

Rintasyöpäpotilaan palveluprosessin kehittäminen

**Yksityisrahoituksella erikoissairaanhoidon Itä-Savon
sairaanhoidopirissä**

Johanna Laukkanen

Opinnäytetyö

Joulukuu 2015

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma,
ylempi AMK

Tekijä(t) Laukkanen, Johanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä 07.12.2015
	Sivumäärä 49 + 6	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Rintasyöpäpotilaan palveluprosessin kehittäminen Yksityisrahoituksella erikoissairaanhoidon Itä-Savon sairaanhoitopiirissä		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Kari Jaatinen; Tapio Mäkelä		
Toimeksiantaja(t) Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, Plastiikkakirurgia Helena Oy		
Tiivistelmä <p>Itä-Savon sairaanhoitopiirissä on vuodesta 2011 alkaen kehitetty kirurgista toimintaa tarjoamalla yhteistyökumppanin kanssa leikkaushoitoa itsemaksaville potilaille. Kehitystyön aloituskohteeksi valittiin rintasyövän hoidon myyntipalvelu. Yhteistyökumppaniksi valittiin Plastiikkakirurgia Helena Oy. Markkinointikohteeksi valittiin Pietarin alue Venäjällä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää itsemaksavan venäläisen rintasyöpäpotilaan palveluprosessin nykytila, sujuvuus ja kehityskohdat. Tämän avulla prosessia kehitettiin paremmaksi ja selkeytettiin toimijoiden roolit kuvaamalla prosessi sanallisesti ja visuaalisesti. Lisäksi ehdotettiin käyttöönotettavaa prosessimallia Itä-Savon sairaanhoitopiirille.</p> <p>Opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö. Kehitystyö käynnistyi kuvaamalla prosessin nykytila sekä perehtymällä prosessijohtamisen, prosessien kehittämisen ja terveydenhoitomatkailun kirjallisuuteen. Tutkimusmenetelminä käytettiin teemahaastattelua ja dokumenttianalyysejä. Haastateltavina olivat neljä palveluprosessissa toimivaa avainhenkilöä sekä kaksi palveluprosessin läpikäynyttä venäläistä potilasta. Dokumenttianalyysi tehtiin palaverimuistioista.</p> <p>Haastatteluissa ja dokumenttianalyyseissä löytyneet kehittämissuhteet ovat toimineet lähtökohdana parannelulle palveluprosessille. Keskeisimmiksi kehitettäviksi asioiksi muodostuivat puutteelliset lähetetiedot, tiedonkulku ja yhteistyö prosessissa, tulkkipalvelut sekä puuttuvat venäjänkieliset potilasohjeet.</p> <p>Opinnäytetyön avulla saatiin tietoa itsemaksavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessin nykytilasta, vahvuuksista ja kehittämiskohteista.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Prosessit, prosessijohtaminen, hoitoprosessit, kehittäminen, parantaminen, terveystieteet, tutkimuksellinen kehittäminen		
Muut tiedot		

Author(s) Laukkanen, Johanna	Type of publication Master's thesis	Date 07.12.2015 Language of publication: Finnish
	Number of pages 49 + 6	Permission for web publication: x
Title of publication The development the service process of a breast cancer patient Private funding in specialised care in the Itä-Savo Hospital District		
Degree programme Development and Management in Health Care and Social Services, Master's Degree		
Supervisor(s) Jaatinen, Kari; Mäkelä Tapio		
Assigned by Hospital district of Itä-Savo, Plastiikkakirurgia Helena Oy		
Abstract <p>The Hospital District of Itä-Savo has developed its surgical activities since 2011 by providing surgical care with a cooperation partner to self-paying patients. The sale service of breast cancer care were selected as a starting-point of development work. Plastiikkakirurgia Helena Oy was chosen as cooperation partner. The St. Petersburg area in Russia was chosen as the target of marketing. The purpose of this study was to examine the current state, expediency and development points of self-paying Russian breast cancer patients' service process. This was used for improving the process and to clarifying the roles of those involved by describing the process textually and visually. In addition to this, a process model for the Hospital District of Itä-Savo was proposed.</p> <p>The study was a research-based development work. The development started by describing the current state of the process and by familiarizing the literature dealing with process management, process development and medical tourism. Theme interviews and document analysis were used as research methods. The interviewees were four key employees of the process and two Russian patients who had undergone the process. The document analysis was performed on the minutes of meetings.</p> <p>The development proposals that were based on the interviews and document analysis, were used as starting point for the development of an improved service process. The main development targets turned out to be insufficient information of referrals, information flow and co-operation within the process, interpreter services and missing patient instructions in Russian language.</p> <p>The study created information about the current state, strengths and development points of the self-paying breast cancer patients' service process.</p>		
Keywords/tags (subjects) Process, Process Management, Critical Pathways, Development, Improvement, Health Trips, Research-based Development Work		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja kehittämistehtävät	5
3	Tietoperusta.....	6
3.1	Prosessi käsitteenä.....	6
3.2	Prosessijohtaminen.....	7
3.3	Palveluprosessin kehittäminen.....	11
3.4	Kunnallisen terveydenhuollon kansainvälistyminen	14
3.5	Terveysmatkailu.....	15
3.6	Venäläiset terveysmatkailun asiakkaina	17
4	Kehittämistyön asetelma.....	19
4.1	Opinnäytetyön metodologia	19
4.2	Tiedonkeruumenetelmät	19
4.2.1	Dokumenttianalyysi.....	20
4.2.2	Teemahaastattelu	21
4.3	Aineiston analyysi	23
5	Nykytilan kuvaus	24
6	Tulokset.....	28
6.1	Avainhenkilöiden teemahaastattelun tulokset	29
6.2	Potilaiden teemahaastattelun tulokset	33
6.3	Dokumenttianalyysin tulokset.....	37
6.4	Yhteenvedo tuloksista	38
7	Prosessin kehitysehdotukset	39
8	Pohdinta.....	42
8.1	Luotettavuus ja eettisyys	42

	2
8.2 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	45
8.3 Oma oppiminen	46
Lähteet.....	47
Liitteet	50

Kuviot

Kuvio 1. Kehittämistyön asetelma	6
Kuvio 2. Terveysmatkailun suositeltavat käsitteet (mukaillen Hyvinvointi- ja wellness –matkailun peruskartoitus 2005, 55.)	15

1 Johdanto

Suomen terveydenhuolto on suurien haasteiden edessä. Väestön ikääntymisen ja palvelujen käytön muutosten myötä palvelujen tarve ja kustannukset uhkaavat kasvaa. Tämä ajaa terveydenhuoltopalveluiden järjestäjät pohtimaan nykyisten toimintamallien toimivuutta ja tehokkuutta, jotta laadukkaita palveluita pystyttäisiin tarjoamaan kansalaisille jatkossakin. (Valtonen & Willberg 2007, 11.)

Yhtenä ratkaisuna rahoitusongelmaan nähdään terveydenhuoltopalveluiden vienti ulkomaille. Työ- ja elinkeinoministeriö on asettanut vuonna 2010 työryhmän valmistelemaan sosiaali- ja terveystalouden kansainvälistymistä ja viennin edistämistä. Työryhmä on laatinut selvityksen, jossa se totesi, että erikoissairaanhoidon palveluissa ulkomailta hoitoon tuleville on vahva potentiaali liiketoiminnaksi. Markkinapotentiaalia on tunnistettu etenkin Venäjällä. (Hartman & Kahri 2011, 30.) Toisena ratkaisuna kasvaviin kustannuksiin nähdään terveydenhuollon olemassa olevien resurssien mahdollisimman tehokas käyttö. Terveydenhuollossa on palvelutuotannon tehostamiseksi sovellettu elinkeinoelämässä hyväksi havaittuja johtamismenetelmiä, kuten prosessijohtamista. (Kujala, Lillrank & Parvinen 2004, 23.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on elokuussa 2011 käynnistetty hanke, jonka tarkoituksena on kehittää kirurgista toimintaa tarjoamalla hoitoa itsemaksaville asiakkaille. Potilasmäärää kasvattamalla saavutettaisiin tilojen ja laitteiden parempi käyttöaste, jolloin käyttökustannuksia saataisiin pienemmäksi. Hankkeen aloituskohdeeksi valittiin rintasyövän hoidon myyntipalvelu ja ensisijaiseksi markkinointikohdeeksi Pietarin alue. Selvityksen mukaan Itä-Savon Sairaanhoitopiirissä olisi toimintaa tehostamalla hyödynnettävissä vuosittain 30 rintasyöpäleikkauksen ylikapasiteetti terveysturvaan (Keinänen & Vohlonen 2012, 106–107).

Tämä opinnäytetyö käsittelee yksityisellä rahoituksella hoitoa saavien rintasyöpäpotilaiden palveluprosessin kehittämistä Itä-Savon sairaanhoitopiirissä. Tarve opinnäytetyölle on työelämälähtöinen. Selkeän prosessikuvauksen puuttuminen hankaloittaa palveluprosessissa työskentelevien yhteistyötä ja hoidon sujuvuutta.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja kehittämistehtävät

Opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö. Tutkimukselliselle kehittämistyölle on tyypillistä käytännön ongelmien ratkaisu ja uusien käytäntöjen, ideoiden, tuotteiden tai palvelujen tuottaminen ja toteuttaminen. Parempia vaihtoehtoja etsitään tutkimuksellisin menetelmin, jotka ohjaavat tiedontuotantoa. Tavoitteena on viedä asioita käytännössä eteenpäin ja tavoitella konkreettista muutosta, siksi kysymyksenasettelut nousevat käytännön toiminnasta ja rakenteista. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä voidaan käyttää hyväksi eri tutkimusmenetelmiä tarpeen mukaan. (Moilanen, Ojasalo & Ritalahti 2014, 19, 40; Rantanen & Toikko 2009, 22–23.) Opinnäytetyössä menetelminä käytettiin teemahaastattelua ja dokumenttianalyysia.

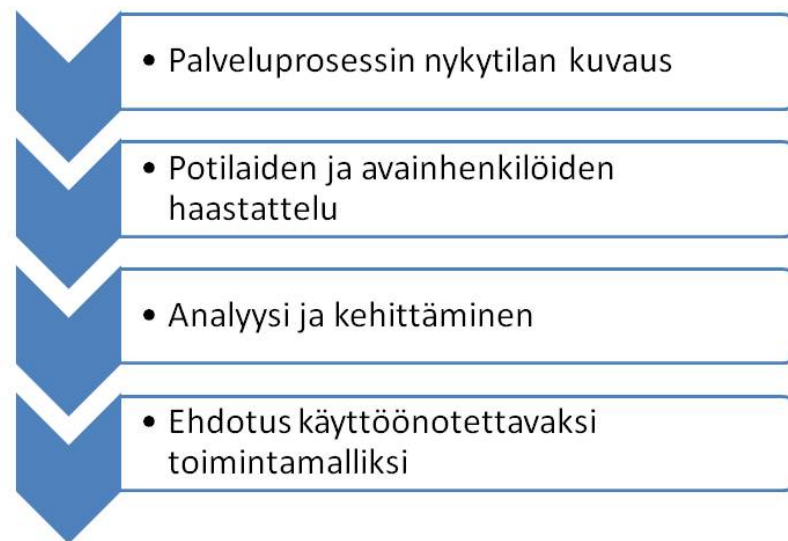
Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Itä-Savon sairaanhoitopiirissä yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessin nykytilanne, toimivuus ja löytää kehityskohdat. Tämän avulla palveluprosessia kehitettiin paremmaksi ja toimivammaksi. Tarkoituksena oli selkiyttää eri toimijoiden roolit potilaan palveluprosessissa kuvaamalla prosessi sanallisesti ja visuaalisesti uimaratakaavion muodossa. Uimaratakaaviolla tarkoitetaan kyseisen palveluprosessin etenemisen kuvaamista piirroksella, jonka vasempaan laitaan merkitään prosessiin osallistuvat toimijat ja oikealle tulevat prosessin vaiheet. Selkeän prosessikuvauksen puuttuminen hankaloittaa ja aiheuttaa päällekkäistä työtä, koska eri henkilöt työskentelevät eri tavoin, eivät tiedä vastuutaan ja saavat siten aikaan erilaisia tuloksia. (Pesonen 2007, 145–151.) Kehittämistehtävät on johdettu opinnäytetyön tavoitteista. Kehittämistyön asetelma ja eteneminen on kuvattu kuviossa 1.

Kehittämistehtävät:

Kuvata yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessin nykytila Itä-Savon sairaanhoitopiirissä.

Kehittää nykyistä palveluprosessia paremmaksi ja toimivammaksi.

Selkiyttää eri toimijoiden roolit kuvaamalla prosessi sanallisesti ja visuaalisesti.



Kuvio 1. Kehittämistyön asetelma

3 Tietoperusta

3.1 Prosessi käsitteenä

Yleisesti prosessilla voidaan tarkoittaa monia eri asioita, kuten muutos-, oppimis- tai neuvotteluprosessia. Mitä tahansa muutosta tai toimintaa voidaan kutsua prosessiksi. Organisaatiossa prosessilla tarkoitetaan siellä tapahtuvia toimintoja, jotka liittyvät loogisesti toisiinsa. Lisäksi prosessin käsitteeseen kuuluu toimintoihin liittyvät resurssit. (Laamanen 2003, 19–20.) Prosessit voidaan pilkkoa pienemmiksi kokonaisuuksiksi ja tehtäviksi, joita organisaatiossa tehdään ja suoritetaan (Virtanen & Wennberg 2005, 36). Parhaimmillaan prosessit toistuvat asiakkaalta asiakkaalle samankaltaisina yli osastojen ja organisaation välisten rajojen (Laamanen & Tinnilä 2009, 121). Prosessit alkavat asiakkaasta ja päättyvät asiakkaaseen (Laamanen 2003, 22).

Palveluprosessiin liittyy toimintojen, resurssien ja tuotoksen lisäksi asiakkaan palvelutilanne. Palveluprosessin tulos on ennalta epävarma, sillä prosessin vaiheet toteutuvat epämääräisessä järjestyksessä tai jäävät tapahtumatta. Palveluprosessiin vaikuttavat aina asiakkaan tarpeet, asiantuntijan osaaminen ja tilannetaju. (Laamanen 2003, 21.) Asiakkaan saama arvo muodostuu asiakkaan prosessissa, joten organisaation on tunnettava asiakkaan prosessi menestyäkseen (Laamanen & Tinnilä 2009, 121).

Hoitoprosessi on tietyssä organisaatiossa tapahtuva toimintosarja, joka kohdistuu tiettyyn ongelmakokonaisuuteen. Hoitoprosessit koostuvat tapahtumista, joita voivat olla esimerkiksi poliklinikkakäynti, kuvantaminen ja leikkaus. Nämä tapahtumat voidaan jakaa potilastapahtumiin ja taustatapahtumiin. Potilastapahtumissa potilas on henkilökohtaisesti yhteydessä hoidon järjestäjään. Taustatapahtumiin kuuluva aika näyttäytyy potilaalle odottamisena. Hoidon tuottajalta tämä aika kuluu hoitoprosessien toimintoihin, joissa potilaan läsnäolo ei ole välttämätöntä. Tällaisia taustatapahtumia voivat olla esimerkiksi näyttöiden tutkiminen, datan käsittely, diagnostisen informaation luominen ja potilaan tapauksen ohjaaminen hoitoprosessissa. (Kujala ym. 2004, 123–124.)

Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä palveluprosessi kuvaamaan potilaan hoitoprosessia ja siihen liittyviä potilastapahtumia ja taustatapahtumia. Palveluprosessi käsitteenä valittiin, koska se kuvaa parhaiten asiakasnäkökulmaa ja asiakkaan palvelutilannetta prosessissa.

3.2 Prosessijohtaminen

Prosessijohtaminen on johtamista prosessien avulla (Pitkänen 2000, 70). Se on myös organisaation ydinprosessien uudistamista ja sen avulla tapahtuvaa organisaation suorituskyvyn parantamista (Hannus 1994, 4). Prosessijohtaminen ei ole uusi johtamistapa, mutta se on ollut käytetyimmillään 1990-luvun alusta alkaen. Sen tavoitteet ovat yleisiä johtamisen tavoitteita, kuten hyvä taloudellinen tulos, asiakkaiden

tyytyväisyys, korkea tuottavuus sekä oman henkilöstön aktiivisuus, hyvä työmotivaatio ja kurinalaisuus. Suurin muutos on tapahtunut ajattelutavassa. Johtaminen keskittyy organisaatorajat ylittäviin toimintaketjuihin eli prosesseihin aiemman organisaatioyksiköiden ja niiden tehtävien johtamisen sijaan. (Laamanen & Tinnilä 2009, 7.)

Lähtökohtana prosessijohtamisessa on tapahtumaketjujen tunnistaminen ja mallintaminen (Laamanen & Tinnilä 2009, 10). Tämä ei kuitenkaan ole johtamisen itsetarkoituksellista toimintaa, sillä prosessijohtamisen näkökulmasta prosessikuvauksilla on vain välinearvoa. Prosessijohtamisen edellytyksenä ovat organisaation selkeät strategiset päämäärät, jotka asettavat tavoitteet ja vaatimukset prosesseille. Prosessit sen sijaan asettavat tavoitteet ja vaatimukset organisaation resursseille. (Virtanen & Wennberg 2005, 113–114.) Prosessien tunnistaminen, nimeäminen ja määrittely ovat keinoja kasvattaa yleistä tietoisuutta organisaation tavoitteiden kokonaisuudesta eli siitä, mitä organisaatiossa tehdään ja mitä tuloksia toiminnan oletetaan saavan aikaan (Virtanen 2010, 153).

Prosessijohtaminen perustuu kysymykseen, kuinka organisaatio luo riittävästi arvoa asiakkaalleen suhteessa kustannuksiin. Tämä edellyttää tavoitteiden asettamista kehittämiseksi ja toteuttamiseksi. Prosessijohtaminen liittyy läheisesti laatujohtamiseen ja jatkuvaan parantamiseen. Työntekijöitä ei pyydetä tekemään enemmän vaan eri tavalla. Prosesseihin kohdistuvaa johtajuutta on kahdenlaista, prosessijohtamista ja prosessien kehittämistä. Prosessijohtamista voivat tehdä vain johtajat, jotka ottavat vastuulleen organisaation tärkeimmät prosessit, joita kutsutaan avain- tai ydinprosesseiksi. (Laamanen & Tinnilä 2009, 10–14.) Prosessijohtajat ovat kokonaisvastuussa prosessin toiminnasta ja suorituskyvystä. Heidän tehtävänä on puuttua tilanteisiin, joissa prosessin jokin osa ei toimi. (Virtanen & Stenvall 2010, 152–153.)

Julkishallinnon organisaatiolla, joka järjestää toimintaansa prosessien mukaisesti on kolme vaihtoehtoa käytännön johtamis- ja organisaatorakenteen muodostamisessa. Nämä vaihtoehdot ovat tulosityksikkö-, matriisi- ja prosessiorganisaatio. Mitään organisaatiomallia ei voida pitää toista parempana, sillä kaikilla on omat vahvuudet ja heikkoudet. Paine siirtyä kohti prosessiorganisaatiota on ilmeinen, sillä hallinnon tehostamis- ja tuloksellisuuspaineet kasvavat koko ajan. (Virtanen & Wennberg 2005,

138–141.) Prosessijohtamisessa ei oteta kantaa organisaation muodolliseen rakenteeseen. Prosessijohtamisen näkökulmasta on kuitenkin tärkeää hahmottaa perusmallit, jotka organisaation johtamisen taustalla vaikuttavat (Virtanen 2010, 150).

Tulosityksikköorganisaatiossa prosessien merkitys organisaation rakenteessa on tulosityksiköitä selvästi vähäisempi. Prosessien tehtävänä on tukea tulosityksiköitä niiden yhteistoiminnassa. Tulosityksikön johto vastaa tuloksesta ja sillä on valta päättää prosessin toimintamallia koskevat suunnitelmat sekä resurssien käyttö. Vastuu- ja valtarajat ovat tulosityksikkömallin vahvuus. Heikkoutena pidetään tulosityksikkörajat leikkaavien asioiden puutteellista organisointia, joka pahimmillaan mahdollistaa resurssien väärin kohdentamisen koko organisaation näkökulmasta. (Kiiskinen, Linkoaho & Santala 2002, 31–32; Virtanen & Wennberg 2005, 138–139.)

Matriisiorganisaatiossa vaakasuorat prosessit ja pystysuorat tulosityksiköt muodostavat matriisin. Organisaation resursseja on kohdennettu erikseen sovittujen tehtävien osalta ydinprosessien käyttöön eli tulosityksiköt eivät omista enää kaikkia organisaation resursseja. Prosessit ovat ikään kuin tulosityksiköiden palveluksessa ja hoitavat ydinprosessiin liittyvät tehtävät sekä niiden kehittämisen. Matriisiorganisaation vahvuutena on organisaation yhdenmukaistuminen toimintamallien osalta. Johtamisen ongelmat liittyvät valta- ja vastuurajojen epäselvyyteen ja päällekkäisyyksiin tulosityksikköorganisaation kanssa. (Virtanen & Wennberg 2005, 139–140.)

Prosessiorganisaatiossa johtaminen keskittyy kokonaisvaltaisiin, organisaation läpi leikkaaviin prosesseihin yksittäisten tehtävien sijaan (Kiiskinen ym. 2002, 30). Prosessiorganisaatiossa prosessinomistajat ovat vastuussa prosessin tavoitteiden saavuttamisesta, koska tulosityksiköitä ei enää käytännössä ole. Organisaation kaikki resurssit ovat prosessien käytössä ja omistuksessa, prosessinomistajien johdolla. Tämän organisaatiomallin vahvuutena pidetään selkeitä valta- ja vastuurajoja sekä vähäisempää byrokratiaa. Prosessiorganisaatiomalli lisää hallinnon tehokkuutta ja siitä johtuen tuloksellisuutta ja yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Heikkous liittyy siihen, ettei mallia uskalleta viedä loppuun asti ja prosessinomistajien rooli jää epäselväksi. (Virtanen & Wennberg 2005, 139–141.)

Prosessinomistajien tehtävät ovat erilaiset eri organisaatioissa ja tehtävät vaihtelevat organisaatiomallin mukaan. Tulosityksiköittäin organisoituneessa organisaatiossa tehtävät ja vastuu on kaikkein suppein ja prosessiorganisaatiossa kaikkein laajin. Tehtäviin liittyvät organisaatiomallista riippumatta prosessikuvausten laadinta ja ylläpito, prosessimäärittelyjen mukaisen toiminnan toimeenpano ja resurssien hallinta, tehokkuuden edistäminen ja suorituskyvyn seuranta sekä laatupoikkeamien hallinta. (Virtanen & Wennberg 2005, 140–144.) Prosessin omistajat eivät ole organisaatiossa päätöksentekijän, vaan toiminnankehittäjän roolissa. Heidän tärkein tehtävänsä on asiakassuuntautuneen toiminnan jatkuva parantaminen. (Laamanen 2003, 124.)

Itä-Savon sairaanhoitopiiri on tulosityksikköorganisaatio. Organisaatio on jaettu neljään keskushallinnon alaiseen tulosalueeseen, joita ovat erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, tukipalvelut ja sosiaalipalvelut. Erikoissairaanhoidon tulosalue on edelleen jaettu viiteen tulosityksikköön, joita ovat operatiivisten-, konservatiivisten- ja sairaanhoidollisten palvelujen tulosityksiköt, psykiatria sekä päivystys ja tarkkailu. Tulosalueen johdosta vastaa johtoryhmä ja johtajaylilääkäri. Toiminnallisista kokonaisuuksista vastaavat tulosityksiköiden päälliköt. (Sosterin organisaatiokaavio 1.8.2015, 1.) Prosessien johtamisen näkökulmasta vahva hierarkkinen ajattelu tekee selväksi vastuun, mutta ymmärrys toiminnan kokonaisuudesta saattaa hävitä (Virtanen 2010, 150).

Riippumatta organisaatorakenteesta resurssien käyttö ja asiakkaiden tarpeiden täyttäminen mahdollisimman tehokkaasti on ensiarvoisen tärkeää hyvän kannattavuuden takaamiseksi. Resurssien mahdollisimman tehokasta käyttöä pidetään usein niin hyvänä asiana, että se aiheuttaa ongelmia asiakkaan kannalta. Hyvä resurssitehokkuus aiheuttaa jonoja ja potilaalle pidemmän hoitoajan. Asiakkaiden tarpeiden täyttäminen tehokkaasti ja nopeasti puolestaan aiheuttaa helposti resurssien vajaakäyttöä. Prosessijohtamisen kannalta on tärkeää tunnistaa miten prosessit toimivat, sillä tehokkuus syntyy niissä. (Modig & Åhlström 2013, 21.)

3.3 Palveluprosessin kehittäminen

Prosessin kehittäminen paremmaksi edellyttää toimintatavan muuttumista prosesseissa. Ilman prosesseja tehty kehittäminen ei ole tehokasta. (Laamanen & Tinnilä 2009, 14). Prosessien kehittäminen paremmaksi ei voi tapahtua ilman tavoitetta. Tavoite voidaan ilmaista numeroilla, mittayksiköllä tai tavoite voi olla kiinnitetty aikaan. Hyvään tavoitteeseen liittyy nämä kaikki kolme kriteeriä. (Laamanen 2003, 203–210.)

Opinnäytetyössä tavoitetilaksi asetettiin parannettu prosessi. Laamasen (2003) mukaan se on tavoitetila, johon voidaan päästä noin kuudessa kuukaudessa. Lyhyt aikajänne auttaa nopeasti ihmisten arkipäivää ja kehitystyön uskottavuus paranee. Kuuden kuukauden aikarajaa pidetään hyvänä myös siksi, että se antaa prosessissa toimiville henkilöille tunteen konkreettisesta toiminnasta tavoitteiden saavuttamiseksi. (Laamanen 2003, 87.)

Prosessin kehittämisen lähtökohta on prosessin määrittely, kuvaus ja mallintaminen, joka voidaan tehdä esimerkiksi prosessikaavion avulla. Prosessin kuvaus mahdollistaa sen tarkastelun kriittisesti, jolloin prosessista voidaan löytää päällekkäisyyksiä ja pullonkauloja. Pullonkaulat ovat toimintoja tai resursseja joiden kapasiteetin perusteella määräytyy koko prosessin kapasiteetti. (Kujala ym. 2004, 95.) Prosessien kuvaaminen on tärkeä toiminnan kehittämisen ja toimeenpanon väline dokumentoinnin, viestinnän ja ajatusten selkeyttämisen kannalta (Virtanen & Wennberg 2005, 114). Hyvä prosessikuvaus muodostuu kolmesta asiasta, joita ovat prosessin yleiskuvaus, prosessikaavio ja kaavion vaiheiden avaukset (Pesonen 2007, 144).

Prosessikaaviossa kuvataan graafisesti, kaavion muodossa prosessin toiminnot, tietovirrat ja roolit (Laamanen & Tinnilä 2009, 124). Yksinkertaisin prosessikaavio piirretään prosessin vaiheiden mukaisesti vasemmalta oikealle eteneväksi pallukkajonoksi. Kehittyneempi versio tästä on uimaratomalli, jossa kerrotaan sama asia antaen runsaammin informaatiota prosessin vaiheista, toimijoista ja tekemisen järjestyksestä. Uimaratomallissa prosessin toimijat laitetaan omille uimaradoilleen kaavion vasem-

paan laitaan. Prosessin vaiheet sijoitetaan pallukkoina sille uimaradalle, jonka vasemmassa päässä vaiheen tekijä on. Useamman tekijän osallistuessa vaiheen toteuttamiseen, sijoitetaan pallukka kahdelle uimaradalle. Vaiheet yhdistetään nuolilla, jotta voidaan osoittaa tekemisen järjestys. Prosessikaavion piirtämisen jälkeen prosessin vaiheet avataan eli kerrotaan kuka tekee, mitä ja miten sekä milloin ja missä. Kuvaukset ovat aluksi mieluummin lyhyitä kuin pitkiä. Prosessikaavio mahtuu A4-sivulle ja prosessin vaiheiden avaaminen toiselle A4-sivulle. (Pesonen 2007, 149–152.)

Ihmisten osaamiseen ja asiantuntijuuteen perustuvaa prosessia kehitettäessä on suotavaa koota prosessin asiantuntijat kehitystyöhön mukaan. Lisäksi asiakas kutsutaan mukaan yhteistyöhön, vaikka prosessia ei julkishallinnossa olekaan mahdollista kehittää pelkästään asiakkaan halujen mukaan. Yhteiskunnallinen vastuu korostuu julkisella sektorilla. Prosessien kehitystyössä ei ole yhtä oikeaa toimintatapaa. Sen ratkaisee ymmärrys prosessin tärkeistä vaiheista. Peruslähtökohdaksi voidaan kuitenkin ajatella asiakasnäkökulma ja asiakkaalle prosessissa tuotettava arvo. (Pitkänen 2000, 70–73, 84.)

Prosessien tehokkuutta voidaan parantaa pyrkimällä karsimaan jonojen muodostumisen syitä, nopeuttamalla työskentelyä prosessissa, lisäämällä prosessin resursseja ja poistamalla tai vähentämällä prosessin vaihtelun eri muotoja. Vaihtelua esiintyy jokaisessa prosessissa ja sitä on mahdotonta poistaa kokonaan. Edellä mainittujen keinojen toteuttamista hankaloittaa organisaation keskittyminen resurssitehokkuuteen, jolloin resurssien mahdollisimman tehokas käyttö aiheuttaa ongelmia asiakkaan kannalta katsoen. (Modig & Åhlström 2013, 45.) Asiakkaan kannalta mahdollisimman tehokas prosessi muodostuu toimintojen kokonaisuuksista, jossa ei ole tarpeettomia viiveitä tai jonotuksia ja prosessin toiminnot on suunniteltu asiakkaan tarpeista lähtöisin. Julkisessa terveydenhoidossa ongelmaksi muodostuu usein se, ettei kukaan tunne omaksi tehtäväkseen johtaa sektoreiden läpi leikkaavia palveluprosesseja. Tästä seuraa se, että potilaan hoidot ovat puutteellisesti yhteen sovitettu ja potilaalla on samanaikaisesti lähetteitä uusiin palveluihin. (Tanttu 2007, 167–169.)

Mikäli prosessien kehittämistyössä onnistutaan hyvin, seuraa siitä monenlaisia hyötyjä. Organisaation toiminta saadaan läpinäkyvämmäksi ja paremmin hallittavaksi.

Tämä mahdollistaa nopean päätöksenteon ja resurssien kohdentamisen oikein. (Virtanen & Wennberg 2005, 137.) Asiakas kokee saavansa parempaa palvelua, kun prosessit suunnitellaan ottamalla lähtökohdaksi asiakkaiden tarpeet. Prosessissa toimivat työntekijät ymmärtävät oman roolinsa lisäksi kokonaisuutta ja sen kuinka lisäarvoa asiakkaalle tuotetaan läpi organisaation (itseohjautuminen). Toimintaketjuista saadaan karsittua päällekkäisiä ja lisäarvoa tuottamattomia töitä. Prosessien kehittämisen nähdään myös johtavan monitaitoisuuteen, kollegiaalisuuteen ja työkokonaisuuksien kasvattamiseen. Organisaation kokonaistavoitteet on mahdollista saavuttaa vain asiakkaiden tarpeita tyydyttävissä prosesseissa, joille asetetaan tavoitteet koko organisaation tasolla. Tästä syntyy organisaation suorituskyky. (Laamanen 2003, 22–23; Laamanen & Tinnilä 2009, 7.)

Yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessia ei ole kuvattu Itä-Savon sairaanhoitopiirissä. Tässä opinnäytetyössä kuvattiin nykyprosessi prosessikaavion muotoon avainhenkilöiden teemahaastattelun pohjaksi helpottamaan nykyisen prosessin ongelmakohtien havaitsemista. Nykyisen prosessin ja parannetun prosessin kuvaaminen auttaa ymmärtämään nykyisen toimintamallin puutteita ja haluttua muutosta prosessissa. Toisaalta prosessin kuvaaminen vahvistaa kuvattua toimintamallia, vaikka se olisi epämääräinen tai huonosti toimiva. (Laamanen 2003, 86–87.)

Prosessin kehittämisen seuraava vaihe on toiminnan organisointi prosessien mukaiseksi. Tätä pidetään haasteellisimpana vaiheena prosessin kehittämisessä. Vaihe voi sisältää prosessikuvauksen analysointia, viestintää, mittaamista, tiimien ja verkostojen perustamista, auditointia sekä osaamisen ja suorituskyvyn analysointia. (Laamanen 2003, 50.)

Prosessin kehittämiseksi ei voida laittaa selkeää päätepistettä. Kehitystyö on jatkuvaa ja tavoitteena on prosessin jatkuva parantaminen. Tähän liittyy strateginen suunnittelu ja muutosten aikaansaaminen. (Laamanen 2003, 50–53.) Prosessin toistuvuus on avain jatkuvalle kehitykselle. Prosessia täytyy toistaa useita kertoja, jotta voidaan kokeilla, sisäanjaa, korjata ja parantaa uusia toimintatapoja. (Pitkänen 2000, 92.)

3.4 Kunnallisen terveydenhuollon kansainvälistyminen

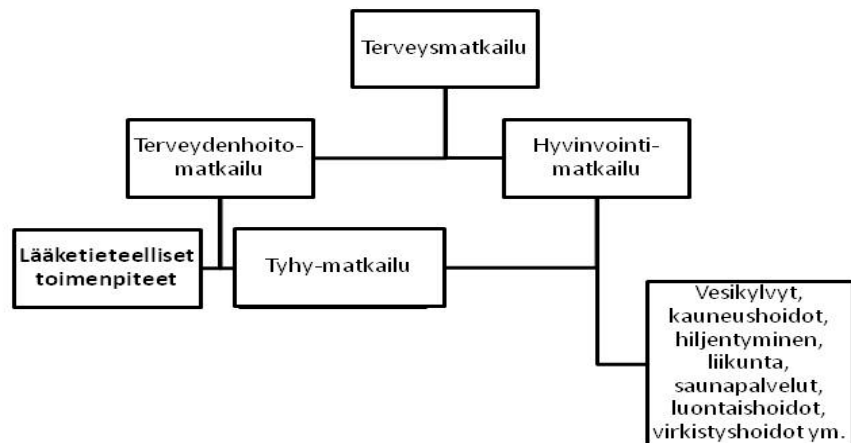
Kunnat ovat järjestämisvastuussa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Tästä johtuen terveydenhuolto toimii voimakkaasti säädellyillä ja valvotuilla markkinoilla. Toimintaa ohjaavat kansanterveyslaki, sosiaalihuoltolaki ja erikoissairaanhoidonlaki sekä niiden perusteella annetut asetukset. Valvontavastuu on annettu kunnille ja tästä johtuen kunnat voivat päättää missä määrin avaavat palvelutuotantonsa kilpailulle. (Hartman & Kahri 2011, 16.) Erikoissairaanhoidossa tämä tarkoittaa, että terveyspalvelujen vienti perustuu sairaanhoitopiirien toiminnasta vastaavien kuntayhtymien päätöksentekoon (Hartman & Kahri 2011, 33).

Julkiset palvelut markkinoistuvat, kun niihin kohdistuu taloudellisia muospaineita. Palveluita pyritään tehostamaan toimimalla liikeyritysten toimintaperiaatteiden mukaisesti. Markkinoistumisena voidaan pitää palveluiden ulkoistamista asiakkaan valinnanvapauten perustuen. Tästä esimerkkinä on palvelusetelijärjestelmä. Markkinoistumista katsotaan olevan myös yksityisen rahoituksen kasvu terveydenhuollon kokonaisuudessa. Yksityisen rahoituksen määrää julkisessa terveydenhuollossa voidaan lisätä esimerkiksi korotetuilla asiakasmaksuilla tai palveluita kaupallistamalla. (Koivusalo 2009, 107–108.)

EU:n potilasdirektiivin tultua voimaan vuonna 2011, saavat EU:n kansalaiset valita hoitopaikkansa EU- ja ETA-valtioiden sekä Sveitsin välillä. Terveyspalveluiden järjestämisvastuu säilyy edelleen potilaan kotimaalla, joka on velvollinen korvaamaan potilaan hoitokustannukset. (Potilasdirektiivi (Rajat ylittävä terveydenhuolto) 2014.) Itä-Savon sairaanhoitopiirissä on arvioitu, että muutos saattaa jatkossa tuoda uusia asiakkaita sairaanhoitopiirille. Lisäksi on arvioitu, että kilpailu erikoissairaanhoidon palvelujen osalta kovenee. Tähän kilpailuun Itä-Savon sairaanhoitopiiri pyrkii vastaamaan palvelujen saatavuuden turvaamisella ja laadukkaasti toimivalla järjestelmällä. (Strategia 2014–2016 2013, 7.)

3.5 Terveysmatkailu

Terveysmatkailu (health tourism) on matkustamista pois kotipaikkakunnalta terveydellisten syiden takia. Terveysmatkailu koostuu kahdesta eri osa-alueesta, terveydenhoitomatkailusta ja hyvinvointimatkailusta. Näissä molemmissa matkailun tavoitteena on terveyden edistäminen ja säilyttäminen. (Suontausta & Tyni 2005, 39–41.) Käsitteistö vaihtelee eri tutkimuksissa. Matkailun edistämiskeskus on päättänyt kuvion mukaiseen käsitteiden jaotteluun. (Ks. kuvio 2.)



Kuvio 2. Terveysmatkailun suositeltavat käsitteet (mukaillen Hyvinvointi- ja wellness-matkailun peruskartoitus 2005, 55.)

Hyvinvointimatkailija on lähtökohtaisesti terve. Hän käyttää toimialan palveluja tullaan entistä terveemmäksi, paremman näköiseksi ja nuoremmaksi tai ehkäistään sairauksien kehittymistä. Terveydenhoitomatkailun palvelut tuotetaan sairaille ihmisille. Terveydenhoitomatkailijoilla on jokin hoitoa vaativa sairaus tai lääketieteellinen tila, kuten syöpäkasvain tai leikkauksesta toipuminen. Terveydenhoitomatkailusta voidaan puhua silloin kun matkailun motiivina on sairauksien hoitaminen ja

niistä paraneminen. Rajaa matkailualan ja terveydenhoitoalan välille ei ole helppo asettaa. (Suontausta & Tyni 2005, 42, 70.)

Opinnäytetyössä kehitettiin lääketieteellisen hoidon palveluprosessia Itä-Savon sairaanhoitopiirissä, Savonlinnan keskussairaalassa. Kokonaismatkailutuotteen, johon liittyvät viisumi- ja kuljetuspalvelut sekä mahdollisesti tarvittavat majoitus- ja ravitsemispalvelut potilas kokoaa itse. Matkailutuotteen kokonaisuus on kuitenkin tunnettava, jotta voidaan kehittää vain yhtä osa-aluetta. Matkailupalvelun asiakas muodostaa palvelusta saamansa arvon kokonaisuuden perusteella, johon vaikuttavat ydintuotteen eli lääketieteellisen hoidon lisäksi fyysinen ympäristö, vuorovaikutus, tuotteen saavutettavuus ja asiakkaan osallistuminen palvelutuotteen syntymiseen (Boxberg & Komppula 2002, 14). Asiakkaan saama arvo ja hyöty perustuvat ainutkertaiseen kokemukseen ja siksi palvelun tuottajan tulisi toimia asiakaskeskeisesti. Lähtökohdaksi on valittava asiakkaiden tarpeet. (Boxberg & Komppula 2002, 66.)

Syitä, miksi asiakkaat hakeutuvat hoitoon ulkomaille on monia. Suurin syy matkustaa ulkomaille terveydellisten syiden vuoksi on korkealaatuinen hoito, jota ei ole kotimaassa saatavilla. Mikäli hoitoa on kotimaassa saatavilla, se saattaa olla kalliimpaa ja hoidon saatavuus voi olla heikompaa kuin ulkomailla. Terveydenhoitomatkailun asiakkaat eivät halua olla hoitojonossa, vaan haluavat saada hoidon välittömästi sairastuttuaan. Yksi syy matkustaa hoitoon ulkomaille on yksityisyyden säilyttäminen kotimaassa. Tästä ovat esimerkkinä potilaat, jotka matkustavat plastiikkakirurgiseen hoitoon tai päihdevieroitukseen. Monet asiakkaat yhdistävät matkailun ja terveydenhoidon viettämällä toipilasajan kohdemaassa tasokkaita majoituspalveluja käyttäen. (Bauer 2009, 37; Horowitz, Jacobs, Mavroudis, Sade & Siegel 2013, 8-9.)

Asiakasnäkökulman lisäksi on pohdittu hoitotyön johtajien roolia terveysturmatkailussa. Hyvältä johtajalta vaaditaan muun johtamisosaamisen lisäksi myös tietoisuutta terveysturmatkailuun, sillä se on tällä hetkellä nopeimmin kasvava markkinatuote terveydenhuollossa. Tähän tietoisuuteen liittyy ymmärrys hoidon laadusta, kustannuksista ja odotusajoista sekä terveysturmatkailun riskeistä. Hoitotyön johtajien rooli terveysturmatkailussa on myös toimia terveysturmatkailun tiedonvälittäjinä kollegoille, potilaille ja

päättäjille. Tiedon lisääntyessä potilaille on mahdollisuus saada entistä parempaa ja laadukkaampaa hoitoa maailmanlaajuisesti. (Baldwin & Plonien 2014, 429–434.)

3.6 Venäläiset terveysturmatkailun asiakkaina

Asiantuntijankemysten mukaan Etelä-Savossa on tulevaisuudessa korkea kysyntä terveys- ja hyvinvointipalveluista venäläisten asiakkaiden keskuudessa. Palveluiden vienti vaatii kuitenkin pitkäjänteistä työtä projektimaisen toiminnan sijaan. Haasteena venäjänkaupassa nähdään byrokratian, rikollisuuden ja korruption lisäksi Venäjän taloudellisen tilanteen epävarmuus, heikko maatuntemus ja kielitaito sekä yhteistyökumppanien löytyminen ja asiakkaiden maksukyky. (Kautiainen & Tarvainen 2012, 14.) Haasteena ovat myös Baltian maiden edullisempi hintataso ja suomalaisten epäystävällisyys. Ennusteen mukaan Venäjän talouskasvu lisää matkailupotentiaalia. Arvioiden mukaan venäläiset käyttävät vuosittain terveysturmatkailuun jopa miljoona USD. Terveysturmatkailupalveluja käyttävät rikkaat ja keskiluokka, joita on yhteensä noin 20 % väestöstä. Suomeen tulevista venäläisistä matkailijoista 80 % on Pietarin alueelta. Terveysturmatkailijoiden määrä on selkeässä kasvussa. Tarkkaa tilastotietoa terveysturmatkailijoiden lukumäärästä ei ole, sillä terveysturmatkailijat eivät ilmoita matkan tarkoitusta viisumia hankkiessaan. (Makeeva 2014, 10–11.)

Suomella ei ole vielä terveysturmatkailumaan mainetta venäjällä. Hyvin toimeentulevat venäläiset matkustavat hoidattamaan terveyttään yleensä Saksaan, Israeliin ja Espanjaan. Suomen asema on kuitenkin vahvistumassa, sillä monet Suomessa asuvat venäläiset organisoivat sukulaisten ja ystävien hoidot Suomessa. Venäjällä tehokas markkinointikeino ovat tyytyväisten asiakkaiden antama positiivinen palaute, joka kulkee tehokkaasti ihmiseltä toiselle. (Malankin 2012, 35–36.) Hyviä markkinointikanavia ovat myös venäjänkieliset internet-sivut, edustaja Venäjällä, mainonta terveysturmatkailun lehdissä, osallistuminen alan tapahtumiin ja sosiaalinen media. Lisäksi yhteistyö venäläisten vakuutusyhtiöiden ja lääkäreiden kanssa on hyödyllistä uusien potilaiden hankkimiseksi.

Venäläisten valitessa hoitopaikkaansa ulkomailta, tärkeimmiksi valintakriteereiksi nousevat lääkärin osaaminen, hinta-laatusuhde, nopea hoitoon pääseminen, palvelutaso, sairaalan laitteisto ja venäjänkielinen palvelu. Maantieteellisellä sijainnilla ei ole olennaista merkitystä valintaan. (Makeeva 2014, 11–16.) Nopea hoitoon pääseminen on tärkeää, sillä Venäjällä hoitoa joutuu odottamaan pitkän ajan, ellei halua maksaa hoitojonon ohittamisesta (Zarubalova 2013, 16).

Venäläisille on järjestetty maksuttomat terveyspalvelut pakollisen sairastakuutuksen, verotulojen ja potilasmaksujen avulla. Kuitenkaan alue- ja paikallishallinnolla ei ole tarpeeksi varoja tuottaa kaikkia palveluita ja hoitoa saa maksamalla suoraan lääkärille tai sairaanhoitajalle ”pöydän alta”. (Zarubalova 2013, 8–10.) Venäläiset kokevat oman terveydenhoitonsa korruptoituneeksi sekä vastuuntunnottomaksi ja matkustavat siksi ulkomaille saamaan parasta mahdollista hoitoa. Syy matkustaa hoitoon ulkomaille on lisäksi huono luottamus venäläisen terveydenhoidon teknologiatasoon. Luottamuspuolan vuoksi ”second opinion”- palvelut kasvattavat suosiotaan. Tällöin halutaan varmistua kotimaassa saadusta diagnoosista tai hoidon ajantasaisuudesta. Venäläiset hakeutuvat ulkomaille pääsääntöisesti syövänhoitoon sekä sydän- ja tekonivelleikkauksiin. Uusia syöpätapauksia diagnosoidaan noin 480 000 vuosittain. (Makeeva 2014, 12–15.)

Venäjänkielen taito on asiakaspalvelutilanteessa tärkeää, mutta ei välttämätöntä. Usean venäläisen mielestä on kohtuutonta vaatia palvelua venäjänkielellä, vaikka se helpottaisikin asiointia. Venäläisen asiakkaan palvelutilannetta ilman kielitaitoa voi helpottaa venäjänkielinen ohjemateriaali. Kuitenkin on otettava huomioon, että venäläiset lukevat harvoin kirjallisia ohjeita. Venäläiset saattavat jättää palveluita ostamatta, mikäli niitä ei pystytä tarjoamaan heidän omalla äidinkielellään. (Malankin 2012, 46–47.) Venäjänkielen taito on myyntivaltti, vaikka osattaisiinkin vain kielen alkeet (Kautiainen & Tarvainen 2012, 17).

4 Kehittämistyön asetelma

4.1 Opinnäytetyön metodologia

Metodologialla tarkoitetaan tutkimuksessa tehtäviä valintoja ja päätöksiä tiedon saavuttamiseksi. Valinnat ja päätökset voivat olla ongelmallisia, mutta niiden merkitys on tärkeä. Tutkimuksen aikana joudutaan valitsemaan esimerkiksi tutkittava tapaus, käytettävät menetelmät, teoreettiset lähtökohdat ja aineiston analyysitapa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 124–125.) Tieteellinen tutkimus ja tutkimuksellinen kehittämistyö eroavat toisistaan toiminnan päämäärissä. Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta teoriaa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksellinen kehittämistyö puolestaan pyrkii käytännön parannuksiin tai uusiin ratkaisuihin hyödyntäen olemassa olevaa teoriaa järjestelmällisesti, analyttisesti ja kriittisesti. Kehittämistyön tulokset ja siinä dokumentoitu tieto pyritään liittämään teoreettiseen tietoon. Näin pystytään luomaan uusia malleja työelämän käytännöistä. (Moilanen 2014, 19–21.)

4.2 Tiedonkeruumenetelmät

Tutkimukselliselle kehittämistyölle on tyypillistä, että tiedonkeruuta rajataan perustellusti kehittämistyön oman logiikan kannalta. Kehittämistyössä tietoa ei kerätä yhtä syvällisesti kuin tutkimuksessa, jolloin aineisto voi olla pienempi. Tiedontuotanto ohjaa kehittämisprosessia. (Rantanen & Toikko, 2009, 199.) Kehittämistyössä voidaan käyttää useita eri menetelmiä. Tyypillisesti menetelmät jaetaan laadullisiin ja määrällisiin eli kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin menetelmiin. Määrällinen menetelmä valitaan jos halutaan testata teorian paikkansa pitävyyttä. Laadullinen menetelmä puolestaan soveltuu entuudestaan tuntemattomien aiheiden syvälliseen tutkimiseen. Teoriat eivät ohjaa laadullisten menetelmien suunnittelua yhtä paljon kuin määrällisten menetelmien. (Moilanen ym. 2014, 104–105.)

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä menetelmien avulla pyritään parhaisiin mahdollisiin uusiin käytäntöihin. Laadullisille menetelmille on kuvaavaa, että tutkija on lähellä tutkittavia ja jopa osallistuu itse toimintaan. (Moilanen ym. 2014, 104–105.) Opinnäytetyön tiedonkeruu tehtiin laadullisten menetelmien avulla, koska kehitettävän prosessin ongelmakohtia haluttiin ymmärtää syvällisesti. Menetelmiksi valittiin dokumenttianalyysi ja teemahaastattelut. Tiedonkeruussa keskityttiin löytämään palveluprosessin kehittämiskohdat ja saamaan ehdotuksia palveluprosessin parantamiseksi.

4.2.1 Dokumenttianalyysi

Dokumenttianalyysi yhdistettynä muihin tiedonkeruumenetelmiin antaa lisänäkökulmia ja monenlaista käyttökelpoista tietoa kehitettävästä asiasta (Moilanen ym. 2014, 43). Se on menetelmä, jossa analysoidaan kirjallista materiaalia ja luodaan kuvaus kehitettävästä asiasta. Dokumenttianalyysin avulla luodaan selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä, sillä sen vahvuutena on nähdä millaisena kehitettävä ilmiö esiintyy luonnollisessa ympäristössään. Analyysi voidaan toteuttaa myös aineistosta, jota ei ole alkuperäisesti tarkoitettu tutkimusta varten. Dokumenttianalyysi on laadullinen menetelmä ja se sisältää samoja vaiheita kuin laadullinen tutkimus yleisesti. (Moilanen ym. 2014, 137–138.)

Rintasyöpäpotilaan myyntipalveluhanketta varten luotiin työryhmä, joka kokoontui pohtimaan rintasyöpäpotilaan palveluprosessin kehittämistä ja palvelun tuotteistamista. Työryhmään valittiin edustajia prosessin eri vaiheista. Työryhmään kuului plastiikkakirurgi, joka myös vastaa potilaiden hoidosta kokonaisuudessaan. Lisäksi ryhmään kuului anestesia lääkäri, talouspäällikkö sekä sairaanhoitaja. Työryhmä kokoontui hankkeen alkuaikoina säännöllisesti ja palavereista pidettiin muistioita, joita hyödynnettiin opinnäytetyön aineistona dokumenttianalyysin muodossa. Dokumenttianalyysiaineistoon valittiin 8 muistiota. Analysoitavaa tekstiä näistä kertyi 15 kappaletta A4-liuskoja.

Dokumenttianalyysin vahvuutena pidetään sen herkkyyttä asiayhteydelle. Sen avulla voidaan nähdä millaisena kehittämisen kohde esiintyy luonnollisessa ympäristössään.

(Moilanen ym. 2014, 136.) Dokumenttianalyysi valittiin opinnäytetyön yhdeksi tiedonkeruumenetelmäksi, koska haluttiin syventää tietoa kehitettävän prosessin suunnittelusta ja käytännöistä teemahaastattelujen tueksi.

4.2.2 Teemahaastattelu

Aineisto kerättiin potilaita ja avainhenkilöitä teemahaastattelun. Teemahaastattelu sopii tilanteisiin, joissa ei täysin tunneta tutkimuksen kohdetta ja ei haluta liikaa ohjata vastaajia (Moilanen ym. 2009, 41). Teemahaastattelu on yleisimmin käytetty tutkimushaastattelun muoto. Haastatteluun poimitaan keskeiset aiheet tai teema-alueet tutkimusongelmaan vastaamiseksi. Teemahaastattelu voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmähaastatteluna. (Vilka 2007, 100–101.)

Sopimus opinnäytetyöstä tehtiin sekä Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän että Plastiikkakirurgia Helena Oy:n kanssa. Lupa prosessin avainhenkilöiden teemahaastatteluihin ja myyntipalveluhanketta varten luodun työryhmän palaverimuistioista tehtyyn dokumenttianalyysiin saatiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajalta 9.3.2015. Prosessin läpikäyneiden potilaiden teemahaastattelulupa saatiin Plastiikkakirurgia Helena Oy:n edustajalta 14.3.2015. Näin meneteltiin Itä-Savon sairaanhoitopiirin hallintoylihoitajan pyynnöstä, koska haastatteluun kutsutut potilaat olivat hallinnollisesti Plastiikkakirurgia Helena Oy:n potilaita.

Opinnäytetyössä kaikki haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna. Näin pyrittiin saamaan mahdollisimman laaja käsitys potilaiden sekä avainhenkilöiden henkilökohtaisista näkemyksistä prosessin kehittämiskohteista. Kaikki haastattelut toteutettiin maaliskuun 2015 aikana. Potilaiden haastattelun tarkoituksena oli selvittää nykyisen prosessin läpikäyneiden potilaiden tyytyväisyyttä prosessiin ja saada kehittämisehdotuksia prosessin toimivuuden parantamiseksi. Potilasnäkökulman huomioiminen on perusteltua myös viitaten opinnäytetyön teoriaan prosessien kehittämisestä ja johtamisesta. Lisäksi Itä-Savon sairaanhoitopiirin strategiaan on kirjattu pyrkimys kohti asiakaslähtöistä toimintaa, joten potilaiden haastattelut ovat myös tässä mielessä perusteltuja.

Haastatteluun kutsutut potilaat valittiin yhteistyössä Plastiikkakirurgia Helena Oy:n edustajan kanssa. Opinnäytetyön tekijä ei saanut tietoonsa potilaiden henkilöllisyyttä missään vaiheessa, mikä lisää tutkimuksen eettisyyttä. Haastattelupyynnöksi esitettiin Plastiikkakirurgia Helena Oy:n edustajan toimesta sähköpostitse ennen haastattelua. Pyyntöä esittäjä käänsi opinnäytetyön tekijän kirjoittaman haastattelupyynnön venäjän kieliseksi. Pyyntöä potilaille kerrottiin opinnäytetyön tausta ja tarkoitus. Potilaille kerrottiin, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja ettei haastattelu vaikuta heidän saamaansa hoitoon millään tavoin. Lisäksi kerrottiin, että haastattelu tallennetaan ja tallenteet tuhotaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Pyyntöä kerrottiin haastatteluun käytettävän noin 30 minuuttia aikaa. Neljästä haastattelupyynnön saaneesta potilaasta kaksi suostui haastatteluun. Haastatellut potilaat olivat venäläisiä rintasyöpäpotilaita, joita on hoidettu Itä-Savon sairaanhoitopiirissä yksityisellä rahoituksella hankkeen käynnistymisen jälkeen. Molemmat haastateltavat potilaat olivat läpikäyneet kehitettävän palveluprosessin alkaen rintasyövän diagnostiikasta ja päättyen sytostaattihoitoihin. Potilaille oli tehty rintasyöpäleikkaus ja heidän asuinpaikkansa on Pietari. Haastattelut suoritettiin tulkin avulla. Potilaat haastateltiin henkilökohtaisesti Savonlinnan keskussairaalassa maaliskuussa 2015 ennalta sovittuna aikana. Ennen tallennuksen aloitusta potilaille kerrottiin, ettei potilaiden henkilöllisyys tule missään opinnäytetyön vaiheessa ilmi. Haastateltavat potilaat antoivat suullisen luvan haastattelun toteutukseen ja tallentamiseen. Haastattelun lopuksi potilaita kiitettiin haastatteluun osallistumisesta.

Potilaan palveluprosessin avainhenkilöitä ovat yleensä hoidosta vastaavat lääkärit sekä hoitajat ja/ tai osastosihteerit. Lääkärit tuntevat prosessit lääketieteellisen hoidon ja päätöksenteon näkökulmasta. Hoitajat ja sihteerit tuntevat prosessin hoidollisen osuuden ja sitä ohjaavat informaatiovirrat. (Kujala ym. 2004, 155.) Tässä opinnäytetyössä haastatteluun valittiin avainhenkilöitä kehitettävän prosessin eri vaiheista ja eri ammattialoilta. Valintaan vaikutti opinnäytetyöntekijän oletus siitä, kenenellä on paras näkemys prosessista kokonaisuutena. Haastattelun avulla pyrittiin saamaan kehittämisideoita prosessin parantamiseksi.

Haastattelupyyntö esitettiin sähköpostitse viidelle palveluprosessin avainhenkilölle, joista neljä suostui haastatteluun. Haastatellut avainhenkilöt olivat lääkäri, kaksi sairaanhoitajaa ja osastonsihteeri. Pyyntöissä kerrottiin opinnäytetyön tausta ja tarkoitus sekä haastattelun ennakoitu kesto, noin 30 minuuttia. Lisäksi korostettiin haastattelun vapaaehtoisuutta ja kerrottiin raportoinnissa kiinnitettävän huomiota yksityisyyden säilymiseen. Kerrottiin haastattelun tallentamisesta ja tallenteiden hävittämisestä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Haastattelut sovittiin toteutettavaksi kahden haastateltavan työpaikalla ja kahden haastateltavan kotona. Haastattelut toteutuivat ennakkoon sovittuna aikana. Ennen tallennuksen aloittamista käytiin suullisesti läpi haastattelupyyntöissä olleet asiat ja pyydettiin suullinen lupa haastatteluun ja tallennukseen. Kaikki haastatteluun osallistuneet antoivat luvan. Haastattelun jälkeen avainhenkilöitä kiitettiin haastatteluun osallistumisesta. Haastateltavia pyydettiin olemaan opinnäytetyön tekijään yhteydessä, mikäli jotakin uutta asiaan liittyvää ilmenee haastattelun jälkeen tai he haluavat muuttaa mielipidettään.

4.3 Aineiston analyysi

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä aineistoa hyödynnetään vain kehittämisprosessin näkökulmasta ja aineiston analyysi ei ole yhtä perusteellista kuin perinteisessä tutkimuksessa. Kun aineisto kerätään monesta eri lähteestä, voidaan analyysin lähtökohdaksi valita pääaineisto. (Rantanen & Toikko, 2009, 121.) Aineiston analysointivaiheessa pääaineistoksi valittiin avainhenkilöiden teemahaastattelut. Pääaineisto valittiin, koska sillä oli suurin informaatioarvo myös potilaalle näkymättömistä palveluprosessin kehittämiskohteista. Potilaiden teemahaastattelut ja dokumenttianalyysi täydensivät pääaineistoa.

Opinnäytetyössä aineiston analyysiin käytettiin laadullisen tutkimuksen yleistä mallia, jonka vaiheita ovat aineiston kerääminen, valmistelu, pelkistäminen, aineistossa toistuvien rakenteiden tunnistaminen ja tulkinta. Kaikkiin vaiheisiin liittyy kriittinen tarkastelu, jonka tavoitteena on tunnistaa ja korjata eri vaiheissa mahdollisesti esiintyviä virheitä tai vääristymiä tulosten luotettavuuden parantamiseksi. (Moilanen ym.

2009, 123.) Aineiston analyysiin on ryhdyttävä mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen tai samanaikaisesti keruuvaiheen kanssa, koska aineisto on vielä tuore ja inspiroi tutkijaa. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 135).

Aineisto analysoitiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen. Aineisto valmistettiin analysointia varten muuttamalla kaikki aineisto tekstimuotoon heti haastattelujen jälkeen. Jokaisesta haastattelusta ja dokumentista luotiin erillinen tiedosto ja annettiin tiedostoille helposti tunnistettavat nimet. Lisäksi tiedostoille annettiin värikoodit myöhemmin tapahtunutta ryhmittelyä varten, joka toteutettiin ”pitkän pöydän” tekniikalla. Tässä tekstiaineisto tulostettiin ja jaettiin saksia apuna käyttäen asiasisältöihin eli segmentteihin. Luokitteluvaiheessa segmentoitu aineisto kategorisoitiin ja saman sisältöiset ilmaisut liitettiin yhden teeman alle. (Casey & Krueger 2000, 132–134.)

Potilaiden haastatteluteemat noudattivat potilaan läpikäymän prosessin vaiheita. Avainhenkilöiden haastatteluteemat puolestaan rakentuivat kehittämistehtävien mukaisesti ja niillä pyrittiin löytämään myös potilaalle näkymättömät prosessien ongelmakohdat ja saamaan kehittämisehdotuksia niihin. Teemahaastattelujen runko on kuvattu liitteeseen 1. Dokumenttiaineistosta pyrittiin löytämään viittauksia prosessin eri ongelmakohtiin.

5 Nykytilan kuvaus

Rintasyöpä on naisten yleisin syöpä ja se yleistyy maailmanlaajuisesti. Kaikista naisten syövistä noin 23 % on rintasyöpiä. Myös miehet voivat sairastua rintasyöpään. Sairastuneen elossaolon ennuste Suomessa on Euroopan parhaimpia. Viiden vuoden jälkeen sairastumisesta elossa on 89 %. (Joensuu 2013, 6.) Rintasyövän hoito käsittää taudin diagnostiikan, hoidon suunnittelun, leikkauksen sekä lääke- ja sädehoidon. Sairauden diagnostiikka, hoito ja seuranta valikoituvat aina potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan. (Rintasyövän hoito 2008.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä rintakirurgian alaan kuuluvat rinnan kasvainten leikkaushoito, rinnan korjausleikkaukset, rintojen pienennysleikkaukset sekä rintasyöpäpotilaiden seuranta yhteistyössä onkologin kanssa. Yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessi noudattaa pääpiirteittäin julkisella rahoituksella hoitoa saavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessia.

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä yksityisellä rahoituksella toteutettavaa rintakirurgista hoitoa hallinnoi Plastiikkakirurgia Helena Oy. Plastiikkakirurgia Helena Oy ja Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä ovat 22.5.13 tehneet sopimuksen tilojen, laitteiden ja henkilökunnan luovuttamisesta tutkimusten ja toimenpiteiden suorittamista varten. Itä-Savon sairaanhoitopiirin palveluiden käytöstä Plastiikkakirurgian Helena Oy maksaa sopimushinnaston mukaisen korvauksen. Näitä palveluita ovat leikkaussalitilat, laitteet, välineet, henkilöstön palkkauskulut työnantajamaksuineen, lääkkeet, hoitotarvikkeet, laboratoriotutkimukset, röntgentutkimukset, patologian palvelut sekä vuodeosastopäivät. Toiminta käsittää vastaanottotoimintaa sekä tutkimus- ja leikkaustoimenpiteitä sairaanhoidollisine tukipalveluineen. Sopimuksen mukaan Plastiikkakirurgia Helena Oy vastaa kokonaisuudessaan yksityisellä rahoituksella hoitoa saavien potilaiden hoidosta, mukaan lukien mahdolliset potilasvahingot ja hoidon pitkittymisestä aiheutuvat kulut. (Kuntayhtymähallitus, 2013.)

Erikoissairaanhoidon pääsyyn vaaditaan lähete. Itsemaksavien rintasyöpäpotilaiden lähete saapuu Plastiikkakirurgia Helena Oy:ltä, joka toimii yhteistyössä Suomen Terveystalon kanssa. Itsemaksavat rintasyöpäpotilaat eivät kuulu hoitotakuuseen, kuten julkisen sektorin potilaat. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä on sovittu, että itsemaksavien rintasyöpäpotilaiden leikkaukset eivät siirrä jo aiemmin sovittuja julkisen sektorin potilaiden leikkausaikoja. Käytännössä kiireellisimpiä tapauksia pyritään saamaan leikkaushoitoon mahdollisimman pian diagnoosin varmistumisen jälkeen. Tämä tehdään kuitenkin niin, ettei julkisen sektorin potilaiden hoitotakuu umpeudu itsemaksavien rintasyöpäpotilaiden leikkausten vuoksi.

Opinnäytetyön kohteena oleva palveluprosessi on rajattu alkamaan lähetteen saamisesta Itä-Savon sairaanhoitopiiriin ja päättyämään onkologin vastaanotolla tehtä-

vään kannanottoon potilaan liitännäishoidon toteutuksesta. Tämän kannanoton jälkeen potilaiden hoitopolku hajaantuu ja jatkuu diagnoosin mukaan seurannalla, lääke- ja/ tai sädehoidoilla.

Nykytilan kuvaus toimii muutoksen lähtökohtana. Sen tavoitteena on luoda yhteinen näkemys prosessin nykytilasta, muutoskohteista ja muutoksen tarpeellisuudesta. Nykytilanteen kuvaus ja sen pohjalta käytävät keskustelut eri henkilöstöryhmien kanssa osoittavat nykytoiminnan heikkoudet. (Kiiskinen ym. 2002, 43–44.)

Liitteeseen 2 on kuvattu potilaan palveluprosessin nykytila. Itsemaksavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessi Itä-Savon sairaanhoitopiirissä käynnistyy, kun potilaasta saapuu yksityislääkärin laatima lähete sähköisesti, paperisena tai suullisesti. Tapauksesta riippuen potilaat ovat saattaneet käydä lääkärin vastaanotolla Venäjällä ja Suomessa. Oireiden perusteella heille on mahdollisesti tehty diagnostisia tutkimuksia. Näiden perusteella lähettävä lääkäri on yhdessä potilaan kanssa tehnyt leikkauspäätöksen ja arvioinut leikkauksen kiireellisyyden. Diagnostisia lisätutkimuksia on mahdollista tehdä myös lähetteen saapumisen jälkeen. Lähetteet kirjataan kirurgian poliklinikalla osastonsihteerin toimesta. Ennen lähetteen kirjausta kirurgian poliklinikan osastonsihteerin luona potilaalle henkilötiedot potilastietojärjestelmään. Henkilötiedot saadaan lähetteen mukana joko sähköisesti, paperilla tai suullisesti. Lähetteen kirjaamisen jälkeen lähete luetaan kirurgian poliklinikalla lääkärin toimesta ja hän määrää tehtäväksi ennen leikkausta tarvittavat lisätutkimukset. Kirjaaminen potilastietojärjestelmään tehdään kuten julkisen sektorin potilaista. Itsemaksavien rintasyöpäpotilaiden hoitokertomukseen, laboratorio- ja röntgenpyyntöihin kirjataan huomautus Helena Oy:n potilas.

Leikkausdiagnoosin varmistuttua potilaalle suunnitellaan leikkausaika. Potilas saa ohjausta sairauteen ja leikkaukseen liittyen plastiikkakirurgian erikoislääkäriltä ja sairaanhoitajalta Suomen Terveystalolla. Potilas saa ohjeet leikkaukseen valmistautumiseen sekä ajanvaraustiedot suullisesti. Suunniteltu leikkaushoito varataan järjestelmään kirurgian poliklinikalla hoitajan ja sihteerin yhteistyönä. Leikkaushoidosta ilmoi-

tetaan palveluprosessiin osallistuville sekä johtajaylilääkärille, ylihoitajalle ja potilasmaksutoimistoon viimeistään kaksi viikkoa ennen suunniteltua toimenpidepäivää. Ilmoituksen tekee kirurgian poliklinikan hoitaja.

Hoidonvarauksen jälkeen potilaan tiedot ohjataan leiko-osastolle, jossa hoitaja täyttää anestesiakaavakkeen esitietojen perusteella. Hän myös tarkastaa potilaan leikkauksekelpoisuuden. Lisäksi hoitaja tarkastaa, että tarvittavat laboratorio- ja röntgen-tutkimukset anestesiaa varten on tehty. Mikäli potilaalla on paljon perussairauksia tai jonkin perussairauden arvioidaan vaikuttavan anestesian kulkuun, kutsutaan potilas preoperatiiviselle käynnille leiko-osastolle noin kaksi viikkoa ennen leikkausta. Tämän käynnin aikana potilas tapaa anestesia- ja leikkaukseen liittyvistä asioista. Samalla käynnillä potilas tapaa myös leiko-sairaanhoitajan, joka keskustelee potilaan kanssa leikkaukseen liittyvistä asioista.

Joissakin tapauksissa potilas käy preoperatiivisella käynnillä poliklinikalla, jolloin hän tapaa leikkaavan lääkärin ja poliklinikan sairaanhoitajan. Käynnin yhteydessä potilaalle annetaan ohjausta leikkaukseen liittyvistä asioista sekä otetaan MRSA- ja ulostenäytteet.

Usein itsemaksava rintasyöpäpotilas saapuu Savonlinnan keskussairaalaan, leiko-osastolle leikkauspäivän aamuna. Leikkausta varten mahdollisesti tarvittavat vartijaimusolmukkeen tutkimus ja lankamerkkaukset tehdään leikkauspäivän aamuna röntgenosastolla. Tutkimusten jälkeen sairaanhoitaja valmistelee potilaan leikkaukseen, tarkastaa anestesiakaavakkeen, leikkauksialueen ihon kunnon ja varmistaa potilaalta ravinnonolon. Leikkaava lääkäri tapaa potilaan vielä ennen leikkaussaliin vientiä ja piirtää potilaan iholle leikkaussuunnitelman. Rintasyöpäleikkaus tehdään yleisanestesiassa ja leikkaussaliaika on kahdesta kolmeen tuntia leikkaustavasta riippuen. Leikkaussalista potilas siirretään heräämöhön ja voimien salliessa heräämöstä edelleen vuodeosastolle jatkohoitoon.

Vuodeosastolla alkaa potilaan kuntoutuminen leikkauksesta. Potilaan yleisvointia leikkauksialuetta tarkkaillaan mahdollisten komplikaatioiden havaitsemiseksi. Potilas

pyritään mobilisoimaan jo leikkauspäivän iltana. Fysioterapeutti ja vuodeosaston hoitajat ohjaavat potilasta aktiiviseen leikkauksesta kuntoutumiseen. Potilas saa vuodeosastojakson aikana ohjeet käden liikelaajuuden palauttamiseksi ja säilyttämiseksi. Leikkausalueelle asetetaan usein dreenejä poistamaan kudostenestettä rinnan ja kainalon alueelta. Joskus potilas kotiutuu niiden kanssa ja näissä tapauksissa hän saa ohjausta dreerien hoitoon liittyen. Kotiutuminen tapahtuu usein leikkausta seuraavana päivänä. Kotiutuessaan potilas saa suulliset kotihoito-ohjeet. Leikkaava lääkäri suunnittelee potilaan jatkokontrollit.

Rintasyöpäpotilaiden hoitoon kuuluu onkologiset liitännäishoidot. Onkologi suunnittelee liitännäishoidot tapauskohtaisesti kaikkien patologisten- ja levinneisyystutkimusten valmistuttua. Liitännäishoitoihin mahdollisesti kuuluvat solunsalpaaja lääkähoidot voidaan antaa Savonlinnan keskussairaalassa lääkehoitoyksikössä. Mikäli itsemaksavan rintasyöpäpotilaan sairauden hoito vaatii sädehoitoa, voidaan se toteuttaa Pohjois-Karjalan keskussairaalassa Joensuussa yhteistyösopimuksen turvin. Liitännäishoitojen jälkeiset kontrollit määräytyvät yksilöllisesti taudinkuvan mukaan.

Itsemaksavan rintapotilaan tulkkipalvelut on järjestetty Plastiikkakirurgia Helena Oy:n kautta. Tulkkina toimii joko Savonlinnan keskussairaalassa työskentelevä lääkäri oman työnsä ohessa tai Helena Oy:n markkinointipäällikkö. He ovat tavoitettavissa tulkkausta varten oman työaikansa puitteissa. Ilta- ja yöaikaisesta tulkkauksesta ei ole tehty erillistä sopimusta.

6 Tulokset

Opinnäytetyön tiedonkeruumenetelminä käytettiin teemahaastattelua ja dokumenttianalyysiä. Näiden tuloksena pyrittiin löytämään kehittämisehdotuksia itsemaksavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessin parantamiseksi. Teemahaastattelujen ja dokumenttianalyysin tulokset on analysoitu ja raportoitu erillisinä kokonaisuuksina, jotta kehittämiskohteet ovat helpommin liitettävissä prosessin eri vaiheisiin.

Raportointi on toteutettu aineiston analyysivaiheen teemoittelun mukaisesti. Teeman alle on koottu löydöksiä haastatteluaineistosta. Löydöksiä on perusteltu suorilla lainauksilla, jotka on merkitty raporttiin sitaatein. Lopuksi tuloksista on tehty yhteenveto. (Kananen 2012, 117.)

6.1 Avainhenkilöiden teemahaastattelun tulokset

Potilaan lähettäminen kirurgiseen hoitoon

Haastateltavat avainhenkilöt kokivat potilaan lähettämisen kirurgiseen hoitoon haasteellisena. Saapuvan lähetteen tiedot katsottiin olevan puutteellisia lähinnä henkilötietojen osalta. Tämän koettiin vaikeuttavan palveluprosessin käynnistymistä. Suullisen lähetteen kohdalla koettiin ongelmallisena kirjaamisvirheet, joita syntyy kun tietoja kirjataan puhelinsoiton perusteella. Järjestelmän toiminnan kannalta koettiin tärkeänä, että kaikki tiedot olisi kirjattu järjestelmään heti oikein. Avainhenkilöt esittivät kehittämisehdotuksena hoitoon lähettämisyvaiheeseen henkilötietolomaketta, joka tulisi lähetteen liitteenä sähköisesti. Henkilötietolomakkeeseen olisi kirjattu potilaan nimi, henkilötunnus, osoite, puhelinnumero ja kansalaisuus sekä lähiomaisen tiedot.

”Tuntuu vähäpätöiseltä siinä vaiheessa, kun potilaalla on vakava sairaus, että takerutaan johonkin puhelinnumeroon tai osoitetietoon. Mutta järjestelmät eivät toimi, jos ne kaikki ei ole kunnossa.”

”Olisi mustaa valkoisella, joku henkilötietolomake valmiina.”

Palveluprosessin sujuvuus

Avainhenkilöt kokivat yhteistyön palveluprosessin eri toimijoiden välillä hyvänä. Ongelmaa koettiin olevan röntgentutkimusten saatavuuden kohdalla. Vastaukset tutkimuksista koettiin saatavan hitaasti tai ei ollenkaan. Röntgentutkimuksia ei myöskään

ollut saatu lainkaan sairaanhoitopiirin palveluina, vaan ne oli ostettu yksityisen palveluntarjoajan kautta. Tämä aiheutti viivytystä potilaan palveluprosessiin. Ongelmalliseksi koettiin myös tilanne, jossa leikkaava lääkäri ei ollut kotiuttamassa potilasta. Tuolloin hoidon laadun koettiin heikentyvän.

”Se kulkee aika jouhevasti. Ei siellä pahoja ongelmia ole.”

”Röntgenin kanssa on ollut paljon ongelmia. Vaikka talon sopimuksessa lukee, että talo myy röntgen- ja laboratoriopalvelut niin röntgenyksikön lääkärit ovat ottaneet sen kannan, että he eivät halua hoitaa yksityispotilaita työaikana.”

”Jos leikkaava lääkäri ei hoida potilasta loppuun saakka, niin hoito ei pysy yhtä laadukkaana alusta loppuun saakka. Toiset lääkärit eivät panosta siihen hoitoon yhtä paljon.”

Tiedonkulku palveluprosessin eri vaiheissa

Tiedonkulussa nähtiin parannettavaa. Haastateltavat kokivat, että tieto ei kulje eri yksiköiden välillä sujuvasti. Puutteellisen tiedonkulun nähtiin aiheuttavan turhaa työtä. Kehittämisehdotuksena avainhenkilöt esittivät riittävän ajoissa tulevaa tietoa potilaasta sekä tarkkaa kirjaamista ja raportointia eri yksiköiden välillä. Lisäksi esitettiin, että jokaiseen yksikköön olisi nimetty vastuhenkilö koordinoimaan yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan potilaan palveluprosessia.

”Tieto ei kulje joka yksikköön välttämättä. Siitä tulee tosi paljon mielipahaa monelle ja häiriöitä. Aina yritetään, että se olisi sairauskertomuslehdiltä luettavissa.”

”Varmistustieto potilaasta pitäisi saada riittävän ajoissa. Välillä varataan aikoja ja sitten potilas ei jostain syystä tulekaan. Siinä tietenkin on turha työ.”

”Toivon organisaation hioutuvan niin hyväksi, että jokaisessa yksikössä olisi henkilö joka ottaisi tästä palveluprosessista vastuun.”

”Sovittaisiin hyvin tarkasti mistä luetaan.”

Resurssien riittävyys

Resurssit potilaiden hoitoon koettiin riittävinä. Huolenaihe oli kuitenkin meneillään olevat yhteistoimintaneuvottelut ja niihin liittyvät henkilöstövähennykset.

”Meillä on tilat, leikkaussalit, henkilökunta ja tietotaito hoitaa.”

”Koko ajan vähennetään henkilökuntaa. Tällä hetkellä vielä on, mutta miten sitten jatkossa on henkilökuntaa tarjota.”

Johdon ja henkilökunnan asenne itsemaksavan potilaan palveluprosessiin liittyen

Haastatellut avainhenkilöt kokivat sairaalan johdon antaman tuen hankkeelle olleen puutteellista. Tämän nähtiin vaikuttavan koko sairaalassa vallitsevaan ilmapiiriin hanketta kohtaan. Avainhenkilöt kokivat potilaiden asioiden hoitamiseen liittyvän negatiivista asennetta työntekijöitä kohtaan. He kuitenkin uskoivat, että potilaiden kohtelu on ystävällistä ja ammattitaitoista. Kehittämisehdotuksena sairaalan johdolta toivottiin aktiivisempaa ja kannustavampaa otetta itsemaksavan potilaan palveluprosessia kohtaan.

”Aina kun soitan jostain, olen tunnistavinani negatiivista asennetta. Vastaanotto on sellainen, että siinä on negatiivista. Ai, se on Helena Oy:n potilas.”

”Sairaalan ilmapiiri on kääntynyt prosessia vastaan.”

”Talon johto olisi jollain tavalla aktiivisempi ja loisi sellaista ilmapiiriä, että tämä on meidän juttu.”

”Tässä olisi hyvä julkisivu Savonlinnan keskussairaalalle, että me voidaan tarjota korkeatasoisia palveluja ulkomaalaisille potilaille. Tulevaisuudessahan tämä koskee koko Eurooppaa.”

Venäjän kielen merkitys potilaan palveluprosessissa

Avainhenkilöt kokivat tulkkipalvelut ongelmallisina. Suurimpana ongelmana nähtiin se, ettei tulkkipalvelua ole koko ajan saatavilla. Toisena ongelmana tulkkaukseen liittyen koettiin lääkärin toimiminen hoitajan tulkkina. Ajateltiin, että tulkkaus saa lääketieteellisen näkökulman ja ei tapahdu sanasta sanaan. Kirjallisen materiaalin puuttumisen koettiin pahentavan kieliongelmaa, koska asioita ei voitu käydä suullisesti läpi kielitaidon puuttuessa. Kehittämissuunnitelmaksi esitettiin ympärivuorokautisen puhelintulkkauksen saatavuutta tulkkipalvelusta sekä hoitohenkilökunnan venäjän kielen taidon hankkimista. Lisäksi ehdotettiin yksityiskohtaista kirjallista materiaalia potilasohjauksen tueksi.

”Sairaalassa on mahdollista saada joku tulkkamaan. Se ei kuitenkaan elä siinä hetkessä kun potilaalla on joku kysymys. Menee liian pitkä aika ennen kuin saa vastauksen.”

”En pysty selittämään asioita ohjauksen ohessa kieliongelman takia. Kirjallisen materiaalin pitäisi olla yksityiskohtaisempi kuin suomenkielinen.”

”Tulkki vois olla vaikka puhelimen päässä, mutta sen pitäisi olla silloin saatavilla kun tarvitaan.”

Hinnoittelu ja laskutus

Haastatteluissa tuli esiin hinnoittelun haasteellisuus ja vaikeus. Kehittämissuunnitelmaksi esitettiin hintojen ja hoidon sisällön tarkkaa määrittelyä vakioidun hinnaston luomiseksi.

”Joka kerta löytyy yllätyksiä, kun potilasta laskutetaan. Vakioitu hinnoittelu on haasteellista ja vaikeaa.”

Yhteistyö sairaanhoitopiirin ulkopuolisten toimijoiden kanssa

Yhteistyö eri sidosryhmien välillä nähtiin toimivan pääsääntöisesti hyvin. Ongelmalliseksi koettiin röntgenpalveluita tuottavan Scannovan kuvien siirtymättömyys sairaalan järjestelmään. Kuvat tulevat cd-levyllä ja eivät ole katseltavissa kaikilla työasemilla. Terveystalon kanssa yhteistyö sujui hyvin ja palvelu koettiin ystävälliseksi. Kehittämiskohteeksi koettiin yhteistyön lisääminen potilaan ohjauksessa. Avainhenkilöt kokivat, etteivät tiedä millaista ohjausta tai materiaalia potilaat saavat Terveystalolla pre- ja postoperatiivisesti. Sädehoidon järjestämisessä Pohjois-Karjalan keskussairaalassa ei ollut koettu ongelmaa ja palvelun kuvattiin toimivan joustavasti. Kehittämisehdotuksena esitettiin, että yksityisen palveluntuottajan tekemät röntgentutkimukset siirrettäisiin sairaalan tietojärjestelmään.

”Jos kuvat on Scannovalla, niitä ei saada näkyviin meidän järjestelmään. Silloin täytyy toimia eri kautta.”

”Se on kehittämisen paikka, että tietäisi mitä potilaalle ohjataan ennen tuloa ja tietäisi mitä potilaan kanssa käydään läpi sen jälkeen kun he kotiutuvat osastolta.”

”Joensuu antaa ajat jo hyvissä ajoin ja selkeät ohjeet miten toimia. He ovat olleet hyvin joustavia tutkimusten kanssa.”

”Potilaan yksityiset kuvat voidaan laittaa meidän Pacs:n, oli ne kuvattu missä hyvänsä. Miksei vois siirtää näitä Scannovan kuvia myös?”

6.2 Potilaiden teemahaastattelun tulokset

Potilaiden teemahaastattelun tulokset on raportoitu teemahaastattelurungon mukaisesti. Raportissa olevat sitaatit ovat tulkin kääntämiä potilaiden ilmaisuja. Alkuperäis-kielisiä ilmaisuja ei voitu käyttää, koska opinnäytetyön tekijällä ei ole venäjänkielen taitoa.

Leikkaukseen valmistautuminen

Potilaiden kokemus kirurgiseen hoitoon lähettämisestä oli hyvä. He olivat saaneet leikkaukseen valmistautumisohjeet ja leikkauksutsun suullisesti ennen leikkausta suoraan lääkäriltä. Potilaat kokivat saamansa ohjauksen olleen selkeää ja suullisen kutsun riittävä. Haastatellut potilaat olivat käyneet lisätutkimuksissa Savonlinnan keskussairaalassa. Lisätutkimuksina oli tehty laboratorio- ja röntgentutkimuksia. Toinen potilas oli tyytyväinen tehtyihin lisätutkimuksiin ja toinen potilas olisi halunnut tutkimuksia tehtävän lisää suomalaisesta käytännöstä poiketen. Henkilöstön asenteen he olivat kokeneet myönteisenä.

”Minulla oli selkeä suunnitelma milloin pääsee sairaalaan tutkimuksiin, mikä on so-
piva leikkausaika ja millaisia toimenpiteitä tehdään.”

”Hyvä kokemus, kun kaikki oli tarkastettu.”

”Suomessa tehdään vain välttämättömät tutkimukset.” ja ”Tutkimuksiin ei tehdä lä-
hetettä, jos lääkäri ei katso niitä aiheelliseksi.”

Leikkaus

Potilailla oli mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa ennen leikkausta. Leikkausosas-
ton hoito koettiin ystävällisenä ja riittävänä. Potilailla ei ollut leikkaushoitoon liittyviä
kehitysehdotuksia.

”Lääkärillä oli aikaa ja kärsivällisyyttä vastata kaikkiin kysymyksiin.”

”Henkilökunta oli todella ystävällistä ja kaikki toimi hyvin.”

Vuodeosastohoito

Potilaiden kokemus vuodeosastohoidosta kokonaisuutena oli hyvä. Henkilökunta koettiin ystävällisenä ja iloisena, myös palveluun oltiin tyytyväisiä. Ohjausta potilaat kokivat saaneensa riittävästi. Kehittämisehdotuksena toinen potilaista kertoi toiveensa, että omaiset voisivat yöpyä osastolla.

”Hyvä kokemus.”

”Kaikki olivat iloisia.” ja ”Oli todella hyvä palvelu ja henkilökunta.”

”Sain riittävästi ohjausta.”

”Toivoisin, että omaiset voisivat yöpyä osastolla.”

Kotiutuminen

Potilaat saivat kotiutustilanteessa suullista ohjausta lääkäriltä ja hoitajilta. Lisää ohjausta olisi toivottu leikkauksesta kuntoutumiseen. Potilaille oli tehty jatkohoitosuunnitelma kotiutusvaiheessa ja se tarkentui, kun patologin vastaus saatiin.

”Hoitaja antoi paperin, jossa kerrottiin kolme erilaista jumppaliikettä. Olisin halunnut saada niitä ohjeita enemmän.”

Molemmilla potilailla kertyi seromaa eli kudosnestettä haavaonteloon kotiutumisen jälkeen. Tämän ongelman hoitamiseen he olivat saaneet ohjeet ja hoito oli sujunut ongelmitta. Toinen potilas oli tyytyväinen kun oli saanut venäläisen lääkärin kontaktiajan leikkauksen jälkeen. Toinen potilaista toivoi, että Venäjällä olisi lääkäri, jolla olisi yhtenäiset hoitokäytännöt leikkauksen jälkeen lääkärin kanssa.

”Nestettä kertyi kainaloon, mutta se on normaalia leikkauksen jälkeen. Sitä piti ottaa pois kerran Suomessa ja kahdesti Venäjällä.”

”Venäläinen lääkäri halusi tehdä erilaisen toimenpiteen, kuin Helena sanoi. Haluaisin, että olisi lääkäri, joka toimisi Helenan kanssa yhteistyössä. Potilas voisi luottaa täysin lääkäriin, eikä tarvitsisi koko ajan kysyä Helenalta, mikä toimenpide on oikea.”

Tiedonsaanti

Sairauteen ja leikkaukseen liittyvä tiedonsaanti koettiin riittävänä. Sairaalan käytännöistä potilaille ei ollut annettu juurikaan tietoa. He eivät kaivanneet tällaista tietoa, koska joku oli aina ohjaamassa heitä oikeaan paikkaan ja aina saattoi kysyä. Maksujen kanssa potilailla ei ollut ongelmia.

”Aina oli joku ihminen minun mukani ja kulki kanssani sairaalassa huoneesta toiseen.”

Sytostaattihoitoon liittyvä ohjaus koettiin puutteellisena. Potilaat kaipasivat kirjallisia ohjeita sytostaattihoitoon liittyen. Toinen potilaista ehdotti onkologin laatimaa ohjetta, joka voitaisiin antaa kaikille potilaille. Lääkärin läsnäoloa kaivattiin sytostaattihoidon aikana.

”Kaikki sytostaattihoito-ohjeet ovat suomenkielisiä. Ohjeet pitäisi olla ainakin englanninkielisiä jos kääntäminen venäjäksi ei ole mahdollista.” ja ”Haluaisin enemmän kirjallisia ohjeita sytostaattihoitoon.”

”Haluaisin, että lääkäriillä olisi enemmän aikaa vastata kaikkiin kysymyksiin hoidon aikana. Nyt en aivan tiennyt mitä tehdään ja miksi.”

Potilasprosessi kokonaisuutena

Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon kokonaisuutena. Myös tulkkipalveluun oltiin tyytyväisiä. Molemmat potilaat voisivat suositella hoitoa ystävilleen ja toinen heistä oli jo niin tehnytkin.

”Olen tyytyväinen ja tärkeintä on, että saan terveyteni takaisin.”

”Sain aina apua tulkilta kun tarvitsin.”

6.3 Dokumenttianalyysin tulokset

Dokumenttianalyysissä pyrittiin löytämään prosessin ongelmakohtia eli pullonkauloja. Dokumenttianalyysiä käytettiin vahvistamaan teemahaastattelujen tuloksia, sillä haastateltavien joukko oli pieni. Lisäksi haluttiin toisenlainen näkökulma kehittämistyön tueksi. Raportointi on tehty avainhenkilöiden haastattelun analyysivaiheen teemoittelun mukaisesti ja dokumenteista on pyritty löytämään samankaltaisia ilmaisuja. Sitaateissa olevat lauseet ovat suoria lainauksia palaverimuistioista.

Resurssien käyttö

Dokumenteista löytyi resurssien käyttöön liittyviä viitteitä. Ne koettiin osaltaan potilasmäärää rajoittavina tekijöinä. Palveluprosessin tarjoaminen yksityisellä rahoituksella hoitoon tulevalle potilaalle nähtiin mahdollisena tietyin rajoituksin. Epäillyiksi ongelmakohdiksi dokumentteihin oli kirjattu hoitavien lääkäreiden niukkuus, isotooppiosaston toiminta ja kirurgian poliklinikan sekä lääkehoitoyksikön riittävä henkilöstön määrä toiminnan lisääntyessä.

”Isotooppiosaston resursseista on kiistelty.”

”Helposti pullon kaulaksi tulee hoitavien lääkäreiden niukkuus.”

Venäjänkielen osaaminen

Dokumenttianalyysissä löytyi viitteitä venäjänkielen osaamiseen liittyen. Venäjänkielisen hoitohenkilökunnan hankkiminen poliklinikalle ja vuodeosastolle olisi tarpeen, koska talossa olevat venäjänkieltä osaavat työntekijät tekevät kukin omaa työtään, eivätkä välttämättä pysty siitä irrottautumaan. Lisäksi oli huomioitu potilasohjeiden kääntäminen venäjänkielisiksi.

”Tulee järjestää tulkkipalvelua. Talossa olevat venäjänkieliset kollegat voivat auttaa, mutta heidän päivittäisen ohjelman takia tuskin voidaan heitä jatkuvasti käyttää.”

”Huomioidaan jatkossa myös kotihoito-ohjeiden käännytyö.”

Hinnoittelu ja laskutus

Dokumenttianalyyssissä kävi ilmi, että hinnoitteluun ja laskutukseen oli kiinnitetty huomiota jo hankkeen käynnistymisvaiheessa. Silloin sen ei koettu muodostuvan ongelmaksi.

”Laskutuksen järjestäminen hallinnossa ei liene ongelma. Hinnan määrittely tulee tehdä tarkasti.”

6.4 Yhteenveto tuloksista

Potilaat olivat tyytyväisiä potilasprosessiin kokonaisuutena ja he halusivat suositella Itä-Savon sairaanhoitopiirin palveluita myös ystävilleen. Henkilöstön asenne ja vuorovaikutus potilaiden kanssa koettiin miellyttävänä ja ystävällisenä läpi palveluprosessin. Leikkaukseen valmistautuessaan he olivat saaneet oleelliset tiedot, eivätkä kaivanneet kirjallista materiaalia potilasohjauksen tueksi. Kehittämisehdotukset liittyivät puuttuviin potilasohjeisiin sairaalahoitajakson jälkeen. Suullinen informaatio oli riittävää, mutta potilaat toivoivat kirjallista informaatiota johon voisi kotona palata. Kirjallista informaatiota olisi kaivattu etenkin leikkauksesta kuntoutumiseen ja sytostaattihoitoihin liittyen. Sytostaattihoitojen aikana lääkärin läsnäoloa olisi toivottu. Potilaiden kehittämisehdotuksena tuli esiin myös tiiviimpi ja saumattomampi yhteistyö leikkauksen lääkärin ja venäjällä toimivan kumppanilääkärin välillä.

Avainhenkilöt kokivat prosessin toimivan pääsääntöisesti hyvin. Kehitysehdotuksia prosessiin kuitenkin löytyi. Työtä koettiin hankaloittavan puutteelliset lähetetiedot. Tämän koettiin vaikeuttavan palveluprosessin käynnistymistä ja aiheuttavan turhaa

työtä. Röntgentutkimukset tilataan yksityiseltä palveluntuottajalta ja tämän koettiin hidastavan palveluprosessia. Röntgentutkimukset eivät näy Itä-Savon sairaanhoitopiirin järjestelmässä ja tämä aiheuttaa lisää selvittelytyötä. Puutteellinen ja hidas tiedonkulku potilasprosessissa aiheuttaa haastateltavien mielestä turhaa työtä, joka vaikeuttaa prosessin sujuvuutta. Organisaation resurssit koettiin tällä hetkellä riittävinä. Johdon puutteellisen tuen koettiin aiheuttavan negatiivista ilmapiiriä hanketta kohtaan koko organisaatiossa. Venäjän kielen taitamattomuus koettiin ongelmallisena etenkin tilanteissa, joissa tulkkipalvelua ei ollut saatavilla. Lisäksi huolta aiheutti lääkärin toimiminen hoitajan tulkkina, jolloin tarkkaan käännöstyöhön ei uskottu. Palveluprosessin yhtenäinen ja vakioitu hinnoittelu puuttuu ja tämän koettiin aiheuttavan yllätyksiä potilaille laskutusvaiheessa. Yhteistyö Terveystalon toimijoiden kanssa nähtiin puutteellisena, sillä kokonaiskuva palveluprosessista jäi puuttumaan Itä-Savon sairaanhoitopiirin työntekijöiltä. He eivät tieneet millaista ohjausta potilaat saavat ennen leikkaukseen tuloa tai sen jälkeen.

Dokumenttianalyysissä resurssit nähtiin prosessin mahdollisena uhkatekijänä. Tämä koettiin mahdollisena ongelmana mikäli potilasmäärät nousevat korkeiksi. Venäjänkielen osaamista tarvittaisiin jatkossa lisää osastolle ja poliklinikalle. Potilasohjeiden kääntäminen venäjänkielisiksi nähtiin tarpeellisena.

7 Prosessin kehitysehdotukset

Tutkimukselliselle kehittämistyölle on tyypillistä, että kehittämistyön tueksi kerätään tietoa sekä käytännöstä että teoriasta. Kehittämistyöllä ei pyritä luomaan uutta tietoa vaan ratkaisuja ja ideoita käytännön ongelmiin. (Moilanen ym. 2014, 19.) Itsemaksavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessin kehitysehdotukset ja parannettu palveluprosessin kuvaus on luotu yhdistämällä käytännöstä nousseita kehittämiskohteita ja olemassa olevaa teoriaa.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi parannettu palveluprosessin kuvaus, joka tarjoaa vertailukohdan nykyiselle prosessille. Vertailu nykyisen ja tavoiteprosessin välillä auttaa pohtimaan niitä asioita, joihin tulisi kiinnittää huomiota käytännön työssä. (Laamanen 2003, 86–87.) Seuraavissa kappaleissa on esitetty parempia vaihtoehtoja olemassa olevalle prosessille ja ratkaisuja käytännön ongelmiin. Ehdotus käyttöönotettavasta palveluprosessista on piirretty ja avattu liitteeseen 3.

Parannetussa palveluprosessissa potilaasta tehdään lähete Itä-Savon sairaanhoitopiiriin. Lähete tehdään sähköisesti, jotta kaikki tiedot kirjautuvat Itä-Savon sairaanhoitopiiriin potilastietojärjestelmään oikein. Lähetteen mukana toimitetaan henkilötietolomake, johon potilaan nimen ja henkilötunnuksen lisäksi kirjattu osoite, puhelinnumero, kansalaisuus sekä lähiomaisen tiedot. Yhteistyötä laajennetaan Terveystalon kanssa, jotta saadaan potilaan palveluprosessi saumattomaksi ja sujuvaksi yli organisaatorajan. Kujala ja muut (2004, 126–127) toteavat, että terveystalujen tuottajat keskittyvät vain omaan potilasprosessiinsa ja kenelläkään ei ole selkeää käsitystä organisaatorajat ylittävien potilasprosessien kulusta. Hoitoketju syntyy kun kaksi tai useampia organisaatioita tuottaa yhdessä yhden potilasprosessin. Tämän kokonaisuuden tarkastelu auttaa paljastamaan organisaatorajojen ylitykseen liittyvät mahdolliset ongelmakohdat, jotka voivat aiheuttaa viivettä kokonaisprosessissa. Tunnistamaton kokonaisprosessi voi tuoda potilaalle tunteen, ettei kukaan vastaa hoidon kokonaisuudesta.

Jokaiseen yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan potilaan palveluprosessiin osallistuvaan yksikköön nimetään vastuuhenkilö, joka koordinoi palveluprosessia omassa työyksikössään. Vastuuhenkilöt ovat hoitotyöntekijöitä prosessin eri vaiheista. Vastuuhenkilöt osallistuvat prosessin jatkuvaan kehittämiseen osana työryhmää, joka nimitetään prosessin omistajaksi. Pesosen (2007, 132) mukaan prosessin omistaja voi olla joko yksittäinen henkilö tai ryhmä ihmisiä, jotka ovat vastuussa prosessista. Vastuu tarkoittaa prosessin kehittämistä ja seuraamista oikean lopputuloksen tuottamiseksi. Virtasen ja Wennbergin (2005, 143) mukaan tulosityksikköorganisaatiossa, kuten Itä-Savon sairaanhoitopiirissä, prosessin omistajilla ei ole esimiesasemaa prosessissa toimivia kohtaan. Prosessinomistaja ei myöskään omista prosessin toteutuksessa tarvittavia resursseja. Kokonaisvastuu säilyy tulosityksiköiden johtajilla. Prosessin omistajien

nimeäminen kuitenkin auttaa organisaation kehittämishankkeiden koordinoinnissa sekä prosessikuvausten ylläpitämisessä ja on siksi tärkeä osa prosessiajattelua.

Prosessin tehokkuuteen vaikuttaa myös se kuinka monta kertaa tehtävä siirtyy henkilöltä tai osastolta toiselle ja miten tietojärjestelmää hyödynnetään prosessin edetessä (Kiiskinen ym. 2002, 47). Avainhenkilöt kokivat tiedonkulun ongelmallisuuden aiheuttavan turhaa työtä prosessin eri vaiheissa. Parannetussa prosessissa kirjaaminen tehdään sähköiseen potilaskertomukseen, hoitokertomuksen mallipohjia hyödyntäen, mahdollisimman tarkasti. Kirjaamista täydennetään tarvittaessa suullisella raportoinnilla potilasprosessiin osallistuvien yksiköiden välillä. Tarkka kirjaaminen sähköiseen potilastietojärjestelmään vähentää tiedonkulun ongelmaa eri yksiköiden välillä ja lisää potilasturvallisuutta.

Venäjänkielen taito ei ole välttämätöntä asiakaspalvelutilanteessa, mutta venäjänkielen taidon puutteen vuoksi jää monta palvelua myymättä. Venäläiset ovat kertoneet perääntyneensä matkailupalvelun ostotilanteesta kuullessaan, ettei venäjänkielistä palvelua ole mahdollisesti saatavilla. Ilman sujuvaa venäjänkielen taitoa ei myöskään ongelmatilanteista selviä. (Malankin 2012, 46.) Avainhenkilöiden kehittämissuunnitelmana nousi mahdollisuus ympärivuorokautiseen tulkkaukseen joko henkilökohtaisesti tai puhelimen välityksellä. Prosessin kehityssuunnitelmana luodaan paikallisen tulkin kanssa sopimus siitä, että hänelle voi tarvittaessa soittaa ja saada tulkkaukspalvelua. Tulkkauksta voivat jatkossakin hoitaa Savonlinnan keskussairaalassa työskentelevä henkilökunta, heidän työtilanteensa niin salliessa. Henkilökunnalle tarjotaan mahdollisuutta venäjänkielen opiskeluun. Itä-Savon sairaanhoitopiirille laaditaan kirjalliset venäjänkieliset potilasohjeet ohjauksen tueksi. Potilasohjeiden sisältö esitellään potilaita hoitavalle henkilöstölle.

Avainhenkilöiden haastattelussa tuli ilmi johdon puutteellinen tuki hankkeelle. Ilmapiiri koettiin negatiivisena. Menestyvässä organisaatiossa työntekijöiden työkykyyn, työtyytyväisyyteen ja motivaatioon vaikuttavat eniten esimiesten ja työtovereiden arvostava ja kuunteleva asenne (Laamanen & Tuominen 2005, 59). Prosessiajattelussa useat toimijat saattavat vastata palveluiden toteutuksesta, kuten Itä-Savon sai-

raanhoitopiirissä. Prosessin menestyksekkäs toiminta edellyttää avointa vuorovaikutusta ja luottamusta siihen, ettei yksikään osapuoli pyri optimoimaan toimintaansa muiden kustannuksella. Luottamusta vaaditaan myös siihen, että prosessien toteutus on sujuvaa. Prosessijohtaminen vaatii monialaisen yhteistyön luomista. (Virtanen & Stenvall 2010, 153.)

8 Pohdinta

8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuus mittaa työn laatua. Luotettavuutta voidaan pitää myös työn hyvyden mittarina. Luotettavuutta tarkastellaan kahden käsitteen avulla, jotka ovat reabiliteetti (tutkimustulosten pysyvyys) ja valideetti (oikeiden asioiden tutkiminen, pätevyys). Luotettava opinnäytetyö edellyttää riittävän tarkkaa dokumentaatiota, jossa valinnat on kirjattu ylös ja niille on esitetty perustelut. Tällä pyritään siihen, että työ on jäljitettävissä eli toistettavissa samoin tuloksin. (Kananen 2012, 161–165.)

Opinnäytetyön dokumentoinnissa on pyritty mahdollisimman selkeään ja tarkkaan kuvaukseen siitä mitä on tehty, miksi ja miten. Opinnäytetyön raportointi on tapahtunut samanaikaisesti kehittämistyön edetessä. Erillistä tutkimuspäiväkirjaa ei ole pidetty, vaan ratkaisut ja valinnat on pyritty perustelemaan työn edetessä. Tutkimuspäiväkirjan käyttö olisi auttanut palamaan tehtyihin ratkaisuihin opinnäytetyön edetessä ja lisännyt siten opinnäytetyön luotettavuutta. Nyt jotkin perustelut jäävät hatariksi ja puutteellisiksi. Tutkimuspäiväkirjan puuttuessa niihin on vaikea palata muistinvaraisesti.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin perehtymällä kirjallisuuteen. Prosessijohtamisen ja prosessien kehittämisen aihealueesta on kirjoitettu paljon, mutta tuoretta kirjallisuutta aiheesta oli hankala löytää. Aihealuetta oli myös melko hankala rajata. Terveystieteiden tutkimusalue on etenkin Venäjältä Suomeen on uusi aihealue ja siitä ei tutkittua

tietoa juurikaan ole löydettävissä. Teoriaosuuteen olen pyrkinyt poimimaan keskeiset asiat kyseisistä aihealueista. Teoriaosuus jää heikohkoksi, mutta yhteys tutkimustuloksiin on löydettävissä.

Laadullisia tutkimusmenetelmiä käytettäessä tutkimus on aina ainutkertainen, eikä sitä voi toistaa sellaisenaan. Tutkijat voivat päätyä eri tuloksiin luokitellessaan ja tulkittessaan aineistoa. Tämä voi johtua esiymmärryksen ja perehtyneisyyden puutteellisuudesta. (Vilkkä 2007, 159.) Opinnäytetyön tekijänä työskentelen osana kehitettävää prosessia ja tämä on vaikuttanut tehtyihin ratkaisuihin. Nykytilan prosessikuvaus perustuu vain omaan olettamukseeni prosessin nykytilasta. Tämän luotettavuutta olisin voinut vahvistaa tekemällä työ ryhmässä, johon olisin kutsunut prosessissa työskenteleviä. Päädyin valintaani, koska en halunnut vahvistaa prosessissa toimijoiden näkemyksiä nykytilasta vaan jättää avoimen pohjan uusille kehitysideoille.

Tulosten luotettavuutta arvioitaessa on otettava kantaa myös havaintoyksikköjen riittävyyteen. Laadullisten menetelmien yhteydessä puhutaan aineiston saturaatiosta eli siitä milloin haastateltavien vastaukset alkavat toistaa itseään. Uusia havaintoyksiköjä otetaan niin kauan kun aineisto saturoituu. (Kananen 2012, 174.) Valitsin haastateltavat avainhenkilöt oman näkemykseni pohjalta prosessin eri vaiheista. Jo kolmannen haastattelun kohdalla vastaukset aikoivat toistaa itseään eli mielestäni neljä haastateltavaa avainhenkilöä oli riittävä otos. Potilaiden haastattelussa saturaatio saavutettiin jo kahden haastattelun jälkeen ja totesin, ettei lisää haastateltavia potilaita tarvita. Teemahaastatellut avainhenkilöt työskentelevät samassa työyhteisössä kanssani. Tulosten luotettavuuteen vaikuttaa se, että haastateltavat ovat saattaneet antaa minua miellyttäviä vastauksia. Korostin haastatelluille vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta aineiston käsittelyssä. Haastattelujen luotettavuutta olisin voinut parantaa luetuttamalla aineiston haastatelluilla. Tähän ei kuitenkaan aikataulullisesti ollut mahdollisuutta.

Tulkin käyttö kääntämisessä aiheuttaa kaksinkertaista tulkintaa. Alkuperäisaineiston näyttäminen tukee tutkimuksen validiteettia ja aineiston analyysin läpinäkyvyyttä. (Nikander 2011, 435–436.) Potilaiden haastattelut toteutettiin venäjänkielellä tulkin

avustuksella. Oman venäjänkielen taitamattomuuteni vuoksi ei sanantarkkaa litterointia voitu tehdä alkuperäiskielellä, vaan litterointi on tehty tulkin puheesta. On vaikea arvioida millainen vaikutus tällä käännöstyöllä on ollut potilaiden haastattelujen tuloksiin.

Haasteelliseksi osoittautui objektiivinen näkemys prosessista, sillä työskentelen itse osana prosessia. Kehittämisehdotuksia tehdessäni olen pidättäytynyt tutkimusaineistossani ja jättänyt omat esiolettamukset prosessin ongelmakohdista pois. Mielestäni olen onnistunut tässä hyvin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Itä-Savon sairaanhoitopiirissä yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessin nykytilanne, toimivuus ja löytää kehityskohdat. Tämän avulla palveluprosessia kehitettiin paremmaksi ja toimivammaksi. Tarkoituksena oli selkiyttää eri toimijoiden roolit potilaan palveluprosessissa kuvaamalla prosessi sanallisesti ja visuaalisesti uimaratakaavion muodossa. Opinnäytetyön tuloksena mallinnettiin palveluprosessi ja tämä ehdotetaan käyttöön otettavaksi Itä-Savon sairaanhoitopiirissä. Tavoitteet saavutettiin muilta osin, mutta uuden palveluprosessin toimivuutta ja paremmuutta ei voi arvioida ennen kuin se on otettu käyttöön. Lisäksi pitää luoda mittaristo niistä asioista joita prosessissa halutaan jatkossa arvioida. Onnistumista voidaan mitata esimerkiksi asiakastyytyvyydellä, joustavuudella tai läpimenoajalla (Kujala ym. 2004, 93.)

Eettisyys on huomioitava tutkimustyön eri vaiheissa. Aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkeyttää kenen ehdoilla tutkimusaihe on valittu ja miksi siihen on ryhdytty. Tutkittavien suojaan kuuluu selvittää tutkittaville tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät. Tutkittavien tulee osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkittaville ei saa aiheuttaa vahinkoa. Tutkimuksessa saatu tieto pitää käsitellä luottamuksellisesti ja nimettömästi. Tutkittavilla on oikeus odottaa, että tutkija on vastuuntuntoinen ja ei johda heitä harhaan. (Sarajärvi & Tuomi 2011, 128–131.) Eettisiä periaatteita on noudatettu koko opinnäytetyön prosessin ajan ja ne on pyritty dokumentoimaan raporttiin. Aineiston analyysin jälkeen haastattelutallenteet ja ryhmittelyä varten otetut tulokset tuhottiin.

8.2 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli mallintaa prosessikuvaus Itä-Savon sairaanhoitopiiriin käyttöön. Opinnäytetyötä tehdessäni totesin, että olisi ollut hedelmällisempää mallintaa koko potilaan läpikäymä prosessi yli organisaatorajojen. Tällöin kaikki prosessiin osallistuvat olisivat ymmärtäneet paremmin oman osuutensa potilaan prosessissa. Työn tilaaja oli toivonut prosessikuvausta Itä-Savon sairaanhoitopiiriin käyttöön ja siksi opinnäytetyössä pitäydyttiin organisaatorajoissa.

Prosessikuvausta voidaan hyödyntää Itä-Savon sairaanhoitopiirissä. Sitä voidaan käyttää mallina myös kuvatessa muiden yksityisellä ja julkisella rahoituksella hoitoa saavien potilasryhmien prosesseja. Jatkossa tämän kaltainen toiminta tulee lisääntymään kustannuspaineiden ja valinnanvapauden vuoksi. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä prosessien kuvaaminen tulisi saada osaksi työntekijöiden arkea ja jatkuvaa toiminnan kehittämistä. Prosesseille pitäisi nimetä omistajat tai vastuuhenkilöt, jotta toiminnan jatkuva kehittyminen turvattaisiin.

Opinnäytetyössä tuli esiin johdon puutteellinen tuki työntekijöitä kohtaan. Tähän ei opinnäytetyössä pystytty paneutumaan tarkemmin. Tästä tulisi organisaatiossa keskustella avoimemmin ja selvittää liittyykö työntekijöiden kokemus vain kyseiseen prosessiin. Esiemiesten tuella on vaikutus työntekijöiden työtyytyväisyyteen.

Venäjänkielisiä potilasohjeita ei Itä-Savon sairaanhoitopiirissä ole laadittu. Maantieteellisen sijainnin vuoksi venäläisiä potilaita hoidettaneen jatkossakin eri erikoisaloilla. Organisaatiossa tulisi sopia kuka käännöstyön jatkossa tekee, koska tarve venäjänkielisille potilasohjeille on olemassa.

Terveydenhoitomatkailua ei ole tutkittu etenkin sellaisissa tilanteissa, joissa matkailu suuntautuu kehittyvistä maista kehittyneisiin maihin. Tarkkoja lukumääriä terveydenhoitomatkailijoista ei löydy. Yksi syy voi olla salassa pidettävät potilastiedot ja puutteelliset tilastot. Toisena syynä voi olla sairauden henkilökohtaisuus ja siksi ha-

luttomuus osallistua tutkimuksiin. Terveystenhoitomatkailulla on Suomessa vahva potentiaali ja organisaatiot tarvitsisivat lisää informaatiota siitä kuinka sitä voi jatkossa hyödyntää. Suomen laki asettaa toiminnalle omat rajoitteensa.

Opinnäytetyötä voidaan käyttää jatkossa paikallisesti ja valtakunnallisesti kehitettäessä julkisen sektorin palveluiden myyntiä yksityisellä rahoituksella hoitoa saaville potilaille sekä palveluseteliä tai vakuutuskorvausta käyttäville potilaille.

8.3 Oma oppiminen

Opinnäytetyötä tehdessäni asiantuntijuuteni on kehittynyt työelämän kehittämistoiminnan suhteen. Olen hakenut, arvioinut ja soveltanut tutkittua tietoa omaan työhöni ja toimintaympäristööni sopivaksi. Opinnäytetyö on antanut työyhteisön jäsenille mahdollisuuden kehittää omaa työtään ja kehittämisen malli on siten välittynyt myös työyhteisöön ja kehittämistyöhön osallistuneille palveluprosessin avainhenkilöille.

Opinnäytetyöhön liittyvän teoriaosuuden rajaaminen osoittautui odotettua haastavammaksi. Prosessijohtamisen kirjallisuuteen liittyy laatujohtamista, palveluiden asiakaslähtöistä tuottamista ja arvon luomista asiakkaalle. Laajasta kirjallisuudesta oli hankala rajata ulkopuolelle jäävä osuus. Puhtaasti prosessijohtamista käsittelevä kirjallisuus on vanhahkoa. Johtamismalli ei ole uusi ja sitä on jatkokehitelty monella tavalla, kuten esimerkiksi lean-ajattelu osoittaa. Olen valinnut opinnäytetyöni lähteiksi prosessijohtamisen perusteoksia, joihin olen pyrkinyt löytämään tuoreita näkökulmia uudemmista julkaisuista. Teoriaosuuden kirjoittaminen perustui järjestelmälliseen tiedonhakuun sekä suomalaisista että ulkomaalaisista tietokannoista. Tässä hyvänä apuna toimi Asiantuntijan tiedonhankinta -opintojakso.

Yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan rintasyöpäpotilaan palveluprosessin kuvaus on ehdotus käyttöönotettavasta toimintamallista. Jatkossa on tärkeää, että mallia kehitellään ja muutetaan, mikäli siinä havaitaan puutteita tai ongelmakohtia. Jatkuva kehittäminen jääköön osaksi työelämää.

Lähteet

- Baldwin, K. & Plonien, C. 2014. Medical Tourism: A Nurse Executive's Need to Know. *AORN Journal* 4, 429–434. Viitattu 8.10.15. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Cinahl (Ebsco).
- Bauer, J. 2009. Medical tourism: wave of the future in a world of hurt?. *Healthcare Financial Management* 8, 36–42. Viitattu 8.10.15. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Cinahl (Ebsco).
- Boxberg, M. & Komppula, R. 2002. *Matkailuyrityksen tuotekehitys*. Helsinki: Edita Prima.
- Casey, M. & Krueger, R. 2000. *Focus groups: A practical guide for applied research*. 3rd. ed. USA.
- Hannus, J. 1994. *Prosessijohtaminen: ydinprosessien uudistaminen ja yrityksen suorituskyky*. 4. p. Espoo: HM & V Research.
- Hartman, S. & Kahri, P. 2011. Hoito- ja hoivapalveluiden kansainvälistyminen ja vienti- mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi. TEMin julkaisuja 2/2011.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Lisäp. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. p. Helsinki: Tammi.
- Horowitz, M., Jacobs, J., Mavroudis, C., Sade, M. & Siegel, A. 2013. Surgical Tourism: the Role of Cardiothoracic Surgery Societies in Evaluating International Surgery Centers. *The Annals of Thoracic Surgery* 1, 8–14. Viitattu 8.10.15. <http://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975%2813%2900519-5/fulltext>.
- Hyvinvointi- ja wellness -matkailun peruskartoitus. 2005. *Matkailun edistämiskeskus*.
- MEK A:144. Helsinki. Viitattu 12.12.2014. http://www.mek.fi/wp-content/uploads/2013/04/A144-Hyvinvointimatkailu_peruskartoitus.doc.
- Joensuu, H. 2013. Rintasyövän yleisyys, ennuste, riskitekijät ja ehkäisy. Julkaisussa Rintasyövän valtakunnallinen diagnostiikka- ja hoitosuositus. Suomen rintasyöpäryhmä ry, 6–8. Viitattu 30.1.2015. <http://rintasyoparyhma-yhdistysavain-fibin.directo.fi/@Bin/24b2e2b7ae1fc1eacfc73b5b628d248/1422609378/application/pdf/171266/www.terveysportti.fi-rintasyovanvaltakunnallinenendiagnostiikka-jahoitosuositus2013.pdf>.
- Kananen, J. 2012. *Kehittämistutkimus opinnäytetyönä – Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kautiainen, H. & Tarvainen, H. 2012. Venäjä – Aito mahdollisuus Etelä-Savolle vuonna 2020? Etelä-Savon elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksen raportteja. Viitattu 3.5.15. https://oa-doria-fi.ezproxy.jamk.fi:2443/bitstream/handle/10024/85777/Raportteja_112_2012.pdf?sequence=3.

Keinänen, M. & Vohlonen, I. 2012. Suomen erikoissairaanhoidon kapasiteetin hyödyntäminen terveysturmatkailussa. Julkaisussa Terveysturmatkailun tuotantopoliittiset vaihtoehdot: Erikoissairaanhoidon kysynnän ja tarjonnan tasapaino Suomessa. Toim. M. Keinänen, J. Komulainen, V. Koistinen, J. Klavus, P. Parmanne, M. Virtanen ja I. Vohlonen. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 9.10.2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0999-2/urn_isbn_978-952-61-0999-2.pdf.

Kiiskinen, S., Linkoaho, A. & Santala, R. 2002. Prosessien johtaminen ja ulkoistaminen. Porvoo: WS Bookwell.

Kujala, J., Lillrank, P. & Parvinen, P. 2004. Keskeneräinen potilas: terveydenhuollon tuotannonohjaus. Helsinki: Talentum.

Kuntayhtymähallitus. 2013. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymähallituksen pöytäkirja 26.3.2013. Viitattu 1.10.2014. www.isshp.fi.

Koivusalo, M. 2009. Globalisaatioparadoksi – terveysturmatkailu monopolien ja markkinoiden puristuksessa. Teoksessa Kansalaisesta kuluttajaksi: markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Toim. Alanko, A., Koivusalo, M. & Ollila, E. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 106–131.

Laamanen, K. 2003. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona: ideasta käytäntöön. 4. p. Helsinki: Laatu keskus.

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2009. Prosessijohtamisen käsitteet = Terms and [concepts](#) in business process management. 4. uud. p. Helsinki: Teknologian tutkimuskeskus Teknova.

Laamanen, K. & Tuominen, K. 2005. Prosessijohtamisen toimintamalli : Itsearviointin työkirja. Turku: Benchmarking.

Malankin, M. 2012. Venäläiset matkailun asiakkaina. Mikkelin ammattikorkeakoulun tutkimuksia ja raportteja. Viitattu 18.4.15. <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53492/URNISBN9789515883469.pdf?sequence=1>.

Makeeva, O. 2014. Venäjän terveysturmatkailun markkinakatsaus. Viitattu 8.11.15. http://www.tem.fi/files/38732/Olga_Makeeva_Finpro.pdf.

Modig, N. & Åhlström, P. 2013. Tätä on lean : ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Tukholma: Rheologica publishing.

Moilanen, T., Ojasalo, K. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.

Nikander, P. 2011. Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Julkaisussa Haastattelun analyysi. Toim. M. Hyvärinen, P. Nikander ja J. Ruusu vuori. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoda, 432-445.

- Pitkänen, R. 2000. Mahdollisuuksien johtaminen – kehittämisestä metakehittämiseen. Tampere: Tammer-Paino.
- Pesonen, H. 2007. Laatus! Asiantuntijaorganisaatioiden laatuopas. Juva: WS Bookwell.
- Potilasdirektiivi (Rajat ylittävä terveydenhuolto). 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 3.5.15. <http://www.stm.fi/potilasdirektiivi>.
- Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. p. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.
- Rintasyövän hoito. 2008. Syöpäjärjestöt 30.9.2008. Viitattu 30.1.2015. <http://www.cancer.fi/tietoasvovasta/syopataudit/rintasyopa/rintasyovan-hoito/>.
- Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uud. p. Vantaa: Hansaprint.
- Sosterin organisaatiokaavio 1.8.2015. 2015. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hallinto ja organisaatio. Viitattu 7.10.15. www.isshp.fi.
- Strategia 2014–2016. 2013. Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Yhtymävaltuusto. Viitattu 3.5.15. www.isshp.fi.
- Suontausta, H. & Tyni, M. 2005. Wellness-matkailu – hyvinvointi matkailun tuotekehityksessä. Helsinki: Edita Prima.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveyshallintotieteen väitöskirjatutkimus. Vaasan yliopisto, hallintotieteiden tiedekunta, julkisjohtamisen laitos. Viitattu 8.11.15. <http://www.tsr.fi/tsarchive/files/TietokantaTutkittu/2004/104444Loppuraportti.pdf>.
- Valtonen, H. & Willberg, M. 2007. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki. Viitattu 3.3.15. [http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3652.pdf&title=Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus ja palvelujarjestelmien vertailu fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3652.pdf&title=Pohjoismaiden+terveydenhuollon+rahoitus+ja+palvelujarjestelmien+vertailu+fi.pdf).
- Vilkkä, H. 2007. Tutki ja kehitä. 1–2 p. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, P. & Stenvall, J. 2010. Julkinen johtaminen. Tallinna: Tallinna Raamaturükikoda.
- Virtanen, P. & Wennberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.
- Zarubalova, M. 2013. Venäjän terveydenhuoltojärjestelmä - tietoja terveyspalveluiden käytöstä. TEM raportteja 10/2013. Viitattu 8.11.15. http://www.tem.fi/files/35773/tem_raportti_10_2013.pdf.

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Avainhenkilöt

- Toimenkuva
 - ammatti
 - rooli yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan potilaan prosessissa

- Potilasprosessien kulku
 - sovitut käytännöt potilasprosessissa, onko niitä?
 - toimivuus, sujuuko arki?
 - ongelmakohdat, esimerkkitalanteet?
 - esteet, onko niitä?
 - kehitysideat, miten voisi toimia toisin?

- Yhteistyö eri toimijoiden välillä
 - sidosryhmät, kuinka yhteistyö toimii?
 - yhteistyössä ilmenneet ongelmat
 - päällekkäiset työvaiheet, näkyykö käytännössä? onko työnjako selvä?
 - kehitysideat

- Muuta sanottavaa

Potilaat

- Leikkaukseen valmistautuminen
 - millaista ohjausta sait?
 - millaisen kutsun sait?
 - kävitkö lisätutkimuksissa, millainen kokemus sinulle jäi niistä?

- kehitysideat, miten voisimme parantaa leikkaukseen valmistautumisen vaihetta?

- Leikkaus
 - milloin ja millainen leikkaus sinulle tehtiin?
 - oliko sinulla mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa leikkauksesta
 - miten koit leikkausosaston hoidon?
 - kehitysideat leikkausvaiheeseen liittyen

- Vuodeosastohoito
 - millainen kokemus sinulle jäi vuodeosastohoidosta?
 - millaista ohjausta sait? olisitko kaivannut jotakin enemmän?
 - millainen ympäristö vuodeosasto oli hoitopaikkana?
 - kehitysideat vuodeosastohoitoon liittyen

- Kotiutuminen
 - saitko ohjausta kotiutustilanteessa? jos sait niin keneltä ja millaista?
 - tehtiinkö sinulle jatkohoitosuunnitelma, oliko se selkeä?
 - oliko sinulla ongelmatilanteita kotiutumisen jälkeen?
 - kehitysideat kotiutumiseen liittyen

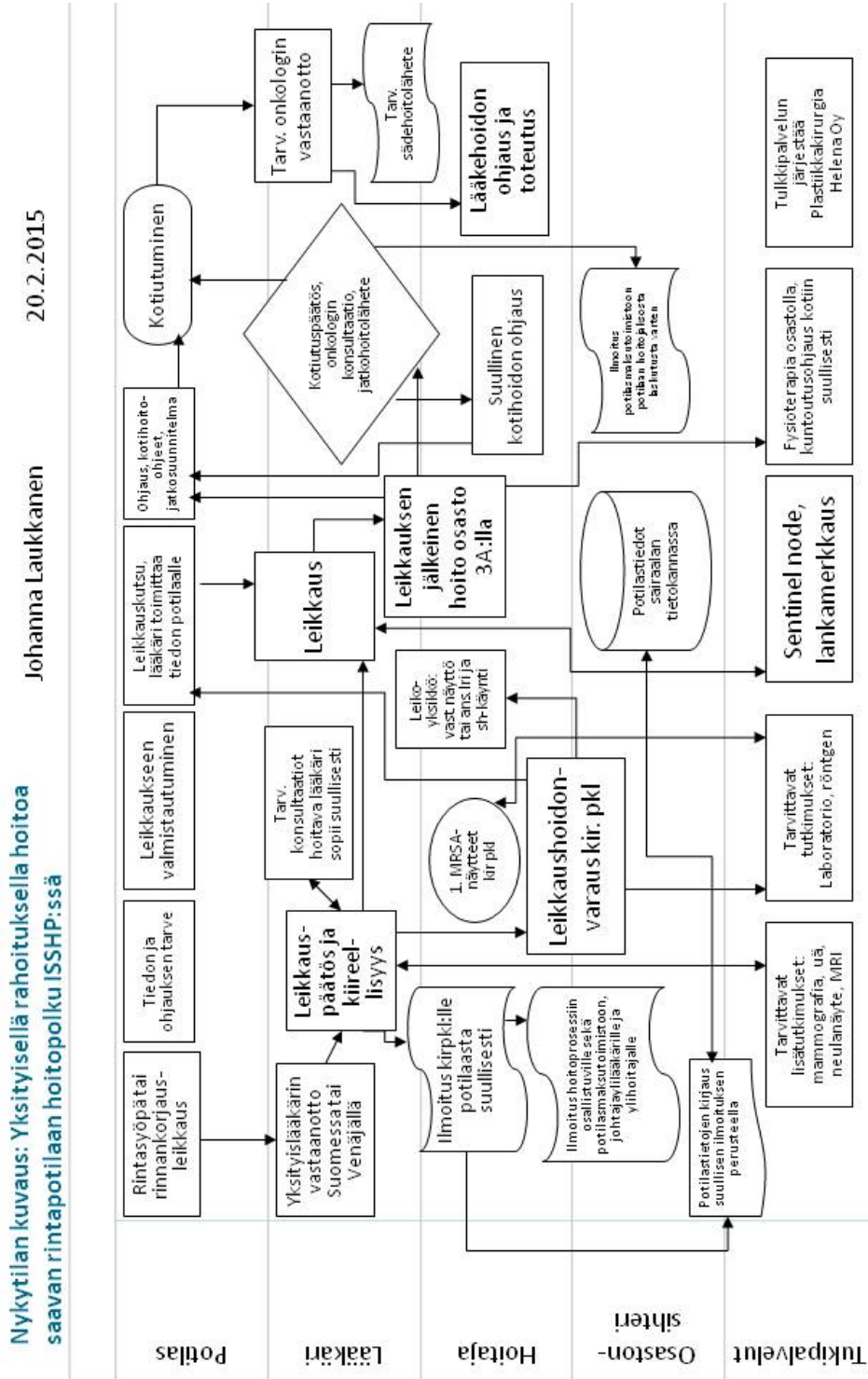
- Tiedonsaanti
 - millaista tietoa sait sairaudestasi?
 - hoidosta ja leikkauksesta?
 - sairaalan käytännöistä?
 - maksuista?
 - olivatko hoito-ohjeet ymmärrettäviä?
 - kehitysideat tiedonsaantiin liittyen

- Potilasprosessi kokonaisuutena
 - olitko tyytyväinen saamaasi hoitoon?
 - miten kuvailisit tulkkipalvelua?

- o millaisia ajatuksia sinulla saamastasi hoidosta kokonaisuutena?
- o suosittelisitko palveluitamme ystävillesi?

- Muuta sanottavaa

Liite 2. Nykytilan prosessikuvaus



1. Potilas tiedostaa tarpeen rintasyöpäleikkaukseen ja valitsee palveluntuottajaksi Plastiikkakirurgia Helena Oy:n organisoiman hoidon Itä-Savon sairaanhoitopiirissä.
2. Potilas hakeutuu lääkärin vastaanotolle Suomessa tai Venäjällä, jolloin leikkaava lääkäri tekee päätöksen leikkauksen tarpeellisuudesta ja kiireellisyydestä.
3. Potilas saa preoperatiivisen ohjauksen Terveystalolla lääkärin vastaanotokäynnin yhteydessä. Samalla otetaan ensimmäiset MRSA-näytteet.
4. Plastiikkakirurgia Helena Oy toimittaa sähköisen lähetteen ja henkilötietomakkeen Itä-Savon sairaanhoitopiiriin kirurgian poliklinikalle sekä ilmoittaa saapuvasta lähetteestä suullisesti kirurgian poliklinikan sairaanhoitajalle, joka on vastuussa yksityisellä rahoituksella hoitoa saavan rintapotilaan palveluprosessista. Samalla sovitaan leikkauspäivä. Lähetteestä tulee ilmetä diagnoosi ja tehtävät toimenpiteet koodeineen.
5. Kirurgian poliklinikan osastonsihteeri kirjaa lähetteen ja luo potilaalle henkilötiedot Itä-Savon sairaanhoitopiirin järjestelmään.
6. Hoitava lääkäri sopii tarvittavat muiden erikoisalojen konsultaatiot ja kirjaa ne Itä-Savon sairaanhoitopiirin potilastietojärjestelmään, jolloin myös vastaukset kirjautuvat samaan järjestelmään.
7. Kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja ilmoittaa leikkauksen ajankohdasta potilasprosessiin osallistuville eli leikkausosastolle ja vuodeosastolle sekä operatiivisen tulosityksikön ylihoitajalle, johtajaylilääkärille, anestesiaylilääkärille ja potilastoimistoon viimeistään kahta viikkoa ennen suunniteltua leikkausta.
8. Kirurgian poliklinikan osastonsihteeri varaa hoitavan lääkärin määräämät lisätutkimukset.
9. Kirurgian poliklinikan hoitaja ja osastonsihteeri tekevät leikkaushoidonvarauksen. Potilaalle varataan Leiko-yksikköön vastaustennäyttöaika tai preoperatiivinen vastaanottokäynti. Sairaanhoitaja/lääkäri tarkastaa potilaan anestesiakelpoisuuden.
10. Plastiikkakirurgia Helena Oy toimittaa leikkauskutsun potilaalle ja kertoo leikkaukseen valmistautumisesta.
11. Kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja tapaa potilaan viimeistään leikkausta edeltävänä päivänä ja ottaa ensimmäiset MRSA- näytteet.

12. Potilas saapuu päiväkirurgian yksikköön leikkausta varten toimenpidepäivän aamuna. Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämön kautta kirurgian vuodeosastolle jatkohoitoon.
13. Fysioterapeutti antaa potilaalle osastojakson aikana kirjallisen ja suullisen ohjeistuksen leikkauksesta kuntoutumiseen.
14. Hoitava lääkäri tekee kotiutuspäätöksen ja konsultoi tarvittaessa onkologia sähköisesti potilaan jatkohoidosta.
15. Vuodeosaston sairaanhoitaja antaa suulliset ja kirjalliset kotihoito-ohjeet potilaalle.
16. Vuodeosaston osastonsihtööri ilmoittaa potilasmaksutoimistoon potilaan hoitajaksosta laskutusta varten.
17. Potilas kotiutuu. Kotiutumisvaiheessa hoitava lääkäri kertoo potilaalle jatkohoitosuunnitelman ja sopii mahdollisista kontrollikäynneistä.