUVUT

TARKASTETUT JA TUTKITUT ASIAKKAAT

Tässä osiossa ilmoitetaan ikäryhmäkohtaiset tiedot tiedonkeruutaulukon välilehdillä olevan ryhmittelyn mukaan.


Tässä ilmoitetaan niiden tarkastettujen ja tutkittujen asiakkaiden lukumäärä, joille on tehty status ja tuotettu indeksit. Kun lasketaan koko SUHAT -aineistoa koskevia keskiarvoja, jakajana pitää olla asiakkaat (sotut), joiden indeksitiedot sisältyvät indeksisummaan (jaettavan ja jakajan tiedot ovat samoista yksilöistä).

Hammaslääkärin tutkimien asiakkaiden lukumäärä

Niiden asiakkaiden lukumäärä ko. ikäryhmästä, joille hammaslääkäri on tehnyt tutkimuksen statusmerkintöineen ja indeksit on laskettu.

Shg:n tai hh:n tarkastamien asiakkaiden lukumäärä

Niiden asiakkaiden lukumäärä ko. ikäryhmästä, joille suuhygienisti tai hammashoitaja on tehnyt terveystarkastuksen statusmerkintöineen ja indeksit laskettu.



tarkastetut asiakkaat	Indeksi	merkinnät (n)	keskiarvo (ka)	hajonta (s)	minimi (min)	maksimi (max)	summa (sum)	ind=0 (%)
3392	D	3300	0,3	0,99	0,0	13,0	922,0	88%
	d+D	3299	0,5	1,25	0,0	13,0	1530,0	81%
	DMF	3301	0,6	1,62	0,0	20,0	2013,0	79%
	DMFS	3299	0,9	2,77	0,0	49,0	3091,0	79%
	DS	3303	0,4	1,58	0,0	49,0	1199,0	88%
	F	3299	0,4	1,08	0,0	15,0	1164,0	85%
--		----	--	---	--	---	-----	----

Esimerkki Effic-raportista. Kaikkien tutkittujen / tarkastettujen asiakkaiden lukumäärä on eri kuin niiden tutkittujen / tarkastettujen asiakkaiden, joista on tuotettu indeksitieto (nuolen osoittama ympyrä).

VÄESTÖTIEDOT (kantaluvut ja tutkimukset – tiedonkeruutaulukko)

Väestötiedot ilmoitetaan tiedonkeruutaulukon välilehdillä olevan ryhmittelyn mukaan.

1 INDEKSIT

Tervehampaiset

Ilmoitetaan niiden asiakkaiden lukumäärä, joilla tutkimushetkellä maito- ja pysyvä hampaisto on intakti (DMF+dmf=0). Ikäryhmittely tiedonkeruutaulukon välilehden mukaan.

dmf- / DMF- kokonaissumma

dmf- / DMF- kokonaissumma. Ikäryhmittely tiedonkeruutaulukon välilehden mukaan.

dmf- / DMF-keskiarvo

DMF-keskiarvo. Ikäryhmittely tiedonkeruutaulukon välilehden mukaan.

d- ja D-kokonaissumma

d- ja D-kokonaissumma. Ikäryhmittely tiedonkeruutaulukon välilehden mukaan.

D+d-keskiarvo

D+d -keskiarvo. Ikäryhmittely tiedonkeruutaulukon välilehden mukaan.

65–74 -vuotiaiden ja yli 75 -vuotiaiden hampaattomien lukumäärä

Niiden 65–74- ja yli 75 -vuotiaiden tutkittujen lukumäärä, jotka ovat hampaattomia. (*Katso luku 1, 1.kappale.*)

65–74- ja yli 75 -vuotiaiden lukumäärä, joilla on vähintään 20 hammasta

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

Asiakastyytyväisyys

Tieto perustuu THL:n parillisien vuosien syksyllä toteuttamaan kansalliseen suun terveydenhuollon asiakaspalautekyselyyn. THL tuottaa asiakastyytyväisyysluvut tiedonkeruutaulukkoon. Tuloksista poimitaan neljä eri keskiarvolukua (arviointiasteikko 1-5) yhden desimaalin tarkkuudella:

1. Kaikkien väittämien keskiarvo.
2. Väittämän 3 (Sain tarvitsemani palvelun / hoidon kun sitä tarvitsin.) keskiarvo.
3. Väittämän 8 (Koin saamani palvelun hyödylliseksi.) keskiarvo.
4. Väittämän 14 (Minulle kerrottiin selkeästi suunnitellusta hoidosta ja hoitovaihtoehdoista.) keskiarvo.

Terveyskeskukset voivat käyttää THL:n kyselymittaria myös itse toteuttamissaan asiakaspalautekyselyissä ja siten tuottaa em. keskiarvoluvut tiedonkeruutaulukkoon myös parittomina vuosina.

2 VÄESTÖ_TALOUS_HENK_KÄYNNIT_OIK -taulukko

2.1 Väestö (väestö 2017, 2018)

Väestötiedot ilmoitetaan tiedonkeruutaulukon välilehdillä olevan ryhmittelyn mukaan

(vuoden 2017 osalta 31.12.2016 tilanne ja vuoden 2018 osalta 31.12.2017). Muun kunnan ostopalvelujen kohdeväestö lisätään väestölukuihin silloin, kun kyseessä on peruspalvelujen tuottaminen kuten oman kunnan väestölle. THL:ssä täytetään kunnan perusväestö ja kunnan on itse lisättävä väestötieto, mikäli vastuuväestö tai väestö, jolle palvelua tarjotaan, on suurempi kuin kunnan oma väestö.

2.2 Talous

Käyttökustannukset oma toiminta

On ilmoitettava aina kaikki ne oman toiminnan menot, jotka ovat mukana toimenpiteissä, potilaskäynneissä ja hoidetuissa potilaissa. Perustoimintaan lasketaan myös ehl- toiminta mukaan.

Toimintamenot sisältävät palkat, sosiaalivakuutusmaksut, eläkkeet, muut henkilöstömenot, aineet, tarvikkeet ja tavarat, vuokramenot ja muut menot. Niihin sisältyvät myös käyttöomaisuuden poistot ja vyörytyserät tilinpäätöksen mukaisesti bruttona. Hammastekniset kulut sisältyvät vain siltä osin kuin ne jäävät terveyskeskuksen maksettaviksi. Sisäiset vuokrat voivat olla vyörytyksissä tai ne voivat sisältyä toimintamenoihin.

Tähän kohtaan eivät sisälly ostopalvelutoiminnan menot eivätkä asiakaspalvelujen ostot. Poikkeuksena vuokrahammaslääkäritoimintamenot lasketaan tähän mukaan, mikäli ne ovat mukana oman toiminnan toimenpiteissä, potilaskäynneissä ja hoidetuissa potilaissa.

Käyttökustannukset oma toiminta opetus

Erityistoiminta eli opetustoiminta ilmoitetaan omassa sarakkeessa.

Käyttökustannukset oma toiminta + ostopalvelut

On ilmoitettava lisäksi ne toimintamenot, jotka sisältävät oman toiminnan käyttökustannukset + ostopalvelutoiminnan kustannukset silloin, kun ostopalvelutoiminnan tuotokset (toimenpiteet, käynnit ja hoidetut potilaat) on sisällytetty mukaan oman toiminnan toimenpiteisiin muilta osin kuin asiakaspalveluiden ostot.

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 henkilöstö-kuluista. Ne ilmoitetaan kuitenkin oman toiminnan käyttökustannuksissa.

Asiakaspalvelujen ostot

Asiakaspalvelujen ostoihin kuuluvat kaikki ne palveluiden ostot, jotka eivät näy toimenpiteissä, potilaskäynneissä tai hoidetuissa potilaissa. Niitä voivat olla ostopalvelut, vuokrahammaslääkärit (huom. katso käyttökustannukset oma toiminta /poikkeus) tai esimerkiksi korvaus (osuus) kuntayhtymälle tai toiselle kunnalle potilaan tutkimuksesta tai hoidosta terveyskeskuksessa.

Ostopalvelut

Ostopalvelut sisältävät sopimuksen perusteella yksityisiltä tuottajilta ostetut asiakaspalvelut, mukaan lukien kiireellinen hoito.

Ostopalveluissa ostava kunta kirjaa kuluiksi varsinaisesta palveluiden hankinnasta koituvat kustannukset sekä omaan toimintaan kohdistuvat hallinnolliset kustannukset. Tuotoksiksi kirjataan ostopalveluina tuotetut toimenpiteet, käynnit ja hoidetut potilaat.

Pääsääntönä on, että ostopalvelut ensisijaisesti erotetaan omasta toiminnasta ja sen kustannuksista.

Palvelusetelitoiminta

Palvelusetelitoiminta voidaan tarvittaessa erottaa omasta toiminnasta, jolloin toiminnasta aiheutuneet kustannukset ja toteutuneet suoritteet kirjataan erikseen.

Aineet, tarvikkeet, tavarat

Suunnitelman mukaiset poistot

Vyörytykset ja muut laskennalliset erät

Suun terveydenhuollon toimintaan liittyvät vyörytykset koko sote-alueelta. Sisältää talous- ja henkilöstöhallinnon sote-tasolla.

Asiakasmaksut oma toiminta + ostopalvelut

Hammashoidosta perityt maksuasetuksen mukaiset asiakasmaksut, joihin ei sisällytetä asiakkaiden maksamia hammasteknisiä korvauksia. Sisältävät myös ostopalvelusta saadut maksuasetuksen mukaiset maksut.

Myyntituotot

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

Vieraskuntalaskutuksessa (esim. kiireellisen ensiavun palveluissa) palvelun tuottava kunta merkitsee palvelun omaksi tuotokseksi (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.

Oikomishoidon kustannukset oma toiminta

Oikomishoidon tiedot annetaan, jos ne ovat saatavissa. Ilmoitetaan oikomishoidon henkilöstömenot ja aineet, tarvikkeet ja tavarat. Apuohojien ja avustavan henkilöstön (shg, hh) kustannukset ilmoitetaan prosentiosuutena palkasta.

Oikomishoidon kustannukset oma toiminta + ostopalvelut ja asiakaspalvelut

Oikomishoidon kustannukset ostopalvelut

Konsulttitoiminta ja kaikki muut kuin suoraan asiakaspalveluun liittyvät palvelut.

2.3 Henkilöstö

HTV-tietoa

HTV = henkilötyövuosi

Henkilöstön lukumäärät

Erikoishammaslääkäreiden (sisältäen kaikki erikoishammaslääkärit, myös ylihammaslääkärit), peruskoulutettujen hammaslääkäreiden, 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 suunterveydenhuollosta. Oppisopimuksella työskentelevät ja työllistetyt sijoitetaan ammattinimikkeen mukaiseen ryhmään. Osa-aikaiset merkitään osa-aikaisuuden viikkotyötuntien mukaan.

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

Henkilöstö muut

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.

2.4 Käynnit ja sotut

Käyntejä ja potilaita koskevat tiedot ilmoitetaan aina erikseen oman toiminnan ja ostopalvelutoiminnan osalta.

Käynnit oma toiminta

Käyntien lukumäärä eri henkilöstöryhmillä tiedonkeruutaulukon välilehden olevan ikäryhmittelyn mukaan. Erikoishammaslääkäreiden käynnit ilmoitetaan erikseen. Edellyttää henkilökohtaista käyntiä ja merkintää potilasasiakirjoihin. Ei sisällä käyntejä ryhmätilaisuuksissa.

Erikoishammaslääkärikäynnit

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

Käynnit ostopalvelussa ikäluokittain sekä kaikki yli 17-vuotiaat, alle 18-vuotiaat ja kaikki yhteensä

Käyntien lukumäärä ostopalvelussa tiedonkeruutaulukon välilehdellä olevan ikäryhmittelyn mukaan. Koskee sopimukseen perustuvaa ostopalvelua. Mukaan ei oteta lakiin perustuvaa ostopalvelua, esim. ulkokuntalaisten kiireellinen hoito. **Huom.** Ostopalveluissa ostava kunta merkitsee ostopalvelut tuotoksiksi toimenpiteinä, käynteinä ja hoidettuina potilaina, ja ottaa käyttökustannuksiin mukaan ostopalvelusta aiheutuneet kustannukset. Sarakesummaus voidaan jättää laskettavaksi THL: ssä.

Käynnit oikomishoidossa ks. toinen dokumentti

Oikomishoito = diagnoosiin ja hoitosuunnitelmaan perustuva hoito, joka toteutetaan joko kiinteällä tai irrotettavalla oikomiskojeella, (kiinteätä etsauskiinnitteistä retentiolankaa ei tässä katsota kojeeksi). Oikomishoito katsotaan alkaneeksi sillä hetkellä, kun kojehoito aloitetaan. Oikomishoito katsotaan päättyneeksi, kun kojehoito on loppunut eli kun kiinteä tai irrotettava aktiivinen koje on jätetty pois käytöstä. (Kiinteitä etsauskiinnitteisiä retentiolankoja ei tässä katsota kojeeksi, vaan hoito merkitään valmiiksi, vaikka niitä olisi vielä käytössä.) Hoito kirjataan alkaneeksi tai päättyneeksi myös, kun hoidon toteuttaja vaihtuu, esim. muuton vuoksi. **Oikomishoidon käynniksi** merkityt hoitokäynnit henkilöstöryhmittäin (oikomishoidon erikoishammaslääkäri, peruskoulutettu hammaslääkäri, suuhygienisti tai hammashoitaja) ikäryhmissä 0–5, 6–17 ja yli 17-vuotiaat terveyskeskuksen omana toimintana. Edellyttää henkilökohtaista käyntiä ja merkintää potilasasiakirjoihin.

Oikomishoidon käynneiksi merkitään:

- 1. erikoishammaslääkärin käynnit** = kaikki oman työsuhteessa olevan oikojahammaslääkärin oikomishoitoon liittyvät käynnit
- 2. muiden terveyskeskushammaslääkäreiden tai hoitohenkilökunnan käynneistä** merkitään oikomiskäynneiksi vain ne oikomishoitoon liittyvät käynnit, jotka on tehty oikomishoidon tarpeen toteamisen jälkeen. Jos viimeksi mainitulla käynnillä suoritetaan myös muita hammashoitoon liittyviä toimenpiteitä, merkitään oikomishoidon käynneiksi vain ne, joissa käynnin pääasiallinen tarkoitus on oikomishoitotoimenpiteen suorittaminen

Oikomishoidon tarpeen arvioinnit erillisellä käynnillä luetaan kuuluvaksi oikomishoitoon ja oikomishoidon käynneiksi. Oikomishoidon erikoishammaslääkärin läheteellä tehdyt hampaan poistot ja pelkät kuvantamiskäynnit eivät sisälly oikomishoidon käynnteihin.

Oikomishoitoon liittyvät ostopalvelukäynnit

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

Sotut oma toiminta

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 alle 18-vuotiaat ja 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§.

Kiireellisen hoidon käynnit/ kiireellisen hoidon käynnit viikonloppuna

Kiireellinen hoito tarkoittaa akuuttihoitoon tarpeessa olevien potilaiden vastaanottamista perustyöaikana, päivystyksessä, ylimääräisinä muiden potilaiden välissä tai lisätyöaikana, kuten THL 411 ja 306, ja päivystysaikana. Ilmoitetaan kaikki kiireellisen hoidon käynnit yhteensä ja erikseen kaikki kiireellisen hoidon käynnit viikonloppuna, molemmat sekä omana toimintana että ostopalvelutoimintana.

2.5 Oikomishoito

Oikomishoidossa olevat

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

Niiden 0–5, 6–17 ja yli 17-vuotiaiden **lukumäärä**, jotka ovat olleet oikomiskojeoidossa ko. vuoden aikana terveystieteiden oman toimintana. Oikomishoito katsotaan alkaneeksi sillä hetkellä, kun kojehoito aloitetaan.

Oikomishoidossa ostopalvelutoimintana olevat

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

Aloitettut oikomishoidot

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

Aloitettut oikomishoidot ostopalvelutoimintana

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

Valmistuneet oikomishoidot

Niiden 0–5, 6–17 ja yli 17-vuotiaiden lukumäärä, joiden oikomishoito on merkitty päättyneeksi ko. vuoden aikana terveystieteiden oman toimintana. Oikomishoito katsotaan päättyneeksi, kun kojehoito on loppunut eli kun kiinteä tai irrotettava aktiivinen 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, 6–17 ja yli 17-vuotiaiden lukumäärä, joiden oikomishoito on merkitty päättyneeksi ko. vuoden aikana ostopalvelutoimintana (joko yksityisellä palvelujen tuottajalla tai erikoissairaanhoidossa, jos hoito on maksettu hammashuollon ostopalvelumäärärahasesta). Oikomishoito katsotaan päättyneeksi, kun kojehoito on loppunut eli kun kiinteä tai irrotettava aktiivinen 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, 6–17 ja yli 17-vuotiaiden lukumäärä, joiden oikomishoito on merkitty keskeytyneeksi ko. vuoden aikana terveystieteiden keskuksen 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, 6–17 ja yli 17-vuotiaiden lukumäärä, joiden oikomishoito on merkitty keskeytyneeksi ko. vuoden aikana ostopalvelutoimintana (joko yksityisellä palvelujen tuottajalla tai erikoissairaanhoidossa, jos hoito on maksettu hammashuollon ostopalvelumäärärahasta). Oikomishoito merkitään keskeytyneeksi, kun hoito on lopetettu muusta syystä kuin paikkakunnalta muuton vuoksi, esim. riittämättömän hoitovasteen tai huonon kooperaation vuoksi.

Tarkennuksia oikomishoidon määrittelyihin

Oikomishoidon tilastoinnin yhtenäistäminen 2018

1. Aloitetut oikomishoidot
2. Oikomishoidon käynnit
3. Oikomishoidossa olevat
4. Valmistuneet oikomishoidot
5. Keskeytyneet oikomishoidot
6. Retentiovaiheessa olevat hoidot

Oikomishoito

Diagnoosiin ja hoitosuunnitelmaan perustuva hoito, joka toteutetaan joko kiinteällä tai irrotettavalla oikomiskojeella.

Kiinteää etsauskiinnitteistä retentiolankaa tai hoitotulosta ylläpitävää retentioivaa kojetta ei tässä määrittelyssä katsota aktiiviseksi oikomishoidoksi.

1. Aloitetut oikomishoidot

- Oikomishoito katsotaan alkaneeksi sillä käynnillä, jolloin kojehoito aloitetaan.
- Kun terveyskeskuksenhoitoon tulee toisesta terveyskeskuksesta muuttanut potilas, jolla oikomishoito on meneillään, merkitään ensimmäisellä oikomiskäynnillä koodi ”oikomishoito aloitettu”.

2. Oikomishoidon käynnit

Erikoishammaslääkäri

- Kaikki oikomishoidon erikoishammaslääkärin oikomishoitoon liittyvät käynnit.
- Oikomishoidon tarpeen arvioinnit erillisellä käynnillä luetaan kuuluvaksi oikomishoidon käynneiksi.
- Jos seulotaan koko ikäluokka, seulontakäyntejä ei katsota oikomishoidon käynneiksi. Ne voidaan tarvittaessa erotella tilastoinnista koodin SJF01 avulla.

Muu suun terveydenhuollon henkilöstö

- Kaikki muun suun terveydenhuollon henkilöstön oikomishoitoon liittyvät käynnit.
- Jos ko. käynnillä suoritetaan myös muita hammashoitoon liittyviä toimenpiteitä, merkitään oikomishoidon käynneiksi vain ne, joissa käynnin pääasiallinen tarkoitus on oikomishoitotoimenpiteen suorittaminen.
- Käynti, jolloin oikomishoitoa varten otetaan jäljennökset, kliiniset valokuvat (ja tarvittavat röntgenkuvat), merkitään oikomishoidon käynniksi

Oikomishoidon käynneiksi ei merkitä

- Oikomishoidon erikoishammaslääkärin läheteellä tehtyjä hampaiden poistoja
- Pelkkiä röntgenkuvauskäyntejä

3. Oikomishoidossa olevat

- Niiden 0-5, 6-17 ja yli 17-vuotiaiden lukumäärä, jotka ovat olleet oikomiskojehoidossa ko. vuoden aikana
- Mikäli oikomishoito tehdään kaksivaiheisena ja hoitoon tulee välivuosia, jolloin ei tehdä aktiivista hoitoa tai käytössä ei ole retentiokojetta, ei potilasta näinä vuosina merkitä oikomishoidossa olevaksi.

Risti- ja saksikumivedot

- Kirjataan oikomishoidoksi
- On kirjattava diagnoosikoodi ja hoitosuunnitelma
- Tilastoitava myös hoidon aloitus ja lopetus

4. Valmistuneet oikomishoidot

- Oikomishoito katsotaan päättyneeksi, kun kojehoito on loppunut eli kun kiinteä aktiivinen tai irrotettava aktiivinen koje on jätetty pois käytöstä ja siirrytään oikomishoidon retentiovaiheeseen.
- Kiinteitä etsauskiinnitteisiä retentiolankoja ei tässä katsota kojeeksi, vaan hoito merkitään valmiiksi, vaikka niitä olisi vielä käytössä. Jos potilas muuttaa kesken hoidon pois, merkitään viimeisellä käynnillä koodi ”oikomishoito valmis”.
- Jos potilas muuttaa kesken hoidon pois, merkitään viimeisellä käynnillä koodi ”oikomishoito valmis”.

Retentiovaiheessa olevat oikomishoidot

- Oikomishoidon katsotaan olevan retentiovaiheessa, kun hoitotulosta ylläpidetään passiivisen retentiokojeen avulla.

Retention päättyminen

- Retentio katsotaan päättyneeksi, kun retentiokoje jää pois käytöstä.

5. Keskeytyneet oikomishoidot

- Oikomishoito merkitään keskeytyneeksi, kun hoito on lopetettu muusta syystä kuin paikkakunnalta muuton vuoksi, esim. huonon ko-operaation vuoksi.

6. Käynnin tilastointi monihuonemallissa

Ns. monihuonemallissa, jossa yhden asiakkaan hoitoon osallistuu samalla asiakkaan käynnillä useampi ammattihenkilö, jokainen ammattihenkilö kirjaa tekemänsä toimenpiteet asiakkaan kertomukseen ja tilastoi seuraavasti:

Yhteystapa: Käynti vastaanotolla, Kävijäryhmä: Ryhmävastaanotto

Yhteystapa ja kävijäryhmä ovat AvoHILMO -tilastoinnin käsitteitä (AvoHILMO - Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2017 - Määrittelyt ja ohjeistus)

Ryhmävastaanotto

Yhden identifioidun asiakkaan ja vähintään kahden ammattihenkilön välinen palvelutilanne

AvoHILMO -tietue lähetetään jokaisen ryhmävastaanottoon osallistuneen eri ammattiryhmään kuuluvan henkilön kirjauksesta. **Tämä tarkoittaa, että asiakkaan ja jokaisen ammattilaisen kontaktista tilastoituu erillinen käynti.**