

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Aulikki Sihvonen  
Päivi Turunen

OPERATIIVISEN POTILAAN HOIDONVARAUSMALLIN  
KEHITTÄMINEN

Opinnäytetyö  
Lokakuu 2020



## OPINNÄYTETYÖ

Lokakuu 2020

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tikkarinne 9

80200 JOENSUU

+358 13 260 600 (vaihde)

Aulikki Sihvonen ja Päivi Turunen

Nimeke: Operatiivisen potilaan hoidonvarausmallin kehittäminen

Toimeksiantaja: Siun sote, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä, operatiivinen klinikkaryhmä ja välinehuoltopalvelut

Leikkaussali on yksi sairaalan kalleimmista yksiköistä. Sen vuoksi käytettävissä olevan saliajan sekä henkilöstön käyttöasteen on oltava korkea. Leikkaussalin tehokkuus vaikuttaa talouteen, potilaiden hoitoon pääsyyn sekä potilaiden tyytyväisyyteen ja henkilökunnan työhyvinvointiin.

Siun soten strategiset johtamisnäkökulmat määrittelevät esimiestyölle ja taloudenhallinnalle tavoitteet, joita myös tässä opinnäytetyössä on otettu tarkastelun lähtökohdaksi. Ne vaativat potilaan hoitoprosessien uudelleen järjestämistä sekä henkilöstö- ja talousresurssien tarkoituksenmukaisempaa kohdentamista. Vuoropuhelu ja tiivis yhteistyö eri ammattiryhmien kesken on välttämätöntä, jotta käytettävissä olevat resurssit saadaan optimaalisesti käyttöön ja potilas lopulta hyötyy siitä. Operatiivisen potilaan hoidonvarausmallin kehittämiseksi oli tarvetta Siun sotessa.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on tehostaa hoidonvarausprosessia optimoimalla Siun soten leikkausosaston sekä välinehuollon resurssien käyttämistä uuden toimintamallin avulla. Työelämälähtöinen tarve kehittää käytännön työelämää on tutkimuksellisen kehittämistoiminnan lähtökohtana. Aineistoa opinnäytetyöhön kerättiin Webropol-kyselyllä, josta saadut tiedot analysoitiin työpajatyöskentelyn pohjaksi. Näiden pohjalta syntyi uusi hoidonvarausmalli.

Jatkokehityskohteena voisi olla leikkaushoidon kustannusten kartoittaminen, saliajan hinta ja peruuntuneiden leikkausten kustannukset sekä leikkaustoiminnanohjausohjelman rakentaminen.

Kieli	Sivuja	71
Suomi	Liitteet	7
	Liitesivumäärä	21

Asiasanat

hoidonvaraus, resurssit, optimointi, kustannustehokkuus



**THESIS**  
**October 2020**  
**Master's Programme in Development and Management of Social Services and Health Care**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
FI-FINLAND  
Tel. +358 13 260 600

Authors  
Aulikki Sihvonon  
Päivi Turunen

Title  
Developing a Care Appointment Booking Model for Operative Patients

Commissioned by  
Siun sote, Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services, Operative Department and Central Sterile Supply Department.

**Abstract**

The operating room (OR) is one of the most expensive units in the hospital. Therefore, the available inpatient time and staff occupancy rate should be high. The OR has an impact on the economy, patients access to care, patient satisfaction and staff wellbeing. The strategic management in Siun sote defines the targets for the supervisory work and financial management. Those form the basis for the review in this thesis. The care process must be reorganized and human and financial resources must be targeted more purposefully. Dialogue and close co-operation between different professional groups is essential to ensure that the available resources are used optimally for the benefit of the patient. There was a need to develop a care appointment booking model for operative patients.

The purpose of this thesis was to employ the new model to enhance the care appointment process by optimizing the use of Siun sote resources in OR and Central Sterile Supply Department. The working life-based need to develop practical working life is the starting point for research and development activities. The material for the thesis was collected with a Webropol survey. The analysis of the obtained data served as the basis of the workshop. Based on these, the new care appointment booking model for operative patients was created.

Further development targets could focus on the cost mapping of surgical treatments, the price of inpatient time and the costs of cancelled surgeries, and the establishment of a surgical management program.

Language

Finnish

Pages

Appendices

Pages of Appendices

71

7

21

Keywords

patient care appointment booking model, resources, optimization, cost effectiveness

# Sisältö

1	Johdanto .....	6
2	Terveydenhuollon reunaehdoja .....	7
2.1	Terveydenhuollon kustannukset .....	7
2.2	Terveydenhuollon rahoitus .....	7
2.3	Terveydenhuollon palvelujen resurssointi .....	9
2.4	Lainsäädäntö ja hoitotakuu .....	10
2.5	Valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus .....	11
2.6	Terveydenhuollon eettisyys .....	13
3	Tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus terveydenhuollossa .....	13
3.1	Resurssit, suoritteet ja vaikutukset .....	13
3.2	Tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus .....	16
4	Hoidonvaraus ja hoidonvaraajat .....	18
4.1	Hoidonvaraus.....	18
4.2	Hoidonvaraaja.....	19
5	Operatiivinen klinikkaryhmä ja välinehuoltopalvelut .....	20
5.1	Operatiivinen klinikkaryhmä .....	20
5.2	LEIKO, HERKO ja operatiiviset vuodeosastot .....	23
5.3	Välinehuoltopalvelut.....	24
6	Prosessijohtaminen.....	25
6.1	Prosessijohtaminen käsitteenä .....	25
6.2	Prosessijohtaminen terveydenhuollossa.....	28
7	Toiminta Siun sotessa.....	29
7.1	Talouden rakenne Siun sotessa .....	29
7.2	Tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus Siun sotessa.....	29
7.3	Aineelliset resurssit Siun sotessa .....	30
7.4	Toiminnalliset resurssit Siun sotessa.....	32
7.5	Taloudelliset resurssit Siun sotessa.....	34
7.6	Hoidonvaraajat Siun sotessa .....	35
7.7	Prosessien johtaminen operatiivisessa klinikkaryhmässä.....	36
7.8	Prosessien johtaminen välinehuoltopalveluissa.....	37
8	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite .....	39
9	Opinnäytetyön kehittämisprosessin menetelmälliset valinnat .....	39
9.1	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta .....	39
9.2	Haastattelu ja kysely tiedonkeruumenetelminä.....	40
9.3	Sisällönanalyysi .....	41
9.4	Osallistaminen työpajatyöskentelyn avulla .....	41
10	Opinnäytetyön käytännön toteutus .....	43
10.1	Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi .....	43
10.2	Tietoperustan kerääminen .....	44
10.3	Webropol-kysely .....	45
10.4	Työpajatyöskentely .....	46
11	Tulokset ja analysointi.....	47
11.1	Taustatiedot .....	47
11.2	Hoidonvaraajan työnkuva .....	47
11.3	Järjestelmän toimivuus .....	50
11.4	Resurssit, töiden jakautuminen ja saliaika .....	50
11.5	Töiden jakautuminen ja yhteistyöalueet.....	51
11.6	Tuki työhön .....	51

11.7	Toimivat ja kehitettävät asiat.....	52
11.8	Muut asiat .....	55
11.9	Työpajatyöskentelyn tulokset.....	56
12	Hoidonvarausmalli .....	56
13	Pohdinta.....	57
13.1	Tulosten tarkastelu .....	57
13.2	Kehittämisprosessin arviointi .....	62
13.3	Eettisyys ja luotettavuus .....	65
13.4	Jatkokehitysideat ja -aiheet .....	66
	Lähteet.....	68

#### Liitteet

Liite 1	Saatekirje Webropol-kyselyyn
Liite 2	Kysely hoidonvaraajille
Liite 3	Kutsukirje työpajaan
Liite 4	Esimerkki teemoittelusta
Liite 5	Analyysi
Liite 6	Pohjamalli
Liite 7	Hoidonvarauksen toimintamalli

## 1 Johdanto

Leikkaussali on yksi sairaalan kalleimmista yksiköistä. (Leppikangas, Puolakka, Korppi & Laine 2015, 1947; Barbagallo ym. 2015.) Leikkaussalitoiminnan kustannukset kasvavat moniammatillisen tiimin suurten henkilöstömenojen sekä leikkaussalin varustuksen (laitteet, tietojärjestelmät, ylläpitokustannukset) vuoksi. Leikkaussali ja sen henkilöstö saadaan tehokkaaseen käyttöön minimoimalla leikkauspotilaan leikkaussaliaika ja samalla kuitenkin maksimoimalla leikkaussalissa hoidettavien potilaiden määrä. (Leppikangas ym. 2015, 1947–1948.) Leikkaussalin tehokkuudella on tärkeitä vaikutuksia talouteen, potilaiden hoitoon pääsyyn sekä potilaiden tyytyväisyyteen ja henkilökunnan työhyvinvointiin (Sohrakoff ym. 2014, 21). Kustannusten minimointi ei saa kuitenkaan vaikuttaa laatuun. Toimintoja virtaviivaistamalla, esimerkiksi Lean-ajattelun mukaisesti, moniammatillista yhteistyötä sujuvoittamalla ja rationalisoimalla työtä, voitaisiin vähemmällä saada enemmän. Uusia toimintamalleja varten on tarkasteltava kokonaisuuksia ja parannettava koko potilaan hoitoketjua. Kehittäminen ja muutos eivät näin ollen ole vain yhden yksikön, leikkaussalin, vastuulla, vaan kehittämisessä on mukana oltava koko potilaan hoitoketju ja sairaala. (Leppikangas ym. 2015, 1949–51.) Toimintaprosesseja kehitettäessä läpimenoaikojen (virtaustehokkuuden) tulisi olla tärkein mittari, ei käyttöasteen parantaminen (resurssitehokkuuden) (Laine & Leppikangas 2017, 911.)

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on tehostaa hoidonvarausprosessia optimoimalla Siun sotien leikkausosaston sekä välinehuollon resurssien käyttämistä. Tavoitteena on tuottaa uusi toimintamalli, jossa on huomioitu käytettävissä olevat resurssit, hoidonvaraajien työkaluksi. Työelämälähtöinen lähtökohta ja tarve kehittää käytännön työelämää on tutkimuksellisen kehittämistoiminnan lähtökohta (Toikko & Rantanen 2009, 54). Operatiivisen potilaan hoidonvarausmallin kehittämiselle oli tarvetta Siun sotessa. Hoidonvarausmallin kehittäminen oli aloitettu jo 2016, mutta sitä ei ole jatkettu organisaatiomuutoksen 2017 jälkeen, vaikka paljon muutoksia ja kehitystä hoitoprosesseissa on tapahtunutkin. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen niin kansallisesti kuin paikallisestikin talouden sekä johtamisen näkökulmasta.

## 2 Terveydenhuollon reunaehdoja

### 2.1 Terveydenhuollon kustannukset

Sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kustannuksissa kasvu on ollut lähes puolitoista kertaa nopeampaa kuin bruttokansantuotteella 1960-luvulta lähtien. Useissa kunnissa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kustannukset kattavat jo yli puolet kuntien budjeteista. (Lillrank, Reijonsaari, Heikkilä & Silander 2016, 13.) Terveydenhuollon kustannukset ovat osa palvelusektoria, joka aiheuttaa suurimman osan bruttokansantuotteen kasvusta. Tätä kasvua pitäisi pystyä hallitsemaan. Terveystalouden kasvuun sekä sitä kautta kustannusten nousuun vaikuttavia tekijöitä ovat ikääntyvä väestö ja hoivapalvelutarpeen kasvu sekä teknologiakehitykseen liittyvien kustannusten kasvu. (Kekomäki 2019, 197–199; Peltokorpi, Kujala & Lillrank 2004, 7; Lindqvist & Halila 2002, 9.) Kustannusten johtamisesta ja hallinnasta onkin tullut tärkeä osa terveydenhuollon johtamista menojen jatkuvan kasvun vuoksi. Puolet menoista kohdistuvat juuri erikoissairaanhoidon (Matveinen 2019.) Julkisen sektorin aloilla, kuten myös sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla, on kustannustehokkuuden vaatimuksesta jouduttu sopeutumaan muutoksiin ja rakenteiden muokkaamiseen. Niillä on pyritty säilyttämään ja turvaamaan laadukkaat palvelut väestölle asuinpaikasta riippumatta. (Rekola 2008, 12–13.)

### 2.2 Terveydenhuollon rahoitus

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on monikanavaista, jolloin rahat tulevat palvelujen järjestämiseen monesta eri lähteestä (kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt). Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan pääasiassa Suomessa kuudella tavalla: valtion ja kuntien verotuksella, pakollisilla (lakisääteisillä) ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla. Valtio maksaa kunnille valtionosuutta palvelujen järjestämisestä. Valtionosuus ei ole sidottu käyttötarkoitukseen, vaan valtio osallistuu palvelujen rahoittamiseen epäsuorasti kuntien tekemien päätösten kautta. Valtionosuudet tulevat kerätyistä verotuloista: tulovero, pääomaverot,

valmistevero ja arvonlisävero. Kunnat vastaavasti rahoittavat osuutensa sosiaali- ja terveystalouksista pääosin kunnallisveron tuotoilla ja valtionosuuksilla. (Pekuri 2014, 11; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 14.) Vuonna 2018 terveydenhuollon menot olivat 21,1 miljardia euroa. Kasvua edelliseen vuoteen verrattuna oli 1,2 % ja erikoissairaanhoidossa oli kasvua erityisesti 3,4 %. Menoista 75,8 % oli julkisesti rahoitettua ja 24,2 % yksityisesti rahoitettua. (Matveinen 2020, 1.)

Asiakasmaksujen suuruus määritellään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992 asiakasmaksulaki) sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettua asiakasmaksuasetusta (912/1992), joita sovelletaan myös Siun sote asiakasmaksupäätöksissä. Siun soten erikoissairaanhoidon poliklinikkamaksu on 41,20 euroa/käynti ja päiväkirurgian poliklinikkamaksu on 135,10 euroa. Kun toimenpide on suunniteltu päiväkirurgialla (sama tulo- ja lähtöpäivä) tehtäväksi, peritään päiväkirurginen asiakasmaksu. Mikäli potilas jää päiväkirurgisen tai lyhytjälkihoitoisen kirurgian toimenpiteen jälkeen vuodeosastolle hoidettavaksi, peritään potilaalta päiväkirurgian maksu (toimenpidepäivältä) ja vuodeosastohoitomaksu muilta hoitopäiviltä (Siun sote 2020a, 14–15.) Lyhytaikaisen laitoshoidon hoitopäivämaksu on 48,90 euroa/hoitopäivä, jota käytetään muiden kuin HERKO (heräämöstä kotiin) ja PÄIKI (päiväkirurginen) leikkauspotilaiden hoitomaksuna (Siun sote 2020a, 5, 40).

Budjetointi on johtajan tärkein työkalu sosiaali- ja terveydenhuollon talouden johtamisessa. Budjetti eli talousarvio on tietyn ajanjakson tavoitteellinen, mahdollisimman hyvään taloudelliseen tulokseen päätyvä, euromääriseksi muunnettu toimintasuunnitelma. Budjetti kertoo, mitä tuotetaan, kuinka paljon tuotetaan, miten ja millä resursseilla tuotetaan sekä miten rahoitus hankitaan näihin resursseihin. Budjetointi liittyy keskeisesti pitkäaikaissuunnitteluun ja strategiassa määriteltyjen tavoitteiden toteuttamiseen. Budjetoinnilla varmistetaan, että toiminnalliset tavoitteet pystytään täyttämään ja rahoitus on olemassa tarvittavien resurssien hankintaan. Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystalouksissa budjetointia ohjaavat kuntalainsäädäntö ja ohjeet. Kuntalain (410/2015) mukaan toiminnassa ja talouden hoidossa on noudatettava talousarviota, tällä korostetaan talousarvioon sisältyvien toiminnallisten tavoitteiden merkitystä. (Kankaanpää 2017, 212–214; Järvenpää, Länsiluoto, Partanen & Pellinen 2015, 235; Kuntalaki 410/2015.)



### 2.3 Terveydenhuollon palvelujen resurssointi

Yhteiskunta muuttuu jatkuvasti ja se näkyvät palvelutarpeissa, palvelujen resurssoinnissa ja henkilöstössä. Oletuksena on, että palvelut ovat tehokkaita, joustavia ja vastaavan muuttuviin palvelutarpeisiin. Lisäksi palveluiden odotetaan olevan vastavuoroisia (responsiivisia) ja tuloksellisia mutta myös etukäteen ennakoitavia, varmoja ja laadukkaita. Resurssiriippuvuusteoriassa organisaation toimintaympäristön, ulkoisten riippuvuussuhteiden ja sisäisten prosessien välittäjänä on usein eri mekanismeilla syntynyt ja eri tavoin näkyvä valta. Eri tahojen vaatimukset eivät aina ole yhteismitallisia, jolloin organisaation ulkoisen tuen saaminen johtamiselle voi olla haaste. (Niiranen 2014, 44.)

Kunta- ja palvelurakennemuutos, Paras-hanke vuosina 2007-2012, tavoitteli kunnallisten palvelujen saatavuuden turvaamista kohtuullisilla kustannuksilla palvelun tarvitsijan asuinpaikasta riippumatta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 25). Paras-hankkeen jatkoksi tuli Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (Sote-uudistus), joka maan hallitusten vaihtuessa on saanut erilaisia painotuksia ja johon mukaan on tullut myös maakuntauudistus. Molemmat uudistukset, Sote- ja maakuntauudistus, olisivat vaatineet monen lain, erityisesti perustuslain muutoksen. Sote-uudistuksen kanssa eduskunta ei päässyt päätökseen, vaan tehdyt selvitykset ja valmistelut siirtyivät seuraavalle eduskuntakaudelle. Vuonna 2019 aloittanut Rinteen hallitus (Marinin hallitus 12/2019 alkaen) jatkaa Sote-uudistusta, jossa koko julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa kehitetään vastaamaan yhteiskunnan muutoksiin. Uudistaminen tehdään palvelut edellä ihmiskeskisesti. Uudistuksessa siirretään sosiaali- ja terveydenhuollon painopiste peruspalveluihin ja varhaiseen ongelmien ehkäisyyn. Tavoitteena on myös nopeuttaa hoitoon pääsyä. (Valtioneuvosto 2019.)

Tuotannollinen uudistus rakenteissa sekä palveluprosesseissa on sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistuksen kohteena. Laadukkaiden innovaatioiden merkitys sekä niiden laajempi käyttöönotto korostuvat, sillä resurssit uudistuksiin niukkevat koko ajan. Tavoitteena on löytää innovaatioita, joiden avulla resurssien käyttöä saadaan optimoitua niin, että laadukkaiden palvelujen tuottamisen lisäksi

edistetään sekä ylläpidetään työhyvinvointia. Aktiivinen, laajanäkökulmainen, ongelmaratkaisukykyinen rajapinnassa oleva työntekijä on avainasemassa, sillä hän saa tietoa asiakkaiden lähtökohtaisista sekä muuttuvista tarpeista nopealla aikavälillä. Aktiivisella työntekijällä on mahdollisuus kehittää työtä ja palvelutuotantoa yhteistyössä muiden monisaajien kanssa. (Tuomivaara, Pekkarinen & Siervo 2015, 118.)

Organisaatioihin, jotka ovat toimintaympäristön muutosten ja organisaatiouudistusten keskellä, kohdistuu monia ristikkäisiä ja monimuotoisia (diversiteettisiä) odotuksia. Strategisessa johtamisessa, esimerkiksi henkilöstövoimavarojen johtamisessa on huomioitava, mikä on organisaation yhteiskunnallinen tehtävä ja sen tuottamien palveluiden vastaavuus. Verkostot ja sidokset vaikuttavat eri palvelualueiden keskinäiseen riippuvuuteen sekä toiminnan taloudellisuuteen, tulokellisuuteen ja vaikuttavuuteen. Kunnallisilla sosiaali- ja terveystaluuilla on monia eri rooleja niin paikallisesti kuin valtakunnallisesti osana yhteiskunnan hyvinvointijärjestelmää. Niitä ohjataan poliittisesti sekä paikallisesti. Sosiaali- ja terveystaluuorganisaatiot ovat alansa ammattilaisten työyhteisö, joka tuottaa asukkaille sosiaali- ja terveystaluuja. (Niiranen 2014, 43–44.)

## **2.4 Lainsäädäntö ja hoitotakuu**

Erikoissairaanhoidon työnjakoa ja eräiden tehtävien keskittämisestä on määritelty terveydenhuoltolaissa (2010/1326). Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoido järjestetään viidessä yliopistollisessa sairaalassa tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Terveydenhuoltolain 50 §:ssä määritellään laajan päivystyksen kriteerit. Laajan päivystyksen sairaaloilla tarkoitetaan niitä sairaaloita, jotka pystyvät järjestämään laajan ympärivuorokautisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen. Valtioneuvoston asetuksessa (583/2017) säädetään terveydenhuoltolain (1326/2010) 50 §:n 7 momentin nojalla, että laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikössä tulee olla akuuttilääketieteen, anesthesiologian ja tehohoidon, vatsaelinkirurgian, kardiologian, lastentautien, naistentautien ja synnytysten, neurologian, ortopedian ja traumatologian, psykiatrian, radiologian, sisätautien ja yleislääketieteen erikoisalojen

kiireellisen hoidon ja päivystyksen edellytykset ja osaaminen sekä yöpäivystystä lukuun ottamatta hammaslääketieteen päivystys. Kiireellistä hoitoa varten tarvitaan riittävä määrä osaavaa terveydenhuollon ammattihenkilöstöä. 2 luvun 17 § tarkennetaan päivystyksellistä leikkaustoimintaa. Yksiköissä, joissa on päivystyksellistä leikkaustoimintaa, tulee olla valmius välttämättömään leikkaushoitoon vaikeasti sairaiden tai loukkaantuneiden potilaiden kohdalla. Lisäksi tulee olla valmius seurantaan leikkauksen jälkeen sekä tarvittaessa tehostettuun hoitoon. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Valtioneuvoston asetus 583/2017.)

Erikoissairaanhoidon pääsy ja henkilön ottaminen sairaalaan kiireetöntä sairaanhoitoa varten edellyttää lääkärin tutkimukseen perustuvaa lähetettä. Terveydenhuoltolain 52 §:ssä määritellään, että hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen on potilaalle tarpeelliseksi arvioitu hoito toteutettava kohtuullisessa ajassa viimeistään kuuden kuukauden kuluessa. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on julkaistava neljän kuukauden välein sähköisesti tiedot 51–53 § (perusterveydenhuollon hoitoon, erikoissairaanhoidon, lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujen hoitoon pääsy ja sosiaalihuollon tarpeen arviointiin pääsy) mukaisista odotusajoista. Kunnan tai sairaanhoitopiirin on julkaistava tiedot kaikista sen toimintayksiköistä erikseen. Tiedot voi julkaista sähköisen muodon lisäksi muulla kunnan tai kuntayhtymän päättämällä tavalla. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

## **2.5 Valinnanvapaus ja itsemääräämisoikeus**

Valinnanvapaus vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin, sillä pärjätäkseen sairaaloiden välisessä kilpailussa organisaatio tulee pystyä tarjoamaan monipuolisia ja laadukkaita palveluita. Kustannusten kattaminen vaatii vakaan asiakaspohjan. Terveydenhuoltolain 48 §:n erikoissairaanhoidon palvelua tarvitseva henkilö voi valita kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön. Hoitopaikan valinta on tehtävä yhteisymmärryksessä sen lääkärin kanssa, joka antaa lähetteen (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Häkkinen, IsoMauno, Koivuranta-Ranta & Tyni 2014.) Valinnanvapaus antaa potilaalle mahdollisuuden valita, minne ja kenen hoidettavaksi hän hakeutuu sekä se oikeuttaa osallistumaan itseään koskevaan pää-

töksentekoon. Hoitopaikan valinta tapahtuu samalla tavalla kuin muutkin kuluttajien tekemät valinnat: on oltava mistä valita. Tämä voi johtaa epätasa-arvoon, jolloin haja-asutusalueella asuvat ovat eri asemassa kuin kaupungissa asuvat palvelujen tarjonnan suhteen. Ihmiset painottavat erilaisia asioita valitessaan terveyspalveluja. Osalle asiointiin helppous on tärkeintä, toiselle tuttu lääkäri on ensisijainen valinta ja kolmas voi tehdä valinnan netistä hakemalla vaihtoehtojen vertailutietoja. Valinnat kertovat palveluntuottajalle, mikä ihmisille on tärkeää. Jos raha seuraa potilasta, potilaan valintaa on kuunneltava. (Lillrank ym. 2016, 27–29.) Terveystieteiden oikeudenmukaisuus ja tasavertaisuus on kirjattu Suomen lainsäädäntöön (Lindqvist & Halila 2002, 10).

Ihmisarvo ja ihmisen kunnioittaminen ovat perustana sosiaali- ja terveysalalla. Itsemääräämisoikeutta rajoitetaan vain vaaratilanteissa, koska sillä on niin vahva lain antama suoja. Ihmisarvoon ja perusoikeuksiin liittyviä arvoja ja periaatteita ovat yhdenvertaisuus, tasapuolisuus, tasa-arvo, syrjimättömyys ja yksityisyyden suoja. Niitä tulee kunnioittaa asiakkaan ja potilaan sekä heidän läheisten kohtelussa. Jokaisella on oikeus saada oikeudenmukaista, kaikille yhtäläisin perustein järjestettyä hoitoa ja palvelua. Ammattilaiset vastaavat palveluiden laadusta. Palvelujen tulee olla jatkuvaa sekä ajallisesti että maantieteellisesti kohtuudella saavutettavissa. (ETENE 2011, 5–6.)

Vertailtaessa laatua kansainvälisesti valinnanvapaus, saatavuus ja saavutettavuus ovat tekijöitä, joita arvostetaan. Kun halutaan mitata laatua, tyytyväisyys saatuun hoitoon ja hoitoon pääsyn nopeus, ovat mittareina. Hoitojonot eivät yleensä kuvaa, onko hoito vaikuttavaa vai ei. Alueet, joissa toimenpiteitä tehdään väestöön nähden eniten, ovat alueita, joissa leikkausjonot ovat pisimpiä. Vaikutavuuden takana on usein resurssien tehokas käyttö terveydenhuollossa, jolloin saavutetaan myös kustannustehokkuutta. (Keistinen 2011, 56.)

## **2.6 Terveydenhuollon eettisyys**

Eettisyyden tulee näkyä päätöksenteossa sosiaali- ja terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Etiikan ja talouden välinen suhde vaatii erityistä huomiota. Talousnäkökulma ei saa ohittaa eettisyyttä. Taloudellisten resurssien tulee olla realistisia suhteessa toiminnan vaatimuksiin. (ETENE 2011, 7.) Ihmisarvon ja oikeudenmukaisuuden edistäminen osana järkevää taloudellista ajattelua ovat eettisesti keskeistä. Hyvä hoito eettisestä näkökulmasta muodostuu hyvän tekemisestä, jolloin vahinkoja pyritään välttämään. Hoidon tulokset, asiakkaiden kohtelu ja tehokas järjestelmä osoittavat terveydenhuollon laadun. (Keistinen 2011, 58; Niinistö 2011, 60.)

Eettisen osaamisen vaatimus koskee kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivia ammattilaisia sekä päätöksentekijöitä. Eettisesti kestävässä toiminnassa taloudellisuus ja tehokkuus toteutuvat järkevästi. Kun taloudellisuus ja tehokkuus korostuvat liikaa, jos ei riittävästi paneutumatta riittävästi siihen, mikä on todellisuudessa mahdollista. Voimavarojen tehoton käyttäminen ei ole kenenkään etujen mukaista. (ETENE 2011, 25–26.)

## **3 Tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus terveydenhuollossa**

### **3.1 Resurssit, suoritteet ja vaikutukset**

Leikkaustoiminta on kallista todetaan Helsingin ja Uudenmaan, Sitran ja Nordig Healthcare Groupin yhteisen projektin loppuraportissa 2008 leikkaustoiminnan tehokkuuden mittareista. Raportin mukaan leikkaussalitunnin hinta on 800–1000 euroa. Hinta muodostuu henkilöstömenoista (25–60 %), tavaroista ja tarvikkeista (15–45 %), tilat, laitteet ja poistoaika (5–10 %). Vaihtelua henkilöstömenoihin tuo väline- ja laitoshuollon kohdentuminen joko henkilöstömenoihin tai palvelujen ostoihin. Työvoiman käyttöaste eli tuottava käyttö on tärkeämpää kuin tilan käyttöaste. (Hari ym. 2008.)

Yhden leikkauksen keskimääräinen hinta on 2 154 euroa Siun soten kustannuslaskelmien mukaan. Pelkkä leikkaussalin käyttö maksaa hieman yli 1 200 euroa. Leikkaussalin pelkkään käyttöön lasketaan vuokra 10 %, laitoshuolto 6 %, välinehuolto 15 %, koneet ja kalusto, huolto ja kunnossapito, lääkintälaittehuolto 11 %, varasto-ostot (hoitotarvikkeet) 18 %, tietohallinto 4 % ja muut vyörytykset 36 %. Yhden leikkauksen henkilöstömenot ovat noin 946 euroa leikkausta kohden jakaantuen niin, että kokonaiskustannuksista hoitohenkilökunnan osuus on 22 % ja lääkäreiden osuus on myös 22 %, vaikka lääkäreitä lukumäärällisesti on huomattavasti vähemmän kuin sairaanhoitajia. Kustannuslaskelmat on tehty vuoden 2017 kustannusten pohjalta. Kustannusrakenne ei ole juuri muuttunut sen jälkeen, mutta luonnollisesti palkkakustannuksiin on tullut muutoksia niiden nousun vuoksi. (Koponen 2020.) Vertailuna voidaan todeta, että Kuopion yliopistollisen sairaalassa (KYS) yksi leikkauspäivä maksaa hieman yli 3 200 euroa, jossa jokainen erikoisala vuokraa päivän leikkaustiimin käyttöönsä ja suunnittelee leikkauspäivänsä haluamallaan tavalla. (Niskanen 2014, 431.) Leikkaussalin tai leikkauspäivän laskentamallit vaihtelevat sairaaloittain, eikä virallista tai yhdenmuukaista mallia ole olemassa, joka antaisi mahdollisuuden sairaaloiden leikkaustoiminnan kustannusten luotettavaan vertailuun.

Henkilöresurssit, tilat, materiaalit tai laitteet ovat muun muassa niitä resursseja ja panoksia, joilla saadaan aikaan suoritteita. Henkilöresurssit muodostavat suurimman osan kustannuksista terveydenhuollossa ja myös kirurgiassa. (Torkki 2012, 18.) Jokaisen potilaan lasku sisältää kiinteiden menojen osion. Kiinteitä kustannuksia ovat ne kustannukset, joka syntyy toiminnasta leikkausmäärästä riippumatta. Kiinteisiin kustannuksiin luetaan tilavuokrat, anestesia- ja leikkausosaston esimiesten palkat (ylilääkärit ja osastonhoitajat), sairaalan hallintopalvelut, kalusto ja laitteisto, puhtaanapito jne. Noin viidennes kaikista kustannuksista on kiinteitä kustannuksia. (Pöyhönen 2003, 160–163.)

Terveydenhuollossa puhutaan paljon tuottavuuden kasvattamisesta, tehokkuuden lisäämisestä ja sellaisten toimenpiteiden löytämisestä, jotka olisivat vaikuttavia. Tehokkuuden käsitettä käytetään monella eri tavalla ja eri merkityksellä. Sosiaali- ja terveydenhuollon taloustieteessä tehokkuus määritellään palvelujen tuottamiseen käytettävien resurssien (koneet, laitteet, rakennukset, työvoima

jne.) avulla. Resursseilla tuotetaan suoritteita (palveluja) ja palveluilla on jotain hyvinvointivaikutuksia (terveyttä, sosiaalista toimintakykyä). Taulukossa 1 on kuvattu resurssien ja suoritteiden vaikutus toisiinsa (Valtonen 2011, 73.)

Taulukko 1. Resurssit, suoritteet ja vaikutukset (mukaiillen Valtonen 2011,73).

<b>Resurssit -&gt; Suoritteet -&gt; Vaikutukset</b>
Resurssien ja suoritteiden välinen suhde on tuottavuus: toiminnan tuottavuus kasvaa, jos samalla resurssimäärällä saadaan enemmän suoritteita.
Suoritteiden ja vaikutusten suhde on vaikuttavuus: Suoritteen A vaikuttavuus on parempi kuin suoritteen B, jos A:sta seuraa suurempi terveyden ja hyvinvoinnin lisäys kuin B:stä
Resurssien ja vaikutusten suhde on kustannusvaikuttavuus tai tehokkuus: jokin toiminta A on tehokkaampaa tai kustannusvaikuttavampaa kuin toinen toiminta B, jos käytettyjä resursseja (niiden arvoa) kohden saadaan A:ssa enemmän hyvinvointivaikutuksia kuin B:ssä.

Aineellisilla resursseilla tarkoitetaan palvelutuotannossa tarvittavia tavanomaisia, ostettavissa olevia ja välittömiä kustannuksia synnyttäviä tuotantopanoksia. Aineellisten ja aineettomien resurssien ajatellaan vaikuttavan sekä hyvinvoinnin tuotannon välittävin vaikutuksiin ja palveluihin että erityisesti palvelujen lopulliseen vaikutukseen eli palvelun käyttäjän hyvinvointiin ja elämänlaatuun. (Kettunen & Piirainen 2005, 197.) Kaikki palvelujen tuottamiseen käytettävien voimavarojen määrä suhteessa palvelujen määrään kertoo toiminnan tehokkuudesta. Toiminnan tehokkuuden kanssa rinnakkain voidaan käyttää myös kohdennettavan tehokkuuden käsitettä, jolloin voimavaroja suunnataan mahdollisimman suuren hyödyn toimintoihin. Kun tehdään oikeita asioita, vasta sitten voidaan mitata tehokkuutta. (Kekomäki 2019, 44–45.)

Toimintojen kehittämiseksi sekä näyttöön perustuvalle toiminnalle on sosiaali- ja terveydenhuollossa yhä enemmän tarvetta. Toiminnasta ja kehittämiskohteista saadaan nykyisin palautetta sekä sisäisesti että ulkoisesti. Kaikelle palautteelle on tarvetta, sillä vaatimusten kasvaessa kasvaa myös huoli resurssien riittävyydestä. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa seuraavia sekä seurantatietojen keräämismittareita on paljon mutta niiden pääpaino on yleensä lopulta vain lopputulosten arvioinnissa. Varsinaisten prosessien arviointiin on tarjolla vain vähän mittareita. Kehittämistoiminnan kannalta on keskeistä poimia seurantatietojen

kautta vaikuttavat ja merkitykselliset menetelmät sekä osata hyödyntää niitä. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 17–19.)

### 3.2 Tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus

Suomessa 89 % terveyspalveluista tuottaa julkinen organisaatio. Jos rahoitus ei riitä kaikkeen tarvittavaan, voidaan toimintoja priorisoida ja keskittyä näin vain tärkeimpiin kohteisiin, kehittää vaikuttavuutta ja saada enemmän suoritteita samoilla jo käytettävissä olevilla resursseilla ja edistää vaikuttavuutta eli enemmän terveysvaikutuksia vähemmällä tai halvemmilla suoritteilla. Rakenteellisena ongelmana terveyspalveluissa on vaikuttavuuden mittaaminen. Tuottavuutta voidaan mitata suoritteiden vaatimalla resurssikulutuksella ja vastaavasti vaikutus kertoo, mitä terveyshyötyjä resursseilla on saatu aikaan. (Lillrank ym. 2016, 15–19.) Leikkaustoiminnan tuottavuuden arvioinnissa on käytetty kirjavia mittareita, joista yleisin on ollut suoritteiden määrä aikayksikköä kohden. Tehokkuutta on arvioitu ja mitattu leikkaussaliajan ali- ja ylikäytöllä tai mahdollisimman pienellä hukkaajalla eli ajalla, joka ei tuota mitään. Leikkaussaliprosessin arvioinnissa tulisi kuitenkin käyttää tuotoksen ja panoksen suhdelukua. Leikkaussalin toimintaa voidaan mitata myös salin käyttöasteella, leikkausten välisellä vaihtoajalla sekä ei-operatiivisella ajalla (aika, joka alkaa, kun edellinen leikkaus loppuu ja päättyy, kun seuraavassa leikkauksessa leikkaavan lääkärin osuus alkaa). Leikkaussalin tehokkuuden seurantaan voidaan käyttää myös aamun ensimmäisten leikkausten aloitusaikoja ja niiden mahdollisia poikkeamia, leikkausten peruutuksien, henkilökunnan ylittöiden ja komplikaatioiden määrää. (Marjamaa 2008, 158–159.)

Yleisesti tuottavuus voidaan käsittää tuotoksen suhteena käytettyyn panokseen eli output per input. (Uusi-Rauva 1996, 20; Häkkinen & Matveinen 2020, 2.) Tuottavuus = tuotokset jaettuna panoksilla. Taloudellisella tasolla tuottavuutta voidaan pitää mittarina yksikön tuotantokyvystä, miten tehokkaasti tuotannon panokset on käytetty hyväksi tuotantoprosessissa. Tuottavuuden kasvaminen merkitsee siten joko mahdollisimman suuren tuotoksen aikaansaamista käytettävissä olevilla panoksilla tai tavoitellun tuotoksen aikaansaamista mahdollisimman vähin panoksin. Tuottavuus voi parantua seuraavista syistä:



- Tuotos paranee – panos pienenee
- Tuotos paranee – panos ei muutu
- Tuotos paranee – kun panos kasvaa tuotosta hitaammin
- Tuotos ei muutu – panos pienenee
- Tuotos huononee – kun panos pienenee tuotosta nopeammin

Tehokkuuksista puhuttaessa voidaan puhua ulkoisesta, sisäisestä, markkina- ja strategisesta tehokkuudesta. Tuotos- eli suoritetehtokkuus tarkoittaa tuottavuuden lisäämistä annettujen panoksien määrän kasvattamisella. Panostehokkuuden lisääminen tarkoittaa tuottavuuden lisäämistä mahdollisimman vähäisillä panoksilla. (Uusi-Rauva 1996, 20–21.)

Leikkaustoiminnan kustannuksia voidaan pienentää leikkaustoiminnan optimoinnilla, sillä sekä leikkaussaliajan ali- että ylikäyttäminen lisää kustannuksia. Kun normaali saliaika ylitetään, lisää se henkilökunnan painetta sekä tuo ylityökustannuksia. Vastaavasti alikäyttäminen tuo hukkaa. Resursseja tarvitaan riittävästi pre-, intra- ja post-vaiheeseen. Saliajan tehokasta käyttämistä voidaan tehostaa tuomalla päivän ensimmäiset potilaat suoraan saliin ja valmistelemalla seuraavat potilaat käyttämällä holding-tilaa. Tehokkuutta saadaan, kun tehtävään perehtynyt ns. vakiohenkilökunta työskentelee sekä holdingissa (tila, jossa potilaat valmistellaan ennen toimenpidettä ja leikkaussaliin viemistä tapahtuu, esim. puudutuksen laittaminen tai nukuttaminen) että heräämössä. Lisäksi henkilöresurssit kohdennetaan hoitamaan vain yhtä toimenpidettä kerrallaan. (Xiang & Chong, 2015.)

Tehokkuuden optimoinnilla on vaikutusta kustannuksiin, hoitoon pääsyyn sekä potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyteen. Tehokkuuden parantamiseen tarvitaan moniammatillisen henkilökunnan osallistumista sekä eri vaiheiden tarkastelua. Avaintekijöitä ovat leikkausten vaihtoajat, leikkausaikataulu, preoperatiiviset palvelut ja tukipalvelut. Yhteiset pelisäännöt leikkausaikataulujen määrittelyssä, kommunikaatio, säännölliset tapaamiset eri ryhmien välillä parantavat tehokkuutta. Tarvitaan yhteistyötä tukipalvelujen kanssa, instrumenttien jäljitettävyyttä ja laitteiden selkeää varastointia, että aikaa varaamiseen ja etsimiseen ei kulu

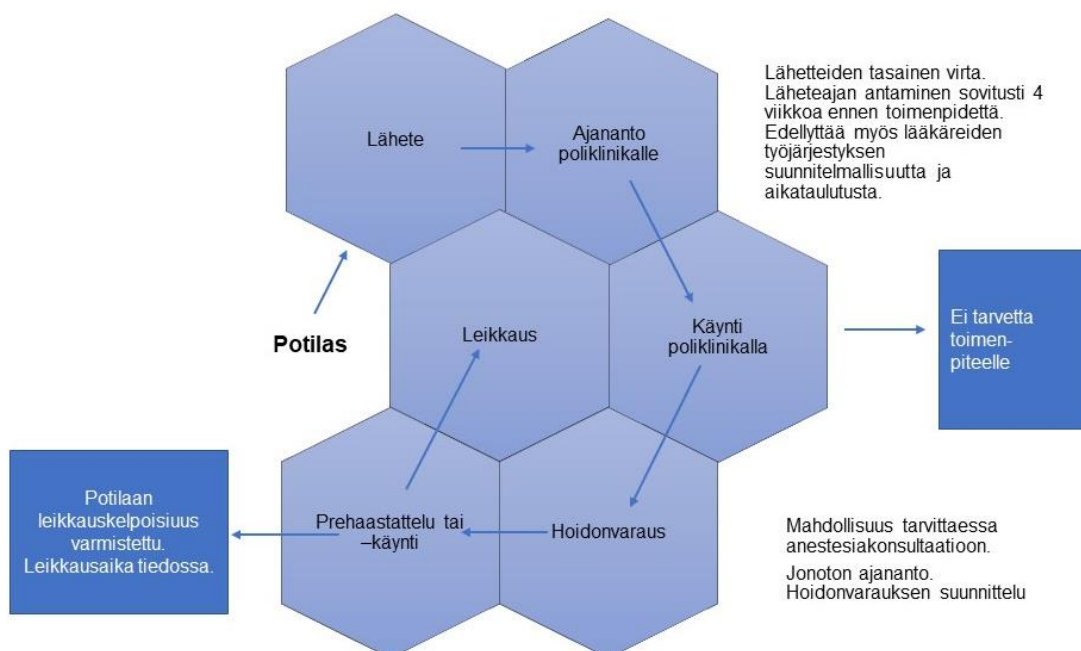
tarpeettomasti. Näiden keinojen avulla voidaan parantaa potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyttä, lisätä laatua ja tehokkuutta. Lisäksi saadaan preoperatiiviset palvelut toimimaan sujuvasti ja aikataulut toimimaan suunnitellusti, vähennetään viivästyksiä sekä peruutuksia ja saavutetaan vahvempaa tiimi- ja yhteistyötä. (Sohrakoff ym. 2014.) Leikkaustoimintaan vaikuttavien eri työryhmien töiden organisoinnilla sekä rajapintojen (leikkausosaston sisällä, potilaskuljetukset, laitoshuolto, välinehuolto, materiaalilogistiikka) yhteensovittamisella saadaan kustannustehokkuutta. (Welker ym. 2010.)

Suomessa sairaaloiden tuottavuutta vertaillaan valtakunnallisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimesta. THL:n lakisääteisiä tehtäviä on tutkia, seurata, arvioida ja kehittää sekä ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa, ylläpitää alan tiedostoja ja rekistereitä sekä toimia tilastolain mukaisen tilastointiviranomaisena. Tuottavuusraporteissa vertaillaan toiminnasta aiheutuneita kokonaiskustannuksia suhteessa annettuihin palveluihin. (Häkkinen & Matveinen 2019.)

## **4 Hoidonvaraus ja hoidonvaraajat**

### **4.1 Hoidonvaraus**

Hoidonvarauksella tarkoitetaan sitä, että potilaalle on varattu aika hoidon tarpeen arvioon, hoitoon, tutkimukseen tai toimenpiteeseen. (Siun sote 2020b, 32.) Hoidonvaraus ja hoidon eteneminen voidaan esittää yksinkertaisena kaaviona (kuvio 1), jossa nähdään prosessin eteneminen potilaan saamasta lähetteestä alkaen toimenpideaajan antoon ja leikkaukseen.



Kuvio 1. Hoidonvarauksen yksinkertainen eteneminen.

Hoitojono muodostuu hoitoa tarvitsevista potilaista, jotka ovat toimintayksikön resurssien vuoksi asetettu odottamaan palvelujen saamista. (Siun sote 2020b, 30.) Hoidonvaraus tarkoittaa leikkaukseen tulevalle potilaalle varattavaa sairauden tai vaivan vaatimaan leikkaushoitoon toimenpideaikaa. Hoidonvaraus johtaa tässä tapauksessa potilaan kohdalta leikkaushoitoon. Potilas saa poliklinikkakäynnillä joko suoraan ajan leikkaukseen tai tutkimusten jälkeen. Hoidonvaraus tehdään jokaisella erikoisalalla omalta hoidonvaraajalta. Annettavaan leikkauksaikaan vaikuttaa hoidon kiireellisyys ja mahdolliset hoitojonot tai hoidon saatavuus ja käytettävissä olevat resurssit.

## 4.2 Hoidonvaraaja

Hoidonvaraaja on terveydenhuollon ammattilainen, jonka tehtävänä on suunnitella leikkauksaika odottavien kirurgisten potilaiden leikkauksajankohta. Siun soten työnvaativuuden arvioinnin (TVA) tehtäväkuvauksessa hoidonvaraushoitajan tehtävä määritellään hoitoalan vaativaksi ammattitehtäväksi. Se on erilaisten asiakkaiden tarpeista lähtevää asiakas- ja asiantuntijatyötä. Tehtävä edellyttää asiantuntijatasoista perustietoa sekä työkokemusta ja perehtyneisyyttä kirurgisen

potilaan hoitoprosessiin. Tehtävään sisältyy itsenäistä vastuunottoa ja siinä joutuu yhteensovittamaan monista eri lähteistä tulevaa tietoa ja käyttämään itsenäistä harkintaa tiedon hyödyntämisessä ja päätöksenteossa.

Lakisääteinen hoitotakuu, erilaiset hoitosuositukset sekä organisaation tavoitteet ja yhteiset ohjeet ohjaavat hoidonvaraajan harkintaa. Työ on osittain ohjeistettua mutta ohjeita sovelletaan yksilöllistä harkintaa käyttäen yhteistyössä lääkäreiden kanssa. Asiakaslähtöisyys ja moniammatillinen yhteistyö korostuu. Työssä on paljon ennakoimattomia muutoksia, joka vaatii organisointitaitoja. Hoidonvaraajan työ on pääosin asiakastyötä, mutta tehtävässä tehdyt ratkaisut vaikuttavat myös muiden yksiköiden toimintaan. Työn organisoinnilla on vaikutusta siihen, miten sidosryhmät pystyvät toimimaan suunnitelluilla resursseilla, esim. välinehuollon toiminta ja vuodeosastojen kapasiteetin riittävyys. Hoidonvaraaja suunnittelee leikkaustoimintaa annettujen kiintiöiden pohjalta. Näin työn vaikutukset ulottuvat sekä asiakkaaseen että leikkaushoitoprosessiin ja toimintayksiköihin. Hoidonvaraajan tehtävään kuuluu leikkaustoiminnan suunnittelu, kehittäminen, organisointi, resurssointi yhteistyössä ylläääkäreiden kanssa sekä uuden ja ajantasaisen tiedon välittäminen. Työhön kuuluu myös moniammatilliseen kehittämistyöhön osallistumista. (Siun sote 2019a.)

## **5 Operatiivinen klinikkaryhmä ja välinehuoltopalvelut**

### **5.1 Operatiivinen klinikkaryhmä**

Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä järjestää julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut 13 kunnan (Pohjois-Karjalan maa-kunta + Heinäveden kunta) alueella, jossa on asukkaita 170 000. Siun sotessa on yhteensä noin 7 800 työntekijä. (Siun sote 2020c.) Siun soten organisaatio jakautuu kolmeen toimialueeseen: terveys- ja sairaanhoitopalvelut, ikäihmisten palvelut sekä perhe- ja sosiaalipalvelut. Terveys- ja sairaalopalvelujen toimialueen alla on operatiivinen klinikkaryhmä. Operatiiviseen klinikkaryhmään kuuluu

anestesia- ja leikkausosasto, kirurgia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, naistentaudit, äitiyspoliklinikat ja synnytyssalit, silmätaudit, suu- ja leukasairaudet sekä tehohoito. (Siun sote 2020c.)

Anestesia- ja leikkausosasto on palveluyksikkö, joka tuottaa anestesia-, leikkaus- sekä kivunhoitopalveluita erikoissairaanhoidon tarvitseville potilaalle. Kaikki ennalta suunnitellut leikkaukset tehdään arkisin päiväaikaan klo 7.30 – 15.30. Anestesia- ja leikkausosastolla tehdään kolmivuorotyötä, jolla potilaan leikkaushoito taataan ympäri vuorokauden. Kiireelliset leikkaukset tehdään silloin, kun potilaan hyvä hoito sitä vaatii, tarvittaessa myös yöaikaan. Päivystystoimenpide tehdään päivystyksenä äkillisesti syntyneen toimenpidetarpeen vuoksi normaalista, suunnitellusta leikkauslistasta ja työsuunnitelmasta poiketen. Muut toimenpiteet ovat elektiivisiä toimenpiteitä eli ennalta suunniteltuja. (Siun sote 2019b, 55.) Osaston toiminta on ympärivuorokautista kaikkina viikonpäivinä tapahtuvaa. Suunniteltuihin leikkauksiin tullaan tavallisimmin LEIKO-yksikön (kotoa suoraan leikkaukseen = LEIKO) kautta.

Anestesia- ja leikkausosaston henkilöstörakenne on varsin tavallinen linjaorganisaatioon perustuva. Osastolla on yksi osastonhoitaja ja kolme apulaisosastonhoitajaa, joiden tehtävät jakautuvat anestesia- ja leikkaushoitajien lähijohtamiseen. Sairaanhoidajia osastolla on 62, jotka jakaantuvat anestesia- ja leikkaushoitajiksi. Leikkaus- ja anestesiaosaston sairaanhoitajan toimeen voidaan valita sairaanhoitajan tutkinnon suorittanut henkilö, ilman ammatillisia erikoistumisopintoja. Silloin perehdyttäminen ja työnopetusvaihe kestää pitempään ja vie paljon voimavaroja erikoisalan jo hallitsevilta sairaanhoitajilta. (Lukkari, ym. 2013, 42.) Lääkintävahtimestareita osastolla on 5,5. Heidän koulutustaustansa on moninainen: lääkintävahtimestari, perushoitaja ja lähihoitaja. Osastosihteerit, jotka anestesia- ja leikkausosastolla työskentelevä, kuuluvat tukipalvelujen yksikköön. Laitoshuoltajat vastaavasti kuuluvat puhtauspalvelujen (POLKKA) liikelaitokseen ja anestesiavälinehuollosta vastaavaa henkilö kuuluu välinehuoltoon. Tukipalveluista sekä POLKAN palveluista laskutetaan käyttäjää kuukausittain sisäisellä laskutuksella. Kustannukset vyörytetään vuositasolla kuntien maksuosuuksiin. Päiväkirurgisessa yksikössä (PÄIKI) on yksi osastonhoitaja ja yksi apulaisosaston-

hoitaja sekä 24 sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät anestesia-, leikkaus- ja heräämöhoidajina. Heidän tehtävänkuviansa kuuluvat myös preoperatiiviset puhelinsoitot potilaille, preoperatiiviset haastattelut ennen toimenpidettä ja induktio toiminta. Yksikössä on myös yksi osa-aikainen lääkintävahtimestari.

Päiväkirurgia on ennalta hyvin suunniteltua leikkaustoimintaa. Potilas tulee sairaalaan aamulla tai aamupäivällä ja kotiutuu seurannan ja kotihoito-ohjauksen jälkeen saman päivän aikana. Päiväkirurginen toimenpide edellyttää yleisanestesiaa, laajaa puudutusta tai suonensisäisesti annettavaa lääkitystä. Toimenpiteen jälkeinen hoito ja kotiutus tapahtuu päiväkirurgisen heräämön kautta. Siun soten erikoissairaanhoidon suoritekäsikirjassa on päiväkirurgia määritelty toiminnaksi, johon liittyy suunniteltu leikkaustoimenpide ja potilaan tulo- ja lähtöpäivä ovat sama. (Siun sote 2019b, 85.)

Siun sotessa alkuvuodesta 2020 olleiden yhteistoimintaneuvottelujen tuloksena anestesia- ja leikkausosto sekä päiväkirurginen yksikkö yhdistettiin yhdeksi kustannuspaikaksi ja leikkaustoiminnan esimiestyön resursseja keskitettiin ja järjesteltiin uudelleen. Päätös tiedotettiin henkilökunnalle 4.2.2020. Uudelleen järjestelyjen takia kaksi esimiestä irtisanottiin. Irtisanomiset astuivat voimaan heti ja muut toiminnalliset muutokset maaliskuun alusta. Samalla yhteistoimintaneuvottelut vaikuttivat hoidonvaraajien määrään ja yhden hoidonvaraajan työpanos, siirtyi takaisin vuodeosastolle osastotyöhön.

Toimenpiteitä anestesia- ja leikkausosastolla sekä päiväkirurgisessa yksikössä tehtiin yhteensä 14 091 kappaletta vuonna 2019 (taulukko 2).

Toimenpidetyyppi	Vuosi 2019	Vuosi 2018	Vuosi 2017
ANEST Anestesiatoimenpide	1717		
LEIKK Leikkaus/elektiivinen	3686		
PÄIVOP Päivystysleikkaus	2741		
PÄIKI Päiväkirurgia/ elektiivinen	5947		
Kaikki yhteensä	14091	14285	13940

Taulukko 2. Toimenpidemäärät.

Toimenpiteistä elektiivisiä eli ennalta suunniteltuja oli leikkausosastolla 3 686 ja päiväkirurgialla 5 947. Päivystysleikkauksia tehtiin 2 741. Leikkausmääriä ei voida määrällisesti verrata toisiinsa, sillä käypähoitosuositukset ovat muuttuneet ja muuttaneet leikkauskriteerejä sekä leikkaushoidon tarvetta.

## **5.2 LEIKO, HERKO ja operatiiviset vuodeosastot**

LEIKO tarkoittaa sitä, että leikkaukseen tullaan suoraan kotoa. Toimintamalli tarkoittaa, että leikkausvalmistelut on tehty kotona ohjeiden mukaisesti ja sairaalaan tullaan leikkauspäivänä porrastetun ajanvarauksen mukaisesti. LEIKO-toiminnan tavoitteena on lyhentää potilaan sairaalassa viettämää aikaa, helpottaa kirurgisten osastojen aamuruuhkaa sekä parantaa hoidon laatua tarjoamalla rauhallinen vastaanottoympäristö ennen leikkausta. Välittömät valmistelut ja sairaalan vaatteiden pukeminen sekä leikkaavan lääkärin tapaaminen tapahtuu LEIKO-yksikössä. Potilas siirtyy LEIKO-yksiköstä leikkaussaliin. Leikkauksen jälkeen potilas siirretään erikoisalan vuodeosastolle. HERKO-heräämöstä kotiin toimintamalli tarkoittaa sitä, että suunnitellun toimenpiteen jälkeen potilasta seurataan yhden yön yli sairaalassa, heräämössä. Toimenpiteen jälkeisenä päivänä ei ole enää tarvetta sairaalaseurannalle ja potilas kotiutuu heti leikkauksen jälkeisenä aamuna, yleensä klo 10.00 mennessä heräämöstä. (Siun sote 2019b, 85, 91.)

Kirurgisilla vuodeosastoilla hoidetaan sekä ajanvarauksen kautta tulevia potilaita (esim. toimenpiteet) että päivystyspotilaita. Usean erikoisalan potilaita hoidetaan samalla osastolla. Kirurgisia potilaita hoitavia osastoja on kolme. Osastolla 2B hoidetaan lonkan-, polven- ja olkapään tekonivel-, selkä-, olkapää-, käsi-, polvi- ja jalkateräleikkauspotilaita, selkäkipupotilaita, tapaturmapotilaita ja plastiikkakirurgisia potilaita. Osastolla 4K on sisätautisia- ja kirurgisia potilaita. Kirurgisista potilasta urologisten potilaiden hoito on keskitetty sinne. Osastolla 2G hoidetaan ensisijaisesti vatsaelinkirurgisia eli gastroenterologisia leikkauspotilaita ja vatsaelinkirurgiaan kuuluvia sairauksia, joita ei leikata, kuten haimatulehduspotilaita.

### 5.3 Välinehuoltopalvelut

Välinehuoltoprosessi tarjoaa puhdistus-, desinfektio-, kokoamis-, pakkaus- ja sterilointipalvelut, jotka ovat elintärkeitä tukitoimintoja leikkausosastolle sekä sairaalan muille yksiköille (Duro 2012a). Välinehuolto voi tarjota muitakin sopimukseen perustuvia välinehuoltopalveluja, kuten välineistön huoltoa asiakkaan yksikössä. Välinehuoltopalvelut voidaan järjestää organisaation omana palvelutuotantona tai se voidaan kilpailuttaa toteutettavaksi ulkopuolisella yrityksellä tai tuottaa myös kunnallisena liikelaitoksena. Jokaisessa mallissa välinehuoltopalvelujen tukiprosessi on kiinteä osa potilaan hoitoketjua, potilaan hoitoon välittömästi tai välillisesti liittyvää toimintaa. (Karhumäki, Hirvonen & Ylitupa 2017, 20.) Välinehuollosta aiheutuvat kustannukset ovat osa leikkaustoiminnan kustannusrakennetta.

Siun soten välinehuoltopalvelut kuuluvat kuntayhtymän tukipalveluihin ja vastaavat puhdistus-, desinfektio- ja sterilointipalveluista koko kuntayhtymän alueella. Välinehuoltopalvelut on keskitetty kolmeen toimipisteeseen keskussairaalaan Tikkamäelle, Siilaisen sekä Nurmeksen sairaalan yhteyteen. Välinehuoltopalveluissa henkilöstö muodostuu välinehuoltopäälliköstä, kahdesta palveluesimiehestä, asiantuntijahoitajasta, kahdesta palveluvastaavasta sekä 47 välinehuoltajasta (Keskussairaala 26, Siilainen 18 ja Nurmes 3), joilla kaikilla on välinehuoltajan ammattitutkinto. Ammattitutkinnon lisäksi työskentely välinehuollossa edellyttää perehdytystä välinehuollon laitteisiin (pesukoneet, kuumasauamaajat ja sterilointilaitteet yms.) sekä perehdytyksessä saatua laajaa instrumenttien ja instrumenttikokonaisuuksien erikoisosaamista ja tuntemusta.

Keskussairaalan välinehuolto vastaa koko erikoissairaanhoidon välineiden huollosta sekä hankinnoista. Keskussairaalan välinehuolto omistaa lähes kaikki erikoissairaanhoidon monikäyttöiset instrumentit ja huolehtii instrumenttien korjauksesta sekä uusien instrumenttien hankkimisesta yhteistyössä eri erikoisalojen kanssa. Siilaisen välinehuolto vastaa maakunnan terveyskeskusten ja hammashoitoloiden välineiden huollosta mutta ei hankinnoista. Nurmeksen välinehuolto tullaan siirtämään tämän vuoden aikana Siilaiselle YT-neuvottelujen tuloksena.

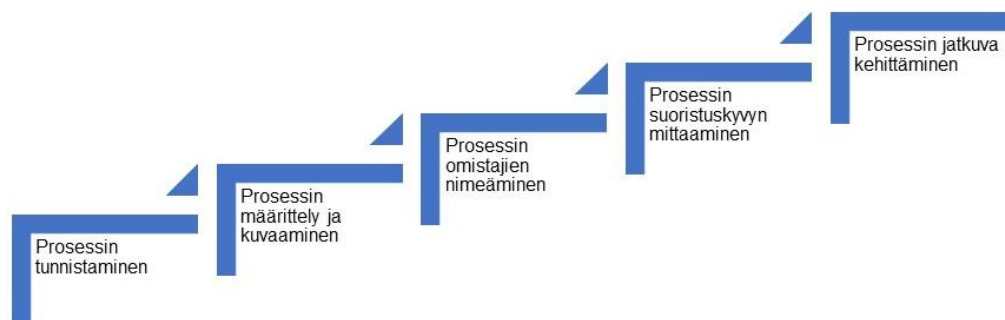


Välinehuolto tuottaa palveluja arkisin klo 7.00–21.00 ja viikonloppuisin klo 7.00–15.00. Muina aikoina välinehuoltaja voidaan kutsua hälytystyöhön. Hälytystyöhön kutsumisen kriteerit on määritelty yhteistyössä leikkausosaston kanssa. Kutsu-  
miskriteerit muodostuvat potilaan hoidon kannalta kriittiseksi määriteltyjen väli-  
neiden huollosta sekä välineiden, joita ei jäisi steriilinä käyttöön loppupäivystys-  
aikaa varten.

## **6 Prosessijohtaminen**

### **6.1 Prosessijohtaminen käsitteenä**

Kokonaisvaltainen kustannustietoinen johtaminen, jossa organisaation kaikilla ta-  
soilla pyritään jatkuvaan kehittymiseen, on osa strategista johtamista. Organisa-  
ation strategista asemaa vahvistetaan jatkuvalla systemaattisella kustannusten  
pienentämisellä. Toimintoja tehostetaan ja turhat toiminnot karsitaan. (Vinni  
2019.) Prosessijohtaminen ei ole pelkästään prosessien määrittelyä ja kuva-  
amista, mutta käytännön prosessijohtaminen edellyttää sekä määrittelyn että ku-  
vaamisen tekemistä. Prosessikuvaukset ovat toiminnan kehittämisen ja toimeen-  
panon väline. Prosessijohtaminen on toiminnan johtamista strategisista päämää-  
ristä ja yhteiskunnallisista vaikuttavuustavoitteista käsin. Tämän on näyttävä sel-  
keästi kaikessa prosessijohtamisessa, prosessien kuvaamisessa ja nimeämi-  
sessä suorituskykymittarien asettamiseen saakka. Organisaation strategisten  
päämäärien on oltava selkeitä, sillä organisaation missio, visio ja strategiset pää-  
määrät asettavat tavoitteet ja vaatimukset prosesseille. Prosessit puolestaan  
asettavat tavoitteet ja vaatimukset resursseille: millaista osaamista, tiloja ja tek-  
niikkaa prosessit tarvitsevat tavoitteiden saavuttamiseen. Prosessien kuvaami-  
sella pyritään systematisoimaan ja tekemään näkyväksi organisaation toiminta-  
tavat. Ensin on tunnettava nykyinen toimintatapa ja sen jälkeen voi vasta kehittää  
sitä. Prosessijohdetun organisaation eteneminen on kuvattu kuviossa 2. (Virta-  
nen & Wennberg 2007, 113–115; Bauer ym. 2004.)



Kuvio 2. Prosessijohdetun organisaation eteneminen.

Läpinäkyvyyttä ja hallintaa saadaan prosessilähtöisellä työtavalla. Julkishallinnoissa on ajankohtaista prosessimuotoinen organisaatorakenne, jolloin toiminnan organisoinnissa voidaan kiinnittää huomiota toimintojen vaikuttavuuteen. (Virtanen & Wennberg 2007, 137.) Tehokas prosessi, josta on karsittu pois hukka eli asiakkaalle arvoa tuottamaton, turha tai haitallinen työ ja olemassa olevien resurssien tehokas käyttäminen, ovat lean-ajatteluun perustuvan johtamisen tavoitteena. Asiakkaalle pyritään tuottamaan laadukas palvelu mahdollisimman kustannustehokkaasti ja saavuttamaan näin asiakastytyväisyys. Prosessin tarkastelussa pyritään tehostamaan materiaalivirtoja ja välttämään turhia varastoja ja toimintakatkoksia. (Viitala & Jylhä 2019, 183–184.)

Asiakas on keskeisessä roolissa prosessiperusteisessa organisoinnissa. Prosessi muodostuu monen eri toimijan tai asiantuntijan yhteistoiminnasta. Prosessissa tavoitteena on tuottaa asiakkaalle toivottu tuote tai palvelu. Tavoitteeseen päästään vain kokonaisvaltaisella vastuunotolla eri toimijoiden kesken. Prosessien kuvaaminen selkeyttää eri toimijoiden roolia prosessissa sekä tuo esille prosessin sisäiset rajapinnat, ongelmat sekä muut tekijät, joilla on vaikutusta lopputulokseen. (Viitala & Jylhä 2019, 148–149.) Yhteistyötä ja vastuunjakoa määrittelemällä voidaan koordinoida ja kehittää yhteistyöprosesseja. Eri palvelutasojen palveluprosessien koordinoinnin kautta saavutetaan tuloksellisuutta sekä taloudellisuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 40.)

Kun organisaation toiminnassa keskitytään enemmän organisaation sisäisiin prosesseihin, niin silloin organisaatiossa arvostetaan esimerkiksi lakisääteisyttä ja organisaation sisältä nousevia pysyvien tavoitteiden ylläpitämistä eri työntekijäryhmien välisissä suhteissa tai asiakkaiden saamien palveluiden luotettavuutta ja

laatua. Organisaation toiminnan ulkoinen painotus osoittaa sidosryhmien tai päätoimintakenttien tavoitteiden tunnistamista, halusta tuottaa palveluita asiakkaiden tarpeisiin nopeasti sekä korostaa tehokkuutta ja tuloksellisuutta. (Niiranen 2014, 46.)

Jatkuvan kehityksen pohja organisaatiossa muodostuu tavoitteista ja niiden saavuttamisesta. Tämä takaa, että organisaatio menestyy. Johtamisella kautta voidaan vaikuttaa toiseen henkilöön ja tavoitteiden saavuttamiseen. Haasteena tulevaisuuden johtamisessa on muutos siitä, miten suorittamista pitäisi johtaa. Suorittamisen johtamisessa tulisi muuttaa yksilökeskeinen suorittaminen tiimien ja verkostojen yhteisen toiminnan tukemiseen strategian tavoitteet huomioiden. Tarvitaan jatkuvaa uudistumista sekä uusien joustavien toimintatapojen luomista. Johtamisessa on mietittävä, miten toimintaympäristön nopeisiin muutoksiin pystytään vastaamaan. Ennen kaikkea tarvitaan johtamista siihen, että opitaan pois vanhasta ja siirrytään kohti innovatiivisuutta ja uusia toimintatapoja. (Tirkkonen 2014, 75–76.)

Tiimitasolla osaamisen johtamisella voidaan tukea tiimin jäseniä toimimaan myös toisten onnistumisen hyväksi. Parhaimmillaan tiimi pystyy ottamaan ja antamaan palautetta toisiltaan. Dialogi tiimin sisällä edesauttaa yhteisen tavoitteen saavuttamista toiminnallisesti. Lisäksi se tukee yhteisiä osaamis- ja kehittämistavoitteita. Esimiestyöllä voidaan tukea ja välittää tiimin sisäisiä sekä ulkoisia yli tiimirajojen meneviä energioita. Toimintakulttuurin ja arvojen luomisen kautta voidaan lujittaa yhteistä toimintaa. Onnistumisen johtamisen kautta tuetaan ja edistetään tiimien yhteistoimintaa. Yhteiset, toimivat ja läpinäkyvät prosessit ovat edellytys yhteistoiminnalle. Uudistamiseen tarvitaan keskustelua ja kyseenalaistamista olemassa olevista prosesseista. (Tirkkonen 2014, 81–82.) Prosessilähtöinen ajattelutapa mahdollistaa olemassa olevien hallinnon rakenteiden kehittämisen ja muuttamisen tietoisesti asiakaslähtöisemmäksi. Samalla puututaan olemassa oleviin toiminnallisiin ongelmakohtiin: johtamiskäytäntöihin, työn tekemiseen ja erilaisiin seurantajärjestelmiin. Kehittämistyö ilman muutosjohtajuutta ei onnistu. (Virtanen & Wennberg 2007, 14–15.)

Onnistumisen johtaminen suoritusten johtamisen sijaan on uuden asiantuntijaorganisaation positiivinen lähestymistapa. Se on käsitteenä laajempi näkökulma osaamiseen ja tekemiseen kuin pelkkä suorittaminen. Onnistuessaan osaamisen johtamisella voidaan vaikuttaa yksilön itseohjautuvuuteen ja tasavertaisuuteen, jolloin tuetaan hyvinvointia ja jatkuvaa uudistumista. Samalla vapaus toimia, avoimuus ja läpinäkyvyys kasvavat. Eri osapuolten tavoitteiden määrittelyn kautta sitoutuminen tavoitteisiin sekä niiden mittaamiseen ja arvioimiseen kasvaa. Sitoutumista tavoitteisiin tukee tavoitteiden merkityksen ymmärtäminen. (Tirkkonen 2014, 79–80.)

## **6.2 Prosessijohtaminen terveydenhuollossa**

Prosessioptimointi toimii johtamisen työkaluna, jossa määritellään prosessin nykytila, vahvuudet ja heikkoudet prosessissa, määritellään tavoitetila sekä luodaan malli, jota arvioidaan (Bauer ym. 2004.) Perioperatiivinen prosessioptimointi, jossa standardoidaan ja luodaan säännöt saliajan käytölle tuovat menestystä johtamiseen (Welker ym. 2010). Saksalaisissa sairaaloissa tehty tutkimus vuosina 2009-2014 osoitti, että talousvaikeuksissa olevien sairaaloiden prosessien laadun parantamisella saatiin hyötyä talousongelmiin. Tutkimuksessa seurattiin leikkaussaliin päivittäistä toimintaa tunnusluvuilla, joita kerättiin aloitus- sekä vaihtoajoista. Erilaisten optimointitoimenpiteiden avulla aloitusajat paranivat 40 % ja vaihtoajat laskivat 50 % anestesiaan liittyvissä toimissa sekä 21 % muissa tuki-toimissa. Keskitetyn kapasiteettisuunnitelman avulla vapautunutta aikaresurssia voitiin hyödyntää toimenpiteiden lukumäärän kasvattamiseen 21 prosenttia. Prosessin laadun parantaminen ja sitä kautta kumuloitunut leikkausaika lisäsivät tulojen kasvua sekä positiivista kehitystä. (Waeschle ym. 2016.)

Välinehuoltoprosessin tulee olla suunniteltu niin, että sen toiminta on liitettävissä leikkausosaston toimintaan ja sitä kautta vastaamaan leikkaustoiminnan tarpeisiin sekä kapasiteettiin. Leikkaustoiminnan aikataulutuksen ja sähköisten järjestelmien kautta välinehuollon toiminta saadaan kohtaamaan leikkaustoiminta. Leikkausaikataulu antaa välinehuollolle tarvittavaa ymmärrystä sekä tietoa päivittäisistä tarpeista, jolloin pystytään huolehtimaan, että oikeat välineet ovat oikeaan

aikaan käytettävissä. (Duro 2012a.) Integraatio ja automaatio ovat välinehuollon ominaisuuksia, joiden avulla voidaan parantaa ja varmentaa tuottavuutta, tarkkuutta ja laatua. Instrumenttisettien sisällön ollessa tallennettuna tietojärjestelmään saadaan työntekijöille tietoa välineiden huoltoon, tarkastamiseen sekä koamiseen liittyvistä asioista. Lisäksi integraatiolla ja automaatiolla saadaan dokumentoitua tietoa, parannetaan turvallisuutta sekä laatua, joiden avulla välinehuolto pystyy tarjoamaan parhaat laadukkaat palvelut potilaille sekä operatiiviselle toiminnalle. (Duro 2012b.)

## **7 Toiminta Siun sotessa**

### **7.1 Talouden rakenne Siun sotessa**

Siun sote ja jäsenkunnat ovat neuvotelleet perussopimuksessa talouden rakenteesta. Yhtymähallitus neuvottelee Siun soten perussopimuksen 21 §:n mukaisesti koko kuntayhtymän taloudesta ja investointitarpeista. Nettokustannukset rahoitetaan jäsenkuntien maksuosuuksilla perussopimuksen 24 §:n mukaisesti. Vuosittain kerättävän maksuosuuksien määrän muutos määräytyy omistajaohjauksen tuloksena. (Siun sote 2020d, 8.)

### **7.2 Tuottavuus, tehokkuus ja vaikuttavuus Siun sotessa**

Siun soten terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toiminnan yhtenä painopistealueena on parantaa palvelujen laatua sekä saatavuutta, kuten hoitojonojen lyhentämistä. Tavoitteena on säilyttää sairaalassa laajan päivystyksen edellytykset. Parantamalla hoidon saatavuutta sekä lyhentämällä jonoja tavoitellaan kilpailukykyisyyttä ja riittävää asiakaspohjaa, silloinkin kun potilaat voivat valita hoitopaikkansa itse. Lyhyemmillä hoitoajoilla, päiväkirurgian ja avopalvelujen lisäämisellä sekä vuodeosastopaikkojen tehokkaammalla käyttämisellä parannetaan tuottavuutta. (Siun sote 2020d, 28.)

Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelmassa määritellään kriittiset menestystekijät, joihin kuuluvat mm. palvelujen ja hoidon saavutettavuus, vaikuttava, laadukas ja turvallinen hoito, kustannustehokkuus ja moniammatillinen yhteistyö. Palveluja tulee tuottaa huomioimalla väestön tarpeet. Siun sotella on järjestämisvastuu alueen ehkäiseviin, korjaaviin sekä hoitaviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Lyhyemmillä hoitoajoilla sekä päiväkirurgisten ja avopalvelujen lisäämisellä tavoitellaan tuottavuutta. Taloudellinen tulostavoite on määritelty ja sitä seurataan kaikilla toimialueilla. Lisäksi korjaavien palvelujen kysynnän määrää sekä palveluja tuottavia toimialueita seurataan. (Siun sote 2019b, 3–5.)

Siun soten tilinpäätös- ja toimintakertomuksessa 2018 vaikuttavuutta on mitattu toimialueittain. Pohjautuen strategiaan tavoitteisiin vaikuttavuutta ja kyvykkyyttä mitataan jonojen purkamisen ja prosessien kehittämisen onnistumisessa. Vaikuttavuuden ja laadun mittarina on, että hoitojonot pysyvät lain edellyttämässä rajoissa. Toiminnan vaikuttavuutta mitataan myös operatiivisten palvelujen saataavuudella. Yhteisten palvelujen eli tukipalvelujen tehtävänä on vaikuttavien asiakasrajapintapalvelujen tuottamisen mahdollistaminen. Tuottavuuden, vaikuttavuuden sekä tehokkuuden tavoitteena, että Siun sote pysyy Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemässä tuottavuusvertailussa kolmen parhaan keskussairaalan joukossa. (Siun sote 2019b, 48–55.)

### **7.3 Aineelliset resurssit Siun sotessa**

Aineellisia resursseja potilaan hoidossa tarvitaan paljon, sen mukaan millaista hoitoa potilas tarvitsee. Operatiivinen potilas vaatii aina leikkaushoitoa, joka tapahtuu leikkaussaliympäristössä. Lisäksi potilaan hoito edellyttää aina myös anestesian, joka määräytyy potilaan toimenpiteen ja hänen sairastavuutensa (ASA = American Society of Anaesthesiologists) ASA-luokituksen mukaan. (Kontinen & Hynynen 2003, 340.) Sekä leikkaushoito että anestesia vaativat paljon aineellisia resursseja. Siun soten toimintaperiaatteena on, että käytettävät tuotteet ja tarvikkeet on kilpailutettu sekä niiden osalta on tehty hankintasopimus ja vain pieni osa käytettävistä tuotteista tulee ilman kilpailutusta erillisellä hankinta-

esityksellä. Siun sotella on yksi yhteinen keskusvarasto, jonka kautta tavaran tilaukset ja toimitukset tapahtuvat. Siun soten anestesia- ja leikkausosastolla sekä päiväkirurgialla on omat kertakäyttöisten tarvikkeiden varastot, joiden täydennys tulee keskusvaraston kautta. Toimipisteissä olevien varastojen tarkoituksena on taata päivittäinen toiminta sekä toimia puskurina yllättäviin toiminnan muutoksiin. Päivittäiset salitäydennykset tapahtuvat yksikön varastosta. Lisäksi leikkaussalin varasto sisältää ortopedisten implanttien osalta ison komissiovaraston. Tämä tarkoittaa sitä, että varastoon sijoitetut proteesit ovat firman omaisuutta, jotka maksetaan vasta sitten kun implantti on asennettu potilaaseen.

Leikkaus- ja anestesiaosaston sekä päiväkirurginen toiminta tarvitsee paljon erilaisia teknisiä laitteita ja välineitä potilaan anestesiaa, hoitoa ja tarkkailua varten. Leikkaussalin peruskalustukseen liittyvät aina tietyt laitteet (hengityskone monitoreineen, nesteenlämmitin, potilaan lämmitykseen tarvittavat laitteet, leikkaustaso, instrumenttipöydät, imut, diatermia, jne.) Leikkaussalin rakentamisen kustannuksista voidaan esimerkinomaisesti sanoa, että uuden leikkaussalin hinta on noin 600 000 euroa. Hinta sisältää kiinteät, perusleikkaustoimintaan soveltuvat leikkaussalin kalusteet. Leikkaussalin perustamiskustannukset kasvavat sitä mukaan mitä spesifimpi siitä tehdään. (Turunen 2020.) Yksi spesifi tai erikoistoimintaan tarkoitettu leikkaussali on esimerkiksi hybridileikkaussali, joka varustetaan lääketieteellisen kuvantamisen laitteistoilla, joiden avulla voidaan yhdistää kuvantamisen mahdollisuudet ja leikkaussali (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 34). Hybridileikkaussalin, jossa on O-kaari läpivalaisuun, CT-laitteisto tai MRI-laitteisto sekä erikoisvalmisteltu leikkaustaso nostavat salin perustamiskustannukset jopa kaksinkertaiseksi. (Turunen 2020.)

Välinehuollon aineellisia resursseja ovat esimerkiksi monikäyttöiset instrumentit, joita käytetään potilaan hoitamiseen. Siun sotessa välinehuolto hankkii lähes kaikki monikäyttöiset instrumentit ja vastaan niiden huollosta sekä korjauttamisesta. Instrumenttikokonaisuuksien sisällöt on suunniteltu erikoisalakohtaisesti yhdessä käyttäjien (lääkärit ja hoitajat) kanssa ja ne on pakattu käyttötarkoituksen mukaisesti. Monikäyttöiset välineet on pakattu joko yksitellen, setteihin (2–6) instrumenttia, koreihin (6–100) tai kontainereihin (pääasiassa ortopedian ja

traumatologian välineet). Yhteensä tuotteita on kierrossa noin 5 000, joista koreja on 216, settejä 425 ja kontainereita 181.

#### **7.4 Toiminnalliset resurssit Siun sotessa**

Toiminnallisia resursseja ovat henkilöstö, kuten leikkaussalin ja välinehuollon henkilökunta sekä hoidonvaraajat. Toiminnallisia resursseja ovat myös erilaiset menetelmät, joilla toimintaa ohjataan, kuten välinehuollon tuotannonohjausjärjestelmä T-Doc. T-Docin tuotannonohjausjärjestelmää rekisteröidyt monikäyttöiset instrumentit ovat jäljitettävissä koko huoltoprosessin ajan sekä ovat yhdistettävissä potilaan hoitoprosessiin. Järjestelmää käytetään varastonhallintaan sekä välinehuoltoprosessin seurantaan ja parantamiseen. Henkilöstöresursseja ohjataan Titania-työvuorosuunnitteluohjelmalla sekä anestesia- ja leikkausosastolla että välinehuollossa. Sen avulla ohjataan työntekijöiden töissä olemisen tarve vaatimusten mukaisesti (resurssiohjaus). Siun sotessa ollaan siirtymässä kaikissa yksiköissä toimintalähtöiseen työvuorosuunnitteluun, joka on yksi Siun soten strategian tavoitteista. Toimintalähtöisessä työvuorosuunnittelussa ohjelmaustoihin määritellään henkilöresurssien tarve suhteessa toimintaan, jolloin oikea osaaminen on oikeaan aikaan käytössä. (Siun sote 2020d, 5, 19.)

Leikkaustoiminta suunnitellaan päivittäiseksi ohjelmaksi eli laaditaan leikkauslista. Suunnitelman avulla suunniteltu eli elektiivinen leikkaustoiminta jaetaan sovitulla tavalla arkipäiville. Suunnittelu voi pohjautua avoimeen leikkaustoimintaan tai etukäteen suunniteltuun leikkaustoimintaan. Avoin leikkaustoiminta tarkoittaa sitä, että leikkausaikaa tarjotaan sille, joka ensimmäisenä tarvitsee sitä ja tilaa sitä. Tämä tapa ei ole juurikaan Suomessa käytössä, mutta yksityisellä sektorilla sitä käytetään. Etukäteen suunnittelussa, traditionaalisessa mallissa leikkaussalin aika jakaantuu aamu- ja iltapäiväjaksoihin. Joustavasti suunnittelussa leikkaustoiminnassa jaettavat aikajaksot vaihteleva eri lääketieteen aloille etukäteen sovitusti. Jaksotetussa leikkaustoiminnassa on sekä avointa että suunniteltua leikkaustoimintaa. Leikkaustoiminnan suunnittelu etukäteen on tärkeää, jolloin voidaan taata, että potilaat saavat hoidon suunnitellusti, henkilöstö on käytettä-



vissä, leikkauksissa tarvittavia laitteita ja välineitä on riittävästi sekä leikkaussalilien kuormitus on tasaista. Leikkausohjelma tarkennetaan leikkausosastolla päiväkohtaiseksi työohjelmaksi. (Lukkari ym. 2013, 53–54.)

Siun sotessa ei ole erillistä leikkaustoiminnan ohjausohjelmaa tai mallia. Käytävissä on potilastietojärjestelmä Mediatri, jonka kautta potilastiedot kulkevat sekä leikkauslistat muodostetaan. Välinehuollon tietojärjestelmä on yhteydessä Mediatriin, jolloin välinehuolto saa tiedon seuraavan päivän leikkauksista ja pysyy huomioimaan korien tarpeen ennakkoon. Käytössä on myös anestesiatietojärjestelmä (CA), johon kirjautuu anestesian tiedot ja potilaan vaiheistus leikkauksalissa. Leikkaussalin käyttöaika eli leikkauskiintiöt jaetaan 2–3 kertaa vuodessa lääketieteen eri erikoisalojen kesken. Leikkauskiintiöiden valmistelusta on vastannut anestesia- ja leikkausosaston sekä päiväkirurgian osastonhoitaja. Leikkauskiintiöiden määrä on jaettu sen mukaan, mitä osastolla on ollut käytävissä henkilötyövuosia. Henkilötyövuosien määrä eli henkilöstön määrä on määritelty vuosittain Siun soten talous- ja toimintasuunnitelmassa. Leikkauskiintiöitä jaettaessa on pyritty tarjoamaan leikkausaikaa kunkin erikoisalan vaatimusten mukaan niin, että hoitotakuun rajoissa pysytään. Leikkauskiintiöt julkaistaan Siun soten intranetissä sekä erikseen se jaetaan myös hoidonvarauksesta vastaaville hoitajille sekä ylilääkäreille, jotka ovat olleet leikkauskiintiötä suunnittelemassa. Hoidonvaraajat rakentavat leikkauskiintiön mukaan päivittäisen leikkauslistat. Hoidonvaraajien vastuulle jää se, että leikkauslistat ovat kiintiön mukaan täytetyt ja potilaiden leikkausajat täyttävät varatun leikkausajan.

Leikkaus- ja päiväkirurgisen osaston osastonhoitajan tehtävään on aina kuulunut tiivis yhteistyö hoidonvarauksen kanssa. Yhteistyö on ollut erityisen tiivistä esimerkiksi silloin, kun päiväkirurgisen yksikön hoidonvarauksesta on vastannut vain yksi henkilö. Konsultointia ja ohjausta tapahtuu hoidonvaraukseen liittyen, esimerkiksi tulkkauksen järjestämistä, PÄIKI/HERKO-kelpoisuuden arviointia, leikkausjärjestelyistä liittyen resurssien ja välineiden osalta, ylimääräisten potilaiden järjestelyistä sekä mahdollisesta potilashoidon poikkeuksista huolehtiminen. Tärkein hoidonvarauksen ohjaamisen muodoista on salikiintiöiden ylläpito ja sitä kautta potilasvirtojen päivittäinen ohjaaminen sekä ajanvarauskirjojen ylläpito. Ajanvarauspohjien avulla ohjataan muun muassa HERKO-potilaiden määrää.

*”Salikiintiöt ovat hoidonvaraajille tärkeä työkalu, joka ohjaa heitä potilaiden sijoittelussa”.* (Korhonen 2020.)

## **7.5 Taloudelliset resurssit Siun sotessa**

Siun soten talous- ja toiminta-arviossa määritellään tavoitteet taloudelle sekä toiminnalle mukaan lukien investoinnit sekä osoitetaan, miten toimintaa rahoitetaan. Palvelujen ja tuotteiden hinnoittelu tapahtuu omakustannusperiaatteella, joka tarkoittaa, että tuotehinnat vastaavat palvelujen tuottamisesta aiheutuneita kustannuksia toimi- tai palvelualueetasolla. Tarkoituksena on kattaa oman palvelutuotannon kustannukset. (Siun sote 2020d, 11.) Anestesia- ja leikkausosaston kuulussa operatiiviseen klinikkaryhmään ja sen talousarvio ja määrärahat ovat osa sitä. Toiminta on sopeutettava määrärahojen raamien sisälle. Lisäksi vaateena on saada annetulla määrärahalla mahdollisimman paljon palvelua tarjottavaksi oikea-aikaisesti ja laadukkaasti kuntayhtymän strategian mukaisesti. Välinehuoltopalveluiden talousarvio on osa tukipalveluiden kokonaistalousarviota. Keskussairaalan välinehuolto vastaa määrärahojen puitteissa keskussairaalan monikäyttöisten instrumenttien hankinnasta, korjauksesta ja tarvittavasta ylläpitovarastosta.

Vuosittain Siun soten toiminta- ja taloussuunnittelun yhteydessä määritellään myös välinehuollon budjetti, joka määrittää sen kuinka paljon rahaa on varattu uusien instrumenttien hankintaan ja korjaukseen. Määrärahalla on pystyttävä vastaamaan koko erikoissairaanhoidon tarpeesta, joten priorisointia on tehtävä toiminnan vaatimusten mukaan. Esimerkkinä voidaan kertoa, että yhden perusleikkauskorin instrumentaation hankintahinta on 1 500–2 500 euroa ja tähystyskirurgiaan vaadittavan leikkauskorin instrumentaatio, joka sisältää optiikan (tähystimen) hankintahinta on 9 000–10 000 euroa. Helpotusta hankintoihin tuo se, että suurin osa ortopedian ja traumatologian tarvitsemista implanttien laittoon vaadittavista instrumenttikokonaisuuksista on hankintasopimuskausien mukaisesti valittujen toimittajien omaisuutta. Ne vaihtuvat hankintasopimuskausien mukaan eivätkä näin sido omaa pääomaa vaihtuviin tuotteisiin. Samalla taataan myös aito kilpailutus käytettävien järjestelmien osalta.

Laadukkaiden monikäyttöisten instrumenttien hankinta vaatii taloudellisia resursseja ja varaston arvo kasvaa helposti suureksi. Varaston tulisi määrällisesti olla sen kokoinen, että välineistö kiertää tasaisesti eikä instrumentteja jouduta uudelleen prosessoimaan sen vuoksi, että niiden käyttöaika vanhenee käyttämättömyyden vuoksi. Käytettävissä olevien kokonaisuuksien määrät tulee olla hoidonvaraajilla tiedossa, jolloin yhdelle päivälle suunnitellut toimenpiteet voidaan tehdä ilman, että normaali huolto- ja sterilointiprosessi muuttuu eikä jouduta kiirehtiämään tai muuttamaan prosesseja ja priorisoimaan jotain tuotteita siksi, että toimenpiteitä ei ole suunniteltu tasaisesti. Normaalin prosessin ohi tulevat mahdolliset ei-suunnitellusta toiminnasta johtuvat ”kiiresteriloinnit” vaikuttavat aina kokonaisprosessiin.

## **7.6 Hoidonvaraajat Siun sotessa**

Siun soten kuntayhtymässä operatiivisessa klinikkaryhmässä hoidonvaraajien määrä on vaihdellut. Vaihtuvuutta hoidonvaraajissa sekä puuttuvaa osaamista ja uuteen perehtymistä on mahdollistettu hieman suuremmalla resurssilla. Huhtikuussa 2020 hoidonvaraajia oli seitsemän, joista yksi hoidonvaraaja on ollut siirrettynä vuodeosastolle Covid-19-epidemian vuoksi. Epidemian vuoksi leikkaustoimintaa ei ole tehty normaaleja määriä, joten hoidonvaraajien työmäärä on vähentynyt. Hoidonvaraajien esimiehenä toimii kirurgian poliklinikan osastonhoitaja. Hoidonvaraajat ovat aikaisemmin toimineet omien erikoisalojen yksikköjen tiloissa ja jokainen hoidonvaraaja on hoitanut oman erikoisalansa hoidonvarausta. Hoidonvaraajista ensimmäisenä yhdistettiin yhteisiin tiloihin työskentelemään ortopedia, gastroenterologia, plastiikkakirurgia, urologia ja verisuonet. Sitten samoihin tiloihin ovat tulleet gynekologia ja päiväkirurgian leikkaustoiminnan hoidonvaraajat. Päiväkirurgian liityttyä mukaan on työt jaettu hoidonvaraajien kesken erikoisalojen mukaan. Viimeisimpänä mukaan on tullut korva-, nenä- ja kurkkutautien hoidonvaraaja reilu vuosi sitten. Suu- ja hammaskirurginen leikkaushoidonvaraus hoidetaan vielä korvatautien poliklinikalla. Hoidonvarauksen malli ja rakenne ovat rakentuneet pikkuhiljaa niin, että erikoisalojen käytänteitä on yritetty yhtenäistää. Yhtenäistämiseen ovat vaikuttaneet lääkäreiden toiveet ja kunkin erikoisalan erilainen luonne. (Jormanainen 2020.)

Hoidonvaraajat huolehtivat kirurgisten potilaiden (verisuonikirurgia, plastiikkakirurgia, urologia, ortopedia, gastroenterologia, naistentaudit ja synnytys sekä suu- ja leukasairaudet) hoidon suunnittelusta ja leikkausaikojen antamisesta. Silmätautien yksikön osalta hoidonvaraus tapahtuu omassa yksikössä itsenäisesti eikä se ole toiminnallisesti yhteydessä muuhun hoidonvaraukseen. Hoidonvarausta tapahtuu myös lastenkirurgiassa, jossa se hoidetaan itsenäisesti ja ohjaus resurssien käytöstä tulee lastenkirurgialle annettavan saliajan mukaan. Aikuisten ja lasten tähytyspotilailla on hoidonvarauksessa yhteisiä toimintoja ja niille on varattu viikoittain omat kiintiöt.

## **7.7 Prosessien johtaminen operatiivisessa klinikkaryhmässä**

Työhyvinvointia lisää työprosessien sujuvuus, toimivat työnjaot sekä moniammatillinen yhteistyö (Siun sote 2020d, 32). Prosessien kehittämiseen on olemassa erilaisia menetelmiä ja myös ohjelmia, joita voidaan käyttää apuna johtamisessa. Sairaala on ollut aktiivisesti kehittämässä suomalaista anestesia- ja leikkaustoiminnan tietojärjestelmän vertaisarviointia yhdessä Kuopion yliopistollisen sairaalan ja kolmen muun sairaalan kanssa jo 1990-luvun lopulla. Sairaalassa otettiin käyttöön kehitystyön tuloksena syntynyt Intesium-tietojärjestelmä vuonna 2000. Ohjelmaa on kehitetty ja nykyisin sen hallinnasta ja palvelusta vastaa yritys nimeltä Tieto, ja vastaavasti ohjelma kulkee nimellä Tiedon BM-palvelu, vertaisarviointi. Tällä hetkellä ohjelma on käytössä kaikissa Suomen yliopistosairaaloissa ja keskussairaaloissa. Vertaisarviointi auttaa tunnistamaan oman toiminnan kehityskohteita ja laatimaan niiden parantamiseen tähtäviä tavoitteita sekä antaa mahdollisuuden uusien ideoiden syntymiseen. (Tieto 2020.)

Siun soten anestesiologisen ja tehohoidon ylilääkäri Sakari Syväoja (2020) kertoo, että ohjelman avulla saadaan tietoa koko leikkaussaliprosessista, perioperatiivisista ajoista, volyymeista ja tapahtumiin liittyvistä poikkeamista. Tietoa saadaan Syväojan mielestä paljon, mutta hyödyntäminen ei ole ollut riittävän aktiivista. Lähtökohtaisesti järjestelmä tarjoaa mahdollisuuden jatkuvaan vertaisarviointiin, työkalun toiminnan muutoksen aiheuttamiin vasteisiin ja toiminnan suunnitteluun esimerkiksi. Vertaisarvioinnista on saanut tukea omille ajatuksille, mutta

enemmän hyötyä saaduista tiedoista olisi, jos koko henkilökunnalla olisi mahdollisuus nähdä saatavia raportteja. Tämä vaatisi sitä, että järjestelmään olisi käytössä henkilö, jonka työpanosta käytettäisiin saatavan tiedon analysoimiseen ja sen tiedon jakamiseen ymmärrettävällä tavalla. Oman työn ohella ohjelman täysimääräinen hyödyntäminen ei ole riittävän tehokasta. Yhteenvetona voidaan todeta se, että jos ajatuksena on toiminnan tehostaminen ja resurssien optimaalinen käyttö, niin resursseja on varattava myös kehittämiseen. (Syväoja 2020.) Tiedon BM-palvelusta osaston esimiehet saavat viikoittain kolme erilaista raporttia: 1. vaihtajoista, 2. saliaikojen prosenttiosuus illan tyhjä, aamun tyhjä, vaihtoaika, leikkausaika ja ei operaatio aika ja 3. aamun aloitus arkipäivisin. Kuukausittain tulee myös yksi koontiraportti, jossa on eriteltynä PÄIKI-, HERKO- ja LEIKO-toiminta.

Resurssien optimaalisessa käytössä keskeisimpinä tekijöinä tulee olla salikiintiöiden jako suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin ja kysyntään. Saliresurssien jakamisen tulee olla joustavaa ja lähtökohtana tulisi olla kulloinkin erikois- alakohtainen jonotilanne. Siun soten HERKO-toimintamallia on hyödynnettävä paremmin, joka tasapainottaa vuodeosastojen kuormitusta ja takaa HERKO-potilaiden tasaisen virran. Olennaista on myös oikean hoitopolun määrittäminen leikkauspäätöksen yhteydessä, mikä vaatii lääkäreiden ohjeistusta ja perehdytystä sairaalan leikkauspotilaan hoitoprosessista. Hoidonvarauksen tulisi olla tarkemmin ohjattua, jolloin ali- ja ylikuormituksilta elektiivisten (etukäteen suunniteltu) potilaiden osalta välttyttäisiin. Hoidonsuunnittelussa on huomioitava kokonaisuus, johon hoidonvaraajat kuuluvat olennaisena osana. Kokonaisuuden hallinta ja tarkastelu antaisi mahdollisuuden toiminnan ennakoimiseen sekä mahdollistaisi reagoinnin tarpeen muuttuessa. Tämä kaikki vaatii jatkuvaa vuoropuhelua hoidonsuunnittelun, leikkausyksikön ja ylilääkäreiden välillä sekä yhteistä tahtotilaa toimia joustavasti. (Korhonen 2020.)

## **7.8 Prosessien johtaminen välinehuoltopalveluissa**

Välinehuollon toimintaa kuvaa välinehuoltoprosessi (kuvio 3). Välinehuoltoprosessin johtamisen apuvälineenä on tuotannonohjausjärjestelmä T-Doc, johon on

liitetty kaikki välinehuollon pesu- ja desinfektio-koneet sekä sterilointilaitteet. Tuotannonohjausjärjestelmässä on myös kaikki yksittäiset instrumentit ja instrumenttikokonaisuudet, jolloin huolto- ja kokoamisohjeet ovat välinehuoltajien käytettävissä. Välinehuolto vastaa, että käytössä on riittävä määrä välineitä operatiiviseen toimintaan. Välinehuolto-prosessin eri vaiheet kirjataan järjestelmään, jolloin instrumentteihin saadaan jäljitettävyyttä sekä saadaan yleisesti tietoa toiminnasta. Tietoa hyödynnetään laadun varmuudessa sekä kehittämisessä. Välinehuolto tekee tiivistä yhteistyötä leikkausosaston kanssa.



Kuvio 3. Välinehuolto-prosessi.

Toiminta- ja taloussuunnitelman mukaisesti tukipalvelujen osana välinehuoltopalvelujen toimintaa kehitetään tarkastelemalla toiminnallisia prosesseja. Tarkastelua tehdään yli toimialuerajojen ja tavoitteena on löytää menetelmiä, joilla moniammatillista yhteistyötä lisätään sekä hyödynnetään integroitua tuotantokoneistoa. Avoin rajapintojen tarkastelu sekä ammattiryhmien välinen töiden uusjako ovat keinoja, joilla tavoitellaan asiakastyytyväisyyden kasvamista sekä kustannustehokkuutta lisääntyvässä määrin. Samalla lisätään palvelujen vaikuttavuutta. Palvelutuotannon ratkaisut vaikuttavat koko tukipalveluiden toiminnallisiin ratkaisuihin. Osana asiakas- ja potilashoitoprosesseja toimialueiden ja tukipalvelujen työnjakoa ja rajapintoja tarkastellaan ja hiotaan kustannustehokkaiden ja integroitujen toimintamallin saavuttamiseksi. (Siun sote 2020d, 23, 26.)

## **8 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite**

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on tehostaa hoidonvarausprosessia optimoimalla Siun soten leikkausosaston sekä välinehuollon resurssien käyttämistä. Tavoitteena on tuottaa uusi toimintamalli, jossa on huomioitu käytettävissä olevat resurssit, hoidonvaraajien työkaluksi.

## **9 Opinnäytetyön kehittämisprosessin menetelmälliset valinnat**

### **9.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta**

Opinnäytetyön lähtökohtana on tarve kehittää käytännön työelämää, siksi tutkimuksellinen kehittämistoiminta sopii menetelmälliseksi tähän opinnäytetyöhön. Kehittämistyö alkaa siitä, että on mielekäs kehittämiskohde sekä tarve kehittämiselle, kuten tässä työssä on ollut lähtökohtana. Tarve voi ilmetä ongelma- tai uudistamisperusteisena. Kun kehittämiskohde on valittu, sen jälkeen on määriteltävä tavoite tai tavoitteet mihin kehittämistyöllä pyritään. Kehittämisen tavoitteiden määrittelyä varten tarvitaan tietoa erilaisista lähteistä kehittämiskohteeseen liittyen. Teoria on tärkeä osa tutkimuksellisessa kehittämistyössä. Se auttaa kehittämiskohteen ymmärtämistä ja rajaamista tavoitteen mukaan. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 26–30; Toikko & Rantanen 2009, 16–17.) Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa metodologiset kysymykset ja sitoumukset muodostavat tutkimuksen perusvalinnat ja todellisuuskäsitykseen vastaaminen ovat lähtökohta tutkimukselle. Tiedontuotantotapana on käyttökelpoisuuden korostaminen. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tietokäsitys syntyy käytännöstä, jossa uutena tiedontuotantotapana on käyttökelpoisuuden korostaminen. Kehittämistoimintaa ohjaa näkyvät tavoitteet ja toimintatavat, johon kuuluu näkökulmien tasapuolinen mutta kriittinen tarkastelu. Kehittämistoiminta on luonteeltaan toimintaympäristön ja yhteiskunnallisen todellisuuden kompleksi, jonka edellytyksenä

on jatkuva toimijoiden ja toimintatapojen tarkistaminen eli reflektiivisyys. (Toikko & Rantanen 2009, 54–55.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa toimintaan liittyvä ohje ammatityöympäristöön ja -käyttöön. Kehittämistyönä syntyvä tuotos on aina havainnollinen tuotos, kuten hoidonvarausmalli tässä työssä. Kehittämistyön toiminnallista tuotosta tehtäessä huomioidaan tuotoksen kohderyhmä sekä heidän tarpeensa. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9, 51; Ojasalo ym.2009, 33.) Kehittämisen reflektiivisyys on prosessorientoituneessa näkemyksessä korostuneena. Toiminnan kautta saadaan koko ajan uutta tietoa, jota käytetään kehittämiseen. Kokemuksen ja tiedon kautta saadaan uutta aineistoa, joka ohjaa toimintaa. (Toikko & Rantanen 2009, 50; Engström 2004, 29.) Keskeistä kehittämistyössä se, että menetelmät ovat moninaisia ja kehittämistyöhön saadaan eri menetelmillä (kysely, haastattelu, havainnointi, dokumenttianalyysi jne.) tietoa sekä erilaisia näkökulmia. (Ojasalo ym. 2009, 40.)

## **9.2 Haastattelu ja kysely tiedonkeruumenetelminä**

Haastattelua, kyselyä, havainnointia ja erilaisiin dokumentteihin perustuvaa tietoa pidetään laadullisen tutkimuksen yleisimpinä aineistonkeruumenetelminä. Niitä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisesti, rinnan tai eri tavoin yhdisteltynä tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssien mukaan. Ne ovat käyttökelpoisia myös kerättäessä määrällisen tutkimuksen aineistoja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Kysely sopii tutkimukseen, jonka aihealue on tuttua, mutta tiedon oikeellisuudesta halutaan varmistua. Samoin kysely sopii lähtökohtatilanteen selvittämiseen sekä saatujen tulosten arviointiin kehittämistyön loppuvaiheessa. Kyselyn tulee perustua olemassa olevaan tietopohjaan ja kysymysten tulee olla yksiselitteisiä ja helposti vastattavia. Jotta kyselystä voidaan tehdä johtopäätöksiä ja tuloksia voidaan yleistää, niin olennaista on määrittää otos ja perusjoukko kyselyyn. (Ojasalo ym. 2009, 41.)



Webropol-kysely hoidonvaraajille valittiin kehittämistyössä lähtötilanteen kartoitukseen, koska se on luonteeltaan tutkimus, jolla voidaan kerätä tietoa suuremaltakin joukolta. Kyselyä suunniteltaessa on määriteltävä tarkasti, mitä tietoa halutaan kerätä. Yksiselitteisyys ja vastaamisen helppous ovat kyselyn peruselementtejä. Lisäksi tietoa kerättiin sähköpostikyselyillä (liitteet 5, 6, 7). Tiedonkeruu kyselyn kautta on nopeaa ja tehokasta mutta sen heikkoutena voi olla tiedon pinnallisuus sekä se, että vastaaja ei suhtaudu kyselyyn riittävällä vakavuudella. Kyselyn käyttäminen tutkimukseen edellyttää riittävä pohjatieto tutkittavalle ilmiölle. (Ojasalo ym. 2009, 41, 108–109.)

### **9.3 Sisällönanalyysi**

Kehittämistyön sisällönanalyysin tarkoituksena on olla selkeää, huolellista, noudattaa tarkkuutta sekä muodostaa kokonaisuus osana kehittämistyötä (Salonen 2013, 24). Sisällönanalyysin tarkoituksena on muodostaa sanallinen ja selkeä kuva tutkittavasta ilmiöstä. Siinä aineisto järjestetään tiiviiksi ja selkeäksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Teemoittelu valittiin sisällön analyysimenetelmäksi, koska sen avulla voidaan analysoida ja tarkastella tutkimuksen aineistoon kerättyjä ilmiöitä ja asioita ryhmittelemällä niitä yhteisten piirteiden mukaan. Teemoittelu sopii menetelmäksi silloin, kun esille nousevat ilmiöt tai asiat ovat yhteisiä useammalle. (Ojasalo ym. 2009, 99–100.) Saatu aineisto kirjoitetaan auki ja pelkistetään (redusoidaan) ja karsitaan pois ne asiat, jotka eivät olleet tutkimuksen kannalta olennaisia. Tutkimustehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä ja tutkimustehtävän olennaiset ilmaukset liitertään (kirjoitetaan) taulukkoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

### **9.4 Osallistaminen työpajatyöskentelyn avulla**

Kehittämistyöpaja valittiin osallistavaksi menetelmäksi, sillä siinä kehittämiseen otetaan mukaan työntekijät. Osallistaminen tuo mielekkyyttä työhön ja lisää yhteisvastuuta toiminnan sujuvuudesta sekä määriteltyjen tavoitteiden saavuttamisesta. Kokemus vaikuttamismahdollisuudesta lisää työntekijä henkilökohtaista

motivaatiota. Osallistamisen kautta lisätään tuottavuutta sekä saadaan uusia ideoita kehittämiseen. Työntekijöillä tulee olla riittävästi tietoa toimintaan liittyvistä tavoitteista sekä reunaehdoista, jonka kautta on mahdollista ymmärtää ja ottaa kantaa asioihin. Keskinäinen luottamus toiminnassa sekä avoimuus ja läpinäkyvyys tiedottamisessa ja päätöksenteossa ovat edellytys osallistamisen onnistumiselle. (Viitala & Jylhä 2019, 134–135; Salonen 2013, 22.)

Tiedonvaihto ja tiedon kerääminen painottuvat työpajatyypisessä menetelmässä, jossa syvennyttän tarkastelemaan aiheen eri osa-alueita. Työpajatyöskentelyssä osallistujat voidaan jakaa ryhmiin, joiden kesken pääteema jaetaan näkökulmien, teemojen tai osa-alueiden kautta käsiteltäväksi. Valmiit ryhmäesitykset käydään yhdessä läpi ja niistä muodostetaan yhtenevä kokonaisuus, jota käsitellään yhdessä läpi keskustellen. (Haukijärvi, Kangas, Knuutila, Leino-Richert & Teirasvuo 2014, 34–35; Ojasalo ym. 2009, 42, 146.) Vastuun ja töiden jakaminen on edellytys tehokkaalle ryhmälle. Epätasainen tehtävien jakautuminen heikentää ryhmän keskinäistä toimintaa. Yhteiset pelisäännöt sekä ryhmän sisäiset keskustelut puolestaan parantavat sitä. (Viitala & Jylhä 2019, 252.) Tuottavassa ja tehokkaassa ryhmässä hyödynnetään ryhmän resursseja tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti. Ryhmän energian on suuntautunut tehtävään ja ongelmien ratkaisuun ihmissuhdeongelmien sijaan. Yhteisvastuullisen ryhmän ilmapiiri on luova ja innovatiivinen sekä ryhmä tekee työtä ryhmä hyväksi. Tällöin ryhmä kykenee muuttamaan omaa toimintaansa saadun palautteen pohjalta. (Kopakkala 2005, 80–81.) Uuden luominen vaatii selkeitä toimintatapoja sekä rutiineja työyhteisössä. Rutiinit ja tutut käytännöt luovat turvallisuutta, mutta muutos koetaan mielekkääksi, mikäli motivaatiota ja tarvetta muuttua ja muuttaa on riittävästi. Jatkuva, määrätietoinen ja systemaattinen innovaatiotoiminta saattaa tuntua raskealta, ellei motivaatiota ja tarvetta muutokseen ole. (Vehkaperä & Kolehmainen 2013, 47.)

## 10 Opinnäytetyön käytännön toteutus

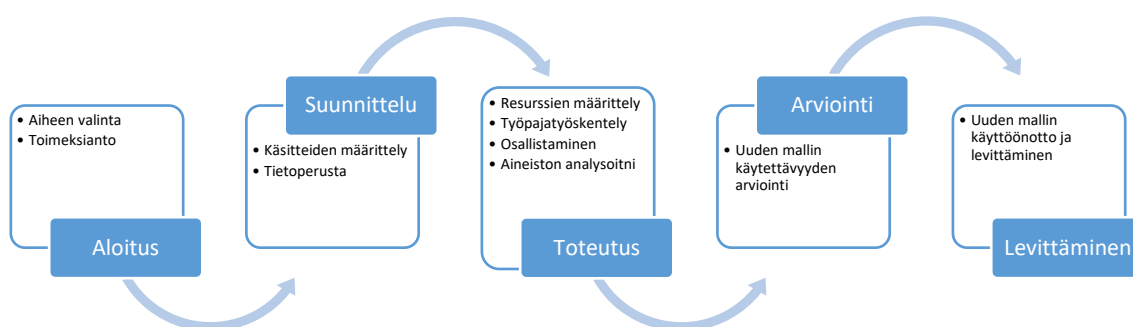
### 10.1 Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi

Kehittämistyön toimeksianto tuli operatiivisen klinikkaryhmän ylihoitajalta syksyllä 2019. Perusteena kehittämistyölle oli saada aikaan muutosta leikkaushoidon prosesseihin hoidonvarauksesta alkaen. Hoidonvarausmallin kehittämisen lähtökohdiana oli resurssien kartoittaminen ja niiden optimaalinen käyttäminen, jolloin toiseksi toimeksiantajaksi tuli tukipalvelujen välinehuoltopäällikkö. Tarvetta oli vastata Siun soten talous- ja toimintasuunnitelman tavoitteisiin: muuttuneilla resursseilla enemmän tehokkuutta. Toikko & Rantasen (2009) mukaan kehittämisen edellytys on perustella, mikä on nykytilanteen ongelma ja millainen tulevaisuuden halutaan olevan. Kehittämisprosessi muodostuu viidestä vaiheesta: perustelusta, organisoinnista, toteutuksesta, arvioinnista ja levittämisestä. Organisoituvaiheessa hyväksytään ja virallistetaan kehittämistavoitteet. Toteutusvaiheessa määritellään prosessin toimijat. Toteutus on konkreettista toimintaa, jossa käytännön toimintoja suunnitellaan, valmistellaan, kokeillaan ja mallinnetaan. Kokeilevan toiminnan tavoitteena on kehitystulos, joka pystytään kuvaamaan selkeänä kokonaisuutena. Kehittämistoiminnan jälkeen toimintaa arvioidaan. Arvioinnin tavoitteena on saada tietoa kehittämissuunnitelman ohjaamiseen, tuottaa tietoa kehityskohteesta sekä luoda yhteistä ymmärrystä ja osallistaa toimijoita. Kehittämissuunnitelma päättyy uuden tuotteen tai toimintatavan levittämiseen, juurruttamiseen käyttöön. (Toikko & Rantanen 2009, 56–62.)

Projekti, jossa tavoitteena ja tarkoituksena on kehittämistyön avulla parantaa organisaation tehokkuutta ja saada lisää suorituskykyä työn tekemiseen, määritellään organisaation kehittämistoiminnaksi. Kehittämissuunnitelma on ominaista, että se etenee vaiheittain ja siihen kuuluu erilaisia toimintoja, kuten työpajoja. Kehittämisen onnistumisen edellytyksenä on työntekijöiden osallistuminen. (Viitala & Jylhä 2019, 288–289.)

Salosen mukaan konstruktivisessa mallissa kehittämishankkeessa yhdistyvät sekä lineaarinen että spiraalimalli. Konstruktiviseen malliin kuuluu huolellinen

suunnittelu, vaiheistus, oppiminen, osallisuus, kehittämisoitteiden tutkimuksellisuus sekä riittävä ymmärrys metodologiasta kehittämistoiminnassa. Yhteisöllisyys, osallistuminen sekä pedagogisuus korostuvat konstruktivisessa mallissa. Reflektio ja inhimillisyys kuuluvat kehittämisen eri vaiheisiin, sillä konstruktivisessa mallissa tasavertainen vuorovaikutteinen keskustelu ovat osa arviointia ja eteenpäin suuntautumista. (Salonen 2013, 15–16; Toikko & Rantanen, 2009, 64–67.) Kuviossa 4 esitetään tämän opinnäytetyön etenemisprosessin vaiheet.



Kuvio 4. Tutkimuksellisen kehittämistyön vaiheet (mukaillen Salonen 2013, 20).

## 10.2 Tietoperustan kerääminen

Opinnäytetyön tietoperustaan haettiin tietoa kotimaisista sekä ulkomaisista tietokannoista Karelia ammattikorkeakoulun Finna-kirjaston, Ebsco-, Cinahl- ja GoogleScholair-hauilla sekä Siun soten tieteellisen kirjaston tietokannoista ja Vaarakirjastoista. Boolean logiikkaan perustuvaa perus- ja yhdistelmähakua käytettiin kansainvälisen tutkimustiedon hakemiseen and sekä or ja not rajauksia käyttäen. Tietoa etsittiin hoidonvaraus, leikkausosasto, leikkauksen aloitusaika, optimointi, prosessi, kustannustehokkuus, välinehuolto, terveydenhuolto ja tehokkuus hakusanoilla. Rajauskriteereinä käytettiin lähdemateriaalin ikää ja vertaisarviointia. Varsinaisesti välinehuoltoa koskevia artikkeleita löytyi vähän ja niistä vain kahta pystyttiin käyttämään. Terveysportin Duodecimista saatava tieto oli vähäistä muutamaa artikkelia lukuun ottamatta. Tieteellisistä ammattijulkaisuista kuten Finnanestin julkaisuista löytyi paljon materiaalia leikkaussalin käytöstä ja läpimenoajasta. Vastaavia julkaisuja löytyi Der Anaesthesist-julkaisuista. Osa löydettyistä lähteistä ei päätenyt opinnäytetyöhön, mutta useimmat

niistä antoivat silti lisäymmärrystä. Kollegoilta saimme lisäksi useita artikkeleita, jotka liittyivät aiheeseen.

### 10.3 Webropol-kysely

Tietoa tutkimustyöhön kerättiin Siun sotien operatiivisille hoidonvaraajille lähetetyllä Webropol-alkukartoituskyselyllä. Ennen kyselyn tekemistä kerättiin esitietoja hoidonvarauksesta ja hoidonvaraajan työstä Siun sotessa tapaamisessa (29.01.2020) yhden hoidonvaraajan kanssa. Tapaamisessa käytiin läpi hoidonvaraajan työn keskeisimmät tehtävät. Lisäksi anestesiapalveluja ja leikkaussalin tiloja käyttävien leikkaavien lääkäreiden kanssa pidetyssä yhteisessä leikkauskiintiöiden suunnittelukokouksessa oli myös hoidonvaraajat paikalla (12.2.2020). Tapaamisen jälkeen hoidonvaraajille kerrottiin ennakkotietona, että tulossa on opinnäytetyöhön ja Siun sotien hoidonvaraukseen liittyvä kysely. Samalla keskusteltiin niistä aihealueista, jotka ovat olleet haasteellisia heidän työssään sekä siitä millaisilla keinoilla yhteistyötä tehostetaan ja tiedonkulkua parannetaan. Samalla sovittiin, että hoidonvaraajien yhteinen sähköpostituslista laitetaan ajan tasalle. 19.2.2020 saatiin tieto, että sähköpostilista oli päivitetty ja sitä voitiin käyttää opinnäytetyön kyselyn postituslistana. Postituslistalla oli 12 hoidonvaraajan tiedot, jotka tarkistettiin etukäteen.

Kyselyä testattiin kahdella koehenkilöllä, joista toinen työskentelee anestesia- ja leikkausosastolla esimiehenä ja toinen välinehuoltopalvelujen asiantuntijana. Testikysely lähetettiin 23.2.2020 ja vastaukset saatiin 24. ja 25.2.2020. Testaajien vastausten perusteella tehtiin pari korjausta rakenteeseen. Toinen testaajista ehdotti perehdytystä sijaistamisesta kysyttäväksi mutta emme ottaneet sitä mukaan kyselyyn tässä vaiheessa, sillä mielestämme perehdytystarpeen noustessa esille vastauksista otamme sen käsittelyyn työpajassa. Perehdytyskysymyksen lisääminen tässä vaiheessa olisi vaatinut useamman kysymyksen lisäämistä aiheesta.

*Kysymyksen ovat selkeitä ja niihin on oletettavasti helppo vastata, koska aihealue koskee vastaajan omaa työtä.*

*Kysymyksiä lukiessa, tuli ajatus, miksi kaikissa kyllä/ei –väittämissä ei ollut mahdollisuutta perustella omaa vastausta tai lisätä siihen muuta kirjallista selitystä?*

*Lisäksi mietin sitä, oliko avoimissa kysymyksissä mahdollisuutta muotoilla kysymyksiä enemmän m-kirjaimilla alkaviksi? Joitain siellä olikin (miten, miksi), mutta kaikki eivät olleet.*

Saatujen palautteiden mukaan tehtiin kyselyyn muutoksia ja muutettiin kysymysten muotoa niin, että avoimet kysymykset vaativat perustelua eli kysymykset alkavat miten tai miksi. Samoin kysymykset, joissa oli kyllä- tai ei-valinta sekä perusteluun mahdollisuus, muokattiin niin, että kysymykseen oli helppo antaa perustelu kummallakin vaihtoehdolla. Testivaiheen jälkeen muokattuja kysymyksiä ei enää testattu. Webropol-kyselyn saatekirjeen lähetettiin 25.2.2020 (liite 1). Kyselyssä (liite 2) oli 20 kysymystä, joilla kartoitettiin hoidonvaraajien taustaa sekä näkemyksiä hoidonvaraamisesta.

Kyselyllä saadut tiedot analysoitiin ja sisällönanalyysissä määritettiin analyysiyksiköksi yksittäinen sana. Aineiston ryhmittelyssä (klusteroinnissa) samaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin ja yhdistettiin sisältöä kuvaavaksi käsitteeksi. Pelkistetty ilmaisu ryhmiteltiin alaluokaksi. Klusteroinnin jälkeen aineisto abstrahoitettiin eli käsitteellistettiin ja edettiin johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111.)

#### **10.4 Työpajatyöskentely**

Työpajatyöskentelyn lähtökohta oli käydä läpi kyselyn perusteella saatuja ja analyysin avulla rakennettua malliehdotusta. Kaikille 12 hoidonvaraajille lähetettiin sähköpostikutsu työpajaan 12.5.2020 (liite 3), joka järjestettiin 25.5.2020. Tilavarauksessa huomioitiin, että osallistujamäärän mukaan osallistujat pystytään tarvittaessa jakamaan turvavälejä (Covid-19-ohjeet) noudattaen kahteen ryhmään. Työpajaan osallistui kuusi hoidonvaraajaa eri erikoisaloilta. Työpajassa kaikille jaettiin kyselytulosten analysoinnin perusteella rakennettu pelkistetty pelkät otsikot ja aihepiirit sisältävä hoidonvarausmallin pohjaesitys. Pohjaesityksen pohjalta käytiin aktiivista ohjattua keskustelua uuden hoidonvarausmallin kehittämiseksi.

Työpajan kestoksi oli suunniteltu yksi tunti, mutta osallistujien aktiivisen keskustelun ansiosta työpajan kesto oli lopulta kaksi tuntia.

## **11 Tulokset ja analysointi**

### **11.1 Taustatiedot**

Kysely lähetettiin 12 hoidonvaraajalle, joista vähän yli puolet vastasi määräajassa kyselyyn. Kyselyyn osallistuneista neljä vastaajaa oli työskennellyt hoidonvarajana yli kolme vuotta, kolme 1–3 vuotta ja yksi vuoden tai vähemmän. Hoidonvaraajien toiminta jakautuu ortopediaan (tuki- ja liikuntaelin kirurgia, johon kuuluu myös traumatologia), urologiaan (virtsaelinkirurgia), gastroenterologiaan (vatsaelinkirurgia), gynekologiaan (naistentautien kirurgia, verisuonikirurgiaan (johon kuuluu myös rintakehä eli thoraxalue), plastiikkakirurgiaan (korjaava kirurgia), korva-, nenä ja kurkkutauteihin sekä päiväkirurgialla tehtävään ja ortopediaan sekä käsikirurgiaan. Ortopedian ja päiväkirurgisen ortopedian hoidonvaraajat vastaavat itsenäisesti omasta hoidon varauksesta. Muiden erikoisalojen hoidonvaraajilla on myös toinen vastuualue (erikoisala), jonka hoidonvarausta he sijaistavat. Sijaistaminen on tehty suunnitelmallisesti, jolloin kaikki hoidonvaraajat tietävät toistensa alueet. Kaikki vastaajat kuuluivat operatiiviseen tulosyksikköön ja sitä kautta kirurgian poliklinikan alaisuuteen. Kyselystä saadut vastaukset teemoiteltiin (liite 4) ja analysoitiin (liite 5).

### **11.2 Hoidonvaraajan työnkuva**

Hoidonvaraajan työnkuva on moninainen (taulukko 3). Yhteensä vastauksia toimenkuvaan kuuluvista tehtävistä tuli 35. Vastausten perusteella työtehtävänä on leikkaushoidon suunnittelu ja tarkistaminen sekä potilashoidon kokonaisvaltainen suunnittelu. Työtehtäviin kuuluu oleellisesti vastausten perusteella leikkausaikojen suunnittelu, varaus ja antaminen. Leikkauskelpoisuuden arviointi, asiakasneuvonta ja puhelinpalvelu kuuluvat työnkuvaan. Yhteistyö eri yksiköiden kanssa,

tiimissä työskentely ja moniammatillinen yhteistyö koettiin kuuluvan hoidonvaraajien työtehtäviin. Leikkausjonojen seuranta, hallinta ja tarkistaminen on myös työtehtävänä. Osalle hoidonvaraajia preoperatiiviset haastattelut, ohjaukset ja soitot kuuluivat heidän työhönsä. Yhden hoidonvaraajan työhön kuului myös lääkäreiden työlistojen laatiminen, tarkistaminen ja sen päivittäminen.

Jokaisen vastaajan tehtäviin kuuluu leikkauslistojen suunnittelu, tarkistaminen ja hoidonvarauksen kokonaisuudesta huolehtiminen. Kuusi vastanneista nimeää erikseen, että tehtäviin kuuluu myös leikkausaikojen antaminen. Asiakasneuvonta ja puhelinpalvelu, johon kuuluu neuvonta ja asiakaspalvelut, mainittiin kuuden vastaajan työnkuvassa. Näistä neljä vastaajaa mainitsi erikseen potilaiden preoperatiiviset haastattelut, soitot ja potilaiden ohjaus tarvittaessa. Puhelinpalvelun antaminen kaikkien erikoisalojen potilaille mainittiin yhdeksi tehtäväksi, mutta yhdessä vastauksessa oli eritelty, että palvelua annetaan vain oman erikoisalan potilaille. Yhteistyö eri yksiköiden kanssa, tiimissä työskenteleminen, moniammatillinen yhteistyö ja tarvittaessa instrumenttien riittävyden (firmasta tilattavien instrumenttien huolehtiminen) huomioiminen /sopiminen päiväkirurgian sairaanhoitajan kanssa oli mainittu neljällä vastaajista. Leikkausjonotilanteen seuranta (päiväkirurgiset potilaat ja leiko-potilaat), leikkausjonojen hallinnoiminen, seuraaminen ja tarkistaminen sekä hoitotakuun ja tavoiteaikojen seuranta oli neljän vastaajan työnkuvassa. Leikkauskelpoisuuden arviointi ja potilaiden leikkauskelpoisuuden arviointi ja varmistaminen, tasapuolisuus leikkausaikojen antamisessa tulivat esille kahdella vastaajalla. Samoin kahden vastaajaa työtehtäviin kuuluu laboratoriokokeiden ja röntgentutkimusten ja -kuvien pyynnöt tarvittaessa sekä tutkimusten tilaaminen. Yhdessä vastauksessa kerrottiin, että tehtäviin kuuluu potilaan kokonaistilanteen kartoittaminen. Yhden hoidonvaraajan tehtäviin kuuluu lääkärin työlistojen laatiminen, tarkistaminen ja päivittäminen.



Taulukko 3. Hoidonvaraajien työnkuvat kyselyn perusteella.

Hoidon suunnittelu Leikkaushoidon suunnittelu Leikkauslistojen suunnittelu ja tarkistaminen Leikkauslistasuunnittelu Kokonaisvaltainen suunnittelu	Leikkaushoidon suunnittelu	Suunnittelu	Työtehtävä
Leikkausaikojen suunnittelu Päikin ortopedian ja käsikirurgian leikkausaikojen varaus Leikkausajananto Potilaiden kutsuminen ja leikkausaikojen antaminen Leikkausaikojen ajanvaraus ja niiden postittaminen Leikkausaikojen järjestäminen Leikkausaikojen anto	Leikkausaikojen suunnittelu Leikkausaikojen varaus Leikkausaikojen antaminen	Suunnittelu Varaus Antaminen	Työtehtävä
Leikkaukelpoisuuden arviointi Potilaiden leikkaukelpoisuuden varmistaminen / leikkauksen oikea-aikaisuuden / tasa-puolisuuden mukaan	Leikkaukelpoisuuden arviointi	Arviointi	Työtehtävä
Asiakasneuvonta ja puhelinpalvelun pitäminen Puhelinneuvota Hoidonvarauksen potilaspuhelut Asiakaspalvelu (puhelin: omat leikkaukspotilaat ja puhelinpalvelu Puhelinpalvelu	Asiakasneuvonta Puhelinneuvonta Puhelinpalvelu	Neuvonta Palvelu	Työtehtävä
Yhteistyö eri yksiköiden kanssa Tiimissä työskentely ja hoidonvarauksen kehittäminen Moniammatillinen yhteistyö Yhteistyö (leikkaussali, päiki, lääkärit, oma yksikkö, leiko, osasto)	Yhteistyö eri yksiköiden kanssa Tiimissä työskentely Moniammatillinen yhteistyö	Yhteistyö	Työtehtävä
Jonotilanteen seuranta PÄIKI ja LEIKO Hoitotakuun ja tavoiteaikojen seuranta Leikkausjonojen hallinnoiminen, seuraaminen ja tarkistaminen Leikkausjonojen seuranta	Leikkausjonojen seuranta Leikkausjonojen hallinta Leikkausjonojen tarkistaminen	Seuranta Hallinta Tarkistaminen	Työtehtävä
Preoperatiivinen haastattelu Prehaastattelut Preoperatiivinen haastattelu ja ohjaus Presoitot tarvittaessa	Preoperatiivinen haastattelu Preoperatiiviset soitot	Haastattelu Soitot	Työtehtävä
Lääkärien työlistojen laatiminen ja tarkistaminen ja päivittäminen	Työlistan laatiminen, tarkistaminen, päivittäminen	Työlista laatiminen	Työtehtävä

### 11.3 Järjestelmän toimivuus

Vastauksissa (taulukko 4) todetaan nykyisen hoidonvarausjärjestelmän olevan toimiva, mutta esille nousee kehittämiseen ja järjestelmän parantamiseen liittyviä asioita: sijaisjärjestelyt poissaolojen aikana ja töiden kasaantuminen poissaolojen aikana ja ennen niitä. Yhteistyötä ja säännönmukaista keskustelua sekä vuoropuhelua tarvitaan leikkaussalin ja Päikin kanssa.

*Jos joku hoidonvaraajista on poissa, niin silloin on tehtävä omat ja toisen työt. Samoin ennen lomaa kiritään töissä ja lomien jälkeen on sumaa edessä. Pois et voi olla ja jos olet, tietää, että kollega on ylityöllistetty.*

*Osittain on toimiva ja osittain ei. Yhteistyötä ja vuoropuhelua voisi lisätä esim. leikkaussalin ja PÄIKIN kanssa. Nyt asiat hoidetaan melko lailla erillään hoidonvarauksessa. Totta kai ollaan yhteyksissä tarvittaessa, mutta kaipaaisin säännönmukaista keskustelua.*

Taulukko 4. Järjestelmän toimivuus kyselyn perusteella.

Kyllä x 5 vastausta	Jokainen tietää mikä kuuluu työtehtäviin Jokaisella oma erikoisala vastattavana Tiedossa omat puhelintunnit Voi suunnitella oman työpäivän kulun itse Jokaisella on oma erikoisosaaminen	Toimiva hoidonvarauksen järjestelmä
Ei x 1 vastaus	Jos yksi hoidonvaraaja on poissa, on tehtävä omat ja toisten tehtävät poissaolon aikana. Ennen lomaa on töissä kiritävä omia töitä ja sama on tehtävä loman jälkeen. Poissa ei voi olla ja jos olet, tietää, että kollega on ylityöllistetty	Ei toimiva hoidonvarauksen järjestelmä
Kyllä ja ei x 1 vastaus	Yhteistyötä ja vuoropuhelua voisi lisätä esim. leikkaussalin ja PÄIKIN kanssa Asiat hoidetaan erillään hoidonvarauksessa Tarve säännönmukaiselle keskustelulle	Hoidonvarausjärjestelmässä parannettavaa.

### 11.4 Resurssit, töiden jakautuminen ja saliaika

Vastaajista lähes kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että heillä on riittävästi tietoa resursseista ja vastaavasti yksi kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, että heillä ei ollut riittävästi tietoa olemassa olevista resursseista. Riittävästi tietoa käytettävistä olevista resursseista (instrumentit, laitteet, henkilöstö) oli neljällä vastaajalla ja kahdella ei omasta mielestään. Saliajan täyttämisestä riittävästi oli tietoa kuu-

della vastaajalla ja yhdellä ei omasta mielestään. Yksi kyllä vastanneista perusteli vastaustansa aikaisemmalla työkokemuksella leikkausosastolla sekä heräämössä. Kaikkien vastanneiden mielestä salikiintiöiden valmistelurytmi (kolme kertaa vuodessa) on riittävä. Vastauksissa esille tuli, että reilu kaksi kolmasosaa koki, että heillä on riittävästi tietoa leikkaussaliajan käytöstä. Yksi kolmasosaa koki, ettei heillä ole riittävästi tietoa saliajan käyttämisestä. Kaikki vastaajat pitivät käytössä olevaa salikiintiöiden valmistelurytmiä riittävänä.

### 11.5 Töiden jakautuminen ja yhteistyöalueet

Vastauksista käy ilmi, että työtehtävät eivät jakaannu tasaisesti. Erillisiä sijaisia ei ole loma-aikoja, suunniteltuja tai äkillisiä poissaoloja varten. Sijaistaminen tapahtuu niin, että jokaisella on oma työpari, joka hoitaa loman ja suunnitellun poissaolon aikana sijaistamisen. Pääsääntöisesti samalla tavalla tapahtuu myös äkillisen poissaolon aikana töiden hoitaminen, mutta silloin jaetaan töitä kaikkien kesken, esimerkiksi puhelinaikoja. Vastauksista käy selville myös se, että eri erikoisalojen osalta työtehtävät ovat erilaisia. Ongelmana näyttää olevan, että lomittajan työaika ei riitä tehtävien hoitamiseen, vaikka poissaolo on etukäteen tiedossa. Vastauksissa nousee esille se, että kynnyks jään töistä pois on korkea, ettei rasiteta toisten työkuormaa. Tämä kertoo samalla korkeasta työmoraalista. Vastaajista kaksi kolmasosan mielestä hoidonvaraajilla on yhteistyöalueita ja vain yksi kolmasosa vastaajista oli sitä mieltä, että yhteistyöalueita ei ole. Perusteluissa oli yksi vastaus ”*autetaan toisia siinä missä osataan.*”

### 11.6 Tuki työhön

Vastaajista kaikki vastasivat saavansa tukea toisilta hoidonvaraajilta. Reilu kaksi kolmasosaa vastaajista koki saavansa tukea työhönsä muualtakin kuin hoidonvaraajilta. Tukea tuli ystäviltä, työterveyshuollosta, oman erikoisalan ylilääkäriltä ja kirurgeilta, yhteistyöstä Leikon, leikkaussalin kanssa sekä Päikin osastonhoitajalta, sairaanhoitajalta, anestesia- ja vastuulääkäriltä. Yksi kolmasosa vastaajista ei saanut tukea muualta tai ei kokenut saavansa tukea.

Tiedottamiseen kaikilla oli välineenä sähköposti. Vastanneista yhtä lukuun ottamatta tiimipalavereita pidettiin yhtenä tiedottamisen kanavana. Osa käyttää yhä Skypeä tiedottamiseen, osa Teamsiä ja osa sekä Skypeä että Teamsiä. Mediatriin työlistat ovat vain kolmella tiedottamisen välineellä. Kaksi ei maininnut puhelinta tiedottamisen välineenä. Tiedottamisen kanavia vastanneet pitivät pääsääntöisesti toimivina. Tiimipalavereita pyritään pitämään kerran kuussa ja tiimivastaava tiedottaa heti tiedon saatuaan. Mediatriin työlistojen nimiä toivottiin kuvaavammaksi, ettei tulisi vääriä ”työviestejä”. Yksi vastaajista piti Skypeä nopeana ja toimivana ja yhden mielestä Teams toimii aika hyvin. Käytössä olevan tiedotuskanavan kautta tarvittavat asiat saa tiedoksi ja hoidettua neljän vastaajan mielestä, yhden mielestä yleensä ja yhden mielestä melko hyvin ja yhden vastauksen kantaa ei saanut selvästi selville.

*Olennaiset tiedot eivät aina tule heti vaan viime tipassa. Kirurgit eivät lue työlistojaan vaan joutuu soittamaan tai roikkumaan hihassa.*

*Teamsin käyttöä rajoittaa se, että se ei ole vielä kukaan kaikilla käytössä.*

### 11.7 Toimivat ja kehitettävät asiat

Toimivana asiana tällä hetkellä pidettiin sitä, että töissä on osaavia ihmisiä, jotka varmallalla otteella vastaavat tunnollisesti tehtävistään. Toimivana pidettiin yhteisesti sovittuja pelisääntöjä ja kaikkien sitoutumista työhön. ”*Paljon on tehty saadaksemme homma toimimaan.*” Hoidonvarauksessa on tällä hetkellä vastaajien mielestä hyvää yhteishenkiä, tiimityöskentelyä, sujuva yhteistyö, toimiva tiimi sekä yhteistyötä lääkäreiden ja muiden tahojen kanssa. Lisäksi hyvää on se, että erikoisalalan ylilääkäri pitää hyvin ajan tasalla asioista.

*Pystyn tuomaan hyvin omia toiveitani esille, vaikkapa lääkäreiden leikkaukspäivien määrän (jos näyttää, että tietyt leikkaukset kasaantuvat), voin siitä sanoa ja tiettyjen lääkäreiden leikkaukspäivien määrää lisätään listakohtaisesti.*

Hoidonvarauksessa toimivana pidetään puhelinalvelua, joka on selkeä oma erillinen alue. Työn joustavuus nousee esille neljässä vastauksessa. Työajat ovat

joustavia, työ on itsenäistä ja vapaata sekä leikkauspäivien ohjelman voi rakentaa ja suunnitella tilannekohtaisesti eri osatekijät huomioiden. Yksittäisinä vastauksina nousi esille: toimiva sijaisjärjestely, hyvät työtilat ja selkeät yhteistyökumppanit. Selkeät yhteistyökumppanit oli mainittu toisessakin vastauksessa, jonka mukaan oman alan ylilääkärin kanssa käydään keskusteluja jonotilanteesta ja lääkäriresursseista: ”*Potilaita harvoin tarvitsee sairaalasta johtuvista syistä perua*”.

Hoidonvarauksessa ei toimivana nähtiin useita puutteita (taulukko 5). Yhdessä vastauksessa ei nähty mitään asiaa, joka ei lainkaan tai merkittävästi toimisi. Saman vastaajan mielestä haastetta tuovat vaatimukset leikkaussalin saliajan tehostamisesta. Lisähaastetta tuo, että hoidonvaraajista vähennetään yksi työntekijä, jolloin tehtäviä järjestellään ja jaetaan uudelleen. Useamman vastaajan mielestä lääketieteellisiä tai lääkäreiden toimintatavoista lähtöisin olevia toimimattomia asioita oli useita. Huoli on hoitotakuun täyttymisestä ja lääkäritilanteesta. Ortopedialla lääkäritilanne vaihtelee ja leikkausjonot vaihtelevat sen vuoksi suuresti. Välillä potilaat jonottavat pitkään poliklinikalle ja silloin leikkausjonot ovat lyhyet ja sitten vastaavasti, kun poliklinikalla potilaiden jonot on saatu purettua, niin leikkausjonot kasvavat kuten tällä hetkellä on. Toimimattomana nähtiin leikkausmääräysten puuttuminen tai niiden tietojen puutteellisuus, lääkkeiden tautukset ja ohjeet ovat tekemättä, tarvittavat konsultaatiot ovat tekemättä tai pyytämättä, vaikka niin potilastiedoissa lukee ja potilaiden perustiedot ovat puutteellisia. Toimimattomana nähtiin myös se, että lääkärit eivät vastaa työviesteihinsä. Kaikilla ei ole sihteeripalveluja apuna omassa työssään. Töiden koetaan jakaantuvan epätasaisesti. Verisuonikirurgiassa ja urologiassa hoidonvaraaja varaa kaikki potilaan hoitoon liittyvät asiat, kuten ajat röntgeniin ja laboratorioon sekä tekee leikkauksen vaatimat verivaraukset.

*Kaikilla erikoisaloilla keskinäinen yhteistyö ei tunnu toimivan ja ongelmiakin on, mutta ne eivät näy vastaajan kohdalla vaan hän näkee ne toisten työssä.*

*Kuka leikkaa mitäkin → vaatii paljon nippeli nappeli tietoa.*

Taulukko 5. Ei toimivaa hoidonvarauksessa kyselyn mukaan.

Kaikilla ei ole sihteeripalveluja	Sihteeripalvelut puuttuvat	Ei toimi hoidonvarauksessa kaikkien osalta
Leikkausmääräykset puuttuvat Lääketauot puuttuvat Konsultaatiot tekemättä Työviesteihin ei vastata	Lääkärilähtöisiä puutteita	Ei toimi hoidonvarauksessa
Yllättäviin poissaoloihin ja lomiin ei erillistä sijaista ole olemassa	Hoidonvaraajien sijaisen puuttuminen	Ei toimi hoidonvarauksessa
Lääkäritilanne vaihtelee ja leikkausjonot vaihtelevat sen mukana	Lääkärien puuttuminen	Vaikuttaa hoidonvaraukseen negatiivisesti
Poliklinikan toiminta vaikuttaa leikkauspotilaiden leikkaushoitajonoon laittamiseen (ruuhkaa tai puuttumista)	Lääkäritilanteen vaihtelu	Toimivaa hoidonvarauksessa
Hoidonvaraajien keskinäinen yhteistyö	Yhteistyö	Ei toimi hoidonvarauksessa kaikkien osalta
Haasteet ja uudet järjestelyt leikkaustoiminnan tehostamisessa	Muutokset	Vaikuttaa hoidonvaraukseen, mutta vaikutuksen luonne ei tiedossa

Kysymykseen ”mitä muuttaisit” tuli selvästi vähiten vastauksia muihin kysymyksiin verrattuna ja ne hajaantuivat myös eniten. Kaksi vastaajista toivoi yhteistyön lisäämistä ja muut vastaukset olivat erillisiä. Yhteistyötä haluttiin lisää puoleen ja toiseen sen tarkemmin sitä erittelemättä. Toisessa vastauksessa yhteistyötä liittäisiin muiden tahojen kanssa. Tahot olivat esimerkinomaisesti kuvattu ja lueteltu: leiko, leikkaussali ja päiväkirurginen osasto. Samalla toivottiin, että se mahdollistaisi asioiden kehittämisen ja mahdollisiin ongelma-kohtiin puuttumisen. Yhteistyön näkökulma tuli kolmannenkin vastaajan kohdalla esille, mutta se kohdistui vain yhteen ammattiryhmään, lääkäreihin. Vastaaja toivoo:

*Säännöllisiä palavereita oman erikoisalalan lääkäreiden kanssa, jolloin jokainen tietää, missä mennään eikä lääkärit lupaille leikkausaikoja, minne sattuu, kun eivät tiedä jonotilanteesta mitään.*

Muutosta toivottiin lääkäreiden antamiin ohjeisiin ja määräyksiin. Ne toivotaan jo siinä vaiheessa, kun potilas asetetaan leikkausjonoon. Samalla pyydettäisiin konsultaatiot ja merkittäisiin lääkeohjeet selkeästi. Tulevat muutokset olisi ilmoitettava ajoissa, jotta leikkaussuunnitteluun tietää reagoida. Yhdessä vastauksessa todettiin, että varsinaisesti mitään ei ole tarvetta muuttaa, koska kokonaisuutena asiat toimivat hyvin. Tässä vastaaja kuitenkin toivoo lisää yhteistyötä ja kehittämistä yhdessä. Yhdessä vastauksessa odotellaan mitä muutos tuo mukanaan.

Yhden vastaajan mielestä sijaisjärjestelyjä on syytä muuttaa samoin kuin puhe-  
linpalvelua toivotaan muutettavaksi samaksi mitä se on ollut ennen, jolloin jokai-  
selle hoidonvaraajalle oli oma soittoaika. Silloin potilas sai heti oikean tiedon  
oman erikoisalan hoidonvaraajalta. Nykyisessä mallissa soittoaajat kiertävät hoi-  
donvaraajalta toiselle ja asiat eivät aina hoidu yhdellä soitolla. Vastauksissa yksi  
vastaaja nostaa esille nimikemuutoksen. Hoidonvaraajat ovat yrittäneet saada  
nimikettä muutettua hoidonsuunnittelijaksi.

*Tämä nimike on käytössä suurimmissa osissa muissa sairaaloissa. Ni-  
mike kuvaisi paremmin meidän työnkuvaamme, joka on aika paljon  
enemmän kuin vain ajan antoa.*

### 11.8 Muut asiat

Viimeisenä kysymyksenä kysyttiin vastaajilta, mitä muuta he haluaisivat sanoa.  
Myös tähän avoimeen kysymykseen tuli jokaiselta vastaajalta kommentteja.

*Palkkaus ei ole missään suhteessa työmäärään ja vastuuseen mitä kaik-  
kea teemme.*

*Ei ole pelkkää ajanantoa, kyse on hoidon suunnittelusta mitä moni ei  
edelleenkään hahmota miten suuri työmäärä on tehty ennen kuin potilas  
on leikkauspöydällä.*

*Erittäin hyvä kehittämistehtävän aihe!*

*Nimikkeemme on tällä hetkellä leikkaushoidonvaraushoitaja. Tätä asiaa  
olemme yrittäneet ajaa eteenpäin jo yli vuoden ajan, että se olisi leikkaus-  
hoidonsuunnittelija. Tämä kuvaisi paremmin kaiken kaikkiaan työtämme.*

*Leikkaushoidonvaraus on aina ollut hyvin näkymätön tekijä leikkauspoti-  
laan prosessissa ja sitä on ollut vaikea selittää ulkopuoliselle, mitä  
työmme on. Itse tiedämme, että mikäli emme saa potilaita leikkauksiin se  
vaikuttaa kauaskantoisesti muihin yksiköihin ja kuntatasolle saakka.*

*Potilaat peruvat leikkausaikojaan yllättävänkin "heppoisin" perustein →  
suurin työ hoidonvarauksessa kuitenkin on jo tehty (potilaan taustojen  
selvittäminen) ennen kuin aikaa edes potilaalle tarjotaan.*

*Joskus tuntuu, että tekemämme työn sisältöä ei juurikaan hahmoteta.  
Moni ajattelee, että työ on vain ajanvarauskirjeitten lähettämistä, vaikka  
todellisuudessa se on pienin osa työtä. Suunnittelulle ja niin sanotulle*

*metatyölle ei anneta arvoa, vaikka huolellinen suunnittelu onkin kaiken tärkeintä ja tähänhän työmme nimenomaan perustuu.*

### **11.9 Työpajatyöskentelyn tulokset**

Työpajatyöskentelyyn valmisteltiin avoin pohjamalli (liite 6), jota käytettiin keskustelun pohjana. Pohjamalliin oli koottu avainsanoja, jotka nousivat kyselyn analyysin kautta kehittämiskohteiksi. Työpajatyöskentelyssä keskustelua ohjattiin niin, että pohdinnan kautta avainsanoihin saatiin ratkaisumalleja yhteistyössä hoidonvaraajien kanssa. Työpajatyöskentelyn tuloksena saatiin lisää tietoa hoidonvarausmallin kehittämisen tarpeesta sekä muista työhön vaikuttavista yhteistyöasioista. Työpajan jälkeen hoidonvaraajille lähetettiin sähköpostilla lista käytettävissä olevista leikkauskoreista helpottamaan leikkauslistan suunnittelua. Pohjamalli sekä työpajassa saadut ideat yhdistettiin varsinaiseksi hoidonvarausmalliksi.

## **12 Hoidonvarausmalli**

Hoidonvarausmalli on rakennettu kyselystä saatujen ja analysoitujen tietojen sekä työpajatyöskentelyn perusteella (liite 7). Mallissa on jokaisesta esille nousseesta osa-alueesta oma taulukko, johon on kirjattu aihe, keino, tavoite ja vastuutaho. Taulukkoon 6 on nostettu esimerkki yhdestä osa-alueesta. Mallia voidaan käyttää standardoituna pohjana hoidonvaraajien työssä. Mallissa työnkuvat on yhtenäistetty erikoisalasta riippumatta ja se koskee kaikkia hoidonvarausprosessiin liittyvää hoitohenkilökuntaa. Toteutuakseen malli vaatii kaikkien ammattiryhmien sitoutumista ja kaikkien sovittujen toimintamallien noudattamista.



Taulukko 6. Hoidonvarausmallin osa-alue yhteistyömuodot.

## Yhteistyön muodot sovittava: vuosikello otetaan käyttöön – suunnitelma miten toimitaan

Aihe	Keino	Tavoite	Vastuu
<b>Hoidonvaraajien kesken</b>	Tapahtuu säännöllisesti joka työpäivä klo 8 tau- lupalaveri, jossa päivän toiminta käydään läpi	Sovittu ajankohta kai- killa tiedossa	Hoidonvaraushoita- jien vastuuhoitaja vastaa toteutuk- sesta
<b>Esimiehen kanssa</b>	Kerran työvuorolistassa. 1 x / 3 vko. Kalenterikutsu	Tapaamiseen asialista tai vähintään etukäteen tiedetään teemat ja ta- paamisen aiheet Jokaisesta tapaami- sesta kirjataan muistio, joka jaetaan hoidonva- raushoitajille	Esimies vastaa ta- paamisesta suunni- tellusti
<b>Leikkaavien lääkäreiden kanssa</b>	Tapaamisaikataulu so- vittava 1 x / vko Kalenterikutsu	Sovitut linjakysymykset ja muutokset	Ylilääkäreillä
<b>Yhteistyötahojen kanssa: leikkaussali, heräämö, välinehuolto</b>	Säännöllisesti 2–3 x / vuosi ennen salikiintiöi- den suunnittelua Myös tarvittaessa tai muutosten mukaan	Tapaamiseen asialista etukäteen Asiat valmistellaan ta- paamiseen Hoitojonot ja tarvittavien salikiintiöiden jakaminen niiden mukaan	Operatiivisen klinik- karyhmän esimie- hillä ja välinehuollon palveluesimiehellä
<b>Erikoisalojen vastuuhoi- tajien kanssa</b>	1–2 x / vuosi suunnitel- lusti	Tapaamiseen asialista etukäteen Asiat valmistellaan ta- paamiseen	Vastuu leikkaus- osaston osastonhoi- taja
<b>Tarvittavat ja tilanteen vaatimat erilliset tapaa- miset</b>	Tarvittaessa Voidaan tavata nopeal- lakin aikataululla		

## 13 Pohdinta

### 13.1 Tulosten tarkastelu

Leikkausaikojen suunnittelu, varaaminen sekä antaminen on kaikkien hoidonvaraajien päätehtävä, vaikka työn kuvaan kuuluu varsin paljon muita erilaisia tehtäviä, jotka eivät ole yhtenäisiä kaikilla. Esimerkiksi leikkausjonon seuraaminen ja hallinta eivät kuuluneet kaikkien tehtäviin. Kaikilla hoidonvaraajilla ei ollut mahdollisuutta käyttää osastosihteerien palveluja hyväksi, vaan he itse tilasivat leikkauspotilaiden tarvitsemat laboratorio- ja röntgentutkimukset. Hoidonvarausjärjestelmä koettiin pääsääntöisesti toimivaksi, mutta samalla toivottiin parannusta

sijaisjärjestelyihin sekä töiden jakautumiseen poissaolojen aikana. Hoidonvaraajan tehtävät vaativat pitkän perehdytyksen eikä tällä hetkellä ole olemassa sijais- tai varahenkilöjärjestelmää äkillisiin tai suunniteltuihin poissaoloihin. Työpajatyöskentelyssä suunniteltiin malli, kuinka sijaistamista voitaisiin parantaa ja luoda sijaistaville varahenkilölle oma toimenkuva.

Käytettävissä olevista resursseista (instrumentit, laitteet, henkilöstö) hoidonvaraajilla tietoa oli 71,4 % ja 28,6 % vastaavasti ei riittävästi. Saliajan käytöstä vain 85,7 % oli tietoa riittävästi. Resurssit kuitenkin ovat merkittävässä roolissa saliajan käytön tehostamisessa. Työpajan jälkeen hoidonvaraajille toimitettiin tiedot käytettävissä olevista instrumenteista. Laiteluettelot vaativat vielä työstämistä, jonka jälkeen ne voidaan toimittaa hoidonvaraajille. Ajantasaiset tiedot käytettävissä olevasta henkilöstömäärästä löytyvät Siun soten intranetistä, josta keskusteltiin työpajassa. Sosiaali- ja terveystalot tuottaa tehokkaasti mutta samalla laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. Palvelujen tuottamiseen käytettävissä oleva raha vähenee ja vähenevällä rahalla pitää saada tuotettua jatkossakin laadukkaista palveluja, siksi prosesseja, johtamista ja toimintatapoja on tehostettava sekä optimoitava. Tuottavuuteen, tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen voidaan vaikuttaa leikkaustoiminnan ja saliajan optimoinnilla. Resurssien määrittäminen ja tehokas käyttö ovat osa optimointia. (Torkki 2012; Pöyhönen 2009; Xiang & Chong 2015.)

Kaikki hoidonvaraajat tukevat ja kokevat saavansa tukea toisiltaan. Osa saa tukea myös muilta yhteistyökumppaneilta mutta eivät kaikki. Esimiehen tukea kaivattiin myös enemmän. Taloudellista lisäarvoa ja osaamista voidaan lisätä toimivalla verkostolla. Yhteisellä ymmärryksellä lisääntyy ymmärrys toisen työstä sekä kunnioitus erilaisuudesta. Yhteinen toiminta kasvattaa verkoston sisäistä luottamusta. Onnistumisessa on kyse osaamisen tunnistamisesta, hyödyntämisestä sekä niiden yhteensovittamisesta. Yhteinen ymmärrys lisääntyy onnistumisten myötä. Sitä kautta saavutetaan hyötyä pidemmällä aikavälillä, syvennetään yhteistyötä sekä sopeutumista. (Tirkkonen 2014, 83–84.)

Tiedottamisen todettiin olevan melko toimivaa, tosin sähköposti oli ainoa kanava, jonka kaikki mainitsivat. Tiedottaminen toimi, mikäli oli muistettu ottaa sähköpostilistalle mukaan viestittelyyn tai sähköpostilistat olivat ajan tasalla. Esille tuli

myös se, että ei ollut sovittua käytäntöä, mitä asioita tulisi hoitaa mitään kanavaa pitkin. Vaikka Siun sotessa on ohjattu kaikkia työntekijöitä käyttämään Teams-sovellusta tiedottamisessa, ei se ole kaikilla hoidonvaraajilla käytössä eikä myöskään lääkäreillä. Työpajassa sovittiin, mistä asioista ja millä kanavalla jatkossa tiedotetaan. Siun soten viestinnän periaatteissa määritellään, että omaan työhön liittyvä päivittäinen viestintä ammatillisille sidosryhmille sekä kollegoille kuuluu kaikkien työntekijöiden vastuulle. (Siun sote 2019c, 5.) Viestinnällä on aina joku tavoite ja tarkoitus, miksi sitä käytetään. Viestintä on kaksisuuntainen prosessi. (Stuart, 2001, 13).

Vastauksissa nousi esille, että kaikki ovat sitoutuneet työhön ja yhteisiä pelisääntöjä noudatetaan. Yhteishenki on hyvä ja tiimityöskentely koetaan toimivana. Lääkäreiden kanssa tehtävä yhteistyön taso ja määrä vaihtelee kuin myös hoidonvaraukseen saatu ohjaus. Puhelinpalvelu toimii ja se on oma selkeä alue. Tosin työpajassa toivottiin tässä paluuta entiseen malliin, jossa jokainen vastasi oman alueen puhelinpalvelusta ja näin pystyi hoitamaan potilaan asian loppuun saakka. Yhteiset yhdessä sovitut pelisäännöt ja niiden noudattaminen vaikuttavat varmistavat perustehtävissä suoriutumista, edesauttavat hyvää vuorovaikutusta ja reilua yhteistyötä (Terävä & Mäkelä-Pusa 2011, 11).

Puutteena ja kehityskohteena nähtiin saliajan tehostamisen paine sekä työmäärän kasvu yhden hoidonvaraajan siirtyessä muihin tehtäviin. Selkeitä puutteita tai kehityskohteita ovat lääkäreiden toimintatapojen erilaisuus ja muutokset sovitussa käytännössä, jotka hankaloittavat hoidonvaraajan työtä, esimerkiksi äkilliset muutokset lääkäreiden loma- tai leikkauspäivissä. Töiden epätasaiseen jakautumiseen sekä tehtävänkuvan moninaisuuteen vaikuttaa myös se, että kaikilla ei ole sihteeripalvelua käytössä, vaan hoidonvaraaja joutuu hoitamaan kaikki hoidonvaraukseen liittyvät asiat itse. Resurssien ohella merkityksellistä on moniammatillinen yhteistyö. Se tarkoittaa sitä, että eri ammattiryhmien tiedot ja taidot yhdistetään ja pyritään mahdollisimman tasa-arvoiseen päätöksentekoon. (Lukkari ym. 2007, 48.)

Hoidonvaraajien työ koettiin itsenäiseksi ja joustavaksi, jolloin työpäivän pystyi suunnittelemaan itse. Työnohjaus jäi samalla vähäiseksi ja hoidonvaraajat toimi-

vat omana kiinteänä omana ryhmänään, jonka kanssa työtään suunnittelivat. Hoidonvaraajat eivät mieltäneet kuuluvansa kovin tiiviisti kirurgian poliklinikan alaisuuteen eivätkä osallistuneet säännöllisesti viikkokokouksiin. Työtä ohjasivat eniten saadut leikkauskiintiöt, joiden mukaan he suunnittelivat potilaiden leikkaushoitoa ja myöskin omia lomiaan leikkaussalien sulkujen ajaksi. Leikkauskiintiöiden lisäksi työtä ohjaavina tekijöinä oli leikkaavien lääkäreiden poissaolot ja loma-ajat. Leikkaussalin kanssa yhteistyö tapahtui vain tarvittaessa tarkistuksina ja mahdollisina korjauksina. Yhdellä hoidonvaraajalla oli tiiviimpi yhteistyö PÄIKIN osastonhoitajan kanssa aikaisemman anestesiahoitaja työroolinsa takia. Yhteistyötä tapahtui myös LEIKON hoitajien kanssa.

Yhteistyötä eri yhteistyökumppaneiden kanssa toivottiin lisää sekä yhteistyön kautta yhteistä kehittämistä ja ongelmaratkaisua. Eri ammattiryhmää edustavien ihmisten keskinäinen vuorovaikutus saattaa synnyttää luovaa jännitettä, jonka ansiosta asioita kyetään tarkastelemaan monipuolisesti ja uutta luoden (Virtanen & Stenvall 2014, 122). Esimiehen tulee tunnistaa työyhteisön toimivat käytännöt, koska tunnistaminen on edelleen kehittämisen edellytys sekä mahdollistaa myös käytänteiden laajemman levittämisen organisaation sisällä. Arkityössä tapahtuu kehittämistä, mutta jos sitä ei nähdä osana työtä, jäävät yksittäiset ratkaisut usein näkymättömiksi muille. Työyhteisöjen sisäisten ratkaisujen levittämiseen koko yksikön ja laajemmin organisaation käyttöön, tarvitaan kehittämissprosessin näkyväksi tekemistä osana esimiestyötä. (Tuomivaara, Kurki, Valtanen 2015, 78–79.)

Kyselyllä ja työpajalla saatiin arvokasta tietoa, jota pystyttiin hyödyntämään varsinaiseen tuotokseen eli hoidonvarausmalliin. Kyselyssä nousseiden teemojen käsittely työpajassa tapahtui vapautuneessa vuorovaikutuksessa. Olimme suunnitelleet työpajan kestävän tunnin mutta vilkkaan keskustelun johdosta ja hoidonvaraajien hyvän valmistautumisen ansiosta aikaa kului kaksi tuntia. Hoidonvaraajien sitoutuminen työhön ja kehittämiseen nousi selkeästi esille. Kyselystä ja työpajasta olemme saaneet jälkikäteen myös kiitosta hoidonvaraajilta.

Siun soten strategiset johtamisnäkökulmat määrittelevät esimiestyölle ja taloushallinnalle tavoitteet, joita myös tässä opinnäytetyössä on otettu tarkastelun lähtökohdaksi. Ne vaativat potilaan hoitoprosessien uudelleen järjestämistä sekä

henkilöstö- ja talousresurssien tarkoituksen mukaisempaa kohdentamista. Lisäksi moniammatillinen ajattelu ja toiminta on avannut potilaan hoidon kannalta kokonaisuuden paremmin. Vuoropuhelu ja tiivis yhteistyö eri ammattiryhmien kesken on välttämätöntä, jotta käytettävissä olevat resurssit saadaan optimaaliseksi käyttöön ja silloin myös potilas hyötyy siitä. (Siun sote 2019d.)

Kehittämistehtävän pääkehittämiskohteet:

1. Yhtenäinen hoidonvaraajien työnkuva. Työ tasapuolista ja mahdollistaa tasalaatuisen perehdyttämisen.
2. Sijaistaminen: äkilliset poissaolot ja suunnitellut poissaolot. Koulutetaan varahenkilöstöön hoidonvaraukseen perehtynyt sijainen, jolle laaditaan oma toimenkuva. Poissaolojen paikkaajalla on oma erityinen toimenkuva.
3. Tiedottaminen. Kaikilla tiedossa oikeat tiedottamisen kanavat, aikataulut ja henkilöt. Sähköpostilistat ajan tasalla ja yhteystiedot löydettävissä.
4. Resurssitiedouden kasvattaminen. Sovitut vastuualueet resurssien käytöstä ja taloudellisista vaikutuksista. Sovittu raportointimenetelmä.
5. Hoidonvarausprosessin johtaminen. Kokonaisuuden hallinta leikkauspotilaan hoitoprosessissa. Säännölliset tapaamiset yhteistyökumppaneiden kanssa.
6. Leikkaavilla lääkäreillä yhtenäinen toimintamalli leikkauspotilaan hoitoprosessissa.
7. Hoidonvaraajien nimikemuutos kuvaavammaksi → hoidonsuunnittelija.

Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelmaan on kirjattu, että onnistuneeseen ja turvalliseen palvelutuotantoon vaikuttaa niiden henkilöstöresurssien optimaalinen käyttö, jotka ovat jo olemassa. Henkilöresurssien optimaalinen käyttäminen on tärkeää myös yhteiskunnan ja yhdenvertaisen palvelujärjestelmän kannalta. (Siun sote 2020c, 18.) Opinnäytetyö toteuttaa Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelman (2020) linjauksia, jossa painopistealueiksi on sovittu palvelujen saataavuuden ja laadun parantaminen. Työn lopputuloksena syntyvä malli tulee vaikuttamaan omalta osaltaan siihen, että asiakaspalvelu ja asiakaskokemus tulevat parantumaan kuten toiminta- ja taloussuunnitelman tavoitteissa on esitetty. Opin-

näytetyön lopputulosta voi hyödyntää leikkaustoimintaan varattujen tilojen käytötehokkuuden parantamiseen sekä henkilöstöressurssien ja osaamisen oikea-aikaiseen käyttöön unohtamatta työhyvinvointia. (Siun sote 2020d, 18, 28)

### **13.2 Kehittämisen prosessin arviointi**

Opinnäytetyötä odotettiin sekä toimeksiantajien että kyselyn kohteena olevien hoidonvaraajien keskuudessa innokkaasti. Ensimmäisen kontaktin jälkeen alkoi vuoropuhelu, jota ei sellaisenaan ole aikaisemmin ollut olemassa. Ennen työn aloitusta ei ollut tiedossa kaikkien hoidonvaraajien yhteistietoja eikä vastaavasti hoidonvaraajilla ollut tietoa kaikista hoidonvaraukseen liittyvistä resurssirajoituksista. Tutkimuksessa olleet työpisteet ovat toimineet tähän saakka varsin itsenäisesti, jolloin toiminta on ollut vanhoihin malleihin perustuvaa eikä yhteistyön määrä ja laatu olleet sillä tasolla, jota sen oletetaan Siun soten strategian mukaisesti olevan. Käytännössä jokainen on pyrkinyt osauttamaan omaa prosessiaan ilman kokonaiskuvaa operatiivisen potilaan hoidonvarausprosessista. Ymmärrys ja tietämys toistemme työstä alkoi hahmottua heti kyselyyn valmistautumisesta. Lisäksi resurssitietoisuus on alkanut näkyä kiiresterilointien vähenemisenä ja sitä kautta myös kustannuksissa.

Kyselyyn vastasi reilu puolet hoidonvaraajista, joille kysely lähetettiin. Tulos on mielestämme hyvä huomioiden kyselyn ajankohta. Haasteena oli juuri julkaistujen yhteistoimintaneuvottelujen tulos ja sen toimeenpano, hiihtoloman ajoittuminen samaan ajankohtaan sekä COVID-19-epidemiaan valmistautuminen. Hoidonvaraajien toimialueet jakautuvat Siun sotessa olevien erikoisalojen mukaisesti. Kaikki vastanneet kuuluvat samaan tulosityksikköön, kirurgian poliklinikkaan, jolloin heillä on sama esimies. Kyselyn ulkopuolelle jätettiin silmäkirurgia sekä suu- ja leukasairauksien kirurgia, jotka toimivat itsenäisinä yksikköinä. Kyseisten erikoisalojen leikkaukset tehdään päiväkirurgian tiloissa, jossa heillä on omat vakiosalit eikä heidän toimintansa vaikuta varsinaiseen salikiintiösuunniteluun.

Kyseessä ei ollut puhtaasti laadullinen tutkimus vaan soveltava tutkimus. Tavoitteena tässä opinnäytetyössä oli laaja useita eri toimijoita koskeva toimintatapojen ja -mallien kehittäminen. Lähtökohtana oli toivottu muutos sekä toimintatapaan että toimintarakenteeseen. Toimijat eli hoidonvaraajat pääsivät itse määrittelemään tavoitteita toimeksiannon tavoitteiden lisäksi. Kehittämisprosessi eteni avoimesti ja kehittämistavoitteet muodostuivat prosessin edetessä. (Toikko & Rantanen 2009, 14–15.) Tutkimustyössä ja työpajassa noudatettiin tieteellisiä toimintatapoja sekä -sääntöjä ja tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa, joka voi edesauttaa kehittämistä ja innovatiivista toimintaa. Innovatiivista toimintaa voidaan määritellä avoimeksi, käytännönläheiseksi sekä kokonaisvaltaiseksi ajatteluksi, jossa osaamisen edellytykset ovat verkostoitumisessa sekä uuden toiminnan hallintaan liittyvissä asioissa (Pirilä & Konkka 2013,12).

Aiheeseen perehdyttiin keräämällä tietoperustaa laajasti sekä selvittämällä kehittämiskohteen toimivat ja kehitettävät asiat hoidonvaraajille tehdyn kyselyn perusteella. Kysely on yksi laadullisen tutkimuksen yleisimmistä aineiston keräämismenetelmistä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Webropol-kysely tiedonkeruun menetelmänä oli toimiva ja joustava, jossa kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja voitiin muokata tekijälähtöisesti. Vastaamiseen annettiin kaksi viikkoa aikaa, vaikka vastausaika olisi voinut olla lyhyempi. Kahden viikon vastausaika valittiin sen vuoksi, että kyseisen ajanjakson sisällä oli tämän alueen yleinen talvilomaviikko sekä salikiintiöiden sisältöön tuli yhteistoimintaneuvottelujen vuoksi yllättäviä muutoksia, jotka vaativat enemmän työtä myös hoidonvaraajilta. Vastauslinkin lähettäminen tutkimukseen valituille on helppoa ohjelman kautta. Ohjelman raportointiosio helpotti tiedon keräämistä ja siirtämistä analysoitavaksi. Kehittämistyöhön saadaan eri näkökulmia käyttämällä eri tiedonkeruumenetelmiä (Ojasalo ym. 2014). Tarkoituksena oli kerätä tietoperustaan tietoa haastattelemalla Siun sotien toimihenkilöitä, mutta tiedonkeruuvaiheessa Siun sotessa Covid-19-ohjeistusten mukaan tapaamisia tuli välttää, joten päädyttiin keräämään tietoa sähköpostikyselyjen välityksellä. Saimme kehittämistyöhön mielestämme hyvin tietoa mutta vuorovaikutustilanteessa olisivat vastaukset saattaneet olla laajempia.

Saatua tietoa analysoitiin lukemalla sitä yhdessä ja erikseen, jonka jälkeen tieto koottiin ja pilkottiin. Tulokseksi saatiin tiivistetty malli hoidonvaraukseen. Koko

kehittämistyön aikana kerättyä tietoa, sen luotettavuutta sekä tutkijoiden omaa tekemistä arvioitin kriittisesti. Hoidonvarausmalli tullaan ottamaan käyttöön osana operatiivisen potilaan hoidonvarausprosessia. Salonen 2013, Haukijärvi ym. 2014 ja Ojasalon ym. 2009 mukaan tiedon kerääminen ja tiedon vaihto painottuvat työpajatyypisessä työskentelyssä. Työpajan sekä vuorovaikutuksen onnistumisen tekijöitä olivat osallistujien vahva motivaatio sekä aiheeseen ennakkoon orientoituminen. Työpaja osana kehittämistyöprosessia koettiin mielekkääksi sekä antoisaksi tutkijoiden ja osallistujien mielestä. Vuorovaikutuksessa ja osallistujien aktivoinnissa onnistuttiin, millä oli vaikutusta myös lopputulokseen.

Kehittämisprosessi eteni suunnitelman mukaisesti aloituksesta suunnitteluun ja toteutukseen saakka, vaikka tiedonkeruun menetelmiä jouduttiin muuttamaan alkuperäisestä suunnitelmasta. Uuden mallin käytettävyyden arviointia ei ole vielä tehty vaan, se tulee tapahtumaan syyskuussa, kun malli esitellään toimeksiantajille sekä hoidonvaraajille. Näin ollen meillä ei ole kokemusta mallin käyttämisestä mutta mallin eri osatekijät ovat realistisia ja toteutettavissa olevia. Jokaiselle aiheelle on määritelty tavoite, keino tavoitteeseen pääsemiseksi, tarkoitus sekä vastuuhenkilö. Koska mallin on jaettu eri osakokonaisuuksiin, on mallin levittäminen jatkossa helppoa käyttäjän tarpeiden mukaan.

Opinnäytetyön tekijöiden pitkään jatkunut ammatillinen yhteistyö ja siitä syntynyt saumaton yhteisymmärrys on vienyt tätä kehittämistyöprosessia eteenpäin. Kokonaisuudessaan kehittämistyön aihe oli mielekäs. Mielekkyyttä lisäsi se, että saimme hoidonvaraajilta jatkuvasti palautetta ja he olivat aktiivisesti mukana kehittämistyöprosessissa. Erityisesti he odottavat, että lopputulos, uusi hoidonvarausmalli otetaan osaksi jokapäiväistä käytäntöä ja siihen sitoudutaan. Sen tarpeellisuus ja ajankohtaisuus oli nähtävissä kehittämistyöprosessin eri vaiheissa. Lisäarvoa ajankohtaisuudelle ja tarpeellisuudelle saatiin lisäksi moniammatillisten haastatteluvastausten kautta.

Työn tekemisen yhteydessä syntyi positiivista kehitystä ja yhteistyötä, jota työllä ei lähtökohtaisesti tavoiteltu. Uusia kehitysideoita työn sujuvoittamiseen on tullut, ja yhteydenotot ovat olleet rohkeampia sekä suurempia, kun tiedossa on ollut



kehen voi ottaa yhteyttä. Yhteydenottoja on ollut sekä leikkausosastolle että välinehuoltoon. Hoidonvaraajien vastaava on nykyisin mukana salikiintiöiden suunnittelussa. Leikkauspotilaiden jonotiedoista tulee kuukausittain tiedot leikkausosaston osastonhoitajalle ja operatiivisen klinikkaryhmän palvelupäällikölle. Välinehuolto saa nykyisin ennakkoon tietoa tulevista poikkeavista toimenpiteistä ja -määristä. Hoidonvaraajilla on tiedossa välinehuollon instrumenttikokonaisuuksien määrät apuna leikkauslistan suunnitteluun. Oman yksión toiminnan vaikutus toisiin on huomattu. Moniammatillisen neuvottelun ja yhteistyön merkitys on noussut uudelle tasolle. Osaoptimoinnin sijaan on tullut kokonaisuuden hahmottaminen ja ydinprosseja on pystytty parantamaan, joilla on vaikutusta kustannuksiin.

### **13.3 Eettisyys ja luotettavuus**

Lähdemateriaalia arvioitiin tässä työssä kriittisesti, jotta voitiin varmistua opinnäytetyön uskottavuudesta ja luotettavuudesta. Suunnittelu, toteutus ja raportointi tehtiin ja tallennettiin tieteellisen tiedon kriteerien mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyöntekijöillä ei ole sidonnaisuuksia kaupalliseen toimintaan eikä opinnäytetyöstä makseta rahallista korvausta. Noudattamalla hyviä tieteellisiä käytäntöjä voidaan varmistaa, että tutkimus ja tutkimuksella tuotetut tulokset ovat uskottavia ja eettisesti hyväksyttäviä, kuten tässä opinnäytetyössä on noudatettu kaikissa vaiheissa. Rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus tutkimuksen tekemisessä sekä tulosten kaikkien vaiheiden käsittelyssä ovat osa eettisiä toimintatapoja. Avoimuus ja vastuullisuus osana tiedeviestintää kuuluvat myös hyviin eettisiin käytäntöihin. Lähdeviittaukset tehdään niin, että kunnioitetaan ja annetaan arvo lähteenä käytettävien tekstien alkuperäisille kirjoittajille.

Webropol-kysely sopii eettisesti hyvin tutkimusmenetelmäksi, sillä kysely suojelee vastaajien anonymiteettiä, koska osallistuvat eivät tiedä muiden osallistujien nimiä tai vastauksia. Vaikka esitetasimme kyselyn, oli kyselyyn jäänyt virhe muokkauksen jälkeen. Virhe tuli esille hoidonvaraajien vastatessa kyselyyn. Virhe oli se, että kyllä- tai ei-väittämää ei päässyt perustelemaan, jos oli tehnyt

valinnan. Kyselyyn vastaajille lähetettiin tieto asiasta sähköpostilla 11.3.2020 ja samalla ohjeistimme, että halutessaan perustella valintaa, voi perustelun aloittaa valitulla vaihtoehdolla. Lisäksi muistutimme, että vastausaikaa on vielä jäljellä. Kyselyn annettiin olla avoimena 21.3.2020 saakka. Vastaukset saatiin virheestä huolimatta selville perusteluineen aivan kuten pitikin, joten mielestämme tämä ei heikentänyt kyselyn luotettavuutta.

Saadut tulokset ovat uskottavia ja ne on kirjattu hoidonvarausmalliin näkyville. Vaikka molemmat tutkimuksen tekijät omaavat pitkän työuran ja vahvan substanssin kehittämisen kohteena olevalle alueelle, pystyimme kriittisesti arvioimaan ja poissulkemaan omia mahdollisesti lopputulokseen vaikuttavia lähtökoh-  
tia ja asenteita. Kriittistä arviointia tehtiin kyseenalaistamalla toisen näkemyksiä sekä hakemalla objektiivisia perusteluja valinnoille ja näkökulmille. Yhteinen näkemykseen perustuen syntyi tässä työssä esitetty lopputulos. Tuloksena syntynyttä hoidonvarausmallia voidaan käyttää kaikkien erikoisalojen hoidonvarauksien työnkuvan mallintamiseen. Hoidonvarausmallia käyttämällä hoidonvaraus saadaan prosessinomaisesti johdettavaksi. Jokaista prosessin osaa voidaan tarkastella osana kokonaisuutta ja tarvittaessa sitä voidaan muuttaa ja kehittää tarvittavaan suuntaan. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida eri kriteereillä, sillä tutkimuksen sekä tutkimustulosten tulee olla uskottavia. Tutkimuksen tulee olla vahvistettavissa ja kirjattavissa näkyviin. Reflektiivisyys heijastaa tutkimuksen tekijöiden omia henkilökohtaisia lähtökohtia sekä niiden näkyvyyttä prosessissa. Samalla voidaan arvioida tutkijoiden tietoisuus omista lähtökohdistaan. Tutkimuksessa arvioidaan, myös pystytäänkö tehtyä tutkimusta käyttämään hyväksi muissa vastaavissa tilanteissa eli onko tutkimuksella siirrettävissä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

#### **13.4 Jatkokehitysideat ja -aiheet**

Esille tuli selvästi, että hoidonvarauksen kehittäminen oli alkanut 2016, mutta kehitys oli jäänyt kesken ison organisaatiomuutoksen jälkeen. Hoidonvarausta oli

kehitetty hoidonvaraajien toimesta edelleen, mutta edelleen kaivattiin operatiivisen alueen yhteistä kehittämistä ja mallia. Nyt valmistunut malli vastasi tähän tarpeeseen. Jatkotavoitteena on saada malli otettua käyttöön.

Kustannusten kasvu ja kasvun hallinta Matveisen (2019) mukaan ovat tekijöitä, joihin terveydenhuollossa tulee kiinnittää huomiota. Sote-uudistus vaatii rakenteiden muuttamista ja palvelujen resurssointia uudella tavalla. (Rekola 2008; Niiranen 2014; Valtioneuvosto 2019.) Leikkaussalin käyttökustannuksia oli laskettu viimeksi vuonna 2017, joten jatkokehityskohteena voisi olla leikkaushoidon kustannusten kartoittaminen, saliajan hinta ja peruuntuneiden leikkausten kustannukset. Tarve on saada taloustietoisuus koko hoitohenkilökunnan tietoisuuteen. Saadulla taloustiedolla on vaikutusta hoitajien päätöksentekoon.

Leikkaustoiminnan tehokkuudelle ja tuottavuudelle emme löytäneet selkeitä mittareita. Jatkokehityskohteeksi ehdotamme mittarien määrittämistä tiedolla johtamisen tueksi. Leikkaussalista puuttuu leikkaustoimintaa ohjaava erillinen ohjelma. Leikkaustoiminnanohjausohjelman avulla leikkauslistat saadaan optimaaliksi eikä yli- tai aliresurssointia synny.

## Lähteet

- Asiakasmaksuasetus 912/1992.  
Asiakasmaksulaki 734/1992.
- Barbagallo, S., Corradi, L., de Goyet, J., Iannucci, M., Porro, I., Rosso, N., Tangani, E. & Testi, A. 2015. BMC Medical Informatics and Decisions Making. 15 (38), 1–6.
- Bauer, M., Hanß, R., Schleppers, A., Steinfath, M., Tonner, P.H. & Martin, J. 2004. Prozessoptimierung im „kranken Haus“. Der Anaesthesist 53 (5), 414–426.
- Duro, M. 2012a. Integration and the automation in the CSSD. AORN Journal, 96 (4), C10-C10.
- Duro, M. 2012b. Connectivity is key element within CSSD. AORN Journal, 96 (3), C5-C5.
- Engström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- ETENE 2011. Sosiaali- ja terveystieteen perusta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3195-4>. 8.12.2019.
- Hari, T., Jousela, I., Marjamaa, R., Niskanen, M., Nivalainen, J., Pajarinen, J., Pere, P., Valta, P. & Hynynen M. 2008. Leikkaustoiminnan tehokkuuden mittarit. Loppuraportin tiivistelmä 25.1.2008. URL://www.sitra.fi. 23.6.2020.
- Haukijärvi, N., Kangas, A., Knuutila, H., Leino-Richert, E. & Teirasvuo, N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Käytännön opetusmenetelmiä opiskelija- ja työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Häkkinen, H. IsoMauno, J-T. Koivuranta-Ranta, P & Tyni, T. 2014. Valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Kuntaliiton Yleiskirje 6/80/2014. 3.8.2020.
- Häkkinen, P & Matveinen, P. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2017. Tilastoraportti 5/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019051415433>. 11.11.2019.
- Häkkinen, P & Matveinen, P. 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sairaaloiden tuottavuus 2018. Tilastoraportti 1/2020. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202001233125>.
- Jormanainen, P. 2020. Osastonhoitaja. Siun sote. Sähköpostihaastattelu 7.5.2020.
- Järvenpää M., Länsiluoto A., Partanen V & Pellinen J. 2015. Talousohjaus ja kustannuslaskenta. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kankaanpää E. 2017. Talouden johtaminen. Teoksessa Rissanen S & Lammin-takanen J. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Karhumäki, T., Hirvonen, K. & Ylitupa, E. 2017. Välinehuolto. Tallinna: Printon.
- Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Keistinen, T. 2011. Terveydenhuollon tehokkuuden tavoittelu ja etiikka. Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225024>. 55–58.
- Kekomäki, M. 2019. Etiikasta ekonomiaan - ja takaisin. Tallinna: Printon.

- Kettunen, A. & Piirainen, K. 2005. Aineettomat resurssit ja sosiaalinen pääoma hyvinvoinnin tuotannossa – yhteistyöllä ja luottamuksella työhyvinvointia, asiakkaan hyvinvointia ja tehokkuutta. *Työelämän tutkimus* (3), 192–198.
- Konttinen, V. K. & Hynynen, M. 2003. Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä? *Finnanest* 36 (4), 340–344.
- Kopakkala, A. 2005. Porukka, jengi, tiimi. Ryhmädynamiikka ja siihen vaikuttaminen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koponen, A. 2020. Controllor. Siun sote. Sähköpostihaastattelu 17.5.2020.
- Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta. Tarpeesta tuloksiin. Saksa: Skhole Oy.
- Korhonen, J. 2020. Osastonhoitaja. Siun sote. Sähköpostihaastattelu 15.5.2020. Kuntalaki 410/2015.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laine, H-J. & Leppikangas, H. 2017. Epämääräisestä jonottamisesta aikataulutettuun toimintaan. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 133 (10), 911–912.
- Leppikangas, H., Puolakka, P., Korppi, A. & Laine, H-J. 2015. Leikkaussalityön optimointi – hukkaa minimoinnilla ja virtausta parantamalla. *Aikakauskirja Duodecim* 2015 (20), 1947- 1951.
- Lillrank, P., Reijonsaari, K., Heikkilä, P. & Silander, K. 2016. Helsinki: Next Print Oy.
- Lindqvist, M. & Halila, R. 2002. Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. *Etene-julkaisuja* 6. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lukkari, L., Kinnunen, T & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Marjamaa, R. 2008. Kohti leikkaussalin tuloksellista toiminnanohjausta. *Finnanest* (42) 2, 158–161.
- Matveinen, P. 2019. Terveystutkimus 2017. Tilastoraportti 15/2019. Helsinki: Terveystutkimus ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019051415433>. 11.11.2019.
- Matveinen, P. 2020. Terveystutkimus 2018. Tilastoraportti 23/2020. Terveystutkimus ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020062345337>. 13.7.2020.
- Niinistö, L. 2011. Miksi terveydenhuollossa tarvitaan priorisointia. *ETENE julkaisuja* -31. Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3169-5>, 59 – 63. 6.12.2019.
- Niiranen, V. 2014. Toim. Niiranen, V., Joensuu, M., Lammintakanen, J. & Kerkkänen, M. 2014. Johtajana muutoksissa. Helsinki: Kuntatalon painotalo. 43–56.
- Niskanen, M. 2014. Johtamisella vaikutetaan hoitotulokseen. *Finnanest* 47 (5), 428–432.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Pekurinen, M. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Raportti 22 / 2014. Teoksessa (toim.). Seppälä, T.T. & Pekurinen, M. 2014.. Helsinki: Terveystutkimus ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-236-2>. 11–16.

- Peltokorpi, A., Kujala, J. & Lillrank, P. 2004. Keskenikäisen potilaan kustannukset: menetelmä kunnille terveystalouden tuotannon suunnitteluun ja ohjaukseen. Helsinki: Kunnallissalan kehittämiskeskitys.
- Pirilä, K & Konkka J. 2013. Innovaatiotoiminta. Teoksessa Vehkaperä, U., Pirilä, K & Roivas, M (toim.). Innostu ja innovoi. Käsikirja innovaatioprojektointeihin. Helsinki: Unigrafia. 11–21.
- Pöyhönen, M. 2003. Aika ja resurssiperusteinen hinnoittelu. *Finnanest* 36 (2), 160 – 162.
- Rekola, L. 2008. Sosiaali- ja terveystalouden tuottamiseen vaikuttavia kehitysuuntia. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. (toim.). Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 10–13.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>. 8.12.2019.
- Siun sote 2019a. Hoidonvaraus mallitehtävä. [intra.siunsote.fi](http://intra.siunsote.fi).
- Siun sote 2019b. Siun sote tilinpäätös ja toimintakertomus 2018.
- Siun sote 2019c. Viestinnän yleiset periaatteet. Siun sote -konsernin viestintäpolitiikka.
- Siun sote 2019d. Strategia 2019-2020.
- Siun sote 2020a. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut 1.1.2020 alkaen.
- Siun sote 2020b. ESH Suoritekäsikirja 2020. Tilastollinen kirjaaminen erikoissairaanhoidossa. [intra.siunsote.fi](http://intra.siunsote.fi).
- Siun sote 2020c. [www.siunsote.fi](http://www.siunsote.fi). 22.2.2020.
- Siun sote 2020d. Toiminta- ja taloussuunnitelma 2020-2022.
- Sohrakov, K., Westlake, C., Key, E., Barth, E., Antognini, J. & Johnson, V. 2014. Optimizing the OR: A Bottom-Up Approach. *Hospital Topics* 92(2) (21–27).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanvarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:19. URN\_ISBN\_978-952-00-3579-2.pdf.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Yliopistopaino.
- Stuart, C. 2001. Viesti tehokkaasti esiinnyt vakuuttavasti. Helsinki: WSOY.
- Syvöja, S 2020. Ylilääkäri. Siun sote. Sähköpostihaastattelu 10.06.2020.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
- Terävä K. & Mäkelä-Pusa P. 2011. Esimies työhyvinvointia rakentamassa. Tampere: Tammerprint Oy.
- Tirkkonen, M. 2014. Suorituksen johtamisesta onnistumisen johtamiseen. Teoksessa Sydänmaalakka, P (toim.). Tulevaisuuden johtaminen 2020. Älykkään johtamisen näkökulmia. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 74 –87.
- Tieto 2020. Vertaisarviointi. <https://www.tieto.com/fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/terveydenhuolto/vertaisarviointi>. 19.6.2020.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Torkki, P. 2012. Käypä prosessi – mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä. Aalto University. Väitöskirja. <http://urn./URN:ISBN978-952-60-4734-8>.

- Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomivaara, S., Kurki, A-L. & Valtanen, E. 2015. Oivalluksia osallistuvasta innovaatiotoiminnasta – työpajamenetelmä esimiesten kehittämisosaimista tukemassa. Teoksessa Saarisilta, J & Heikkilä, J (toim.) Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 78–90.
- Tuomivaara, S., Pekkarinen, L. & Sinervo, T. 2015. Hyvinvoiva työntekijä innovoijana. Teoksessa Saarisilta, J. & Heikkilä, J. (toim.) Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovaatiotoiminta sosiaali- ja terveysalan muutoksessa. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. 118–131.
- Turunen, M. 2020. Tilasuunnitteluasiantuntija. Siun sote. sähköpostihaastattelu 29.6.2020.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). 8.12.2019.
- Uusi-Rauva, E. 1996. Tuottavuus – mittaa ja menesty. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy – TT-Kustannustieto Oy.
- Valtioneuvosto 2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 2019. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma>. 28.3.2020.
- Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohteisista edellytyksistä 583/2017.
- Valtonen, H. 2011. Toim. Rissanen, J. & Lammintakanen, J. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Vehkaperä, U & Kolehmainen, S. 2013. Innovaatiokyvykkyys. Teoksessa Vehkaperä, U., Pirilä, K & Roivas, M (toim.). Innostu ja innovoi. Käsikirja innovaatioprojektioihin. Helsinki: Unigrafia. 39–63.
- Viitala, R & Jylhä, E. 2019. Johtaminen. Keskeiset käsitteet, teoriat ja trendit. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.
- Vinni, S. 2019. Strateginen suunnittelu ja johtaminen. [https://moodle.karelia.fi/pluginfile.php/285452/mod\\_resource/content/5/Diat\\_Kustannuslaskenta\\_Strateginen%20suunnittelu%20ja%20johtaminen\\_Talouden%20n%C3%A4k%C3%B6kulma.pdf](https://moodle.karelia.fi/pluginfile.php/285452/mod_resource/content/5/Diat_Kustannuslaskenta_Strateginen%20suunnittelu%20ja%20johtaminen_Talouden%20n%C3%A4k%C3%B6kulma.pdf). 8.11.2019.
- Virtanen, P. & Stenvall, J. 2014. Älykäs julkinen organisaatio. Tallinna Raamattutrukikoda: Tietosanoma Oy.
- Virtanen, P. & Wennberg, M. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Waesche, R.M., Sliwa, B., Jipp, M., Pütz, H., Hinz, J. & Bauer, M. 2016. Leistungsentwicklung eines universitären OP-Bereichs nach Implementierung eines zentralen OP-Managements. *Der Anaesthetist* 65 (5), 615–628.
- Welker, A., Wolcke, B., Schleppers, A., Schmeck, S.B., Focke, U., Gervais, H.W. & Schmeck, J. 2010. Ablauforganisation im Operationssaal. Analyse der Optimierungspotenziale an einem Universitätsklinikum. *Der Anaesthetist* 59(10), 904–913.

Xiang, W. & Chong, L. 2015. Surgery scheduling optimization considering real life constraints and comprehensive operation cost of operating room. *Technology and Health Care* 23 (5), 605–617.



## Webropol kyselyn saatekirje

### ARVOISA SIUN SOTEN HOIDONVARAAJA

Opiskelemme Karelia-ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa, jonka osana teemme operatiivisen klinikkaryhmän ja välinehuoltopalvelujen toimeksiantona opinnäytetyön aiheesta OPERATIIVISEN POTILAAN HOIDON VARAUSMALLIN KEHITTÄMINEN.

Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia ne rajapinnat, joiden yhteistyöllä, suunnitellulla ja johtamisella voidaan vaikuttaa resurssien optimaaliseen käyttöön. Tavoitteena on kartoittaa nykyinen hoidonvarauksen malli ja luoda sen pohjalta uusi hoidonvarauksen malli sekä työkalu helpottamaan hoidonvarausta.

Lähetämme kaikille operatiivisen klinikkaryhmän hoidonvaraajille Webropol-kyselyn, jonka avulla kerätään tietoa hoidonvarausprosessin nykytilasta sekä kehittämistoiveista. Taustakyselystä saadut tiedot analysoidaan, jonka jälkeen kutsumme teidät operatiivisen klinikkaryhmän hoidonvaraajien työpajaan, jossa voimme jatkaa yhdessä hoidonvarausmallin kehittämistä.

Vastausten käsittelyssä noudatamme anonymiteettiä, huolellisuutta ja luottamuksellisuutta. Kyselyyn sekä työpajatyöskentelyyn osallistuvien henkilötietoja ei julkaista tutkimuksen missään vaiheessa. Kyselyn sekä työpajatyöskentelyn avulla saadut tiedot esitetään opinnäytetyöraportissa.

Kyselyyn vastaaminen sekä työpajatyöskentelyyn osallistuminen on vapaaehtoista. Toivoisimme, että Sinulla olisi aikaa vastata ja osallistua, että saisimme yhdessä kehitettyä hoidonvarausmallia sekä kaikki resurssit optimaaliseen käyttöön.

Vastausaikaa on 15.3.2020 klo 21 saakka.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen

*Aulikki Sihvonen*

apulaisosastonhoitaja

YAMK-opiskelija

[aulikki.sihvonen@siunsote.fi](mailto:aulikki.sihvonen@siunsote.fi)

*Päivi Turunen*

palveluesimies

YAMK-opiskelija

[paivi.k.turunen@siunsote.fi](mailto:paivi.k.turunen@siunsote.fi)

Otathan rohkeasti yhteyttä, jos kaipaat lisätietoa asiasta.

## Kysely hoidonvaraajille

### Webropol – kysely hoidon varaajille

#### Taustatiedot

- Kuinka kauan olet tehnyt hoidon varaajan tehtävää?
- Mitkä erikoisalalat ovat vastuullasi?
- Mihin hallinnolliseen yksikköön kuulut?
- Mitä tehtäviä työnkuvaasi kuuluu? Kirjaa viisi tärkeintä.
- Onko nykyinen järjestelmä mielestäsi toimiva? Peruste

#### Hoidonvaraus

- Onko sinulla mielestäsi riittävästi tietoa käytettävissä olevista resursseista (välineet, henkilöstö)?
- Onko sinulla riittävästi tietoa saliajan täyttämisestä?
- Onko nykyinen salikiintiöiden valmistelurytmi (3 kertaa vuodessa) riittävä?

#### Yhteistyö

- Miten työt jakautuvat vai jakautuvatko hoidonvaraajien kesken (loma-ajat, poissaolot)?
- Onko yhteistyöalueita olemassa?
- Saatko tukea työhösi
  - esimieheltäsi
  - toisilta hoidonvaraajilta
  - muilta, keneltä

#### Tiedottaminen

- Millaisia tiedottamisen kanavia teillä on käytössä?
- Ovatko käytettävissä olevat tiedottamisen kanavat toimivia / varmoja?
- Saatko käytössäsi olevaa kanavaa kautta tarvittavat asiat tiedoksi ja hoidettua?

#### Työn kehittäminen

- Mikä on mielestäsi toimivaa tällä hetkellä? Perustelee
- Mikä ei toimi tällä hetkellä? Perustelee
- Mitä muuttaisit?

## Kutsukirje työpajaan

Hyvä hoidonvaraaja!

Lähetimme teille kaikille 28.2. Webropol-kyselyn YAMK (Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempi ammattikorkeakoulututkinto) opinnäytetyöhömmme liittyen hoidonvarausprosessin nykytilasta sekä kehittämistoiveista. Taustakyselystä saadut tiedot on nyt analysoitu ja tarkoituksena on jatkaa yhdessä hoidonvaraus-mallin kehittämistä työpajatyöskentelyinä.

Tervetuloa työpajatyöskentelyyn **maanantaina 25.5. klo 14. Paikkana on talo 13/4 kerros**, jossa voimme osallistujamäärän mukaan jakautua ryhmiin ja huolehtia epidemiatilanteen vaatimien turvavälien toteutumisesta.

Vaikka et olisi ehtinyt vastata Webropol-kyselyyn, olet lämpimästi tervetullut työpajaan.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen

Aulikki Sihvonen

apulaisosastonhoitaja

YAMK-opiskelija

[aulikki.sihvonen@siunsote.fi](mailto:aulikki.sihvonen@siunsote.fi)

Päivi Turunen

palveluesimies

YAMK-opiskelija

[paivi.k.turunen@siunsote.fi](mailto:paivi.k.turunen@siunsote.fi)

## Analyysi

### 14. Millaisia tiedottamisen kanavia teillä on käytössä?

Skype	puhelin	sähköposti	tiimipalaverit	työlistat	
tiimipalaverit	yhteistyöpalaverit	sähköposti	keskustelu	Teams	
sähköposti	teams				
Skype	sähköposti	työlistat	Tiimipalaverit	yhteistyöpalaverit	Puhelin
Sähköposti	Skype	puhelimet	tiimipalaverit,	osastokokoukset	
Teams	sähköposti	puhelin	kirjall meetingit	tiimipalaverit	
Sähköposti,	teams,	Skype	tiimipalaverit	työlistat	"ajanvarauskirja" työpuhelin.

Vastanneista kaikilla oli sähköposti tiedottamisen välineenä. Vastanneista yhtä lukuun ottamatta tiimipalavereita pidettiin yhtenä tiedottamisen kanavana. Osa käyttää yhä skypeä tiedottamiseen, osa teamsiä ja osa sekä skypeä että teamsiä. **Yhteistä kanavaa teams ei ole otettu käyttöön.** Mediatriin työlistat ovat vain kolmella tiedottamisen väline. Kaksi ei käytä puhelinta tiedottamiseen

## Hoidonvaraajien työnkuvat

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Yläluokka
Hoidon suunnittelu Leikkaushoidon suunnittelu Leikkauslistojen suunnittelu ja tarkistaminen Leikkauslistasuunnittelu Kokonaisvaltainen suunnittelu	Leikkaushoidon suunnittelu	Suunnittelu
Leikkausaikojen suunnittelu PÄIKI ortopedian ja käsikirurgian leikkausaikojen varaus Leikkausajananto Potilaiden kutsuminen ja leikkausaikojen antaminen Leikkausaikojen ajanvaraus ja niiden postittaminen Leikkausaikojen järjestäminen Leikkausaikojen anto	Leikkausaikojen suunnittelu Leikkausaikojen varaus Leikkausaikojen antaminen	Suunnittelu Varaus Antaminen
Leikkauskelpoisuuden arviointi Potilaiden leikkauskelpoisuuden varmistaminen / leikkauksen oikea aikaisuuden / tasapuolisuuden mukaan	Leikkauskelpoisuuden arviointi	Arviointi
Asiakasneuvonta ja puhelinpalvelun pitäminen Puhelinneuvonta Hoidonvarauksen potilaspuhelut Asiakaspalvelu (puhelin: omat leikkauspotilaat ja puhelinpalvelu Puhelinpalvelu	Asiakasneuvonta Puhelinneuvonta Puhelinpalvelu	Neuvonta Palvelu
Yhteistyö eri yksiköiden kanssa Tiimissä työskentely ja hoidonvarauksen kehittäminen Moniammatillinen yhteistyö Yhteistyö (leikkaussali, päiki, lääkärit, oma yksikkö, leiko, osasto)	Yhteistyö eri yksiköiden kanssa Tiimissä työskentely Moniammatillinen yhteistyö	Yhteistyö

Jonotilanteen seuranta PÄIKI ja LEIKO hoitotakuun ja tavoiteaikojen seuranta Leikkausjonojen hallinnoiminen, seuraaminen ja tarkistaminen Leikkausjonojen seuranta	Leikkausjonojen seuranta Leikkausjonojen hallinta Leikkausjonojen tarkistaminen	Seuranta Hallinta Tarkistaminen
Preoperatiivinen haastattelu Prehaastattelut Preoperatiivinen haastattelu ja ohjaus Presoitot tarvittaessa	Preoperatiivnen haastattelu Preoperatiiviset soitot	Haastattelu Soitot
Lääkärien työlistojen laatiminen ja tarkistaminen ja päivittäminen	Työlistan laatiminen, tarkistaminen, päivittäminen	Työlista laatiminen

### Järjestelmän toimivuus; onko nykyinen järjestelmä toimiva

Kyllä x 5 vastausta	Jokainen tietää, mikä kuuluu työtehtäviin Jokaisella oma erikoisala vastattavana Tiedossa omat puhelintunnit Voi suunnitella oman työpäivän kulun itse Jokaisella on oma erikoisosaaminen	Toimiva hoidonvarauksen järjestelmä
Ei x 1 vastaus	Jos yksi hoidonvaraaja on poissa, on tehtävä omat ja toisten tehtävät poissaolon aikana Ennen lomaa on töissä kirittävä omia töitä ja sama on tehtävä loman jälkeen Poissa ei voi olla ja jos olet, tietää, että kollega on ylityöllistetty	Ei toimiva hoidonvarauksen järjestelmä
Kyllä ja ei x 1 vastaus	Yhteistyötä ja vuoropuhelua voisi lisätä esim. leikkaussalin ja PÄIKI:n kanssa. Asiat hoidetaan erillään hoidonvarauksessa Tarve säännönmukaiselle keskustelulle	Hoidonvarausjärjestelmässä parannettavaa

### Onko tietoa riittävästi käytettävissä olemassa olevista resursseista (instrumentit, laitteet, henkilöstö)?

Kyllä x 5 vastausta	Tietoa riittävästi resursseista 71,4 %
Ei x 2 vastausta	Ei riittävästi tietoa resursseista 28,6 %

**Onko riittävästi tietoa saliajan käyttämisestä?**

Kyllä x 6 vastausta	Aikaisempi työkokemus leikkaussalissa ja heräämössä auttoi hahmottamaan saliajan käyttöä	Tietoa riittävästi 85,7 %
Ei x 1 vastaus	Syvällistä tietoa tarvitaan lisää leikkaussalin toiminnasta ja päivän kulkuun vaikuttavista tekijöistä	Ei riittävästi tietoa 14,3 %

**Salikiintiöiden valmistelurytmi 3 kertaa vuodessa.**

Kyllä x 7 vastausta	100 % vastaajista piti valmistelurytmiä riittävänä.
Ei x 0 vastausta	

**Hoidonvaraajien töiden jakaantuminen (miten työt jakaantuvat?)**

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Pelkistettyjen ilmaisu-ryhmittely	Yläluokka
Pois ei voi olla Poissaolon myötä omien töiden lisäksi on poissaolijan työt tehtävä Töistä jäämisen kynnyksen korkea	Äkillinen poissaolo	Kuormittaa Ei sijaisjärjestelmää Työt jaetaan	Ei jakaannu tasaisesti työtehtävät
Jokaisella on nimetty oma lomittaja, joka hoitaa työt lomien ja poissaolojen aikana Lomitusjärjestelmä haavoittuva, jos tulee äkillinen pitkä poissaolo Lomittajan työaika ei ole riittävä, teet kahden työt koko ajan poissaolon aikana	Ennalta tiedetty poissaolo / loma	Kuormittaa Sijaisjärjestelmä, työparijärjestelmä Työt jaetaan	Ei jakaannu tasaisesti työtehtävät
Työparit nimetty Lomat ja poissaolot hoitaa työpari omien töiden lisäksi Ulkopuolista sijaista ei ole	Ennalta tiedetty poissaolo / loma	Ei sijaista Sisäinen järjestely Vuorottelu lomissa	Ei jakaannu tasaisesti työtehtävät
Eri erikoisalut hyvin erilaisia Työtehtävät hieman erilaisia Hallittava monen eri erikoisalan asiat	Kaikilla erikoisaloilla töitä riittävästi Toisten auttaminen Töitä jaetaan ja siirretään	Ei sijaista Sisäinen järjestely Töiden jakaminen	Ei jakaannu tasaisesti työtehtävät

**Yhteistyöalueet hoidonvaraajien kesken**

Kyllä x 6 vastausta	Autetaan siinä missä pystytään	Auttaminen	85,7 % yhteistyöalueita on
Ei x 1 vastaus			14,3 % ei ole yhteistyöalueita

**Tuki toisilta hoidonvaraajilta**

Kyllä x 7 vastausta	Tukea saadaan 100 %
Ei x 0 vastausta	

**Tuki muilta työhön**

Kyllä x 6 vastausta	Työ yksinäistä Oman erikoisalalan syvästi tietä on jokaisella itsellään Tukea yleisellä tasolla työhön ja hoidonvaraukseen liittyen	Ystävät Työterveyshuolto Oman erikoisalalan yllä lääkäri Oman erikoisalalan kirurgi Yhteistyö LEIKO, leikkaussali PÄIKI osastonhoitaja, sairaanhoitaja, anestesia lääkäri, PÄIKI vas- tuulääkäri	85,7 % tulee tukea
Ei x 1 vastaus			14,3 % ei tule tukea

**Tiedottamisen kanavat**

Sähköposti	Kaikki käyttää 100 %	Tiedottamisen kanava
Skype	57,1 %	
Teams	57,1 %	
Puhelin	57,1 %	
Työlista (Mediatri)	42,8 %	
Ajanvarauskirja	14,2 %	
Keskustelut Yhteistyöpalaverit Kirurgian poliklinikan meetingit Osastokokoukset	57,1 %	
Tiimipalaverit	85,7 %	



**Käytettävissä olevan tiedottamisen kanavien toimivuus ja varmuus**

<b>Alku peräinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Yläluokka</b>
Tekstiviestit	Ei toimi Hankala vastata Aiheuttaa ylimääräistä työtä	Ei ole varma tiedottamisen väline
Skype	Nopea Toimiva Tiimipalaverin asiat ajantasaisesti	Varma ja toimiva tiedottamisen väline
Sähköposti	Seuraaminen ei ole koko aikaista Huolehdittava tiedot poissaoloista	Varma ja toimiva tiedottamisen väline
Puhelin	Kiireellisissä asioissa varmin Huolehdittava puhelimeen soitonsiirto	Varma ja toimiva tiedottamisen väline
Tiimipalaveri	Varmin tapa Asiat käydään perusteellisesti läpi	Varma ja toimiva tiedottamisen väline
Teams	Toimii aika hyvin	Toimiva

**Käytössä olevien kanavien kautta tarvittavat asiat tiedoksi ja hoidettua**

Kyllä x 4	Jos tieto tulee perille hoidonvараajille Jos ei ole tiputtu pois tiedotuslistalta	57,1 % asiat tulevat tiedoksi ja hoidettua
Yleensä kyllä x 3	Teams ei ole kaikilla vielä käytössä Mediatrin työlistat Tieto tulee viime tipassa Fyysisesti eri tiloissa kirurgian poliklinikan kanssa	42,9 % asiat tulevat tiedoksi ja hoidettua
Ei x 0 vastausta		Ei ongelmaa asioiden tiedottamisessa ja hoidossa

**Hoidonvarauksessa toimivaa**

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Yläluokka</b>
Yhteiset pelisäännöt	Pelisäännöt	Toimivaa hoidonvarauksessa
Osaavat ihmiset Varmat otteet Tunnollisesti hoidetaan tehtävät	Osaaminen	Toimivaa hoidonvarauksessa
Selkeät työnjaot	Työnjako	Toimivaa hoidonvarauksessa
Hyvä yhteishenki ja toimiva tiimityö	Yhteishenki	Toimivaa hoidonvarauksessa
Jokaisella oma erikoisosaaminen, erikoisala	Erikoisosaaminen	Toimivaa hoidonvarauksessa
Työhön sitoutuminen	Sitoutuminen	Toimivaa hoidonvarauksessa
Työn ja työaikojen joustavuus	Joustavuus	Toimivaa hoidonvarauksessa
Työ itsenäistä ja työpäivän voi rakentaa tilannekohtaisesti	Itsenäisyys	Toimivaa hoidonvarauksessa
Yhteistyö lääkäreiden muiden tahojen kanssa	Yhteistyö	Toimivaa hoidonvarauksessa
Selkeät puhelinpalvelut	Puhelinpalvelut	Toimivaa hoidonvarauksessa
Hyvät työtilat	Työtilat	Toimivaa hoidonvarauksessa

**Hoidonvarauksessa ei toimi tällä hetkellä**

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Yläluokka</b>
Kaikilla ei ole sihteeripalveluja	Sihteeripalvelut puuttuvat	Ei toimi hoidonvarauksessa kaikkien osalta
Leikkausmääräykset puuttuvat Lääketauot puuttuvat Konsultaatiot tekemättä Työviesteihin ei vastata	Lääkärilähtöisiä puutteita	Ei toimi hoidonvarauksessa
Yllättäviin poissaoloihin ja lomiin ei erillistä sijaista ole olemassa	Hoidonvaraajien sijaisen puuttuminen	Ei toimi hoidonvarauksessa
Lääkäritilanne vaihtelee ja leikkausjonot vaihtelevat sen mukana	Lääkärien puuttuminen	Vaikuttaa hoidonvaraukseen negatiivisesti
Poliklinikan toiminta vaikuttaa leikkauspotilaiden leikkaushoitajonoon laittamiseen (ruuhkaa tai puuttumista)	Lääkäritilanteen vaihtelu	Toimivaa hoidonvarauksessa
Hoidonvaraajien keskinäinen yhteistyö	Yhteistyö	Ei toimi hoidonvarauksessa kaikkien osalta
Haasteet ja uudet järjestelyt leikkaustoiminnan tehostamisessa	Muutokset	Vaikuttaa hoidonvaraukseen, mutta vaikutuksen luonne ei tiedossa

**Muutettavaa**

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>	<b>Yläluokka</b>
Sijaistaminen	Osaajia on, rakenne puuttuu	Rakenne muutettava
Yhteistyö	Säännöllisyys puuttuu	Säännöllisyys luotava
Lääkärien toiminta	Toimintatavat ja toiminnan sisältö	Lääkäreille tarkat ohjeet mitä vaaditaan leikkausilmoitukseen
Säännölliset palaverit	Oman erikoisalan sisällä LEIKON leikkaussalin PÄIKIN ja muiden yhteistyötahojen kanssa	Luotava säännölliset tapaamiset eri yhteistyötahojen kanssa
Nimikemuutos	Toimintaa kuvaavampi nimike	Nimikkeen yhdenmukaistaminen
Puhelinpalvelu	Jokaiselle hoidonvaraajalle oma soittoaika, jolloin potilas saa heti asiansa hoidettua	Puhelinpalvelu nyt kuntayhtymän strategian mukaista, ei mahdollista muuttaa
Muutosta tulossa	Ei tiedossa mitä vaikuttaa tehokkuuden vaatimukset	Yhteiset tavoitteet Yhdessä rakennettava muutosta

**Mitä muuta hoidonvarauksesta**

<b>Alkuperäinen ilmaisu</b>	<b>Pelkistetty ilmaisu</b>
Palkkaus ei vastaa työmäärää ja vastuuta	Palkkaus
Työ ei ole pelkkää ajanantoa vaan hoidon suunnittelua	Hoidonsuunnittelu
Nykyisin nimike on leikkaushoidonvaraushoitaja, ei kuvaa sitä työtä mitä tehdään nyt Tavoite, että nimike olisi leikkaushoidonsuunnittelija	Nimikemuutos
Ulkopuoliset eivät hahmota työn sisältöä (työ ei ole vain ajanvarauskirjeiden lähettämistä)	Työn sisältö
Potilaat peruvat leikkausaikoja yllättävän heppoisin perustein, vaikka suuri työ on tehty jo potilaan taustojen selvittelyssä	Työn arvostus
Suunnittelulle ja niin sanotulle metatyölle ei anneta arvoa, vaikka se on työn perusta	Metatyö ja suunnittelu

## Hoidonvarauksen toimintamalli – resurssit optimaaliseen käyttöön - pohjamalli työpajakäsittelyyn

### Sijaistaminen

Sijaistamiseen parit	Nimetty	Perehdytetty	
Kaikilla on nimetty työ- ja sijaispari			
Lomien suunnittelu porrastetusti ja tasapuolisesti kiertäen			
Äkillisten poissaolojen sijaistaminen järjestetty	Määritelty miten toimitaan		
Varahenkilöjärjestelmä			

### Yhteistyön muodot sovittava: vuosikello käyttöön – suunnitelma miten toimitaan

Hoidonvaraajien kesken			
Esimiehen kanssa			
Leikkaavien lääkäreiden kanssa			
Yhteistyötahojen kanssa: leikkaussali, heräämö, välinehuolto, mikä muu			
Kaikki edellä mainittujen kesken			
Tarvittavat ja tilanteen vaatimat erilliset tapaamiset			

**Tiedottaminen: potilasasiat. Ensisijainen keino ja toisena toimiva keino**

Hoidonvaraajien kesken		
Esimiehen kanssa		
Leikkaavien lääkäreiden kanssa		
Yhteistyötahojen kanssa: leikkaussali, heräämö, välinehuolto, mikä muu		
Kaikki edellä mainittujen kesken		
Tarvittavat ja tilanteen vaatimat erilliset tapaamiset		

**Vuorovaikutus ja kommunikointi: kaikki muu paitsi potilasasiat.** Millä kanavalla ja mikä aikataulu? Työskentely yhteisissä tiloissa, yhteiset sosiaaliset tilat, viikkotapaamiset?

Hoidonvaraajien kesken			
Esimiesten kanssa			
Leikkaavien lääkäreiden kanssa			
Yhteistyötahojen kanssa: leikkaussali, heräämö, välinehuolto, mikä muu			
Kaikkien edellä mainittujen kanssa			
Tarvittavat ja tilanteen vaatimat			

**Työnkuvan yhtenäistäminen: miten kehitetään / muutetaan**

Osastosihteerin työpanos		
Potilaiden prehaastattelut		
Puhelinpalvelun yhtenäistäminen		
Joku muu?		

**Leikkauslistan rakentamiseen vaikuttavat tekijät:** Hoidonvaraajien yhteinen kansio; mitä pitäisi olla yhteisesti hallinnoitavassa kansiossa? Mistä tiedot löytyvät?

Metasuunnittelu				
Lääkäreiden sijoituslistat/lomalistat				
Salikiintiöt				
Salikiintiön sisältö				
Käytettävissä oleva henkilöstö				
Käytettävissä oleva hoitovälineistö				
Potilaiden/ toimenpiteiden vaatimat tiedot ajan tasalla				
"Nippeli nappeli tieto"				

### **Palaute ja kehittämien**

Esimies	
Yhteistyökumppanit	
Muut	

### **Yhteisen tiedon keräämisen malli: perehdytys ja tiedon siirto**

Mitä kerätään?	
Mihin kerätään?	
Miten päivitetään tiedostot?	

### **Hoidonvaraajan nimikemuutos hoidonsuunnittelijaksi**

--	--

**Mitä muuta malliin?**




## Hoidonvarauksen toimintamalli

Aihe	Keino	Tavoite	Vastuu
<b>Kaikilla on nimetty työ- ja sijaispari</b>	Kaikilla hoidonvaraushoitajilla on nimetty hoitaja, joka on hänen ns. vastinpari, joka perehdytetty tehtäviin	Turvataan osaaminen lomien ja poissaolojen aikana	Esimiehellä vastuu nimeämisestä. Työntekijällä ja esimiehellä on yhdessä vastuu perehdytyksestä
<b>Äkillisten poissaolojen sijaistaminen</b>	Määritelty miten toimitaan äkillisten poissaolojen osalta: miten tehtävät jaetaan sijaiselle tai ellei sijaista ole niin töissä olevien hoidonvaraushoitajien kanssa	Sairaana ei tarvitse tulla töihin, eikä työtaakka ole kohtuuton töihin palattua	Hoidonvaraajilla ja esimiehellä
<b>Lomien suunnittelu porrastetusti ja tasapuolisesti kiertäen</b>	Vuosilomien suunnittelu tapahtuu kuntayhtymän ohjeistuksen ja aikataulun mukaan Lomien pitämisessä huolehditaan vuorottelu	Vuosilomien porrastetulla pitämisellä turvataan hoidonvarauksen laadukas toimiminen ympäri vuoden vuosilomista huolimatta Työtehtävät jakaantuvat tasaisesti vuosilomienkin aikana	Esimiehellä lopullinen vastuu
<b>Hoidonvaraajille oma varahenkilöjärjestelmä</b>	Sovittu miten varahenkilöjärjestelmä toimii Varahenkilön tehtävät sovittu Perehdytyksen kesto ½-1 vuosi, joten tarvitaan kokenut sairaanhoitaja	Sovittu mitkä tehtävät varahenkilö hoitaa Ohjeistus olemassa ja käytettävissä.	Hoidonvaraajilla ja esimiehellä

## Yhteistyön muodot sovittava: vuosikello otetaan käyttöön – suunnitelma miten toimitaan

Aihe	Keino	Tavoite	Vastuu
<b>Hoidonvaraajien kesken</b>	Tapahtuu säännöllisesti joka työpäivä klo 8 taulupalaveri, jossa päivän toiminta läpikäydään	Sovittu ajankohta kaikilla tiedossa	Hoidonvaraushoitajien vastuuhoitaja vastaa toteutuksesta
<b>Esimiehen kanssa</b>	Kerran työvuorolis- tassa 1 x / 3 vko Kalenterikutsu	Tapaamiseen asialista tai vähintään etukäteen tiedetään teemat ja tapaamisen aiheet Jokaisesta tapaamisesta kirjataan muistio, joka jaetaan hoidonvaraushoitajille	Esimies vastaa tapaamisesta suunnitellusti
<b>Leikkaavien lääkäreiden kanssa</b>	Tapaamisaikataulu sovittava 1 x / vko Kalenterikutsu	Sovitut linjakysymykset ja muutokset	Yliääkäreillä
<b>Yhteistyötahojen kanssa: leikkaussali, heräämö, välinehuolto</b>	Säännöllisesti 2-3 x / vuosi ennen salikiintiöiden suunnittelua Myös tarvittaessa tai muutosten mukaan	Tapaamiseen asialista etukäteen Asiat valmistellaan tapaamiseen Hoitojonot ja tarvittavien salikiintiöiden jakaminen niiden mukaan	Operatiivisen klinikkaryhmän esimiehillä ja välinehuollon palveluesimiehellä
<b>Erikoisalojen vastuuhoitajien kanssa</b>	1 – 2 x / vuosi suunnitellusti	Tapaamiseen asialista etukäteen Asiat valmistellaan tapaamiseen	Leikkausosaston osastonhoitaja
<b>Tarvittavat ja tilanteen vaatimat erilliset tapaamiset</b>	Tarvittaessa Voidaan tavata nopeallakin aikataululla		

## Tiedottaminen: potilasasiat, ensisijainen keino ja toisena toimiva keino

Aihe	Ensisijainen keino	Toissijainen keino
<b>Hoidonvaraajien kesken</b>	Teams <ul style="list-style-type: none"> <li>- nopea</li> <li>- tavoittaa helposti</li> </ul>	Sähköposti <ul style="list-style-type: none"> <li>- jää kirjallinen tieto yhteydenotosta ja asiasta</li> </ul>
<b>Esimiehen kanssa</b>	Teams <ul style="list-style-type: none"> <li>- nopea</li> <li>- tavoittaa helposti</li> </ul>	Sähköposti <ul style="list-style-type: none"> <li>- jää kirjallinen tieto yhteydenotosta ja asiasta</li> </ul>
<b>Leikkaavien lääkäreiden kanssa</b>	Mediatri <ul style="list-style-type: none"> <li>- työlista</li> <li>- työviesti</li> </ul> <p>Luetaan päivittäin ensimmäisenä ja viimeisenä</p>	Sähköposti <ul style="list-style-type: none"> <li>- jää kirjallinen tieto yhteydenotosta ja asiasta</li> </ul>
<b>Yhteistyötahojen kanssa: leikkaussali, heräämö, välinehuolto, laitoshuolto, muut</b>	Teams <ul style="list-style-type: none"> <li>- nopea</li> <li>- tavoittaa helposti</li> </ul>	Sähköposti <ul style="list-style-type: none"> <li>- jää kirjallinen tieto yhteydenotosta ja asiasta</li> </ul>
<b>Kaikkien edellä mainittujen kesken</b>	Sähköposti <ul style="list-style-type: none"> <li>- jää kirjallinen tieto yhteydenotosta ja asiasta</li> </ul>	Tarvittaessa henkilökohtainen tapaaminen Intranetti Dokumentti kaikkien nähtävillä
<b>Tarvittavat ja tilanteen vaatimat erilliset tapaamiset</b>	Sähköposti <ul style="list-style-type: none"> <li>- jää kirjallinen tieto yhteydenotosta ja asiasta</li> </ul>	
<b>Konsultoiva anestesialääkäri</b>	Mediatri <ul style="list-style-type: none"> <li>- työlista</li> <li>- työviesti</li> </ul>	Puhelin

## Vuorovaikutus ja kommunikointi

Aihe	Ensisijainen	Toissijainen	
<b>Hoidonvaraajien kesken</b>	Työskentely yhteisissä tiloissa	Käytettävissä yhteiset sosiaaliset tilat	Epävirallinen Whats App-ryhmä viestittelyyn hoidonvaraajien kesken
<b>Esimiesten kanssa</b>	Puhelin	Teams	
<b>Leikkaavien lääkkäreiden kanssa</b>	Puhelin		
<b>Yhteistyötahojen kanssa: leikkaussali, heräämö, välihuolto, mikä muu</b>	Puhelin		
<b>Tarvittavat ja tilanteen vaatimat</b>	Leikkausosaston valvomosta voi aina kysyä		
<b>Vastuuhoitajat</b>	Teams		

## Työnkuvan yhtenäistäminen

Aihe	Tavoite	Keino
<b>Osastosihteerin työpanos</b>	Kaikilla hoidonvaraushoitajilla sama mahdollisuus käyttää osastosihteerin työpöytä: laboratoriotutkimukset ja röntgentutkimusten pyynnöt	Rakennetaan toimintamalli, miten tehtävät jaettu
<b>Potilaiden prehaastattelut</b>	Jonoton malli prehaastatteluille	Kaikki haastattelut kirurgian poliklinikan alaisuuteen. Korvakirurgisten potilaiden osalta vielä mietittävä
<b>Puhelinpalvelun yhtenäistäminen</b>	Toimitaan Siun soten strategian tavoitteiden mukaisesti: potilaiden saavutettavissa oltava	Kehitetään puhelinpalvelun mallia niin, että potilas saa yhdellä soitolla vastauksen kysymyksiinsä tai vastaavasti tieto kulkee yhden soiton jälkeen oikealle henkilölle
<b>Kehittäminen</b>	Potilas saa yksilöllistä palvelua; työviestien käyttö ja merkinnät potilastiedoissa	Takaisinsoittojärjestelmän kehittäminen: mahdollisuus kommunikoida saman hoitajan kanssa, hoidon jatkuvuus

**Leikkauslistan rakentamiseen vaikuttavat tekijät:** Hoidonvaraajien ja muiden operatiivisten potilaiden hoitoon osallistuville yhteinen verkkokansikansio; määrittämään mitä kansioista on ja kenen vastuulla tiedon päivittäminen on.

Aihe	Tavoite	Keino	Tarkoitus	Vastuu
<b>Metasuunnittelu</b>	Tulevaisuutta ennakoiva ja kuntayhtymän strategiaa tukeva	Varattava aikaa	Ennakointi Suunnitelmallisuuden lisääminen →tehokkuus Tiedottaminen oikeaan aikaan	Esimies
<b>Lääkäreiden sijoituslistat/lomalistat</b>	Aikataulu lomasuunnittelussa kuntayhtymän ohjeiden mukainen Kaikille sama	Koulutusten ja poissaolojen suunnittelu ja merkitseminen etukäteen	Tietoisuus siitä mihin poissaolot vaikuttavat	Sijoituslistojen tekijä; kyseisen erikoisalan ylilääkäri
<b>Salikiintiöt</b>	Salikiintiöt tehdään 2 kertaa vuodessa sovittuissa rytmissä Sovittu minne julkaistaan ja kuka julkaisee Sovittu miten jo julkaistuun kiintiöön tehdään muutokset ja miten muutoksista ilmoitetaan	Salikiintiöiden vuosikello. Julkaisuaikataulu tiedossa, suunnitteluajataulu tiedossa sekä toiveiden / tarpeiden esitysaika tiedossa. voimassaoloaika?	Tietoisuus salikiintiöiden rakentamisesta Suunnitelmallisuuden lisääminen Saliajan tehokas käyttö, kun suunnitelmat tiedossa Tarkistus tarvittaessa sekä säännöllisesti 1 krt. / kk	Salikiintiöt rakentamisesta ja julkaisemisesta sekä koordinaatiosta vastaa leikkausosaston osastonhoitaja
<b>Salikiintiön sisältö</b>	Määritelty kuinka monta potilasta salissa hoidetaan Leikkausten keskimääräinen kestoaika määritelty ja tieto hoidonvarauksen hoitajilla tiedossa Salin käyttöaste Raakakäyttöaste / päivä Aamun aloitukset ja iltapäivän lopetukset määritelty	Päiki potilaiden määrä / päivä määritelty Herko potilaiden tasainen jakaantuminen viikonpäiville ja erikoisaloille Leikkausjonojen seuranta Lista tarvittavista hoitovälineistä / toimenpide tiedossa	Resurssien optimaalinen käyttö eli käytettävän panoksen tehokas käyttö Ei leikkausjonoja tai jonojen hallintaa niin, että saliajan käyttää se erikoisala, jossa on jonoja	Ylilääkäri Palveluesimies Ylihoitaja

<b>Käytettävissä oleva henkilöstö</b>	Tarve ja resursit kohtaavat	Toimintalähtöisen työvuoro-suunnittelun hyödyntäminen	Henkilötyövuosimäärittää reunaehdot	Leikkausosaston osastonhoitaja Muiden yksiköiden esimiehet
<b>Käytettävissä oleva hoitovälineistö.</b>	Erikoisaloittain tehty listaus olemassa olevien instrumenttikorien määrästä sekä muista laitteista	Leikkausilmoitukset tehty ja ilmoituksessa selkeästi kerrottu hoitoon vaikuttavat asiat	Laitteistot ja instrumentaatiot käytettävissä silloin kun niitä tarvitaan	Välinehuolto Lääkärit
<b>Potilas- ja toimenpidetiedot</b>	Potilaiden/ toimenpiteiden vaatimat tiedot ajan tasalla (sairaudet, hoitotasapainot, hammastodistukset jne)	Preoperatiivnen poliklinikka on käytettävissä Potilaiden kutsuminen tapahtuu tietyn protokollan mukaan	Lista leikkauksen vaatimista lääkityksen muutoksista / tauotuksesta	Lääkärit
<b>”Nippeli nappeli tieto”</b>	Kaikilla samat tiedot käytössä esim. lääkäreiden tai toimenpiteiden vaatimista erityisistä huomiota vaativista seikoista	Leikkaavan lääkärin erikoisalueet ja taitotasotiedossa. Lokikirjatiedot ajan tasalla.	Oikeat leikkaustoimenpiteet oikeille leikkaajille (taito- ja erikoistumisvaiheen mukaan)	Hoidonvaraushoitajat Lääkärit

### Palaute ja kehittämien

<b>Esimies</b>	Säännöllistä Kehityskeskustelut
<b>Yhteistyökumppanit</b>	Palaute toimintatavoista, ettei tehdä turhia asioita tai virheellisesti potilaan valmistelua, leikkauslistan rakentamista Yhteistyön kehittäminen sovittujen tapaamisten kautta

### Yhteisen tiedon keräämisen malli: perehdytys ja tiedon siirto

<b>Mitä kerätään</b>	Laitelistat, välinemäärät, kuinka monta samaa toimenpidettä voi olla samana päivänä, miten leikkaukset jaotellaan huollon mukaan esim. ortopediset toimenpiteet tähän pitää kerätä mistä puhuttiin
<b>Mihin kerätään</b>	OneDrive – Siun sote
<b>Miten päivitetään tiedostot</b>	Listan ylläpitäjällä on vastuu listan päivittämisestä sekä muutosten ilmoittamisesta