

**TEKONIVELPOTILAIEN LEIKKAUKSEEN  
VALMISTAUTUMISEN KEHITTÄMINEN LAPIN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ**

Kati Manninen

Opinnäytetyö

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Terveystieteiden koulutus

Terveystieteiden (ylempi AMK)

2015

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala  
Terveystieteiden koulutus  
Terveystieteen (ylempi AMK)

---

<b>Tekijä</b>	Kati Manninen	2015
<b>Ohjaaja</b>	Outi Törmänen	
<b>Toimeksiantaja</b>	Lapin keskussairaalan LYHKKI-yksikkö	
<b>Työn nimi</b>	Tekonivelpotilaiden leikkaukseen valmistautumisen kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirissä	
<b>Sivu- ja liitemäärä</b>	94 + 20	

---

Tämä kehittämistyö on osa Lapin keskussairaalan tekonivelpotilaan hoitoketjun kehittämishanketta, jossa hoitoketjua kehitetään Fast track -hoitomallin suuntaan. Työn tarkoituksena on kuvailla Lapin terveyskeskusten ja keskussairaalan välistä yhteistyötä ja sen kehittämistä tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa. Työn tavoitteena on täydentää hoitoketjun kehittämishanketta leikkausta edeltävien valmisteluiden osalta yhteistyönäkökulmasta Lapin alueen terveyskeskusten kanssa. Tavoitteena on myös vaikuttaa potilaiden mielekkääseen kokemukseen leikkaukseen valmistautumisessa ja kohdentaa leikkausvalmisteluresurssit tarkoituksenmukaisesti Lapin sairaanhoitopiirissä.

Laadullinen lomakekysely on lähetetty huhtikuussa 2014 Lapin alueen terveyskeskuksiin eri ammattiryhmien edustajille, jotka osallistuvat tekonivelpotilaan hoitotyöhön. Kyselyyn vastaajia oli 37. Lapin keskussairaalan ja Lapin alueen terveyskeskusten väliset palaverit ja niistä nousseet yhteistyönäkökulmat ja kehittämiskohdat täydentävät tutkimuksellista osuutta. Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysin menetelmällä. Tulosten perusteella voidaan osoittaa hyvin toimivat käytänteet ja toiminnan haasteet tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa sekä yhteistyönäkökulmat Lapin sairaanhoitopiirin alueella.

Keskussairaalan ja terveyskeskusten henkilöstön välinen yhteistyö tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa koetaan pääosin hyväksi ja hoitoketju toimivaksi. Hyvä potilasohjaus ja ohjeistus nähdään yhteistyötä helpottavana tekijänä. Haasteita yhteistyöhön aiheuttavat potilastiedonsiirto yhteen sopimattomien tietojärjestelmien vuoksi sekä terveyskeskusten vaihtelevat resurssit. Kehittämiskohteita yhteistyöhön nousee kommunikoinnin ja koulutuksen lisäämisen osa-alueilta. Yhteistyöhön liittyvä nykytilakuvaus auttaa useampaa organisaatiota kehittämään ja tehostamaan toimintaansa tuotetun tiedon pohjalta.

Avain sanat:

Tekonivelpotilas, nivelrikkopotilas, yhteistyön kehittäminen, resurssien kohdentaminen, kustannusvaikuttavuus, hoitoketju, leikkaukseen valmistautuminen

School Of Social Services, Health  
and Sports  
Master's Degree Programme in Health  
Promotion

---

<b>Author</b>	Kati Manninen	2015
<b>Supervisor</b>	Outi Törmänen	
<b>Commissioned by</b>	Commissioned by Lapland central hospital LYHKI-unit	
<b>Subject of thesis</b>	The Improving of the Preparations for Surgical Operation among Patients with Total Endoprosthesis in Lapland Hospital District	
<b>Number of pages</b>	94 + 20	

---

This thesis is a part of a project in Lapland Central Hospital which aims at improving the care chain of patients with endoprosthesis towards Fast track -model of care. The purpose of the thesis was to describe and improve the cooperation between Lapland Central Hospital and the region's health centres in the preparations for joint operation. The thesis also aims at a more comfortable patient experience during surgery preparation and an appropriate targeting of preparation resources in Lapland Hospital District.

A qualitative questionnaire was sent to the health centres in Lapland region in April 2014. The recipients were professionals who take part in the care of patients with endoprosthesis. 37 answers were received. Suggestions and ideas for collaboration and development risen in meetings between Lapland Central Hospital and the health centres of Lapland region complemented the questionnaire answers. The data was analyzed through a content analysis.

The results show both functional procedures and the challenges in joint replacement surgery preparations as well as viewpoints for cooperation in Lapland Hospital District. The collaboration between the personnels of Lapland Central Hospital and the health centres is considered mainly good and the care chain functional. Good patient guidance is seen to make the collaboration easier. Challenges in the cooperation are incompatible patient information systems and the varying resources of the health centres. Special development needs are in the areas of communication and further education. The description of the present collaboration and the produced knowledge will help several organisations to improve and optimize their functioning.

Key words:

Patient with total endoprosthesis, patient with osteoarthritis, improving cooperation, resource targeting, cost-effectiveness, care chain, preparation for surgical operation

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	8
2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	11
3 HOITOHENKILÖSTÖN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN .....	12
3.1 Potilaan hoitoketjun kehittäminen .....	12
3.2 Resurssien kohdentaminen .....	15
3.3 Toiminnan kustannusvaikuttavuus .....	17
4 TEKONIVELPOTILAAN HOITOKETJU LEIKKAUKSEEN VALMISTAUTUMISESSA .....	22
4.1 Nivelrikkoa sairastava potilas .....	22
4.2 Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon yhteistyö tekonivelpotilaan leikkaukseen valmistautumisessa .....	26
4.2.1 Leikkausta edeltävä hoito .....	28
4.2.2 Potilasohjaus leikkaukseen valmistautumisessa .....	30
5 TEKONIVELPOTILAIDEN LEIKKAUSVALMISTELUIDEN NYKYTILAKUVAUS LAPIN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ .....	34
5.1 Toiminnan kehittäminen Fast track -hoitomallin suuntaan .....	34
5.2 Sairaanhoidon leikkausvalmisteluiden asiantuntijahoitajana .....	36
5.3 Fysioterapeutin rooli leikkausvalmisteluissa .....	42
5.4 Leikkausta edeltävät tutkimukset erikoissairaanhoidossa .....	43
6 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT .....	47
6.1 Lähestymistapana laadullinen tapaustutkimus .....	47
6.2 Aineistojen keruu .....	49
6.3 Aineistojen analysointi .....	52
7 YHTEISTYÖPALAVEREIDEN TULOKSET .....	55
7.1 Terveyskeskusten hoitohenkilöstön kokemukset Fast track -hankkeesta .....	55
7.2 Yhteistyön kehittämisen haasteet .....	56
7.2.1 Vaihtelevat resurssit eri terveyskeskuksissa .....	57
7.2.2 Tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat .....	58
7.3 Yhteistyön kehittäminen tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa .....	59
8 LOMAKEKYSELYN TULOKSET .....	61
8.1 Terveyskeskusten hoitohenkilöstön toimenkuva .....	61
8.2 Terveyskeskusten ja Lapin keskussairaalan välistä yhteistyötä edistävät tekijät .....	63

8.3	Terveyskeskusten ja Lapin keskussairaalan yhteistyön haasteet.....	67
8.4	Näkökulmia yhteistyön kehittämiseen tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa .....	71
9	POHDINTA .....	73
9.1	Keskeisten tulosten tarkastelu.....	73
9.2	Pohdintaa hoitoprosessin tulevaisuudesta .....	76
9.3	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus .....	79
9.4	Päätelmät ja ehdotukset tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluiden kehittämiseksi.....	82
	LÄHTEET .....	86
	LIITTEET .....	95

## 1 JOHDANTO

Väestön terveyden edistämisen käsite on muuttunut koko ajan enemmän käsittämään ihmisen omaa vastuuta terveydestään, elämäntyylistään sekä sosiaalisesta ympäristöstään. Kuitenkin terveydenhuollon henkilöstön velvollisuus on kantaa vastuuta väestön terveyden edistämisestä terveydenhuollon organisaatioissa tapahtuvan aktiivisen kehittämisen avulla. Terveyttä edistävässä kehittämistoiminnassa voidaan käyttää eri strategioita, jotka voivat yltää koko alueen väestöön tai ne voivat olla yksilötason terveyden edistämisen keinoja. Vastuullinen kehittämistoiminta tulee yltää koko väestön ja jokaisen potilasryhmän terveyttä edistäväksi toiminnaksi. (Rimpelä 2010, 16–22; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2003, 17–18.) Väestön ikääntymisen vuoksi onkin tärkeää kehittää heidän tarpeisiin vastaavaa terveydenhuoltoa.

Eliniän nousuun liittyvät ikäihmisten määrän kasvun odotteet niin Suomessa kuin kansainvälisestikin ovat terveydenhuollon tärkeimpiä haasteita tulevaisuudessa. Hoidon ja hoivan tarpeen on ennustettu kasvavan voimakkaasti vuoteen 2030 saakka. Erityisen suuri hoidon ja hoivan tarpeen on ennustettu olevan 2020-luvulla. (Valkonen 2004, 2173–2176.) Ikäihmisten määrän lisääntymisen seurauksena myös tekonivelleikkauspotilaiden määrän on ennustettu kasvavan ja sen vuoksi sairaanhoitopiirien tulee miettiä leikkaustoiminnan järjestämistä tulevaisuudessa (Rantanen, Keinonen & Mäkelä 2006, 9; Pedersen ym. 2005, 182–189). Terveydenhuollon ajankohtaisena kehittämiskohteena pidetään yleisesti potilaiden hoitoketjujen säännöllisen päivitystä (Kanste 2015).

Nivelrikon yleinen hoitokäytäntö on tekonivelleikkaus ja ensisijaisia tekonivelleikkauksia tehdäänkin n.20 000 toimenpidettä vuodessa (Remes & Puhto 2015, 3). Kasvun haasteeseen vastaamiseksi Lapin sairaanhoitopiirissä tekonivelpotilaiden hoitoketjua kehitetään Fast track -hoitomallin suuntaan eli ns. nopean hoitopolun suuntaan. Hoitoketjun kehittäminen on Lapin keskussairaalassa täydessä vauhdissa, ja sen kehittäminen on ollut ajankohtaista syksystä 2014 lähtien. (Kempainen 2015.) Tässä kehittämistyössä tekonivelpotilailta tarkoitetaan lonkan ja polven tekonivelleikkauspotilaita ja työ on osa Lapin keskussairaalan Fast



track -kehittämishanketta. Työssä tarkastellaan tekonivelpotilaan hoitoketjua sekä siihen liittyvää yhteistyötä terveyskeskusten kanssa. Työn tulokset täydentävät tekonivelpotilaiden hoitoketjun kehittämistä uuden hoitomallin suuntaan Lapin keskussairaalan ja Lapin alueen terveyskeskusten yhteistyön näkökulmasta. Yhteistyötä tarkastellaan tekonivelpotilaiden leikkaukseen valmistautumisen näkökulmasta eli leikkausta edeltävän vaiheen kautta.

Lapin alueen terveyskeskuksista tulleen palautteen mukaan tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluihin ja niihin liittyvään yhteistyöhön Lapin keskussairaalan kanssa liittyy toiminnan päällekkäisyyksiä. Palautteen vuoksi on tärkeää ja tarpeellista kysyä kokemuksia Lapin terveyskeskusten ja keskussairaalan välisestä yhteistyöstä tekonivelleikkauksiin valmistelevalta terveyskeskuksen hoitohenkilöstöltä, joilla tässä työssä tarkoitetaan tekonivelpotilaiden hoitoon osallistuvia sairaanhoitajia, fysioterapeutteja ja lääkäreitä. Tässä kehittämistyössä haluan osoittaa sen, onko toiminnoissa päällekkäisyyksiä ja miten päällekkäisyydet voitaisiin poistaa toimivan yhteistyön tieltä. Yhteistyöstä nousseita kokemuksia kysytään tässä kehittämistyössä lomakekyselyllä, jonka avulla halutaan todentaa yhteistyötä mahdollisesti helpottavat ja vaikeuttavat tekijät sekä kehittämiskohteet tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluissa. Kyselyn lisäksi hyödynnetään muistioita ja kirjallisia dokumentteja, jotka liittyvät tekonivelpotilaiden hoitoketjun kehittämiseen ja sen yhteydessä käytyihin yhteistyöpalavereihin Lapin keskussairaalassa ja Lapin alueen terveyskeskuksissa.

Tekonivelpotilaan hoitoketjusta tehdyt tutkimukset liittyvät yleisesti tekonivelkirurgiaan, pre- ja postoperatiiviseen hoitoon sekä potilasohjaukseen. Tekonivelpotilaiden leikkaukseen valmistautumiseen liittyvä yhteistyö terveyskeskusten kanssa on näkökulma, joka on harvemmin lähtökohtana tutkimuksissa. Lapin sairaanhoitopiiri onkin harvoja sairaanhoitopiirejä joissa tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin osallistuu leikkaavan yksikön lisäksi terveyskeskukset. Lapin sairaanhoitopiirin alueella tekonivelpotilaan leikkaukseen valmistelu tehdään sairaalan ja terveyskeskuksen välillä yhteisvastuullisesti pitkien välimatkojen vuoksi, joten tässä tapauksessa aiheen tutkimisen yhteistyönäkökulma on uusi ja tarpeellinen. Tässä kehittämistyössä leikkaukseen valmistelua ja siihen liittyvää yh-

teistyötä tarkastellaan hoitohenkilöstön kokemuksen näkökulmasta. Potilasohjaus on keskeinen tarkastelun sisältö tässä työssä, koska potilaita ohjataan molemmissa yksiköissä ja kokemukset päällekkäisestä ohjauksesta halutaan minimoida.

Sairaalan näkökulmasta terveyskeskuksen ja keskussairaalan väliset yhteistyön ongelmat tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluissa liittyvät potilaan leikkauskelpoisuusarvion ajankohtaan ja potilastietojen dokumentoinnin puutteellisuuksiin, sekä potilaspapereiden tiedonsiirron ajankohtaan. Käytännössä terveyskeskusten resurssien puute aiheuttaa keskussairaalan näkökulmasta jopa leikkausten peruuntumisia. Keskussairaalan näkökulma nousee omasta kokemuksestani tekonivelpotilaiden hoidon parissa. Työskentelen Lapin keskussairaalassa tekonivelhoitajana ja tunnen työni kautta sairaalan puolelta nousevat yhteistyön haasteet terveyskeskusten leikkausvalmisteluja tekevän henkilöstön kanssa. Sairaalan näkökulman tuntiessani haluankin tässä kehittämistyössäni selvittää Lapin alueen terveyskeskusten henkilöstön kokemuksia siitä, mitkä yhteistyöhön liittyvät haasteet nousevat keskeisimmiksi heidän tekemässä työssään.

## 2 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Työn tarkoituksena on kuvailla Lapin terveyskeskusten ja keskussairaalan välistä yhteistyötä ja sen kehittämistä tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa. Työn tavoitteena on potilaiden leikkausvalmisteluihin osallistuvan hoitohenkilökunnan yhteistyön ja hoitoketjun kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirissä. Tavoitteena on kehittämistyöllä vaikuttaa potilaiden mielekkääseen kokemukseen leikkaukseen valmistautumisessa ja leikkausvalmisteluresurssien kohdentamiseen tarkoituksenmukaisesti Lapin sairaanhoitopiirissä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista on yhteistyö tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluissa Lapin terveyskeskusten ja keskussairaalan välillä hoitohenkilökunnan näkökulmasta?
2. Mitkä tekijät mahdollisesti helpottavat/vaikeuttavat Lapin terveyskeskusten ja keskussairaalan välistä yhteistyötä tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluissa?

### 3 HOITOHENKILÖSTÖN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN

#### 3.1 Potilaan hoitoketjun kehittäminen

Potilaan hoitoketjun arvioiminen ja kehittäminen ovat tärkeä osa terveydenhuollon kehittämistä, jonka tavoitteena on turvata eri potilasryhmille hyvä ja tarkoituksenmukainen hoito. Hoitotyön ja hoitoketjun kehittäminen on osa laajempaa vaikuttamista ihmisten terveyteen ja sen tärkein tavoite on aina potilaiden hyvinvointi ja elämänlaatu. Hoitoketju määritellään selkeäksi näyttöön, hyviin käytäntöihin ja potilaan odotuksiin perustuvaksi kannanotoksi hoidon päämääristä ja avaintekijöistä. Sen tavoitteena on laadukas hoito ja se voi pohjautua valtakunnallisiin hoitosuosituksiin. (Holmberg-Marttila & Valvanne 2011, 2227; JBI-suositukset 2010; Ketola ym. 2006, 7-10; Heikkilä & Paananen 2005, 151–163.) Hoitoketjun kehittämistä johtaa toiminnasta vastaava esimies. Kehittämisen tulisi perustua aina näyttöön ja osastonhoitajien sekä toiminnasta vastaavien olisi hyvä ymmärtää kehittämisen lähtökohdan perustuvan aina tutkittuun tietoon. Yleisesti ottaen toiminnasta vastaavat esimiehet ymmärtävätkin näyttöön perustuvan toiminnan merkityksen ja ymmärtävät toiminnan tarkoittavan tutkitun tiedon käyttöä toiminnan kehittämisessä. (Kehus & Törmänen 2014, 36–38.)

Hoitoketjua ja siihen liittyvää organisaatioiden välistä yhteistyötä kehitettäessä on tärkeää tarkastella toimintaa ja kehittää sitä näyttöön perustuen. Hoitoketjun kehittämisen tarkoituksena on osoittaa hoidon eri vaiheisiin liittyvät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliset työnjaon kuvaukset, ei niinkään hoito-ohjeet. Hoitoketju määritellään yleensä potilasryhmille, jotka ovat suhteellisen isoja ja joiden hoito vaatii merkittäviä panostuksia organisaatiolle. Eri potilasryhmien hoitoketjut tehdään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon edustajien yhteistyönä, jotta lopputulos olisi toimiva ja sujuva organisaatioiden kannalta sekä tarkoituksenmukainen potilaan kannalta. (HUS 2015.)

Hoitoketjun kehittämisen tarkoituksena on edistää moniammatillisten tiimien, potilaiden ja heidän läheistensä kommunikaatiota, roolien koordinoitua ja toimintojen oikea-aikaista järjestämistä. Sen tehtävänä on myös vaihtelun ja lopputulok-

sen kirjaaminen, seuranta ja arviointi sekä asianmukaisten resurssien tunnistaminen. Hoitoketju on aiemmin määritelty lupaukseksi yhteistyöstä ja tiedonkuluista sekä yhteisten sopimusten pitämisestä. Hoitoketjua on vastikään määritelty Pirkanmaalla uudella tavalla, jossa hoitoketjuna voidaan pitää vain sellaista hoitosuunnitelmaa, jossa vaiheet on suunniteltu yhteistyöorganisaatioiden toimijoiden kesken moniammatillisessa työryhmässä ja hoitoketjun käytänteiden juurruttamiselle ja arvioinnille on laadittu suunnitelmat. Yhteistyöorganisaatioiden toimijoiden kesken laaditut suunnitelmat potilaan hoitoketjusta tulee olla perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijoiden saavutettavissa. (Holmberg-Marttila & Valvanne 2011, 2227; JBI-suositukset 2010; Ketola ym. 2006, 7-10.)

Hoitoketjuja voidaan pitää hoidon strategioina, jotka ohjaavat moniammatillista yhteistyötä eri organisaatioiden välillä esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaossa. Hoitoketjuihin liittyvä perustutkimus toimintaan liittyvässä ympäristössään on tarpeellista, jotta voidaan lisätä teoreettista ymmärrystä hoitoketjuista. Hoitoketjuja tulisi käyttää ja kehittää vain niillä hoidon osaluilla, joissa on selkeää muutoksen tarvetta. Kehittämisen kustannusten vuoksi hoitoketjua kehitettäessä on varmistettava, että valitut ja toivotut hoitokäytännöt ovat parhaita mahdollisia potilaan kannalta. Hoitoketjujen kehittämisen tavoitteena on luoda käytänteitä, jotka ovat toimivia, käyttökelpoisia ja tarkoituksenmukaisia päivittäisen toiminnan apuvälineitä. (JBI-suositukset 2010; Ketola ym. 2006, 7-10.) Hoitoketjun kehittämisen tavoitteena on myös edistää potilaan hoitoon pääsyä sekä pitää hoitoa sujuvana ja tehokkaana, kun potilas tarvitsee hoitoa sairauteensa joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa (HUS 2015). Potilaan hoitoon pääsy, hoidon sujavuus ja tehokkuus sekä laadukkuus vaativat myös yhteistyön kehittämistä hoitoon osallistuvien eri organisaatioiden toimijoiden välillä.

Potilaan hoitoketjuun liittyvän yhteistyön kehittäminen koetaan yleisesti tärkeäksi hoitohenkilöstön keskuudessa. Henkilöstö ymmärtää, että yhteistyötä tulee arvioida ja kehittää jatkuvasti. Yhteistyöhön liittyvät epäkohdat tulee ottaa tarkasteluun ja arviointi kehittämistarpeista tulee tehdä yhdessä kaikkien osapuolten kesken. Yhteistyön kehittäminen potilaan hoitoprosessien eri vaiheissa on tärkeää,

jotta turvataan potilaan laadukas hoito, käytetään terveydenhuollon niukat resurssit oikein ja taataan hoitohenkilöstölle tarkoituksenmukainen ja päällekkäisyyksiltä välttyvä työnkuva. Silloin kun moniammatillinen yhteistyö ulottuu yli organisaatorajojen, voidaan puhua yhteistyöstä potilaan käyttämässä verkostossa. (Isoherranen, Rekola & Nurminen, 2008, 135.)

Erikoissairaanhoidon hoitoaikojen lyheneminen lisää perusterveydenhuollon vastuuta potilaan hoidosta ja lisää näin hoitoketjuun liittyvän yhteistyön merkitystä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Eri toimijoiden välillä yhteistyön kehittämisen tavoitteena on hoidon laadun parantaminen. Alueelliset koulutustilaisuudet nähdään tärkeänä vuorovaikutuksen lisääjänä edesauttamaan moniammatillisen yhteistyön kehittymistä toimijoiden välillä. Hoitoketjuihin liittyvä moniammatillisuus on kahden tai useamman ammattiryhmän osallistumisesta yhteistyöhön yli organisaatorajojen. (JBI suositukset 2010.)

Potilaan hoitoon liittyvän yhteistyön kehittämisessä tulee ymmärtää kaikkien hoitopolun vaiheiden tärkeys. Prosessien sujuvuus edellyttää toimivia rakenteita, työn organisointia ja kehittämistä sekä työskentelymallia tukevaa johtamista. Toimivan kokonaisuuden saavuttamiseksi tulee kiinnittää huomioita hoitopolun eri vaiheisiin ja olla halukas kehittämään hoitoa potilaan edun mukaiseksi. (Sarka & Sutinen, 2014, 8–11.) Terveydenhuoltoalalla yhteistyö on moniammatillista toimintaa, joka tarkoittaa tiimityötä eri osaajien kesken.

Potilaiden hoitoon osallistuu moniammatillinen tiimi, joka on pääsääntöisesti mukana potilaan hoitopolun eri vaiheissa ja hoitoprosesseihin liittyvän yhteistyön kehittämisessä. Moniammatillinen tiimi koostuu eri ammattien edustajista ja sen tarkoituksena on yhdistää ammattihenkilöt, joiden työpanoksella saadaan tarjottua kokonaisvaltaista ja hyvää hoitoa potilaalle. Tiimin jäsenten välistä yhteistyötä ohjaavat arvot, joiden mukaan kaikkien osapuolten odotetaan toimivan. Tiimin osaajien kesken on toivottavaa olla kollegiaalinen luottamuksen saavuttamiseksi. Moniammatilliseen osaamiseen liittyvissä saumakohtissa esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on tärkeää, että yhteistyö on sujuvaa. Yhteistyötä voidaan pitää sujuvana, jos potilaan hoidon ympärillä oleva verkosto eri organisaatioissa puhuu samaa kieltä ja tavoittelee samaa päämäärää.

Kaikissa potilasryhmissä laadukas hoito varmistetaan moniammatillisella yhteistyöllä, jossa apuna voidaan käyttää lisäksi eri asiantuntijoiden työpanosta. Kehittämiseen ryhdytään jos havaitaan puutteita potilaan hoitoon liittyvän moniammatillisen tiimin yhteistyössä. (Kangasniemi ym. 2015, 25–41; Eksote 2012, 10–11.)

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon hoitohenkilöstön yhteistyön kehittämisessä on tärkeää keskinäisen riippuvuuden molemminpuolinen tunnistaminen toimivan hoitoketjun turvaamiseksi. Eri ammattiryhmien välisen yhteistyön kehittäminen vaatii keskinäisen riippuvuuden tunnistamisen lisäksi keskinäisen hierarkian arviointia ja päivittämistä. Riippuvuuden tunnistamisen seurauksena eri organisaatioiden välistä yhteistyötä voidaan kehittää avoimesti molempien osapuolten kehittämistoiveet huomioiden kohti yhteistä päämäärää. Alueellinen yhteistyö lisääntyy kommunikoinnin lisäämisellä eri osapuolten välillä ja näin voidaan tarjota potilaalle laadukkaampaa hoitoa. (Kangasniemi ym. 2015, 39–41; Paane-Tiainen 2013; Arvola & Hökkä 2011, 60.)

Organisaatioiden strategioiden joustavuus auttaa niin moniammatillisen kuin saman ammattikunnan välisen yhteistyön kehittämisessä. Haasteellisuutta yhteistyöhön voivat tuoda yhteystietojen puuttuminen sekä vähäinen vuorovaikutus toimijoiden välillä. Kehittämisen tueksi, esimerkiksi lääkäreiden yhteistyön lisäämisessä, on käytetty uutta informaatioteknologiaa lähetekäytäntöihin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. (Kangasniemi ym. 2015, 39–41; Paane-Tiainen 2013; Arvola & Hökkä 2011, 60.) Vuorovaikutuksen lisääminen tavalla tai toisella auttaa parempaan keskusteluun resurssien käytöstä ja työnjaoista osapuolten välillä.

### 3.2 Resurssien kohdentaminen

Potilaan hoitoketjua ja siihen liittyvää henkilöstöjen välistä yhteistyötä kehitettäessä tulee olla tiedossa toimintaan annetut resurssit. Käytänteiden toimivuuden edellytyksenä on kokonaisresurssien riittävyys mahdollistaen toiminnan terveydenhuollon organisaatiossa. Terveyskeskusten ja sairaalan välistä yhteistyötä määrittelee yleisesti toiminnan resurssien jakaantuminen. Resurssit voivat olla

materiaalisia tai toimintaan ja käytänteisiin perustuvia. Yleisesti yhteistyöhön vaikuttavat organisaatioiden väliset resurssit liittyvät hoitaja, fysioterapia- tai lääkäriaikojen riittävyyteen sekä hoitoprosessin työnjakoon. Potilastiedon jakaminen moniammatillisen tiimin välillä, ennen kaikkea sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä, on merkityksellistä mahdollistaen potilaalle laadukkaana hoitokokonaisuuden ja tarkoituksenmukaisen sekä perustellun resurssien jakaantumisen. (Mertala 2011, 172–174; Constance & Marshall 1973.)

Toimintaan liittyvästä työnjaosta ja resursseista voidaan sopia osapuolten kesken neuvottelemalla, ottaen huomioon toimintaan liittyvän kulttuurin ja henkilöstörakenteen. Resurssien käyttöön liittyvä työnjako voidaan ryhmitellä työntekijä-, organisaatio tai asiakaslähtöiseksi. Työnjakoon liittyviä malleja voivat olla esimerkiksi työntekijän ammatilliseen osaamiseen liittyvä-, tiimi-, resurssi-, asiakas tai tehtäväsidonnaiset mallit. Malleja voidaan käyttää joko rinnakkain tai päällekkäin riippuen toiminnan muodosta ja siihen annetuista resursseista kussakin organisaatiossa. Toimintaan käytettävien resurssien työnjaossa on tärkeää muistaa joustaminen asiakkaan tai potilaan parhaaksi. Työnjakoa on hyvä ohjata ajatus ”yhteisestä potilaasta” ja yhteisen hyvän saavuttamisesta. (Suominen 2008, 27–28.)

Tekonivelpotilaan kirurgiseen hoitoon käytettävien resurssien tulee olla tarkkaan harkittujen ja tavoitteellisten prosessien mukaisia. Tuoreimpien suositusten mukaan tekonivelleikkauksia tulisi tehdä sellaisissa yksiköissä joissa potilaan hoitoketjun vaiheet ovat standardoituja (Remes & Puhto 2015, 125). Toiminnan resursseja käytetään leikkauksen lisäksi sekä potilasohjaukseen että tutkimuksiin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon puolella terveyskeskuksissa. Potilasohjaukseen ja tutkimuksiin käytettävät resurssit vaihtelevat eri yksiköissä. Ohjauksen asianmukaiset toimintaedellytykset koostuvat hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksista ja sen toteutukseen liittyvistä toimintamahdollisuuksista. (Lipponen 2014, 57.) Hyvät resurssit ja toimintamahdollisuudet taas edesauttavat sitä, että potilaan hoito pysyy laadukkaana ja hoidon kustannustehokkuus voidaan turvata. Resurssien käyttöön liittyvää kehittämistä suunniteltaessa, tulisi huomioida koko hoitoketjun vaiheiden kustannusvaikuttavuus lisäarvoa tuottamattoman toiminnan karsimisella hoitoketjusta.



### 3.3 Toiminnan kustannusvaikuttavuus

Potilaan hoitoketjun ja siihen liittyvän hoitohenkilöstön yhteistyön kehittämisessä on huomioitava aina toiminnan kustannusvaikuttavuus. *Vaikuttavuus* tarkoittaa laatua, joka on palvelun aikaansaamaa tavoiteltua muutosta potilaan tai asiakkaan tilassa. Yksilötasolla vaikuttavuus voi tarkoittaa onnistumista potilaan hoidossa ja heidän omaistensa tukemisessa. Kuntatasolla vaikuttavuus tarkoittaa jollekin nimenomaiselle asiakas- tai potilasryhmälle tarkoitettujen asianmukaisten palveluiden järjestämistä. (Mehtonen 2012, 1–11; Laine 2005, 664.)

Kustannuksiin liittyy myös käsite *panos*, joka kertoo sen, paljonko panoksella saadaan aikaa tuotosta eli paljonko saadaan hyvää hoitoa suhteessa kustannuksiin. *Kustannusvaikuttavuus* käsitteenä on näiden edellä mainittujen panosten ja vaikuttavuuden suhde. Kustannusten kanssa samassa yhteydessä puhutaan useasti *toiminnan tehokkuudesta*, joka määritellään terveystaloustieteessä panosten sekä vaikutusten suhteeksi samoin kuin kustannusvaikuttavuus. Taloustieteen näkökulmasta tehokkuus on määritelty yksikön tuotannon tasoksi suhteessa itseään tuottavampaan yksikköön. *Tuotantoyksiköllä taas* voidaan tarkoittaa esimerkiksi sairaalaa, terveyskeskusta tai päiväkotia ja sen tehtävänä on pitää tuotannon eli palvelun asiakasryhmän tarvetta vastaavana. (Mehtonen 2012, 1–11; Kangasharju 2008, 7–8.)

Kansantalouden kannalta kustannuksia merkittävästi säästävää toimintaa ovat yksilön sekä yhteisön terveyden edistämiseen liittyvät toimet. Laaja alueellinen ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen, jolla pyritään vaikuttamaan koko yhteiskunnan käsitykseen ja tavoitteisiin terveydestä, on *terveyden edistämistä*. Terveyden edistämisen tarkoituksena on luoda puitteet ja antaa mahdollisuudet yksilölle erilaisten valintojen tekemiseen oman terveytensä suhteen. Terveyden edistämisen lähtökohtana ovat aina ihmiset ja heidän tarpeensa sekä yhteiskunnan tai organisaation halu tukea ja voimavaraistaa heitä. Terveyden edistämisen tulokset terveyshyödyistä sekä kustannusvaikuttavuudesta voidaan nähdä vasta pitkän aikavälin kuluttua. (Friedli ym. 2010, 15–27.)

Kustannusvaikuttavuutta on syytä mitata ja oman toiminnan menestystekijät on tarpeellista tunnistaa toiminnan kehittymisen turvaamiseksi. Toiminnan suorituskyvyn mittaamisessa mitattavia asioita kutsutaan menestystekijöiksi. Menestystekijöitä mittaavia mittareita voivat olla esimerkiksi potilasjonoja mittaavat tietotekniset ohjelmat, toiminnan laadusta ja potilastyytyväisyydestä kertovat asiakaskyselyt tai työtyytyväisyydestä kertovat työtyytyväisyyskyselyt. Oman organisaation toiminnan kehittämisessä on huomioitava ja tunnistettava oman toiminnan kannalta keskeiset mittarit. (Lönqvist & Mettänen 2003, 23–25.) Toimintaa kehitettäessä on huomioitava oman toiminnan lisäksi eri organisaatioiden väliseen yhteistyöhön liittyvä kehittäminen.

Terveystalossa kustannusvaikuttavuudesta puhuminen yhdessä terveyden edistämisen kanssa on puhututtanut jatkuvasti. Terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuden arviointimahdollisuuksia epäillään ja tarpeellisten menestystekijämittareiden käyttöä pohditaan. Pohdintaa aiheuttaa se, mitkä ovat terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden mittaushetkellä suhteessa ihmisten käsitykseen omasta terveydestään. (Friedli ym. 2010, 15–27.) Laineen (2005, 664–665) mukaan tuottavuuden mittaamista ja mittaushetkellä ei kuitenkaan tulisi pitää lähtökohtaisesti kyseenalaisena, vaan mittauksia tulisi tehdä tarkoituksenmukaisin mittarein ja menetelmin huomioiden kunkin alan ominaisuudet.

Tekonivelleikkauksen vaikutukset talouteen ja kustannuksiin ovat merkittävät ja leikkaus on suuri kuluerä suorittavalle yksikölle. Kuitenkin leikkauksen on arveltu olevan yksi kustannustehokkaimmista toimenpiteistä. Tekonivelkirurgian kustannusvaikutukset liittyvät yksikössä suoritettuun leikkausten määrään. Tarkkaa yksikkökohtaista leikkausmäärää vuositasolla ei voida antaa, mutta kustannustehokkaaksi toiminta on arvioitu silloin, kun leikkauksia tehdään yksikkökohtaisesti vähintään 500 potilaalle vuodessa. (Suomen artroplastia yhdistys 2015, 3, 125.) Yksikön suorittamalla leikkausmäärällä on vaikutusta potilasvahinkojen ilmaantuvuuteen ja sitä kautta myös kustannusvaikuttavuuteen (Järvelin, Häkkinen, Rosenqvist & Remes 2012, 190–196).

Tekonivelkirurgiaan liittyvät kustannukset ovat suuria ja senpä vuoksi potilaan hoitopolkua on haluttu kehittää jatkuvasti. Sairaala Ortonin tietojen mukaan tavanomainen lonkan tekonivelleikkaus maksaa 6100 euroa ja ei hinta ei sisällä proteeseja, hoitopäiviä eikä hoitoon liittyviä tavanomaisuudesta poikkeavia hoitoja. Vastaavasti polven tekonivelleikkaus maksaa 6340 euroa ilman proteesia, hoitopäivämaksuja tai muita tavanomaisesta hoidosta poikkeavia maksuja. Potilaan hoidon vaatiessa esimerkiksi tehostettua seurantaa tai verivalmisteita, tekonivelleikkauksen hinta nousee. Kokonaishinta primaarileikkauksissa voi siis olla huomattavasti suurempi kuin nämä ilmoitetut tekonivelleikkauksen kustannukset. Lonkan tai polven uusintaleikkausten hinta voi olla kaksinkertainen ja ainakin reilusti suurempi verrattuna tavanomaiseen primaarileikkaukseen, mutta tarkkaa arviota uusintaleikkausten kustannuksista ei ole osoitettu. (Invalidisäätiö Orton 2015d; Heliövaara 2008.) Kansainvälisesti suuri osa sairaaloista (80 %) onkin todennut olevan paineita tekonivelleikkausten kustannusten vähentämiseen (Husted 2012, 28).

Kalleimmat kustannukset liittyvät leikkaussalin toimintaan ja niiden osuus on 56–72 % tekonivelleikkauspotilaan kokonaiskustannuksista. Leikkauksen lisäksi jokainen ylimääräinen päivä sairaalassa lisää kustannuksia 8 %. Uusin suuntaus lonkan ja polven tekonivelpotilaan hoitoketjun kehittämisessä kustannusvaikuttavammaksi on Fast track -hoitomallin mukainen toiminta, jonka avulla kustannustehokkuutta on haluttu parantaa tekonivelpotilaiden hoitoketjun osalta niin alueellisesti kuin kansainvälisestikin. Kansainvälisten tutkimusten mukaan tekonivelkirurgian kustannukset vähenevät Fast track -hoitomallin mukaisessa toiminnassa huolellisen ja varhaisen suunnittelun sekä seurannan vuoksi. Hoitomallin mukaiset käytännöt tekonivelkirurgiassa ovat perusteltuja ja sen tuomat hyödyt on osoitettu tutkimuksissa. Ns. nopean hoitopolun hyödyt hoitopolun kaikissa vaiheissa on tunnistettu ja toiminta on laajentunut. (Husted 2012, 28.)

Taloudellisten näkökulmien lisäksi on kuitenkin yhtä tärkeää seurata muita näkökulmia, kuten potilastyytyväisyyttä. Fast track -hoitomallin mukaisen toiminnan on todettu tuovan potilastyytyväisyyttä ja vähentävän sairaalahoitoa vaatineita komplikaatioita. Tanskalaisen tutkimuksen mukaan hoitomallin mukaan hoidetut potilaat ovat tyytyväisempiä ja leikkauksen lopputulos on sama tai parempi kuin

aikaisemman toimintamallin mukaan hoidetun potilaan. Nopeutetun hoitomallin mukaan hoidettujen potilaiden leikkauksaika on lyhempi sekä kustannukset ovat pienemmät ja näin ollen hoitomallin käytön kokonaiskustannusvaikuttavuus on valtava kansallisella tasolla. (Husted 2012, 28.) Nopeutetun hoitomallin kustannusvaikuttavuuden vuoksi ei ole yhdentekevää, millaiset hoitoketjuun liittyvät käytänteet ovat, vaan siihen liittyvää hoitohenkilöstön yhteistyötä on tarpeellista arvioida ja kehittää jatkuvasti.

Hoitohenkilöstön yhteistyön kehittäminen on ollut välttämätöntä uusien kustannustehokkaiden toimintamallien käyttöönoton yhteydessä. Fast track -hoitomallin käyttöönoton lisäksi Leiko-toiminnan (leikkaukseen kotoa) käyttöönotto on vaikuttanut merkittävästi lonkan ja polven tekonivelpotilaan hoitopolun kustannusten vähenemiseen. Leiko-toiminta tarkoittaa sitä, että potilas tulee sairaalaan leikkaukselta varten vasta leikkauksen aamuna ja jää sairaalahoitajaksolle sen jälkeen. Suomessa Leiko-toiminnan käyttöönotolla tekonivelpotilaiden hoidossa on säästetty erikoissairaanhoidon hoitopäiviä hoidon alkupäästä ja näinollen toiminta on tehostunut ja kustannukset potilasta kohden ovat vähentyneet. Leiko-käytännön myötä lonkan ja polven tekonivelpotilaiden leikkaukseen jonotusajat ovat lyhentyneet toiminnan tehostumisen vaikutusten vuoksi. Nämä uudistukset hoitoprosessissa ovat kuitenkin vaatineet eri organisaatioiden henkilöstön välistä yhteistoiminnan tarkastelua onnistuakseen. (Tohmo 2010, 310–311; Keränen 2014, 1–19.)

Toimiva yhteistyö eri organisaatioiden hoitohenkilöstön välillä tuottaa sujuvan hoitoprosessin ja lyhentää leikkaukseen jonotusaikaa. Tuomisen (2013, 3) mukaan leikkaukseen jonotusajan pituudella on vaikutusta lonkkapotilaiden kohdalla kustannustehokkuuteen ja lyhempi jonotus tuo laadukkaita lisävuosia potilaalle pienemmillä kustannuksilla. Tutkimuksen mukaan kuitenkin polvipotilaiden kohdalla pitkän jonotusajan aikana käynyt kato potilaista tuotti epävarmuutta kustannusvaikutusten luotettavuuteen. Kokonaisuutena molemmat edellä mainitut uudistukset ovat olleet merkittäviä lonkan ja polven tekonivelpotilaiden hoitoketjun tehostamisessa kustannusvaikuttavammaksi, mutta on myös todettu, että erikoissairaanhoidon hoitoaikojen lisälyhentäminen ei olisi potilaan kannalta toivottavaa

ja se saattaisi tuoda lisäkustannuksia myöhemmin terveydenhuollossa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.) Yhteistyötä eri organisaatioiden hoitohenkilöstön välillä on syytä kehittää, jotta potilaan hoitoketju olisi sujuva ja leikkauksen jonotusaika olisi lyhyt. Toimintaa arvioimalla ja kehittämällä voidaan varmistua siitä, että toiminta säilyy kustannustehokkaana molempien yhteistyösapuolten ymmärtäessä toiminnan vaikuttavuuden.

Sujuva hoitohenkilöstön välinen yhteistyö hoitoketjun saumakohdissa tuo kustannusvaikuttavuutta tekonivelpotilasryhmän hoitoon. Tekonivelpotilaan hoitopolun kehittäminen kustannustehokkaammaksi on arvioitava kokonaisvaltaisesti pitkän aikavälin tavoitteiden saavuttamiseksi. Kustannuksiin vaikuttavat koko tekonivelpotilaan hoitamiseen osallistuvan tiimin ammattitaito sekä potilaan toimiva hoitopolku. Uusien käytäntöjen vaikutukset kustannuksiin tulisi arvioida lyhyellä ja pitkällä aikavälillä ennen käyttöönottoa ja kehittämisen lähtökohtana tulisi olla tarve muutokseen inhimillisesti tehokkaan hoidon turvaamiseksi. Päämäärä johon kehittämisen avulla halutaan, tulisi olla selkeä ja kehittämisprosessin vaiheet on oltava kaikkien osapuolten tiedossa prosessin alusta alkaen. Eri organisaatioiden hoitohenkilöstön välinen saumaton yhteistyö potilaan hoidon kehittämisessä kustannustehokkaammaksi, on merkittävä osa hoitoketjun kehittämisen kokonaisuutta. Eri osapuolten avoimella toiminnalla voidaan varmistua siitä, että kehittämistoiminnalla haettava taloudellinen hyöty potilaan hoidosta saavutetaan. (Suomen artroplastiayhdistys 2015, 37.)

## 4 TEKONIVELPOTILAAN HOITOKETJU LEIKKAUKSEEN VALMISTAUTUMISESSA

### 4.1 Nivelrikkoa sairastava potilas

Nivelrikkoa sairastava potilas voi olla lonkan, polven tai minkä tahansa muun nivelen nivelrikosta kärsivä potilas. Tavallisimmin nivelrikkoa ilmenee lonkassa, polvessa, käsien pikkunivelissä, selän nivelissä tai olkapäissä. (Invalisäätiö Orton.) Lonkan ja polven nivelrikko on yleinen kipua ja liikuntakyvyn heikkenemistä aiheuttava tuki- ja liikuntaelinsairaus. Nivelrikon keskeisimpiä syitä ovat ikä, lihavuus sekä raskas fyysinen työ. Lonkan nivelrikossa suurimpia näyttöön perustuvia vaaratekijöitä ovat ikä, lonkkanivelen epämuodostumat ja kehityshäiriöt sekä lihavuus, raskas fyysinen työ ja perimä. Polven nivelrikossa on näyttöä vaaratekijöistä, joita ovat naissukupuoli, ikä, lihavuus, polvivamma, raskas liikunta, raskas fyysinen työ sekä perimä. Nivelrikon toteaminen perustuu potilaan kertomiin oireisiin sekä nivel- ja röntgenlöydöksiin. Hoidon tavoitteena ovat kivun lievittäminen sekä toimintakyvyn parantaminen ja hoito voi olla joko konservatiivista tai kirurgista. (Käypähoito 2015a; Tuominen 2013, 3.)

Konservatiivinen hoito nivelrikkopotilaalla tarkoittaa laihduttamista, lääkehoitoa ja liikunnan lisäämistä (Käypähoito 2015a; Tuominen 2013, 3; Remes ym. 2007, 10). Konservatiivinen hoito voi myös tarkoittaa nivelrikosta kärsivän potilaan fysioterapiaa ja yksilö- tai ryhmäkuntoutusta, joilla on todettu olevan suuri apu potilaan elämänlaatuun, kipuun sekä fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn (Silva ym. 2015, 309–322). Konservatiivinen hoito on myös lääkehoitoa, jonka tarkoituksena on niveloireiden ja kivunlievitys. Konservatiivinen hoito on aina ensisijainen, mutta nivelrikkoa parantavaa lääkehoitoa ei ole, joten useasti joudutaan kivun lievittämiseksi turvautumaan kirurgiseen hoitoon. Kliinisen kokemuksen ja tutkimusten perusteella on havaittu, että tekonivelleikkaus parantaa potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä sekä lievittää kipua. (Käypähoito 2015a; Tuominen 2013, 3.)

Lonkan ja polven tekonivelleikkaukset ovat suuria toimenpiteitä, jotka tehdään nivelrikosta kärsivälle potilaalle joko nukutuksessa tai lannepuudutuksessa (Reumaliitto). Lapin keskussairaalassa tekonivelleikkaus voidaan tehdä joko lonkan

tai polven nivelrikosta kärsivälle potilaalle ja leikkaus voidaan tehdä myös reuman vuoksi tuhoutuneelle nivelelle. Leikkaus on merkittävä potilaan kipua vähentävä ja toimintakykyä sekä elämänlaatua parantava toimenpide. Tekonivelleikkaus tehdään jos konservatiivisilla hoidoilla ei saada riittävää vastetta kipuihin, potilaan toimintakyky on vaarassa liikevajauksen vuoksi tai nivelessä on virheasentoa. Leikkausajankohtaa ei ole määritelty kirjallisuudessa vaan se perustuu aina yksilölliseen arviointiin. (Käypähoito 2015c; Remes ym. 2007, 10; Invalidisäätiö Orton; Reumaliitto.) Lonkan tekonivelleikkauksen vaikutus potilaan toimintakykyyn on todettu olevan parempi ja nopeampi kuin polven tekonivelleikkauksen. Kuitenkin kivun vähenemiseen lonkan ja polven tekonivelleikkauksilla on nähty olevan samanlainen hyöty. Primaarileikkausten hyöty potilaalle on todettu merkittävämmäksi, kuin uusintaleikkausten hyöty. Olipa potilaan kohdalla kyseessä sitten primaari- tai uusintaleikkaus, ennen leikkaukseen ryhtymistä tulee arvioida potilaalle leikkauksesta tulevat hyödyt suhteessa leikkauksesta aiheutuviin mahdollisiin riskeihin. (Käypähoito 2015c.)

Lapin keskussairaalassa nivelrikkopotilaan lonkan tai polven tekonivelleikkauksen kiireellisyyden määrittelee ortopediaan erikoistunut lääkäri. Tavallisimmin kiireetön leikkaus tulee suorittaa erikoissairaanhoidon koskevan hoitotakuun määrittämässä ajassa. Erikoissairaanhoidon ohjaava hoitotakuu tarkoittaa sitä, että potilaan tulisi päästä leikkaukseen alle 6kk:n sisällä tehdystä hoitopäätöksestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö.) Kiireettömän hoidon kriteereihin kuuluvat potilaan selkeä ja häiritsevä nivelen liikevajaus, säännöllistä liikuntaa vähentävä rasitus särky tai kohtalainen toiminnallinen rajoitus joka voi olla esimerkiksi rajoittunut kävely kivun vuoksi tai ontuminen lievästi. Kiireellisesti potilas tulee leikata silloin, kun raajassa on murtumavaara, nopeasti etenevä nivelformaatio tai kehittyvässä oleva luunekroosi eli kuolio. Kiireellisen leikkaushoidon kriteereihin kuuluvat myös jatkuva yösärky, jatkuva päivittäinen levossa ilmenevä särky tai huomattavat toiminnalliset rajoitukset esimerkiksi potilaan liikkumisen rajoittuminen sisätiloihin tai porraskävelyn hankaluus kivun vuoksi. Kiireettömän ja kiireellisen hoidon kriteereihin kuuluu aina myös nivelrikkoon sopiva röntgenlöydös. (Käypähoito 2015c.)

Nivelrikkopotilaille suoritettavat leikkaukset ovat tarkassa seurannassa tekonivelrekisterissä. Lonkan ja polven tekonivelleikkausten ilmoittaminen kansalliseen tekonivelrekisteriin tuli lakisääteiseksi vuonna 1989, jolloin rekisteri muuttui viranomaisten ylläpitämäksi (Perälä 2011, 12; Suomen artroplastia yhdistys). Ruotsiin perustettiin ensimmäinen tekonivelrekisteri jo vuonna 1979, jolloin rekisteröinti ei ollut vielä lakisääteistä. Suomessa rekisterin perustamisessa oltiin myös eturintamassa ja rekisteri perustettiin Ruotsin mallia seuraten seuraavana vuonna. Sen jälkeen rekisterin perustaminen laajeni muihinkin pohjoismaihin. (Suomen artroplastia yhdistys.) Lakisääteisen rekisterin olemassaolo takaa sen, että tekonivelleikkausten määrän kehittymistä voidaan seurata niin kansainvälisesti, valtakunnallisesti kuin alueellisestikin.

Tekonivelrekisteristä saatujen tietojen mukaan nivelrikosta kärsivien potilaiden leikkausmäärät ovat lisääntyneet viime vuosina ja määrän on arvioitu lisääntyvän entisestään ikäihmisten suuren määrän vuoksi. Rekisteriin ilmoitettujen tekonivelleikkausten määrä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2000 lyhentyneiden sairaalajaksojen vuoksi ja kasvua on ollut eniten polviproteesien määrässä. (Turunen 2014, 16–17; Remes ym. 2007, 10; Terveystieteiden tutkimuskeskus.) Tanskassa tekonivelleikkausten määrän on arvioitu lisääntyvän jopa kolmikertaiseksi vuoteen 2020 mennessä. (Pedersen ym. 2005, 182–189). Suomessa ennusteen on arvioitu olevan hiukan maltillisempi. Määrän on arvioitu olevan 50 % enemmän tekonivelleikkauksia 2000-luvulta vuoteen 2030 mennessä. (Rantanen, Keinonen & Mäkelä 2006, 9.)

Nivelrikkopotilasryhmä on kasvanut ja tekonivelleikkaukset ovat lisääntyneet. Vuonna 2010 Suomessa lonkan- ja polven primaaritektonivelleikkauksia ilmoitettiin tekonivelrekisteriin yhteensä 18 331 kappaletta ja uusintaleikkauksia ilmoitettiin rekisteriin koko Suomen alueella yhteensä 1224 leikkausta (Perälä 2011, 12). Vuonna 2011 leikatuille lonkan tekonivelpotilaille jouduttiin tekemään uusintaleikkaus 2,6 % tapauksista vuoden 2012 loppuun mennessä koko Suomen alueella (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri). Vuonna 2013 terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tietojen mukaan lonkan ja polven primaaritektonivelleikkauksia ilmoitettiin rekisteriin jo 22 000 kappaletta, joista 48 % oli lonkkaproteeseja ja 52 % polviproteeseja. Vuonna 2013 Suomessa uusintaleikkauksia ilmoitettiin tekonivelrekisteriin 2637 kappaletta. Vaikka tekonivelleikkausmäärät ovat koko ajan



lisääntyneet, vuodesta 2000 lähtien tekonivelleikkauksia tekevien sairaaloiden määrä on koko ajan vähentynyt. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.) Uusintaleikkausten ilmoittaminen rekisteriin on luonnollisesti myös lisääntynyt primaarileikkausten määrän lisääntymisen myötä, mutta ei suhteessa niin paljon kuin primaarileikkausten määrä, johtuen implanttien kehittymisestä ja leikkausten turvallisuuden lisääntymisestä (Turunen 2014, 17; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos).

Tekonivelleikkaustoimintaa on tarpeellista tehostaa lisääntyvän potilasmäärän, pitkien potilasjonojen ja vähentyneiden toimipisteiden vuoksi. Siksi myös Lapin keskussairaalassa on asetettu tavoitteeksi tekonivelleikkaustoiminnan tehostaminen Fast track -hoitomallin suuntaan. Lapin sairaanhoitopiirissä tekonivelleikkauksia tehdään vuositasolla reilut 500 kappaletta. Vuonna 2013 Lapin keskussairaalassa leikattiin yhteensä 541 lonkan- ja polven tekonivelleikkausta. Kokonaismäärästä lonkkaproteeseja oli 263 ja polviproteeseja 278 leikkausta. (Implant dataBase-tilastot 2013.) Vuosina 2002–2003 Lapin keskussairaalassa tehtiin polven primaaritektonivelleikkauksia yhteensä 470 leikkausta eli n. 235 polven tekonivelleikkausta vuositasolla (Remes ym. 2007, 41). Polviproteesileikkausten määrä on siis lisääntynyt Lapin keskussairaalassakin maltillisesti vuosittain ja tavoitteena olisi lisätä lonkan ja polven tekonivelleikkausten määrää entisestään, yhteensä noin 80–100 leikkausta vuodessa (Kempainen 2015; Implant dataBase-tilastot 2013).

Nivelrikkopotilaiden lonkan ja polven tekonivelleikkaustoimintaa on tehostettu Fast track -hoitomallin käyttöönotolla Lapin keskussairaalassa. Toiminnan tehostamisella on pystytty lisäämään tekonivelleikkauksia vuoden 2015 alusta lähtien niin, että kuuden kuukauden pituinen leikkausjono on supistunut alle viiden kuukauden pituiseksi maaliskuun loppuun mennessä ja neljän kuukauden pituiseksi elokuun loppuun mennessä. (Implant dataBase.) Tavoitteena Lapin keskussairaalassa olisi lyhentää tekonivelleikkausjonoa kolmen kuukauden mittaiseksi. Leikkausjonon lyhentäminen näinkin mittavasti vaatii systemaattista toimintaa ja hoitoketjun kaikkien osapuolten sitoutumista hoidon tehostamiseen.

Lonkan ja polven nivelrikkopotilaalla on terveydenhuoltolaissa (48 §) säädetyin kiireettömän hoidon hoitopaikan valinnan mukaan oikeus valita hoitopaikka koko

Suomen alueella (Sosiaali- ja terveysministeriö). Tämä on osaltaan vaikuttamassa siihen, että leikkaukseen pääsy on järkevää pystyä toteuttamaan myös Lapin keskussairaalassa kolmen kuukauden kuluttua hoitopäätöksestä. Joustava hoitoon pääsy kiinnostaa potilaita ja se voi tuoda jatkossa potilaita myös muualta kuin Lapin sairaanhoitopiirin alueelta. Tällä hetkellä suurin osa Lapin keskussairaalassa leikattavista lonkka- ja polvipotilaista on Rovaniemeltä ja sen ympäryskunnista (Implant dataBase). Toiminnan tehostamisella ja laadun varmistamisella voidaan edistää potilaiden kiinnostusta tulla Lapin keskussairaalaan sairaanhoitopiirin ulkopuoleltakin. Leikkaukseen pääsyn tehostamisessa tulee koko ajan muistaa toiminnan laadun säilyminen nykyisellä tasollaan. Oikea potilasvalinta, proteesin tyyppi sekä leikkaavan yksikön ammattitaito ovat laadun ja tuottavuuden kannalta keskeisiä asioita (Perälä 2011, 12).

#### 4.2 Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon yhteistyö tekonivelpotilaan leikkaukseen valmistautumisessa

Tekonivelpotilaan leikkaukseen valmistautumiseen liittyy monia huomioitavia asioita. Toimenpiteen kohtuullisen kuormittavuuden vuoksi leikkauskelpoisuus määritellään erikoissairaanhoidossa leikkausjonoon laittavan ortopedin sekä terveyskeskuslääkärin toimesta ja potilas ohjataan hyvin ennen leikkausta. Valmistautumiseen liittyy hyvä potilasohjaus, jonka tulee olla suunniteltua ja tarkoituksenmukaista. Tavoitteena on hoitoon ja ohjaukseen liittyvän yhteistyön sujuvuus eri toimijoiden välillä. (Reumaliitto.) Takalo (2012, 53–60) toteaa tutkimuksessaan tekonivelpotilaiden leikkausta edeltävän ohjauksen olevan potilaille yleisesti hyvin merkityksellistä. Merkityksellinen ja hyödyllisiä valmiuksia antava erikoissairaanhoidon suorittama ohjauksikäyntitoiminta on laajentunut, ja nykyisin se on käytäntönä useimmissa Suomen sairaaloissa. Tekonivelhoitajan ja fysioterapeutin toteuttamaa ohjauksikäyntitoimintaa tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle pidetään siis merkittävänä sekä potilaiden että johdon näkökulmasta ja näin ollen toiminnalle on annettu resursseja.

Lapin sairaanhoitopiirin alueella tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluihin osallistuvat aina yhteistyössä terveyskeskukset ja keskussairaala. Leikkausvalmisteluiden oleellinen ja merkittävä osa-alue on ohjaus. Haasteita potilasohjauksen laadun toteutumisella asettavat hoitoketjut, joissa on useampia toimijoita. Toimijoita voivat olla perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja ostopalvelut. (Kääriäinen 2007, 20.) Terveyskeskuksessa hoitajan antama potilasohjaus, koskien tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluja, painottuu sairaalan näkökulmasta leikkausta edeltävien tutkimusten suorittamiseen, sairaalassa oloaikaan, infektioiden torjuntaan ja kotona selviytymiseen. Sairaalan antaman potilasohjauksen tarkempi sisältö on käsitelty kohdissa; tekonivelhoitajan toimenkuva Lapin keskussairaalassa ja fysioterapeutin toimenkuva Lapin keskussairaalassa.

Tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluja on tehty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä Lapin sairaanhoitopiirin alueella jo vuosia. Vuosia tapahtuneesta yhteistyöstä huolimatta, useampi toimija hoitoketjussa aiheuttaa kankeutta hoidon toteutuksessa. Joskus tekonivelpotilaan hoitoketjussa on mukana edellä mainittujen lisäksi myös yksityisen sektorin palveluita etenkin hammashoidon toteuttamisessa ennen leikkausta ja kuntoutuslaitosten käytössä leikkauksen jälkeen. Joskus useampi toimija hoitoketjussa aiheuttaa merkittäviä haasteita leikkaavassa yksikössä esimerkiksi potilastietojen yhteen koamisen vaikeutena.

Potilastietojärjestelmien keskustelemattomuus eri sektoreiden välillä on toinen ongelma, joka johtaa siihen, että potilasta on vastuutettava toimittamaan terveyteensä liittyviä dokumentteja tarvittaessa yksityissektorilta tai perusterveydenhuollosta leikkaavaan yksikköön. Potilaan vastuuttaminen omaan hoitoonsa on nykypäivää. Leikkaukseen tulevan potilaan valmistautuminen vaatii paljon esivalmisteluja hoitavalta yksiköltä ja vaivannäköä myös potilaalta itseltään. Kun potilaalle perustellaan hyvin ja ammattitaitoisesti leikkauksen mahdollistavat edeltävät valmistelut, potilas ottaa myös herkemmin niistä itse vastuuta. Vastuuttaminen siis edellyttää riittävää resurssien käyttöä potilasohjaukseen ennen leikkausta. (Kemppainen 2014b.)

#### 4.2.1 Leikkausta edeltävä hoito

Tekonivelpotilaiden hoidon laatu, sisältäen leikkausta edeltävän valmistautumisen, on arvioitu korkeatasoiseksi suomalaisissa ja kansainvälisessä tutkimuksessa (Tyrisevä-Ryösö 2012, 57–58). Suomessa tekonivelpotilaiden hoito on hyvin kehittynyt ja lähes kaikki sairaalat toimivat 2000-luvulla kehitetyn Leiko-toiminnan mallin mukaisesti (leikkaukseen kotoa). Potilaat ovat tyytyväisiä nykyiseen Leiko-toimintaan ja he kokevat saavansa selkeää ja asiantuntevaa ohjausta leikkausta ennen. Hyvä ohjaus mahdollistaa sen, että potilaan voivat tulla leikkaukseen vasta leikkauspäivän aamuna. (Kauppinen & Räsänen 2010, 22.)

Leikkausta edeltävää hoitoa ja sen laatua voidaan kuitenkin vielä parantaa joiltain osa-alueilta. Leikkaukseen valmistautuvan potilaan mahdollisuutta osallistua hoitonsa suunnitteluun ja hoidon tavoitteiden asettamiseen voidaan lisätä sekä hoidon kokonaisuuden ymmärtämiseen ja parempaan osallisuuteen voidaan panostaa. Potilaat haluavat tietää hoitoansa koskevista asioista kaikissa hoidon eri vaiheissa alkaen leikkausta edeltävästä ohjauksesta aina sairaalasta kotiutumiseensa saakka. Potilaat toivovat hoitohenkilökunnalta aikaa henkilökohtaisen keskustelun mahdollisuudelle. Potilaiden omaisten huomioimista voidaan myös parantaa jo korkeatasoisessa hoitokokonaisuudessa. Tutkimuksissa on osoitettu henkilökunnan hyvän yhteistyön positiivinen vaikutus potilaan laadukkaan hoidon kokemiselle. Myös toisen asiantuntemuksen arvostaminen näkyy potilaalle korkeatasoisena hoitona. Tekonivelpotilaiden hoidon laatua tulee seurata ja kehittää jatkuvasti. (Tyrisevä-Ryösö 2012, 57–58.)

Tekonivelleikkaukseen valmistautuvat potilaat ovat hyötäneet leikkausta edeltävästä ensiohjaus- ja tutkimuskäynnistä ja he ovat saaneet odotettuja valmiuksia saapua leikkaukseen. Potilaiden kokemukset ovat positiivisia ohjauskäyntitoiminnan tarpeellisuuden ja merkittävyyden kannalta. Potilaat ovat saaneet merkityksellistä tietoa leikkauksesta tekonivelhoitajan ensikäynnillä ja he pitävät ohjausta luotettavana, asiallisena ja asiantuntevana. Hoidon asiantuntijan antama ohjaus ennen leikkausta edesauttaa potilaan kokemuksen mielekkyyttä leikkaukseen valmistautumisessa. Potilaspalautteen mukaan myös Lapin keskussairaalassa

leikkaukseen valmistautuvalle potilaalle on merkityksellistä saada asiantuntevaa ja vaikuttavaa ohjausta ennen leikkausta. (Kemppainen 2014a; Saarela 2004, 7–8, 21–35.) Ohjauksen lisäksi tekonivelleikkaukseen valmistautuvan potilaan kokonaisterveydentila eli leikkauskelpoisuus arvioidaan tutkimuksien avulla huolellisesti. Ennen kuin tekonivelleikkaus voidaan suorittaa, tulee potilaan suorituskyky arvioida ja varmistaa perussairauksien tasapaino sekä pois sulkea infektiot ja muut leikkauksen vasta-aiheet. (Käypähoito 2015b.)

Leikkausta edeltävään hoitoon liittyvän ohjauksen yhteydessä potilaasta otetaan myös tutkimukset, joiden avulla varmistetaan potilaan leikkauskelpoisuus. Leikkausta edeltävä käynti on tarpeellista suorittaa ajoissa leikkaustarpeen ja kunnan arvioimiseksi moniammatillisesti. (Käypähoito 2015b.) Suurin osa tekonivelleikkaukseen valmistautuvista potilaista on ymmärtänyt leikkaukseen liittyvien tutkimuskäyntien välttämättömyyden oman turvallisuutensa vuoksi. Kuitenkin osa potilaista on kokenut ennen leikkausta tehtävien tutkimuksien ajoittuvan liian useaan käyntikertaan. Potilailta saadun palautteen mukaan tekonivelpotilaiden hoidon laatua voidaan parantaa Lapin sairaanhoitopiirin alueella vähentämällä leikkausta edeltäviin tutkimuksiin liittyvää käyntien määrää terveyskeskuksissa. Keskitämällä tutkimukset mahdollisuuksien mukaan pariin käyntikertaan poistaa se potilaalta kokemuksen pallottelusta paikasta toiseen. Näin ei kuitenkaan aina voida toimia, koska potilaan terveydentila vaatii joskus useampia käyntikerroja leikkausturvallisuuden takaamiseksi. (Kemppainen 2014a; Kemppainen 2014b.)

Lapin sairaanhoitopiirin alueella tekonivelpotilaan hoitoon liittyy monia hoitoalan toimijoita leikkausta edeltävästä vaiheesta leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen saakka. Leikkaukseen valmistautumisessa tekonivelpotilaan hoitoketjussa ovat mukana Lapin alueen terveyskeskusten hoitohenkilöstö, jolla tässä kehittämissuunnitelmassa tarkoitetaan hoitajia, fysioterapeutteja ja lääkäreitä. Tekonivelpotilaan hoitoketjuun leikkaukseen valmistautumisvaiheessa osallistuvat terveyskeskusten hoitohenkilöstö yhteistyössä keskussairaalan hoitohenkilöstön kanssa.

Leikkausta edeltävään hoitoon liittyvät moninaiset tutkimukset riskien minimoimiseksi sekä Lapin alueen pitkät välimatkat aiheuttavat sen, että tekonivelpotilaan hoitoketjuun osallistuu useita toimijoita. Hoitoketjuun kuuluvat toimijat ovat eri ammattiryhmien edustajia ja monien erikoisalojen osaajia ja asiantuntijoita. Terveyskeskusten käytännöt vaihtelevat aiheuttaen yhteistyön haasteita tekonivelpotilaan hoitoketjuun leikkaukseen valmistautumisessa. Useiden toimijoiden verkostossa on tärkeää tarkoituksenmukainen ja joustava yhteistyö hoidon laadun turvaamiseksi.

#### 4.2.2 Potilasohjaus leikkaukseen valmistautumisessa

Tekonivelkirurgiassa potilaan hyvään hoitoon kuuluu keskeisenä osana potilasohjaus leikkauksen kohtalaisen suuren vaikuttavuuden vuoksi. Lähes jokainen hoitoalan ammattilainen tekee potilasohjaustyötä. Potilasohjaus kuuluukin ammatilliseen perusosaamiseen terveydenhuoltoalalla. (Kääriäinen 2007, 20.) Potilasohjauksen perusta tulisi olla terveydenhuollon juridiikassa. Potilaan tulisi saada tietoa terveydentilasta, hoidosta, vaihtoehdoista sekä riskitekijöistä ja tietoa tulisi antaa niin, että potilas ymmärtää ohjauksen sisällön. (Eloranta & Virkki 2011, 7; Kääriäinen 2007, 25.) Potilasohjausta säätelevien lakien lisäksi hoitosuositukset ovat täydentämässä terveydenhuollon lakia. Hoitosuositusten avulla voidaan varmistaa hyvän ja asianmukaisen hoidon toteutuminen erilaisissa potilasohjaustilanteissa. Vastuu ohjauksen arvostamisesta hoitotyön muotona on hoitohenkilökunnalla ja organisaatiolla. Organisaation arvotus ohjaukseen näkyy siinä, millaisia resursseja se antaa potilasohjauksen mahdollistamiseen. (Kääriäinen 2007, 25.)

Lonkan ja polven tekonivelleikkausta edeltävällä ohjauksella on suuri merkitys potilaalle. Laadukkaan potilasohjauksen on arveltu vähentävän potilaan stressiä ja levottomuutta sekä parantavan leikkauksen jälkeisten tavoitteiden saavuttamista. (McDonald 2014, 1; Asunmaa 2010, 38–45; Walker 2010, 20.) Tekonivelleikkaukseen liittyvän kohtalaisen tai suuren vaikuttavuuden vuoksi, potilaan ohjaukseen ja valmentamiseen on alettu kiinnittämään parempaa huomiota 2000-luvun alussa. Silloin sairaala Orton ja Pirkanmaan ammattikorkeakoulu aloittivat

koulutukset, joiden tavoitteena oli kouluttaa tekonivelpotilaan hoitoprosessin asiantuntijoita ja kehittäjiä toimimaan moniammatillisissa tiimeissä hoidon laadun lisäämiseksi. Erikoistumisopinnoista valmistuu tekonivelhoitaja, joiden koulutuksen tavoitteena on lisätä hoitajan asiantuntemusta hoitotyön kehittämisessä. (Saarela 2004, 11; Invalidisäätiö Orton.) Ensisijainen tuki leikkaukseen valmistautuvalla potilaalla onkin tekonivelhoitajan tai muun hoitoon perehtyneen asiantuntijan antama leikkausta edeltävä ohjaus.

Ohjaus hoitotyössä tarkoittaa aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, jossa pyritään hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen. Ohjaaja on prosessissa asiantuntija ja ohjattava tilanteensa, asiansa ja tavoitteidensa asiantuntija. (Kyngäs ym. 2007, 251, 257.) Ohjaajan tulee hallita ohjauksen sisältö hyvin, jotta hän voi toimia asiantuntijana tilanteessa. Hänen tulee hallita myös ohjaus menetelmänä sekä hallita samanaikaisesti kokonaisuus, tulevaisuus ja menneillä oleva hetki. Myös ohjaajan vuorovaikutustaidot ovat keskeisessä osassa potilasohjaustyössä. Ohjaus on merkityksellistä toimintaa ja merkityksellisyys korostuu tilanteissa, joissa toimintaan tai toimintaympäristöön tulee muutoksia. Ohjauksen avulla pyritään sitouttamaan potilas omaan hoitoonsa mahdollisimman hyvin. (Eloranta & Virkki 2011, 8.)

Kansantaloudellisesti pidetään tärkeänä hyvää potilasohjausta, jonka avulla voidaan vaikuttaa myönteisesti potilaan ja hänen omaisensa terveyteen. Ohjausta tulee kehittää potilasryhmäkohtaisesti näyttöön perustuvan toiminnan mukaisesti. Ohjauksen laatua on haluttu parantaa antamalla potilasryhmäkohtaisia suosituksia ohjauksen sisällöstä. (Kääriäinen 2007, 20.) Potilasohjauksen laatua on haluttu ylläpitää kysymällä potilaiden mielipiteitä ohjauksen kokemisesta ja sisällöistä. Tekonivelleikkaukseen tulevien potilaiden kokemukset leikkausta edeltävästä potilasohjauksesta ovat pääosin positiivisia ja potilaat kokevat saavansa ohjauksesta valmiuksia leikkaukseen (Takalo 2012, 53–60; Saarela 2004, 33–35). Onnistuneimpia ohjauksen alueita olivat leikkauspäivän tapahtumista kertominen, leikkaukseen valmistautuminen ja tulehdusten ehkäisyn tärkeydestä kertominen. Lisäohjausta haluttiin henkisestä hyvinvoinnista, tukihenkilöiden tärkey-

destä ja perussairauksien hoidosta sekä terveyden ylläpidosta. Terveys- ja liikuntatottumuksiin ei leikkausta ennen tehtävällä ohjauksella potilaiden mielestä ollut suurta vaikutusta. (Takalo 2012, 36,54,56–61.)

Tietotekniikan ja tietoteknisten järjestelmien käyttö potilasohjauksessa ja terveydenhuollon toiminnasta palautetta kysyttäessä, vaikuttaa nopeampaan tietojen vaihtoon potilaiden ja terveydenhuollon asiantuntijoiden välillä. Tietotekniikan käyttö on nykypäivää ja sähköisesti kysytty tieto potilaan kokemuksista auttaakin tehokkaampaan potilasohjauksen ja hoitoketjujen kehittämiseen. (Sullivan 2015.) Ohjauksen täydentäminen esimerkiksi videomateriaalilla on yleistä, jolloin potilas voi itsenäisesti opiskella ja kerrata leikkaukseen valmistautumiseen liittyviä asioita. Lapin keskussairaalassakin on suunniteltu tekonivelpotilaiden ohjauksen kehittämistä ohjausvideon tekemisellä.

Lipposen (2014, 57) mukaan kirurgisen potilaan saama ohjaus erikoissairaanhoidosta sekä perusterveydenhuollosta on suhteellisen hyvää. Erikoissairaanhoidon antama kirurgisen potilaan ohjaus on kiitettävää tai hyvää erityisesti silloin, kun kyse on sairauksista ja niiden oireista sekä hoitotoimenpiteistä. Tutkimuksiin ja tutkimustuloksiin liittyvä ohjaus koetaan myös hyvänä tai kiitettävänä. Perusterveydenhuollon henkilöstön tiedot sairaudesta olivat heikompia kuin kirurgisen erikoissairaanhoidon henkilöstön, johtuen erikoissairaanhoidon henkilöstön mahdollisuudesta syventää tietämystään erikoisalastaan toisin kuin perusterveydenhuollon henkilöstöllä, jonka osaaminen keskittyy laajempien kokonaisuuksien hallintaan. Lipposen tutkimuksessa hoitoon liittyvät riskit, lääkehoito, hoitovaihtoehdot sekä toipuminen koettiin jonkin verran puutteellisina ohjauksen alueina.

Potilasohjauksella on vaikutusta potilaan omaehtoiseen hoitoonsa ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Tekonivelpotilaan ohjauksessa korostuukin hoitoon sitouttaminen, koska leikkaukseen odottamisen yhteydessä potilaan tulee useasti hoitaa ja kuntouttaa itseään monin eri tavoin leikkauksen mahdollistamiseksi. Ennen leikkausta annettavalla ohjauksella tuetaan potilasta myös itsenäiseen elämään. Potilaalle tarjotaan mahdollisuuksia, tietoa ja haasteita, mutta potilas itse tekee valinnoillaan päätöksiä oman elämänsä suhteen. Ohjauksella pyritään osoittamaan potilaalle, että hän voi itse omilla valinnoillaan helpottaa



oman terveytensä ylläpitoa. Omien valintojen merkitystä tulee korostaa näyttöön perustuen. (Kääriäinen 2007, 20.) Ohjauksen merkitys korostuu etenkin nykyään, kun sairaalassa ollaan isojenkin leikkausten jälkeen enää lyhyitä aikoja.

Tekonivelpotilaan ohjaus korostuu nykyisten hoitokäytänteiden vuoksi. Hoitopäivien määrät ovat laskeneet kaikissa potilasryhmissä rajusti vuosien saatossa ja potilaat kotiutetaan entistä nopeammin. Myös tekonivelpotilaiden sairaalassa oloajat ovat lyhentyneet ja niitä halutaan lyhentää vielä entisestään optimoimalla potilaan hoito etukäteen. (Paavilainen & Pöntinen 2012, 4; Kääriäinen 2007, 20; Lapin sairaanhoitopiiri.) Sairaalahajan lyheneminen on vaikuttanut siihen, että potilasohjaukselle ei jää riittävästi aikaa potilaan ollessa sairaalassa ja siksi lyhentyneet hoitoajat edellyttävät hyvää potilasohjausta ennen leikkausta. Lyhentyneiden hoitoaikojen vuoksi potilaan ja hänen omaistensa vastuu leikkausta edeltävästi ja leikkauksen jälkeen korostuu. (Paavilainen & Pöntinen 2012, 4; Kääriäinen 2007, 20.) Jotta potilas pystyisi ottamaan vastuuta omasta hoidostaan enemmän ennen leikkausta ja sen jälkeen, tulee edeltävän potilasohjauksen olla valmiuksia antavaa ja laadukasta.

## 5 TEKONIVELPOTILAIDEN LEIKKAUSVALMISTELUIDEN NYKYTILAKUVAUS LAPIN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ

### 5.1 Toiminnan kehittäminen Fast track -hoitomallin suuntaan

Fast track -hoitomalli on ns. nopea hoitopolku, jota on lähdetty soveltamaan usean eri potilasryhmän hoitopolkuun. Hoitomallin on kehittänyt tanskalainen kirurgi Henrik Kehlet ja malli perustuu potilaan omaan aktiivisuuteen ja hyvään ohjaukseen sekä nopeaan laadukkaaseen toipumiseen. Ohjauksen lisäksi mallin keskeisiä osa-alueita ovat kivunhoito, ravitseminen, liikkuminen ja kotiutuminen. Mallissa kiinnitetään huomiota myös muihin osa-alueisiin, joita ovat leikkaus- ja anestesiakäytännöt. Fast track -hoitomallin mukainen suuntaus on tekonivelpotilaiden hoidossa yleistymässä. Hoitomallin tavoitteena on antaa potilaalle mahdollisimman dynaaminen hoitokokonaisuus lonkan ja polven tekonivelleikkauksessa. Fast track -hoitomallin käytön myötä tekonivelpotilaiden leikkaushoitopäivät ovat vähentyneet, potilaiden aktiivisuus on lisääntynyt ja komplikaatiot ovat vähentyneet. (Husted 2012, 2, 7–14; Hänninen 2011, 2, 14–18.)

Potilaiden hoitoketjuja on kehitetty useamman potilasryhmän kohdalla Fast track -hoitomallin suuntaan. Hoitomallin mukaiset käytännöt ovat myös tekonivelkirurgiassa perusteltuja ja sen tuomat hyödyt on osoitettu tutkimuksissa. Nopean hoitopolun vaikutuksista tekonivelpotilaan hoidon kustannusvaikuttavuuteen on myös osoitettu tutkimuksissa. Esimerkkinä hoitomallin vaikuttavuudesta voidaan todeta, että potilaan jonotusaika leikkaukseen on lyhentynyt ja sillä on ollut positiivista kustannusvaikuttavuutta etenkin lonkkapotilaiden kohdalla. Polvipotilaiden kohdalla arviot kustannusvaikuttavuudesta eivät ole olleet yhtä luotettavia jonotusaikana tulevan potilaskadon vuoksi. (Tuominen 2013, 3.) Polvipotilaiden kohdalla kato voi tarkoittaa sitä, että osa potilaista peruu leikkauksen pitkä odotusajan mukanaan tuomien terveydellisten muutosten vuoksi. Yksi syy tähän voi olla esimerkiksi siinä, että potilaille annettu ohjaus painonpudottamiseen on onnistunut ja sen myötä potilaan polvikivut ovat vähentyneet ja leikkaustarve poistunut. Toinen syy voi olla nivelrikon oireiden aaltoileva käyttäytyminen, jonka vuoksi potilaan leikkausta on mielekästä siirtää vähäisten oireiden vuoksi. Ylei-

sesti tekonivelpotilaiden hoidon laadun varmistamiseksi sekä kustannusvaikuttavuuden parantamiseksi on haluttu lähteä kehittämään hoitoa Fast track -hoitomallin suuntaan.

Lapin keskussairaalassa on toimittu tekonivelpotilaiden hoidossa Fast track -hoitomallin mukaan alkuvuodesta 2015 lähtien. Sitä ennen tehtiin selvitystyötä hoitomallin erityispiirteistä ja muiden sairaaloiden toimintamalleista, sekä käytiin moniammatillisia palavereita eri yksiköiden kanssa tekonivelpotilaan hoidon toteuttamisesta Lapin keskussairaalassa. Fast track -hoitomalli toi mukanaan uusia toimintatapoja hoitoketjun jokaiseen vaiheeseen myös potilaan leikkausta edeltävään valmistautumiseen. (Kempainen 2014c.) Hoidon lähtökohtana on kuntouttava työote, jossa potilaiden oman kuntoutumisen motivaatiota lisätään hoitoketjun kaikissa vaiheissa ohjaamalla (Kempainen 2014b).

Yksiköiden toiminnan kehittäminen Lapin keskussairaalassa Fast track -hoitomallin suuntaan, päätettiin toteuttaa oman organisaation sisäisesti ilman ulkopuolisia konsultteja. Tekonivelpotilaiden hoidon kehittäminen aloitettiin tutustumalla tekonivelsairaala Coxaan Tampereella. Tutustumiskäyntiin osallistui tekonivelpotilaiden kanssa työskentelevää hoitohenkilökuntaa keskussairaalasta ja käynti toteutettiin syyskuussa 2014. Tutustumiskäynnillä kuulumme kokemuksi tekonivelpotilaiden tehostetusta hoitomallista ja sieltä saatujen esimerkkien innoittamina kehittäminen Lapin keskussairaalassa pyöräytettiin heti käyntiin. Sairaala Coxaan tutustuminen toi näköaloja kaikille tekonivelpotilaan hoidon erivaiheissa työskenteleville ammattilaisille. (Kempainen 2015; Kempainen 2014c.)

Sairaalassa varsinainen kehittäminen konkretisoitiin kutsumalla kokoon moniammatilliset palaverit, joissa tekonivelpotilaan Fast track-hoidon kehittämistä suunniteltiin. Kaikissa tekonivelpotilaan hoitoon osallistuvissa yksioissa toteutettiin palaverit, jotta kaikkien osallisten tarpeet ja kokemukset tulivat kuulluksi. Fast track -hoitomallin kehittämistä koordinoivan sairaanhoitaja Mira Kempaisen johdolla moniammatilliset palaverit, tutustumiskäynti sairaala Coxaan sekä Lapin alueen terveyskeskusierros mahdollistuivat. Kehittämishankkeen aikana tekonivelpotilaiden hoidon kehittäminen polkaistiin hyvin käyntiin ja sen jälkeen oli mielekäästä

jatkaa leikkausta edeltävän vaiheen kehittämisellä, yhteistyön näkökulmasta, terveyskeskusten ja sairaalan välillä.

## 5.2 Sairaanhoitaja leikkausvalmisteluiden asiantuntijahoitajana

Tekonivelpotilaiden asiantuntijahoitajana toimii lisäkoulutettu sairaanhoitaja. Lapin keskussairaalassa on yksi ns. tekonivelhoitajan toimi, joka on perustettu vuonna 2007. Tekonivelhoitajalla tarkoitetaan tässä kehittämistyössä lisäkoulutettua sairaanhoitajaa, jonka toimenkuva on erikseen määritelty. Toimenkuva poikkeaa muiden sairaanhoitajien toimenkuvasta siten, että siihen liittyy sairaanhoitajavetoista vastaanottotoimintaa sekä tehostettua potilaan ohjausta ja leikkausaikataulun suunnittelua. Perustamisen lähtökohtana ovat olleet linjaukset, joissa tekonivelpotilaan hoitoa on haluttu parantaa, leikkauksen peruuntumisia vähentää ja kustannustehokkuutta lisätä. Toimenkuvan perustamisen tarkoituksena on antaa potilaalle mahdollisimman asianmukaista tietoa leikkaukseen valmistautumisesta, leikkauksesta, sairaalassa olosta ja jälkihoidosta. Tekonivelhoitajan ohjauksen tavoitteena onkin antaa potilaalle mahdollisimman hyvät lähtökohdat mielekkään ja turvallisen hoitajakson kokemiselle tekonivelleikkauksessa ja tehostaa toimintaa välttämällä peruuntumisia (Käypähoito 2015a, b).

Tekonivelhoitajana toimiva sairaanhoitaja on tekonivelpotilaiden hoitoon erikoistunut asiantuntija ja keskeinen toimija potilaan leikkausvalmisteluissa. Tehtävään annettava erikoitumiskoulutus antaa syventävää tietoa, jota hoitajan tulee hallita toimiessaan hoitotyön asiantuntijana ja yhteyshenkilönä sekä potilaiden kanssa että verkostoyhteistyössä. Koulutuksen sisältämät tekonivelpotilaan hoidon eri osa-alueet ovat: tiedonsaanti, jälkiseuranta ja ohjaus. (Invalidisäätiö Orton 2015.) Näiden osa-alueiden hallitseminen auttaa hoitajaa toimimaan ohjastuksessa asiantuntevasti ja luottamuksellisesti. Koulutuksen lisäksi on eduksi, että hoitajalla on kokemusta tekonivelpotilaiden kanssa työskentelystä pidemmällä aikavälillä. Sairaanhoitajalla on todettu olevan tärkeä rooli tekonivelpotilaan hoitopolun eri vaiheissa tukijana ja kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelijana sekä arvioijana (Walker 2010, 14–20).

Sairaanhoitajan työ sisältää hoitoon pääsyn ja leikkausajankohdan ilmoittamisen potilaalle. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (4 §) säädetään hoitoon pääsystä, joka tulee tapahtua hoitotakuun puitteissa. Hoitoon pääsyn ilmoittamisesta potilaanne on myös säädetty laissa. Lain mukaan potilaalle tulee antaa ajoissa tietoa hoitoon pääsyn ajankohdasta esim. ohjauskäynti- ja leikkausajankohdasta ja hoitoon pääsyn ajankohdan muuttumisesta on ilmoitettava potilaalle välittömästi. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 4§; Lapin sairaanhoitopiiri 2015a.) Käypähoitosuosituksen mukaan (2015b) leikkausta edeltävä käynti tulee tapahtua vähintään 1-2 viikkoa ennen leikkausta. Lapin sairaanhoitopiirin alueella tekonivelpotilaiden leikkaukseen kutsuminen on mielekästä tapahtua vähintään kuukausi ennen leikkausta terveyskeskuksen kanssa yhteistyössä tehtävien tutkimusten vuoksi.

Potilaan kutsuminen leikkaukseen tapahtuu sairaanhoitajan ohjauskäynnillä antamalla tai potilaalle lähetetyllä kutsukirjeellä. Kutsuminen tapahtuu kuukausi ennen leikkausta tai peruutuspaikoille puhelimitse nopeammin, jopa päivän varoitusajalla. Nopeasti leikkaukseen tulo edellyttää kuitenkin sen, että potilas on jo valmisteltu leikkausta edeltävien kokeiden osalta ainakin osittain joko terveyskeskuksessa tai keskussairaalassa. Riippuen siitä onko potilas kutsuttu normaalin käytännön mukaan kuukausi ennen leikkausta, vai onko potilas mahdollisesti kutsuttu kiireelliselle peruutuspaikalle, täytyy leikkaukseen valmistelua tehdä soveltaen. Kiireellisesti leikkaukseen tulevan potilaan valmistelut tehdään keskussairaalan toimesta ja normaali käytännön mukaan kutsuttujen valmistelut terveyskeskuksen toimesta. Oli tilanne leikkaukseen kutsumisen osalta kumpi tahansa, on asiantuntijan huomioitava aina potilasturvallisuus ja riskien minimointi potilasta kutsuttaessa. Kaiken leikkausta edeltävän tutkimuksen ja valmistelun tavoitteena on, että potilaan kunto on optimaalinen leikkaukseen tullessa. (Käypähoito 2015b; Turunen 2014, 17–18.)

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu tarkistaa, että potilaan perussairauksien tila ennen leikkausta on tutkittu ja hoidettu. Ennen leikkausta tulee optimoida hoito perussairauksien tasapainon osalta, joka tarkoittaa anemian hoitoa, sokeri-tasapainon ja verenpainetaudin optimointia sekä diureettilääkityksen hoidon optimointia. (Käypähoito 2015a; Turunen 2014, 17–18.) Varmistuaakseen siitä, että

leikkaus voidaan suorittaa turvallisesti mahdollisimman vähin riskein, on tärkeää, että leikkausvalmisteluissa on edetty ajoissa suunnitellun protokollan mukaisesti potilasturvallisuuteen liittyvät seikat huomioiden. Jotta potilaan optimaalinen kunto olisi varmistettu kaikilta osa-alueiltaan ennen leikkausta, ohjaus ja valmentaminen suoritetaan tekonivelhoitajan ja fysioterapeutin moniammatillisena yhteistyönä. (Käypähoito 2015b; Lapin sairaanhoitopiiri 2015b; Turunen 2014, 17–19.)

Tekonivelpotilas käy Lapin keskussairaalassa leikkausta edeltävässä ohjauksessa tekonivelhoitajan luona kuukausi ennen leikkausta. Ohjauksikäynnin kesto on noin 45–60 minuuttia. Käynnin aikana potilaan leikkausajankohta tarkistetaan ja tieto ajankohdasta annetaan potilaalle. Potilaan kanssa keskustellaan leikkauksesta, puudutuksista ja kivunhoidosta sekä kerrotaan yleisesti käytettävistä proteesimalleista -ja materiaaleista. Käynnin aikana keskustellaan potilaan kanssa yleisimmin käytettävistä puudutuksista tekonivelleikkausten yhteydessä, joita ovat spinaali -ja LIA-puudutteet (Käypähoito 2015c; Lapin sairaanhoitopiiri 2015; Turunen 2014, 16). Yleisimmin käytetty pre- ja postoperatiivinen lääkehoito kerrotaan potilaalle ja hyvän kivunhoidon merkitystä korostetaan Fast track -protokollan mukaisesti (Kempainen 2015).

Hoitajan suorittamalla ohjauksikäynnillä kartoitetaan potilaan perussairaudet, lääkitys, terveydentila ja suorituskyky sekä allergiat. Potilaan nykyiset oireet ja toimintakyky sekä leikkaukseen tulevan infektioanamneesi selvitetään, ja riskitekijät kartoitetaan potilasta haastatteleamalla. Potilaalle ohjataan leikkaukseen liittyvät käytännön seikat liittyen peseytymiseen ja ravitsemukseen ennen leikkausta. Potilaan alkoholin käyttö kartoitetaan ja tarvittaessa potilasta ohjataan välttämään alkoholin käyttöä leikkausta edeltävästi. Tupakointi suositellaan lopettavaksi kuukausi ennen leikkausta, jotta haavan paraneminen olisi optimaalisempaa. Tekonivelleikkaukseen tulevalle potilaalle annetaan tarvittaessa sosiaalityöntekijän yhteystiedot kotiasioiden, omaishoidon järjestelyjen ja taloudellisten kysymysten ratkaisun avuksi. (Käypähoito 2015a; Turunen 2014, 15–19.)

Ohjauskäynnillä varmistetaan potilaan leikkauskelpoisuus suun- ja hampaiston osalta tarkastamalla hammaslääkärin kirjoittaman leikkauskelpoisuustodistuksen ja OPTG-röntgenkuvien (ortopantomografia) saatavuus. Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan suu ja hampaat tulee olla kunnossa leikkausta edeltävästi, ja potilasta ohjataan myös leikkauksen jälkeiseen suun ja hampaiden hoitoon, suosittelemalla vuosittaisia hammaslääkärin tarkastuskäyntejä tekonivelinfektioiden ehkäisemiseksi. (Käypähoito 2015a; Turunen 2014, 17.)

Tekonivelhoitajan suorittamassa preoperatiivisessa ohjauksessa huomioidaan myös mahdolliset pitkittyvän kivun riskitekijät, joita voivat olla leikkausta edeltävä leikkausalueen kipu, mikä tahansa aiempi krooninen kipu ja potilaan masentuneisuus tai ahdistuneisuus (Ravaska, Suorsa & Lahtela 2015). Jos leikkausta edeltävällä ohjauskäynnillä nousee esille pitkittyneen kivun riskitekijöitä, potilaan tiedot kirjataan tiedoksi anestesiaalääkärille, jotta potilaan postoperatiivinen kivunhoito voidaan suunnitella mahdollisimman hyvin. Tieto kirjataan myös kipuhoitajan varauskirjaan, jotta potilaan leikkauksen jälkeinen kipu olisi myös kipuasiantuntijoiden seurannassa ja näin välttyttäisiin kivun mahdolliselta pitkittymiseltä. (Kempainen 2015.)

Leikkaukseen tulevan potilaan ihon kunto tarkistetaan sairaanhoitajan vastaanotolla ja potilaalle annetaan tarvittavat kotihoito-ohjeet tai toimitaan tarvittaessa potilaan asianajajana ihon hoidon vaatiessa ihotautilääkärin kannanottoa ennen leikkausta. Leikkaukseen liittyvistä infektoriskeistä keskustellaan ja tarvittaessa siirretään potilaan leikkausajankohtaa jos vaadittavat kriteerit eivät täyty mahdollistaen leikkauksen suorittamisen turvallisesti. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015 b; Turunen 2014, 17–18.)

Sairanhoitajan työnkuvaan kuuluu huomioida mahdolliset riskitekijät joiden vuoksi leikkausajankohtaa tulee siirtää. Leikkausajankohdan siirtämisen syynä voivat olla esimerkiksi ylipaino tai akuutti infektio. Hoitajan tehtävänä on silloin ohjata ylipainoinen potilas painonhallintaryhmään tai ravitsemusterapeutille. Joskus potilaat haluavat kuitenkin pudottaa painoaan itsenäisesti ja silloin tekonivelhoitajan tulee antaa potilaalle ohjeita terveellisestä ruokavaliosta ja korostaa liikunnan merkitystä ja tukea näin potilasta omaehtoiseen painon pudotukseen.

Hoitaja koordinoi potilaan painotavoitteeseen pääsyä ja antaa uuden leikkausajan, kun tavoite on saavutettu ja leikkaus on mahdollista suorittaa turvallisesti. Tilanteessa, jossa potilaalla on akuutti infektio, hoitajan on osattava arvioida potilaan mahdollinen tarve lääkärin hoitoon tai ohjata potilasta hoitamaan itsenäisesti infektio. Infektion vakavuudesta riippuen potilas ohjataan joko terveyskeskuslääkärin kontrolliin tai tekonivelhoitaja on potilaan kanssa yhteydessä infektion paranemisesta. Ohjaus annetaan potilaalle sekä suullisesti että tarvittaessa myös kirjallisesti vastuuttamalla näin potilas omaan hoitoonsa. Edellä mainittujen esimerkkien valossa voidaan todeta, että tekonivelhoitajan työnkuva vaatii paljon itsenäistä päätöksentekoa ja työ on kokonaisuudessaan hyvin vastuullista. (Käypähoito 2015a; Turunen 2014, 15–19.)

Tekonivelhoitaja koordinoi potilaan lääkkeiden tauottamisen toteutumista ennen leikkausta ja se vaatii useasti terveyskeskuksen ja keskussairaalaan tiivistä yhteistyötä, jotta potilaan tarvittavista lääketauotuksista ollaan tietoisia molemmissa yksiköissä. Fast track -hoitomallin käyttöönoton myötä leikkausmäärät lisääntyvät ja sen myötä toimiva yhteistyö lääkkeiden tauotuksen osalta korostuu entisestään. Yhteistyön lisäksi potilasta tulee informoida hyvin suullisesti ja kirjallisesti eri lääkkeiden tauotuksista leikkausta edeltävästi. Erilaiset oppaat ja ohjeet täydentävät keskussairaalassa annettua suullista ohjeistusta. Sairaalassa suoritettun ohjauksen jälkeen potilas ohjataan terveyskeskuslääkärille leikkauskelppoisuusarvioon, jonne potilaasta haastatellut tiedot toimitetaan ennen potilaan terveyskeskuskäyntiä. (Kemppainen 2015; Lapin sairaanhoitopiiri 2015b.)

Ohjauksen tiedot kirjataan sairaanhoitajan toimesta Lapin keskussairaalan käyttämään Esko-potilastietojärjestelmään sekä leikkaussalijärjestelmä-Opeeraan. Perustiedot kirjataan myös valtakunnalliseen tekonivelen elinkaaren seurantaohjelmaan (Implant database), jota täydentävät myöhemmässä vaiheessa leikkaussalissa työskentelevät hoitajat ja jatkokontrolleja suorittavat fysioterapeutit. Anestesia-lomake täytetään leikkauksen aikaista perioperatiivista seuranta varten. Myös terveyskeskusta tiedotetaan potilaan leikkausajankohdasta ja yhteisesti kontrolloitavista asioista ennen leikkausta sekä jatkohoidon tarpeesta.



Ohjauksen lisäksi tekonivelhoitaja suunnittelee potilaiden leikkausajankohdat ja hallinnoin leikkausjonoa sekä kehittää ja koordinoi toimintaa. Tekonivelhoitajan toimenkuvan myötä leikkaussaliaika on pystytty käyttämään optimaalisesti ja potilaiden hoitoon pääsyä on pystytty tarvittaessa tehostamaan. Organisaatio on hyötynyt tekonivelhoitajan toimenkuvan perustamisesta ja asiakaskyselyiden mukaan potilailta saama palaute tekonivelhoitajan tekemästä työstä on ollut hyvää (Kemppainen 2014a). Tekonivelhoitaja toimii tekonivelpotilaiden hoidon asiantuntijana, koordinoijana ja kehittäjänä yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa sekä luun luovuttajien rekrytoinnista vastaavana hoitajana.

Lisäkoulutetun sairaanhoitajan koordinoimat luun luovuttamiseen liittyvät käytännöt ovat valvottua toimintaa. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea on lupa- ja valvontaviranomisen, joka valvoo lääkkeitä, veri- ja kudostuotteita sekä kehittää lääkealaa (Fimea 2014; Lääkelaki, 76§). Fimea on osa eurooppalaista lääkevalvonnan viranomaisverkostoa ja se tekee kansainvälistä yhteistyötä koko Euroopan alueella. Lainsäädäntö määrittelee luupankki toimintaa ja määrää, että kudoksen ja solujen jäljittäminen tulee olla mahdollista luovuttajasta vastaanottajaan ja päinvastoin. Lapin keskussairaala toimii Oulun yliopistolaisen keskussairaalan alaisuudessa luupankkitoiminnan osalta. (Fimea 2014.)

Asiantuntijasairaanhoitajan työnkuva on siis tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluvaiheessa kokonaisuuden koordinointia ja verkostoyhteistyön ylläpitoa. Erikoissairanhoidon ja terveyskeskusten henkilöstön välisen yhteistyön ylläpito on tärkeä osa-alue, jotta yhteistyössä toteutettu leikkaukseen valmistautuminen olisi tarkoituksenmukaista. Potilasryhmän edun valvojana ja toiminnan kehittäjänä tekonivelhoitajalla on suuri rooli yhdessä hoidosta vastaavien erikoislääkäreiden kanssa.

### 5.3 Fysioterapeutin rooli leikkausvalmisteluissa

Fysioterapeutti on moniammatillisen ohjaustiimin jäsen, joka yhteistyössä tekonivelhoitajan kanssa ohjaa potilaan ennen tekonivelleikkausta. Fysioterapeutin ohjaukseynti on mielekstä suorittaa hyvissä ajojin ennen leikkausta, jotta potilaalla on aikaa harjoitella ohjauksen sisältämiä asioita ja sisäistää ne ennen tekonivelleikkausta. Siksi potilaan preoperatiivinen ohjaukseynti on nähty parhaimmaksi toteuttaa Lapin keskussairaalassa noin kuukausi ennen leikkausta samalla kertaa tekonivelhoitajan antaman ohjauksen kanssa. Lapin pitkien välimatkojen vuoksi on mielekstä ajoittaa tutkimukset ja ohjaukseyntit mahdollisuuksien mukaan samalle käyntikerralle.

Potilaan ohjaus fysioterapeutin suorittamana kestää noin 45–60 minuuttia potilaasta riippuen. Ohjaus sisältää taustatietojen haastattelun, jonka pohjalta potilaan ohjausta lähdetään rakentamaan. Potilaasta tehdään toimintakyvyn arvio ja kartoitetaan mahdolliset riskitekijät kuntoutumisen suhteen. Potilaan leikattavan nivelen ja raajan liikkuvuus sekä lihaskunto tutkitaan. Leikkauksen jälkeinen liikkuminen ja siihen liittyvät rajoitteet ohjataan potilaalle. Leikkauksesta toipumista edistää hyvä lihaskunto ja sen vuoksi fysioterapeutti ohjaa potilaalle reisilihasharjoitteet ja yleiskunnon ylläpitämisen. Potilas saa myös ohjeistuksen trombiprofylaktisista harjoitteista, joiden avulla voidaan ehkäistä tekonivelleikkauksen jälkeisen tukoksen syntymistä. Sauvakävelyharjoitteet käydään läpi suullisesti, annetaan kirjallinen ohjeistus ja harjoitellaan sauvakävelyä sekä tasamaalla että portaissa. Vuoteeseen ja vuoteesta siirtymisen harjoitteet käydään läpi potilaan kanssa. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015b; Kempainen 2014c.)

Fysioterapeutin työhön kuuluu potilaan kiputilanteen kartoittaminen, jotta varmistetaan leikkaukseen tarpeellisuudesta. Kivun kartoitus mahdollistaa myös potilaalle avun tarvittaessa, jotta leikkaukseen valmistautuminen olisi mahdollista kipujen puolesta. Kipulääkkeiden käyttö kartoitetaan. Hyvä kivunhoito mahdollistaa potilaan valmistautumisen leikkaukseen lihaskuntoa ylläpitämällä. Potilaalta odotetaan aktiivista osallistumista omaan kuntoutumiseensa ja fysioterapeutin ohjauksessa korostuukin harjoitteluun motivointi ja harjoitteiden tekemisen tärkeydestä kertominen. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015b; Kempainen 2014c.)

Ohjauksen yhteydessä fysioterapeutti keskustelee potilaan kanssa kotioloista ja näitä tietoja sekä toimintakyvystä saatua tietoa hyödyntämällä fysioterapeutti arvioi potilaan apuvälineiden tarpeen. Potilas ohjataan hakemaan tarvittavat apuvälineet omasta kunnasta ennen leikkausta sekä käydään läpi potilaan tarvitsemien apuvälineiden käyttö. Potilaan oman asuinpaikkakunnan fysioterapiamahdollisuudet selvitetään ja kerrotaan potilaalle. Tarvittaessa fysioterapeutti voi järjestää potilaalle leikkausta edeltävää kuntoutusta potilaan omassa kunnassa. Fysioterapeutti toimii yhteyshenkilönä tekonivelpotilaan apuvälineasioissa ja leikkausta edeltävissä kuntoutusasioissa eri kuntiin. Myös leikkauksen jälkeinen kuntoutuksen tarve arvioidaan leikkausta edeltävästi. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015b; Kemppainen 2014c.)

Fysioterapiaharjoitteista on opaskirjanen, joka käydään läpi potilaan kanssa ja täydennetään sitä henkilökohtaisten ohjeiden osalta. Fysioterapeutin toimenkuvaan kuuluu kehittää ja päivittää tekonivelpotilaiden fysioterapiaosa-alueeseen liittyvä kirjallinen potilasohjeistus. (Lapin sairaanhoitopiiri 2015b; Kemppainen 2014c.) Tarvittaessa terveyskeskusta informoidaan potilaan tarvitsemasta leikkausta edeltävästä kuntoutuksesta puhelimitse tai kirjallisesti. Taustatiedot, ohjauksen tiedot ja apuvälineasiat kirjataan fysioterapian erikoialalehdelle ja tekonivelen elinkaaren seurantaohjelmaan (Implant dataBase -tilastot).

#### 5.4 Leikkausta edeltävät tutkimukset erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidon henkilöstön suorittamat tutkimukset tekonivelpotilaista ennen leikkausta ovat röntgenkuvat potilaan lonkasta tai polvesta. Lapin keskussairaalan käytännön mukaan primaarileikkauksissa yleisimmin röntgenkuvat voivat olla enintään vuoden takaisia. Uusintaleikkauksissa, reumaattikojen kohdalla ja vaikeassa luukuoliassa, kuvien tulisi olla uudempia, alle kuusi kuukautta vanhoja. Uusimman suosituksen mukaan röntgenkuvien tulisi olla kaikkien potilaiden kohdalla alle kuuden kuukauden sisällä otettuja tai klinisen tilanteen oleellisesti muuttuessa vielä uudempia (Suomen artroplastiayhdistys 2015, 11–12). Polven tekonivelleikkaukseen tulevalta potilaalta kuvataan: Seisten kuvattu ap-kuva, leikattavan puolen taivutettu

sivukuva eli sivuprojektio sekä pitkäkasettikuva ns. mittakuva-a. Tarvittaessa polvileikkaukseen tulevalta otetaan myös patellaprojektio potilaasta, jolle halutaan lisätä myös polvilumpio-osa. Lonkkapotilaista kuvataan leikkausta edeltävästi röntgenkuvat: Proteesilantio eli lonkat-c mittalätkällä ja leikattavan puolen läpiammuttu sivukuva. (Käypähoito 2015b; Manninen 2013.)

Tekonivelpotilaan tutkimuksiin erikoissairaanhoidossa kuuluvat verivaruksen suorittamiseen liittyvät edeltävät tutkimukset. Tekonivelleikkausta ennen potilaasta tulee olla tiedossa terveyskeskuksessa otettujen perusverikokeiden lisäksi veriryhmä, vasta-aineet ja ristikoe (x-koe), jotta potilaalle sopivat verivalmisteet voidaan varata leikkausta edeltävästi. Veriryhmä ja vasta-ainetutkimus tulee olla tiedossa useampia päiviä ennen leikkausta, jotta mahdollisiin erikoisveren tilaamiseen on riittävästi aika ja potilaan leikkaus voidaan suorittaa suunnitellun aikataulun mukaisesti. Ristikoetutkimus on voimassa viisi vuorokautta ja sen ajoitus tulee huomioida tarkemmin lähetteen tekovaiheessa. Nämä tutkimukset tutkitaan Lapin keskussairaalan laboratoriossa ja näin varmistetaan, että potilaan leikkaukseen tarvittavaan verivarukseen liittyvät tutkimukset ovat asianmukaisesti suoritettu ennen leikkausta. Leikkaava yksikkö haluaa näin minimoida leikkausvuodosta aiheutuvat riskit potilaalle. (Manninen 2013; Coxa; Nordlap.) Tämä käytäntö verikokeiden hajauttamisesta on sovittu yhdessä terveyskeskusten hoitohenkilöstön kanssa ja se on toiminut hyvin.

Sairaalan vastuulla leikkausta edeltävästi ovat tutkimukset potilaan soveltuvuudesta ja halukkuudesta luun luovuttajaksi. Luupankkikäytännöt on käsitelty kohdassa; tekonivelhoitajan toimenkuva. Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan leikkausvalmisteluissa ja edeltävissä tutkimuksissa on osa-alueita, joiden tärkeyden molempien instanssien tulee ymmärtää, jotta potilaan leikkaus voidaan suorittaa turvallisesti ja suunnitellun aikataulun mukaisesti. Lapin sairaanhoitopiirissä tekonivelpotilaan leikkausta edeltävät tutkimukset suoritetaan keskussairaalan ja terveyskeskuksen yhteistyönä. Tekonivelpotilaan leikkauksekelpoisuusarvion tekeminen Lapin sairaanhoitopiirissä suorituskyvyn ja perussairauksien tasapainon osalta kuuluu pääasiallisesti Lapin alueen terveyskeskuksien hoitajille ja lääkäreille. Arvioita potilaan leikkauksekelpoisuuden suhteen tehdään myös alus-

tavasti leikkauspäätöksen tehneen ortopedin toimesta. Tarvittaessa arviota tehdään myös muiden erikoislääkäreiden kuten anestesialääkärin, sisätauteihin erikoituneen lääkärin, ihotautilääkärin tai hammaslääkärin toimesta lähetteen määräyksen mukaan. Suurin osa leikkaukseen tulevista potilaista käy kuitenkin vain terveyskeskuslääkärin arvioissa. Leikkauksekelpoisuusarviota tekevä terveyskeskuslääkäri konsultoi tarvittaessa potilaan asioissa erikoislääkäriä. (Manninen 2013.)

Myös tekonivelhoitaja osallistuu leikkausta edeltävällä ohjauksikäynnillä potilaan leikkauksekelpoisuusarvion tekemiseen. Leikkaukseen jonotusaika on ollut pitkä Lapin keskussairaalassa, jonka vuoksi potilaan tilassa on voinut tapahtua suuria muutoksia leikkauspäätöksen jälkeen. Potilaan leikkaukseen valmistautuminen on vaatinut useamman ammattiryhmän työpanosta eri vaiheissa hoitopolkua ja sen vuoksi on tärkeää, että päällekkäisyydet leikkauksvalmisteluissa minimoidaan. Joustavasti yhteistyössä toteutettu potilaan tutkiminen ja ohjaus tuottaa potilaalle mielekkään ja turvallisen kokemuksen leikkaukseen valmistautumisesta.

Potilaan leikkaukseen vaadittavat perustutkimukset on mielekästä suorittaa terveyskeskuksessa pitkien välimatkojen vuoksi. Siksi käytännöt laboratoriokokeiden sekä sydän- ja keuhkosairauksien perustutkimusten osalta onnistuvat myös potilaan oman paikkakunnan terveyskeskuksessa. Joskus resurssien vähyyden vuoksi terveyskeskusten hoitohenkilökunnalta tulee pyyntöjä esimerkiksi spirometriatutkimuksen tekemiseen keskussairaalassa. Näiden poikkeustapausten hoidossa toimitaan hyvässä yhteistyössä terveyskeskusten ja sairaalan välillä. Ihon kunnon tarkastaminen ja hoidon ohjaus ovat hyviä esimerkkejä siitä, miten Lapin alueen terveyskeskusten ja keskussairaalan välinen yhteistyö täydentää toisiaan. Potilaan hoidosta ollaan yhteydessä puhelimitse matalan kynnyksen käytänteen mukaan ja näin varmistetaan, että potilaalla todetun ihosairauden hoito ja seuranta jatkuu mahdollistaen tulevan leikkauksen.

Lapin alueen terveyskeskusten ja keskussairaalan yhteistyössä tehtävät leikkausta edeltävät tutkimukset ovat lähes samat kuin valtakunnalliset suositukset. Käypähoitosuosituksen mukaan tekonivelleikkausta ennen tehtävät laboratorio-tutkimukset ovat; La, Pvk, Crp, Na, K, Krea, p-Gluc, Vr, VAS, Ekg, U-tutkimus-

viljely. Lapin keskussairaalan käytänteen mukaan potilaasta otetaan ennen leikkausta laboratoriotestit; Pvk, K, Na, Krea, Crp, p-Gluc, Vr ja vasta-aineseula sekä Ekg ja U-tutkimus-viljely. Lisäksi potilaasta otetaan perussairauksien mukaan lisätutkimuksia, mitkä voivat olla esimerkiksi spirometria, keuhkokuva tai Inr-tutkimus. (Käypähoito 2015b; Manninen 2013.)

## 6 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄLLISET VALINNAT

### 6.1 Lähestymistapana laadullinen tapaustutkimus

Kehittämistyön lähestymistapana on laadullinen eli *kvalitatiivinen* tapaustutkimus jossa lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen kokonaisvaltaisesti. Kokonaisvaltainen kohteen tutkiminen on tyypillistä laadulliselle tutkimukselle, jotta tutkittavasta ilmiöstä saadaan syvällistä tietoa luonnollisessa toimintaympäristössä ja tuloksena on ikään kuin ”totuus” ilmiöstä. (Metsämuuronen 2008, 6–19; Hirsjärvi 2009, 161.) Kehittämistyö toteutetaan tapaustutkimuksena, joka etenee tutkimusongelman toteamisesta tutkimuskysymysten laadintaan, tutkimuskohteen valintaan sekä tiedonkeruu- ja analyysimenetelmiin. Lisäksi tapaustutkimukseen liittyviä vaihteita ovat tutkimusaineiston tulkinta ja analyysi sekä raportointi, jotka kuuluvat myös tähän kehittämistyöhön tekemällä siitä tapaustutkimuksen kaikilta osiltaan. (Kananen 2013, 59, 77.)

Laadulliselle tapaustutkimukselle on mahdollista aineiston kerääminen eri lähteistä (aineistotriangulaatio) niin, että saadaan mahdollisimman syvälinen kuva tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2013, 59, 77; Metsämuuronen 2008, 16–17; Eskola & Suoranta 2005, 68–69). Tämän kehittämistyön aineistonkeruu on tapaustutkimuksen aineistonkeruun suuntainen. Tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluiden kehittämisessä halutaan saada mahdollisimman syvällistä ja kokonaisvaltaista tietoa yhteistyön näkökulmasta terveyskeskusten ja sairaalan välillä ja siksi aineisto kerätään useammasta lähteestä käyttäen tapaustutkimuksen mahdollistamaa aineistotriangulaatiota.

Syvällisen kokonaiskuvan saaminen on laadullisen tutkimuksen tavoite, joten kehittämistyön tavoitteeseen päästään parhaiten lähestymällä sitä laadullisena tapaustutkimuksena. Myös tapaustutkimuksen analyysimenetelmät pohjautuvat pitkälti laadulliseen tutkimukseen ja ovat siksi sopivia kehittämistyöni aineiston analyysimenetelmiksi. Laadullisen tutkimuksen analysointimenetelmänä käytetty kirjallisen aineiston sisältöanalyysi sopii tapaustutkimuksen analyysiin jossa aineisto eritellään pieniin osiin ja kootaan uudeksi johtopäätökseksi. (Kananen 2013, 103; Hirsjärvi 2009, 223–225.) Tässä kehittämistyössä kyselyn tulokset ja

terveyskeskusierroksen aikana kootut muistiot käsitellään sisällön analyysin menetelmin. Aineiston käsittelyn esivaihe on tärkeä. Silloin aineisto luetaan useampaan kertaan läpi ja nostaa paperille analyysiyksikköjä, jotka ovat sanoja, lauseita, lauseen osia tai ajatuskokonaisuuksia. Sen jälkeen päästään sisällön analysointiin, jossa aineistosta nousseet käsitteet eritellään samankaltaisuuksiin ja erilaisuuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–169; Hirsijärvi 2009, 221–225.)

Kehittämistyön näkökulma pohjautuu fenomenologiseen ja hermeneuttiseen ihmiskäsitykseen. Fenomenologinen näkökulma pohtii sitä, miten kokemusta voidaan tutkia. Tutkimuksellisesta lähtökohdasta sekä fenomenologiseen että hermeneuttiseen ihmiskäsitykseen liittyy keskeisesti kokemus, merkitys ja yhteisöllisyys. On tärkeää, että kehittämistyöntekijä tunnistaa fenomenologis-hermeneuttiseen ihmiskäsitykseen liittyvät ongelmat, joita voivat olla esimerkiksi kysymykset; millainen kyselyyn vastaava ihminen on tutkittavana kohteena ja millainen käsitys yksittäisellä kyselyyn vastaajalla tai tutkimuksen koko kohderyhmällä on juuri nimenomaiseen tutkimuksen sisältöön? Hermeneuttinen ilmiön ymmärtäminen käsitetään ilmiöiden merkityksen oivaltamiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 34–35; Laine 2010, 28–33.) Fenomenologinen tutkimus on siis ”oppia ilmiöistä” ja kiinnostusta ilmiöiden tulkitsemisesta (Metsämuuronen 2008, 18).

Laadullisen tutkimuksen kohderyhmän valinta tulee olla harkittua ja tarkoituksen mukaista (Tuomi & Sarajärvi 2013, 86). Tämän kehittämistyön tutkimuksellisen kohderyhmän valinta perustuu siihen, että kaikkien lomakekyselyn saaneiden oletetaan olevan tekonivelpotilaiden hoidon asiantuntijoista Lapin sairaanhoitopiirin alueelta. Kohderyhmän valinta oli perusteltua, koska halusin mukaan kaikki Lapin alueen terveyskeskuksien tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluja tekevät hoitotyön ammattilaiset, jotta jokaisesta terveyskeskuksesta saataisiin kokemuksia leikkausvalmisteluihin liittyvästä yhteistyöstä. Kohderyhmä on sama, joka osallistui yhteistyöpalavereihin syksyn 2014 aikana. Saman kohderyhmän valinta johtui siitä, että yleisten palaverien lisäksi halusin syvällisempää tietoa ja henkilökohtaisia kokemuksia tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluista ja yhteistyöstä Lapin keskussairaalan kanssa. Syvällisen tiedon saaminen edellytti muis-



tiona saadun aineiston lisäksi lomakekyselyn suorittamista. Kehittämistyössä yhteistyöpalavereihin osallistujat sekä kyselyyn vastaajat ovat tekonivelpotilaiden hoidon asiantuntijoita Lapin sairaanhoitopiirin alueella, joten vain he pystyvät antamaan syvällisen vastauksen leikkausvalmisteluihin liittyviin yhteistyön näkökulmiin.

Kehittämistyön tutkittava ilmiö on tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin liittyvä yhteistyö Lapin alueen terveyskeskusten ja Lapin keskussairaalan välillä. Tutkimuksen kohteena ovat hoitohenkilökunnan kokemukset edellä mainitusta ilmiöstä ja *tutkimuksen tapaus on tutkimuksen kohteena oleva ilmiö eli tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin liittyvä yhteistyö*. Ilmiön tai asian kokeminen ja sen tuottama merkitys yksilölle ovat fenomenologista tutkimusta. Kokemus muotoutuu siitä, mikä merkitys nimenomaisella asialla on hoitohenkilökunnan toimintaan. Merkitystä ymmärrettäessä nousee esille myös se, onko tutkijalla ja tutkitavalla, tässä kehittämistyössä tekonivelhoitajalla ja terveyskeskusten hoitohenkilökunnalla, samanlainen käsitys tutkimuksen keskeisistä sisällöistä. Käsitystä tutkijan ja tutkittavan yhteisestä ymmärryksestä on haluttu nostaa tutkimuskyselyn kysymysten avulla. Kehittämistyössä kyselyn ja muun kirjallisen aineiston tulkinnessa tutkijalla on hermeneuttinen näkökulma yrittäessään ymmärtää ja tulkita ihmisten välistä vuorovaikutusta ja kommunikaatioita. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 34–35; Laine 2010, 28–33; Juden-Tupakka 2008, 62–66.) Näistä näkökulmista pyritään ymmärtämään kokemuksia yhteistyöstä tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa Lapin sairaanhoitopiirin alueella

## 6.2 Aineistojen keruu

Kehittämistyön aineiston keruu tapahtui Lapin alueen terveyskeskusten ja keskussairaalan henkilöstön välisissä yhteistyöpalavereissa sekä tutkimuksellisen lomakekyselyn avulla. Lapin terveyskeskuskierroksen toteutus oli suunniteltu tukemaan Fast track -hoitomallin käyttöönottoa Lapin keskussairaалassa. Kierroksen aikana lapin keskussairaalan tekonivelpotilaiden hoidosta vastaava ydinjoukko kävi kaikissa Lapin alueen terveyskeskuksissa yhteistyöpalavereissa. Terveyskeskusikäyntien tarkoituksena on kehittää tekonivelpotilaiden Fast track-toi-

mintaa yhteistyössä terveyskeskusten kanssa. Syksyn 2014 aikana toteutui Lapin alueen terveyskeskuskierron Fast track -kehittämishankkeeseen liittyen, jonka aikana hankkeeseen osallistunut ryhmä, jossa itsekkin olin mukana, vieraili lähes kaikissa Lapin alueen terveyskeskuksissa. Kierroksellaan ryhmä tapasi suurimman osan tekonivelpotilaita hoitavista yhteistyökumppaneistaan. Käyntien aikana henkilöiden välisestä keskusteluista kirjoitettiin yhteenveto tai muistio, jossa tuotiin esille yhteistyökeskustelun tarkemmat aihealueet ja kehittämisideat kunkin terveyskeskusten kohdalla. Nämä kirjalliset dokumentit ovat kyselyn lisäksi merkittävää aineistoa tässä kehittämistyössä. Vuoropuhelut terveyskeskusten hoitohenkilöstön kanssa olivat tarpeellisia, jotta kaikilla olisi yhteinen käsitys uuden hoitomallin käyttöönoton vaikutuksista omassa organisaatiossaan. (Kempainen 2015.)

Kierroksen aikana suurin osa terveyskeskusten henkilökunnasta kuuli ensimmäistä kertaa Fast track -hoitomallista ja siihen liittyvistä erityispiirteistä. Käynnit olivat yhtä aikaa koulutustilaisuuksia kuin yhteistyöpalavereitakin. Hoitomallin käyttöönoton vaikutukset terveyskeskuksiin todettiin koskevan pre- ja postoperatiivista hoitoa tekonivelpotilaan hoitoketjussa. Eniten hoitomallin käyttöönoton vaikutukset näkyivät niissä terveyskeskuksissa, joista tulee eniten potilaita leikkaukseen Lapin keskussairaalaan. Näitä terveyskeskuksia olivat Rovaniemen alueen terveyskeskukset. Kokonaisuudessaan terveyskeskuskierron oli tarpeellinen ja sen avulla voidaan kehittää tekonivelpotilaiden hoidon eri osa-alueita jatkossa.

Kehittämistyön tutkimuksellinen aineisto kerättiin Webropol-lomakekyselyllä terveyskeskusten leikkausvalmisteluja tekevältä henkilöstöltä huhtikuussa 2015. Syksyllä 2014 kirjallisina yhteenvetoina tai muistioina saatua aineistoa haluttiin täydentää lomakekyselyn avulla. Kyselyn tarkoituksena oli nostaa esille yhteistyöhön liittyvät kokemukset tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluissa Lapin alueen terveyskeskusten ja Lapin keskussairaalan välillä. Kysymykset lomakkeeseen laadittiin niin, että ne vastaisivat hyvin tutkimusongelmasta nostettuihin tutkimuskysymyksiin. Ennen varsinaisen kyselyn suorittamista lomake testattiin kahdella terveyskeskuksen sairaanhoitajalla kyselyn käyttökelpoisuuden ja luo-

tettavuuden turvaamiseksi. Kyselyn vastausten pohjalta kehittämistyössä on pyritty vastaamaan luotuihin tutkimuskysymyksiin kokoamalla tietoa Lapin terveyskeskusten ja keskussairaalan yhteistyöstä. Tutkimuksellisen aineiston keräämistä varten pääosa hoitohenkilöstön yhteystiedoista on kerätty syksyllä 2014 tehdyn terveyskeskuskierroksen aikana. Käyntien aikana ja aikaisemmin verkostoyhteistyössä solmitut yhteistyökontaktit helpottivat kehittämistyön toiminnan aikaista yhteistyötä ja aineiston keräämistä terveyskeskusten hoitohenkilöstön ja lomakekyselyn suorittajan välillä.

Lomakekysely, jossa oli avoimia kysymyksiä, lähetettiin sähköpostilinkkinä vastaajille huhtikuussa 2015. Kyselyyn vastasi 37 tekonivelpotilaiden hoitoon osallistuvaa henkilöä. Vastausaikaa vastaajille annettiin kaksi viikkoa ja sen jälkeen kysely lähetettiin uudelleen niille, joilta vastausta ei ollut tullut kahden viikon kuluessa. Muistuttamisen jälkeen vastuksia tuli lisää ja kyselyn vastausten ja kirjallisten dokumenttien tarkastelu ja analysointi tuotti hyvin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Lähes kaikki vastaajat toimivat tekonivelpotilaiden leikkausta edeltävän toiminnan parissa ja olivat siis parhaita mahdollisia vastausten antajia Lapin keskussairaalan ja Lapin alueen terveyskeskusten välisen yhteistyön toteutumisesta.

Tässä työssä aineisto rajattiin käsittämään kyselyllä tuotettuja vastauksia sekä terveyskeskuskierroksen aikana tehtyjä kirjallisia muistioita. Aineistonkeruun rajaamisessa huomioitiin se, että aineiston valinnan tulisi olla mielekästä tapauksen tutkimisen kannalta. Tapaukseen liittyvän aineiston valintaa ovat olleet ohjaamassa ja rajaamassa kiinnostavuus tietää koko Lapin sairaanhoitopiirin yhteistyöalueen terveyskeskusten hoitohenkilöstön kokemukset tutkittavasta tapauksesta. Päämääränä on ollut tutkittavan tapauksen kokonaisvaltainen ja syvälinen ymmärtäminen. Tässä kehittämistyössä terveyskeskusten hoitohenkilöstö rajattiin niihin, joiden työnkuvaan kuuluu tavalla tai toisella tekonivelpotilaan hoito Lapin sairaanhoitopiirin alueella.

### 6.3 Aineistojen analysointi

Kehittämistyön aineiston sisällön analyysiin valitaan sellainen tapa, joka tuo parhaan mahdollisen vastuksen tutkimusongelmiin, kun analyysivaiheessa aineistosta erotellaan esille tutkimukselle oleellinen tieto. Laadullisessa tutkimuksessa on tyypillistä, että aineistosta tehdään tulkintaa, joka ohjaa aineiston analyysiä. Tutkimuksen sisällön analyysi on tutkimusaineiston kuvaamista sanallisesti, joka on tyypillinen aineiston analyysitapa laadullisessa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–165; Kylmä & Juvakka 2007, 112; Vilkkä 2005, 139.)

Kehittämistyön aineiston sisällön analyysi on induktiivista eli aineistolähtöistä analyysiä, jonka pohjalta pyritään nostamaan keskeisimmät toimintaa kuvaavat kertomukset esille. Aineistosta haetaan oleellinen tieto, jolla löydetään vastaus tutkimuskysymyksiin. Aineistolähtöisessä analyysissä on tyypillistä kuvata aineiston pohjalta toiminnan logiikkaa tai jonkinlaista tyypillistä kertomusta tutkittavasta ilmiöstä tai tapauksesta. Sisällön analyysi sopii parhaiten strukturoimattomaan aineistoon, jotka ovat yleisesti kirjallisia dokumentteja esim. päiväkirjoja, muistioita tai raportteja. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167–168; Kylmä & Juvakka 2007, 112–113; Vilkkä 2005, 139–142; Kyngäs & Vanhanen 1999, 4–6.) Kehittämistyön lomakekyselyn avulla tuotetun ja kirjallisten dokumenttien muodossa kerätyn aineiston tiedot tarkastettiin ja sen jälkeen aineisto järjestettiin analysoitavaksi laadullisin keinoin.

Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin, joka on yleinen hoitotyössä käytetty aineiston analyysimenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–169; Graneheim & Lundman 2004; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7). Induktiivinen sisällön analyysi sisältää kolme vaihetta jotka ovat: pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Tämän kehittämistehtävän sisällön analysointi on toteutettu käyttäen induktiivista sisällön analyysiä jossa terveyskeskuspalaverista kirjoitetut muistiot sekä lomakekyselyn avulla tuotettu sisältö analysoitiin edellä mainittuja vaiheita mukaillen. Muistioista ja kyselyn vastauksista on pelkistetty tutkimustehtävään liittyvät informatiiviset asiasisällöt ja ajatuskokonaisuudet yksinkertaisiksi lauseiksi tai aihetta kuvaaviksi sanoiksi eli analyysiyksiköiksi. Sen

jälkeen pelkistetyistä ilmaisuista on yhdistelty ryhmitellen ne ilmaisut, jotka näyttävät kuuluvan yhteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165–169; Kyn-gäs & Vanhanen 1999, 5–7.)

Kun tutkimuksen aineisto on kerätty ja aineistoon on tutustuttu, seuraava analyysin vaihe on aineiston järjestäminen teemoittelun eli ryhmittelyn avulla. Aineiston järjestämisen eli pelkistämisen jälkeen tutkimusaineisto luokiteltiin ala- ja yläkategorioihin, jossa samankaltaiset pelkistetyt alkuperäisilmaisut yhdistettiin ja kategorioille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Sen jälkeen tehtiin tulkintaa ns. abstrahointivaiheessa, jossa yleiskäsitteiden avulla tuotettua kuvausta tutkimuskohteesta eli tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin liittyvästä yhteistyöstä Lapin sairaanhoitopiirin alueella voitiin tulkita. Laadullisen kehittämistyön aineiston tulkinnan jälkeen tutkimuksen luotettavuutta arviotiin sisällön analyysin vaiheiden mukaisesti. (Kehus 2014, 36–44; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–165; Hirsjärvi 2009, 224–225; Eskola & Suoranta 2005, 149–150, 174–180.)

Terveyskeskuskierrokselta koottujen yhteenvetojen ja muistioiden lukeminen läpi useampaan kertaan mahdollisti aineiston järjestämisen pelkistettyinä eri teemojen alle. Muistioista nostettiin esille merkittävimpiä tutkimusongelmiin vastaavia teemoja tarkempaa analysointia varten ja samankaltaiset pelkistetyt alkuperäisilmaisut yhdistettiin samaan alakategoriaan. Alakategorioinnin jälkeen aineistosta luotiin yläkategoriat, joiden pohjalta aineiston tulkinta voitiin suorittaa. Samoin lomakekyselyn vastaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin eri teemoihin ja aineisto luokiteltiin ala- ja yläkategorioihin, jonka jälkeen aineistosta tehtiin tulkintaa. Kirjallisten dokumenttien pohjalta sekä lomakekyselyn vastauksista nousseita tuloksia vertailtiin kokonaisuuden hahmottamiseksi ja niistä kirjoitettiin auki Lapin alueen terveyskeskusten ja Lapin keskussairaalan yhteistyötoimintaa kuvaavat ja tutkimuskysymyksiin vastaavat tulokset. Aineistojen analyysiprosessi on kuvattu kehittämistyön liitteissä 5 ja 6.

Suurin osa kyselyyn vastaajista oli tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluihin osallistuvia sairaanhoitajia. Vastauksia tuli myös terveydenhoitajilta, lääkäreiltä sekä

fysioterapeuteilta. Kaikki kyselyyn vastaajat olivat kokeneita hoitotyön ammattilaisia, joiden työuran pituus oli kestänyt 4-10 vuotta tai yli kymmenen vuotta. Suurin osa vastaajista työskenteli tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluiden parissa alle kaksi kertaa työviikon aikana. Muutaman vastaajan kohdalle valmisteluja kertyi työviikon aikana 2-5 kertaa. Useammin kuin viisi kertaa viikossa leikkausvalmisteluita ei tehnyt yksikään kyselyyn vastanneista.

Tuloksissa ensimmäiseksi käsitellään *muistioiden* pohjalta nousseet tulokset yhteistyöstä ja sen jälkeen käsittelyssä ovat tutkimuksellisen osuuden *lomakekyselyn* avulla nousseet yhteistyöhön liittyvät tulokset. Tulokset kuvataan niin, että kaikki yhteistyöhön liittyvät keskeiset sisällöt saavat huomion. Muistioista nousseet tulokset on ryhmitelty henkilöstön kokemuksiin Fast track -hankkeesta, yhteistyön kehittämiseen liittyviin haasteisiin sekä tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluiden yhteistyön kehittämiseen. Yhteistyön kehittämisen haasteet on ryhmitelty vaihteleviin resursseihin terveyskeskuksissa ja tiedon siirtoon liittyviin ongelmiin. Myös tutkimuksellisen osuuden *lomakekyselyn* avulla nousseet tulokset on ryhmitelty sisältöä kuvaaviin tuloksiin. Ryhmiä ovat terveyskeskusten hoitohenkilöstön toimenkuva, yhteistyötä edistävät tekijät, yhteistyön haasteet sekä näkökulmat yhteistyön kehittämiseen.

## 7 YHTEISTYÖPALAVEREIDEN TULOKSET

### 7.1 Terveyskeskusten hoitohenkilöstön kokemukset Fast track -hankkeesta

Tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluiden yhteistyöhön liittyvät kokemukset nousivat yhteistyöpalavereissa avoimeen tarkasteluun. Potilaan hoitoketjun ja yhteistyön kehittämiseen liittyvän Fast track -hankkeen esittely oli hoitohenkilöstön mielestä tarpeellinen. Uuden toimintamallin vaikutukset resursseihin ja resurssien käytön riittävyteen puhututtivat henkilöstöä. Toimintamallin myötä tekonivelleikkaustoiminta lisääntyy ja sen vuoksi resurssien käyttöä koettiin tarpeelliseksi tehostaa. Useammassa terveyskeskuksessa tehostaminen nähtiin mielekkääksi aloittaa yhdistämällä potilaan leikkausta edeltäviä käyntejä mahdollisimman harvoin käyntikertoihin.

Fast track -hoitomallin käyttöönoton seurauksena potilaan sairaalassaoloaika lyhenee ja sen koettiin tuovan lisäresurssien tarvetta terveyskeskuksissa myös leikkauksen jälkeiseen hoitoon. Potilaan nopeampi ”läpimeno” hoidosta koettiin lisäävän painetta terveyskeskuksissa leikkausta edeltävästi sekä leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeiseen hoitoon liittyen koettiin, että ennakoiva toiminta keskussairaalassa jatkohoitopaikan tarpeellisuuden suhteen auttaisi joitakin terveyskeskuksia potilaan hoidon suunnittelussa. Terveyskeskukset, joissa valmisteltiin eniten tekonivelleikkaukseen potilaita, kokivat ennakoivan toiminnan muita tarpeellisemmäksi. Kaikissa terveyskeskuksissa ennakointia jatkohoitopaikan suhteen ei kuitenkaan nähty tarpeelliseksi. Ennakoinnin tarpeellisuuteen vaikuttivat terveyskeskuksen vuodeosastojen nykyinen kuormitustilanne ja henkilöstöresurssit.

Uuden hoitomallin käyttöönoton seurauksena potilaan hoitajakson lyhenemisen arvioitiin vaikuttavan siihen, että leikkausta edeltävä vaihe potilaan hoidossa korostuu ja näin ollen myös yhteistyö terveyskeskusten ja sairaalan välillä tulee merkityksellisemmäksi. Yhteistyöhön liittyvä joustavuus on avainasemassa Fast track-palavereista nousseen aineiston pohjalta, koska lisääntyvän potilasmäärän hoitaminen edellyttää saumatonta yhteistyötä. Uuden hoitomallin käyttöönoton seurauksena, hoitohenkilöstön mukaan, myös potilaan oma rooli korostuu niin,

että häneltä odotetaan jatkossa aktiivisempaa ja vastuullisempaa toimintaa leikkausta edeltävästi sekä leikkauksen jälkeen. Potilaan oman roolin korostuminen leikkausta edeltävästi voi lisätä tukihenkilön tarpeellisuutta ja siitä on yhteinen käsitys sekä terveyskeskuksissa että keskussairaalassa.

Lapin alueelle suoritetusta terveyskeskuskierrroksesta saatu palaute oli erinomaista ja lähes kaikki yhteistyökumppanit eri terveyskeskuksissa pitivät uuden Fast track -hoitomallin esittelemistä heille tarpeellisena. Palavereita pidettiin yhteistyötä parantavana ja lisäävänä terveyskeskusten sekä keskussairaalan välillä. Yhteisiä tilaisuuksia pidettiin avoimina sekä toimintaa kehittävinä ja niiden koettiin olevan keskustelunomaisia. Terveyskeskusten henkilöstön toive oli, että muidenkin potilasryhmien hoitopolkua kehitettäessä toimittaisiin samantapaisesti yhteistyössä kaikkien osapuolten toiveet huomioiden.

## 7.2 Yhteistyön kehittämisen haasteet

Muistioiden pohjalta haasteena leikkausvalmisteluiden yhteistyöhön liittyen nousi se, että potilaat ottavat liian myöhään yhteyttä oman kuntansa terveyskeskukseen ja sen vuoksi eivät ole valmiita leikkaukseen keskussairaalan toivomassa ajassa. Nämä kokemukset olivat nousseet tilanteissa, joissa potilasta oli kutsuttu nopeasti leikkaukseen ns. peruutuspaikalle. Peruutuspaikalle kutsumisen toivottiin tapahtuvan niin pian kuin mahdollista leikkausta edeltävien tutkimusten saamiseksi ajoissa. Lääketauotuskäytännöt ns. verenohennuslääkkeiden kohdalla koettiin aiemmin sekavaksi muutamassa terveyskeskuksessa ja niiden koettiin hiljattain selkiytyneen uuden tauotuskäytännön myötä.

Päällekkäisyydet leikkausvalmisteluissa eivät olleet kovin yleisesti koettuja vaan pikemminkin yksittäisten hoitajien kokemuksia. Muutamassa terveyskeskuksessa tuli esille myös kokemus siitä, että terveyskeskuksen hoitajan tekemässä haastattelussa sisältö on samansuuntainen kuin keskussairaalan tekonivelhoitajan aiemmin haastattelema sisältö. Muutamit terveyskeskuksen hoitajat kokivat myös potilaan leikkausta edeltävän vastaanottokäynnin molemmissa



paikoissa päällekkäiseksi toiminnaksi ja myös potilasohjauksen sisällön suullisen ohjauksen osalta päällekkäiseksi toiminnaksi.

Muutamassa terveyskeskuksessa Lapin alueella leikkausvalmisteluihin liittyvää yhteistyötä vaikeuttaviksi asioiksi nimettiin vastausten lähettämiseen ja tiedonsiirtoon liittyvät puutteet ja haasteet. Joissakin terveyskeskuksissa tietojärjestelmät olivat yhteen sopimattomia keskussairaalan tietojärjestelmien kanssa ja näin ollen vaikeuttivat yhteistyötä. Yhdessä terveyskeskuksessa sähköinen konsultatiomahdollisuus keskussairaalaan puuttui ja hidasti potilaan leikkauskelpoisuusarvion tekemistä. Yleisesti terveyskeskusten hoitajien mielestä toimintojen päällekkäisyyden kokemus keskussairaalan toiminnan kanssa oli kuitenkin vähäistä ja palaute resurssien jakaantumisesta oli pääosin positiivista ja toisiaan täydentävää sekä potilaan edun mukaista.

### 7.2.1 Vaihtelevat resurssit eri terveyskeskuksissa

Resurssien käyttö ja niiden riittävyys koetaan jokaisessa terveyskeskuksessa omalla tavallaan. Nykyisiin käytänteisiin tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa ja valmisteluihin liittyvään resurssien käyttöön, liittyy useammanlaisia kokemuksia. Kokemusten runsas kirjo johtuu siitä, että kaikki kunnat ovat erikokoisia ja niissä perusterveydenhuollon toiminta on järjestetty eri tavoin. Hoitajaresurssit tutkimusten koordinointiin ennen leikkausta koetaan useimmissa terveyskeskuksissa riittäviksi ja vain muutamissa terveyskeskuksissa hoitajaresurssit olivat riittämättömät. Terveyskeskuksissa, missä hoitajan ajat ovat riittävät, myös peruutuspaikalle kutsutut potilaat ehditään tutkia hyvin. Muutamissa terveyskeskuksissa sekä hoitaja että lääkäritilanne koetaan riittämättömäksi ja peruutuspaikalle tulevat potilaat tutkitaan päivystävän lääkärin toimesta.

Yhteisenä tekijänä nousi yleinen resurssien puute etenkin leikkauskelpoisuusarviota tekevien lääkäriaikojen osalta. Lääkäriaikojen puuttuessa potilaan pääsy leikkauskelpoisuusarvioon tapahtui liian lähellä suunniteltua operaatioajankohtaa ja sillä oli vaikutusta potilaan leikkausvalmiuteen ja sen myötä vaikutus ulottui

myös terveyskeskuksen ja keskussairaalaan väliseen yhteistyöhön heikentävästi. Leikkauskelpoisuusarvioita suorittavien lääkäreiden aikojen puuttumisen lisäksi, joissain terveyskeskuksissa ei ollut riittäviä resursseja myöskään leikkausta edeltävien tutkimusten kuten laboratoriokokeiden, röntgenkuvien tai hammaslääkärin tutkimusten suorittamiseen ajallaan. Yhteistyön haasteeksi nousivat erilaiset terveyskeskusten mahdollisuudet, käytänteet ja resurssien moninaisuus sekä vaihtelevuus leikkausta edeltävissä valmisteluissa. Vähäisten resurssien vuoksi esille nousi toiminnan kehittämisen tarve muutamissa terveyskeskuksissa. Näissä terveyskeskuksissa hoitohenkilöstö nosti tavoitteekseen vähentää leikkausta edeltävien käyntien määrää resurssien säästämiseksi, yhdistämällä käyntejä mahdollisuuksien mukaan.

#### 7.2.2 Tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat

Tiedonsiirto terveyskeskuksen ja keskussairaalan välillä nousi palaverissa mielipiteitä jakavaksi. Tiedonsiirrossa koettiin puutteita joissain terveyskeskuksissa sairaalan kanssa yhteen sopimattomien tietojärjestelmien vuoksi. Toisissa terveyskeskuksissa taas tiedonsiirron koettiin toimivan kaikilta osa-alueiltaan hyvin. Tiedonsiirron ongelmat liittyivät läheteiden siirtämiseen ja lääkäreiden väliseen konsultointiin, mutta myös leikkauskelpoisuusarvioihin liittyvään potilastiedonsiirtoon. Leikkauskelpoisuusarvioiden lähettämässä ja hoitajien välisessä potilastietojen siirrossa ongelmaksi nousivat tietojen siirron ajankohta sekä yhteen sopimattomiin tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat.

Keskussairaalan näkökulmasta potilastietojen siirto potilaan leikkauskelpoisuuteen liittyen, tulisi tapahtua viimeistään viikko ennen suunniteltua leikkausaikaa. Terveyskeskusten hoitohenkilöstön mielestä tiedonsiirto sairaalasta terveyskeskukseenpäin oli suunniteltujen leikkausaikojen puitteissa oikea-aikaista. Kuitenkin jotkut erikoisalalehdet kuten anestesiakertomukset, eivät saavuttaneet kaikkia asianosaisia. Kaikissa terveyskeskuksissa ei ole mahdollisuutta sähköiseen tiedonsiirtoon leikkausvalmisteluissa ja tietojen siirto tapahtuu faxilla. Leikkauskelpoisuusarvion tekemiseen terveyskeskuslääkärit kokivat tarvitsevansa ajoittain

erikoislääkärin kannanottoa siihen sopivin tiedonsiirron välinein. Sähköistä anestesialääkärin konsultaatiomahdollisuutta leikkauksekelpoisuusarviovaiheessa toivottiin parin terveystieteiden lääkärin toimesta.

### 7.3 Yhteistyön kehittäminen tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa

Fast track -kehittämishankkeen aikana esille nousi leikkausvalmisteluihin liittyviä yhteistyön kehittämistarpeita eri terveystieteiden organisaatioissa vähän. Yhteydenotot potilaiden asioiden hoidossa organisaatioiden henkilöstön välillä haluttiin säilyttää matalankynnyksen yhteydenottoina puolin ja toisin. Yhteistyötä helpottavaa tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin liittyvää koulutusta haluttiin jatkossakin terveystieteiden hoitohenkilöstön puolelta. Leikkaukseen tulevista potilasryhmistä tekonivelpotilaan hoitoketjun koettiin olevan parhaiten toteutuva hoitoketju Lapin keskussairaalan ja terveystieteiden välisessä yhteistyössä. Lapin keskussairaalan lähialueen terveystieteiden henkilöstön toiveena olisi toteuttaa yhteistyön kehittämiseen ja säilyttämiseen liittyvää palaveritoimintaa, jossa terveystieteiden ja keskussairaalan avainhenkilöt keskustelisivat yhteisten potilaiden hoitamiseen liittyvistä asioista säännöllisesti.

Joitakin laajempia osa-alueita, kuten potilastietojen siirto ja siihen liittyvät aika-aulut nousivat kehitettäväksi toiminnoiksi. Henkilöstön mielestä *”tietojärjestelmien yhtenäistäminen”* ja *”sähköisen tiedonsiirron nopeuttaminen molempiin suuntiin”* nähdään tarpeellisina kehittämiskohteina. Leikkauksekelpoisuusarvion tekemisen hyödyllisyyttä keskussairaalan toiminnalle kyseenalaistettiin yhdessä terveystieteiden kanssa kun taas keskussairaalan osalta arvioiden tekeminen nähtiin hyödylliseksi. Leikkaukseen valmistautumiseen ja kotiutumiseen liittyvä ennakointi nähtiin tarpeellisena kehittämiskohteena monessa terveystieteiden kanssa tekonivelpotilasmäärän lisääntyessä.

Hankkeen yhteydessä kehittämistarpeeksi nousi riskiryhmiin kuuluvien potilaiden parempi huomioiminen ennakoivasti jatkossa. Ennakoivien toimintojen lisäksi kehitettäväksi osa-alueeksi nousi resurssien käytön järjestyttämisen organisaa-

tioissa potilaan edun mukaiseksi. Joiden terveystieteiden leikkausvalmistelukäytänteisiin kuului potilaan useampi käyntikerta terveystieteissä ennen leikkausta. Näiden käyntien mahdollista yhdistämistä haluttiin lähteä kehittämään muutamissa organisaatioissa resurssien säästämiseksi ja organisaatioiden välisen yhteistyön sujuvuuden lisäämiseksi.

## 8 LOMAKEKYSELYN TULOKSET

### 8.1 Terveyskeskusten hoitohenkilöstön toimenkuva

Terveyskeskusten hoitohenkilöstön tulee suorittaa potilaasta erilaisia tutkimuksia leikkausta edeltävästi leikkaukelpoisuuden varmistamiseksi. Tutkimuksia ennen tulee huomioida tekonivelpotilaan leikkaukseen liittyvät erityispiirteet ja arvioida tarvittavat leikkausta edeltävät tutkimukset potilaan perussairaudet huomioiden. Potilaan esitiedot haastatellaan ja kirjataan potilaspapereihin. Hoitohenkilöstön työnkuvaan kuuluu tehdä tutkimuksiin tarvittavat lähetteet ja pyynnöt. Lähetteiden ja tutkimuspyyntöjen tekemisen lisäksi potilaasta otetaan terveyskeskuksessa leikkaukseen liittyvät laboratoriokeet ja tarvittaessa röntgentutkimukset.

Terveyskeskusten henkilöstön työnkuvaan kuuluu ihon kunnon tarkistus ja infektioiden huomioiminen sekä fysiologisten mittausten suorittaminen kuten verenpaineen, pituuden ja painon mittaus. Leikkaukelpoisuuden varmistamiseksi terveyskeskuksessa tarkistetaan potilaan yleisvointi ja huomioidaan allergiat. Potilaan lääkehoidon tarkistaminen ja päivittäminen ajantasaiseksi kuuluu henkilöstön työnkuvaan. Leikkaukseen vaikuttavien lääkitysten tauottaminen ja niistä konsultoiminen ovat osa leikkaukelpoisuusarvion suorittamiseen liittyvää työn sisältöä. Hoitajan työnkuvaan kuuluu myös konsultoida lääkäriä potilaan leikkaukelpoisuudesta varaamalla tutkimusten jälkeen potilaalle lääkärin vastaanottoaika. Työ sisältää myös potilaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kartoittamisen.

Fyysisen toimintakyvyn kartoitus kuuluu pääasiassa fysioterapeutin toimenkuvaan. Fysioterapeutin työtehtäviin tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluiden osalta kuuluu myös apuvälinetarpeen arviointi, apuvälineiden lainaus ja muut apuvälinejärjestelyt. Fysioterapeutti järjestää tarvittaessa kotikunnassaan myös potilaan luokse kotikäynnin apuvälitarpeen arvioimiseksi. Työnkuvaan kuuluu myös potilaan kotiolojen kartoittaminen hyvän kuntoutumisen mahdollistamiseksi sekä mahdollisen lääkärin konsultoinnin kuntoutumiseen liittyvissä ongelmissa. Terveyskeskuslääkärin työtehtäviin leikkausta edeltävästi kuuluu lähetteen teko leikkaukseen potilaasta, jonka lonkan tai polven toimintakyky on rajoittunut nivelkuluman tai muun vamman vuoksi. Lääkärin tehtäviin kuuluu myös tutkimusten

määrääminen ja tutkimusten tulosten tarkistaminen sekä arvio potilaan leikkauskelpoisuudesta. Lääkärin arvion jälkeen hoitajan tehtäviin kuuluu potilastietojen siirto leikkaavaan yksikköön joko lähettämällä, faxilla tai sähköisesti.

Tulosten mukaan terveyskeskuksen hoitohenkilöstön työnkuvaan kuuluu merkittävänä osana potilasohjaus. Tekonivelpotilaan leikkauskelpoisten liittyvissä asioissa henkilöstön työhön liittyvät erilaiset ohjaustilanteet edeltävästi haastateltujen esitietojen pohjalta. Potilasta ohjataan eri tutkimuksiin ohjaten myös tutkimuksiin liittyvät erityispiirteet ja tutkimuksen onnistumiseen liittyvät huomioitavat asiat. Potilaan jatkohoitoon liittyviä asioita ohjataan potilaalle leikkausta edeltävästi sekä hoitajien että fysioterapeuttien toimesta. Terveyskeskuksen hoitohenkilöstö antaa vaihtelevasti potilaalle myös leikkaukseen ja kuntoutumiseen liittyvää ohjeistusta.

Pohjoisimman Lapin alueelta olevat potilaat eivät käy keskussairaalassa leikkausta edeltävällä ohjaukskännillä pitkien välimatkojen vuoksi. Sen vuoksi osassa terveyskeskuksissa hoitajat kokivat vastuulleen kuuluvan enemmän potilasohjausta kuin niissä kunnissa, joiden potilaat ohjattiin keskussairaalassa. Keskussairaalan ohjaamat potilaat saivat tulosten mukaan terveyskeskuksissa pääosin ohjauksen, joka tuki sairaalassa tehtyä ohjausta. Ohjaukset koettiin toisiaan täydentävinä. Myös fysioterapeuttien toimenkuvaan kuului ohjata ja kerrata potilaalle leikkausta edeltäviä ja leikkauksen jälkeisiä fysioterapiaharjoitteita osassa terveyskeskuksista. Fysioterapian osalta ohjaus jakautui terveyskeskuksen ja keskussairaalan välille samalla tavoin kuin hoitajan ohjaus eli terveyskeskuksen sijainnista riippuen.

## 8.2 Terveyskeskusten ja Lapin keskussairaalan välistä yhteistyötä edistävät tekijät



Kuvio 1. Yhteistyötä edistävät tekijät

Tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluihin liittyvää yhteistyötä helpottavia asioita nousi tuloksissa hoidon, kuntoutuksen ja ohjauksen alueelta. Asioita, joiden koettiin helpottavan tekonivelpotilaan leikkaukseen valmistautumiseen liittyvää yhteistyötä, olivat moniammatillinen yhteistyö, toimiva hoitoketju sekä selkeä toimintamalli, jossa hoitoon osallistuvilla osapuolilla oli työnjako selvillä. Käytänteiden toimivuus oli laajasti vallitseva käsite tutkimuksen tuloksissa. Potilaiden asioiden hoitoon liittyvä yhteydenpito keskussairaalan ja terveyskeskusten hoitohenkilöstön välillä koettiin helpoksi ja joustavaksi, joka osaltaan vaikutti yhteistyöhön helpottavasti. (Kuvio 1.)

Pääsääntöisesti yhteistyötä keskussairaalan hoitohenkilöstön kanssa pidetään hyvänä lähes jokaisessa terveyskeskuksessa. Tekonivelpotilaan leikkausvalmis-

teluihin liittyvät monet tutkimukset ja huomioitavat erityispiirteet eivät voineet tulosten mukaan olla vaikuttamatta siihen, että leikkauskelpoisuuden toteaminen vaatii useasti tiivistäkin yhteistyötä terveyskeskuksen ja sairaalan välille. Potilaan leikkauskelpoisuuteen liittyvien asioiden ympärillä yhteydenpitoa voidaan joutua jatkamaan pitkäänkin leikkauksen siirtymisen vuoksi ja siksi onkin tärkeää, että terveyskeskusten hoitohenkilöstö kokee yhteydenpidon keskussairaalaan helpoksi.

Terveyskeskusten hoitohenkilöstön mukaan yhteistoimintaa helpottavia tekijöitä ovat selkeät keskussairaalaan annettavat potilasohjeet. Moniammatillinen yhteistyö keskussairaalan ja terveyskeskuksen eri toimijoiden välillä koetaan saumattomaksi ja yhteistyön koetaan sujuneen hyvin. Eräs hoitohenkilöstön kuuluva ilmaisi yhteistoimintaa helpottavaksi seikaksi ”*hoitomallin mukaisen moniammatillisen yhteistyön toimivuuden*”. Useimmissa tuloksissa yhteistyö koetaan hyväksi, kiitettäväksi tai erinomaiseksi. Esille nousi myös näkökulma vähäisestä yhteistyöstä terveyskeskuksen ja keskussairaalan henkilöstön välillä tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluissa. Tuloksista nousee esiin myös moniammatillisessa yhteistyössä esiintynyt ”*ystävällinen käytös*”, joka vaikuttaa positiivisesti yhteistyöhön helpottaen sitä.

Yhteistyötä helpottavana tekijänä tuloksissa nousee keskeisesti esille se, kuinka matalan kynnyksen yhteydenotot puolin ja toisin helpottavat terveyskeskusten ja keskussairaalan henkilöstön välistä yhteistyötä. Yhteydenotto keskussairaalaan koetaan helpoksi. Terveyskeskusten hoitohenkilöstö pitää yhteistoimintaa helpottavana tekijänä myös sitä, että esille nousseisiin kysymyksiin saa helposti vastauksen ja neuvoja voi kysyä tarvittaessa. Myös yhteydenotto puhelimitse koetaan helpoksi ja tuloksista nousee esille tekonivelhoitajan helppo tavoittaminen puhelimitse. Tutkimustulosten mukaan yhteistyössä ei juurikaan nähdä esteitä. Useimmat kyselyyn vastaajat ilmoittivat, ettei isoja esteitä esiinny hoitohenkilöstön välisessä yhteistoiminnassa tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluiden osalla.



Hoitajien että fysioterapeuttien välinen työnjako terveyskeskusten ja keskussairaalan välisessä yhteistyössä koetaan selkeäksi. Myös potilastiedonkulku yhteistyötahojen välillä koetaan joidenkin terveyskeskusten osalta mutkattomaksi. Näissä terveyskeskuksissa oli mahdollisuus käyttää potilastiedonsiirtoon tarvittavia sähköisiä tietojärjestelmiä. Tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluihin ja ohjaukseen liittyen keskussairaalan työpanosta pidetään merkittävänä ja sen vuoksi koetaan, että potilasryhmä on helpoimpia valmisteltavia leikkaukseen kaikista potilasryhmistä. Terveyskeskuksen hoitajalla koetaan olevan pieni rooli leikkausvalmisteluissa keskussairaalan kattavan leikkausta edeltävän ohjauksen vuoksi. Hoitoketjua pidettiin toimivana ja toimintatapoja selkeinä sekä hoidon että fysioterapian osa-alueilla. Erään hoitajan mielestä tekonivelpotilaat ovat ” *helpoimpia potilaita valmistella terveyskeskuksessa keskussairaalan työpanoksen vuoksi*”.

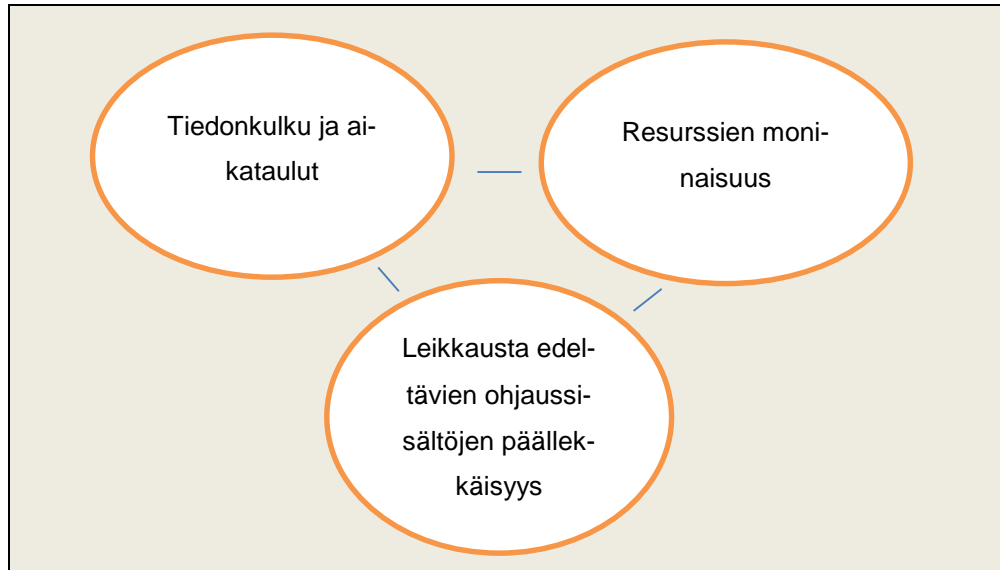
Lapin keskussairaalan ja Lapin alueen terveyskeskusten henkilöstön välinen yhteistyö koettiin pääasiassa hyväksi ja toimivaksi. Yleisesti ottaen leikkausvalmisteluihin liittyvää yhteistyötä pidettiin hyvänä ja toimintoja, joita tehtiin molemmissa yksiköissä, pidettiin toisia täydentävinä ja potilaille hyödyllisinä. Tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin liittyvä yhteistyö nähtiin avoimena ja toiminnan avoimuudella tarkoitettiin matalan kynnyksen yhteydenottoja sekä avointa ja ystävällistä yhteydenpitoa keskussairaalan ja terveyskeskusten hoitohenkilöstön välillä. Terveyskeskusten hoitohenkilöstön mielestä Lapin sairaanhoitopiirissä tapahtuva tekonivelpotilaiden leikkaukseen valmistelutoiminta yhteistyössä terveyskeskusten kanssa nähtiin toimivimpana kaikista potilasryhmistä. Toimivaksi leikkausvalmistelukäytännöt koettiin, koska hoitoketjua on kehitetty paljon vuosien saatossa ja potilasryhmän hoitoon on resurssoitu keskussairaalassa. Yhteistyöhön vaikuttavan tekonivelpotilaiden Leiko-toiminnan (leikkaukseen kotoa) käynnistyminen oli koettu hoitohenkilöstön parissa hyväksi ja toimivaksi. (Kuvio 1.)

Terveyskeskusten henkilöstön mielestä Lapin keskussairaalaan potilaille annettava kirjallinen ohjeistus on hyvää ja laadukasta sekä leikkauksekelpoisuutta edistävää. Keskussairaalaan saatujen potilastietojen hyödyntäminen koetaan luontevaksi ja omaa toimintaa tukevaksi sekä suullinen potilasohjaus koetaan potilaille annettavaa kirjallista ohjeistusta tukevaksi. Molemmissa organisaatioissa

annettavan potilasohjauksen sisältöjen koetaan olevan toisiaan tukevaa sekä potilaan edun mukaista ja terveyskeskusten henkilöstön kokemus on, että haastattelut ja ohjaus tehdään keskussairaalan henkilöstön kanssa yhteistyössä. Leikkausajan kohdasta ilmoittaminen potilaalle on hoitohenkilöstön mielestä pääsääntöisesti riittävän aikaista. Leikkausaikataulusta ilmoittaminen ajoissa mahdollistaa potilaan tutkimisen riittävän ajoissa ennen leikkausta. Osa terveyskeskuksien henkilöstöstä kokee leikkausvalmisteluihin liittyvän tiedonsiirron organisaatioiden välillä toimivan hyvin. Terveyskeskusten hoitohenkilöstön mielestä myös potilaan kokemukset toiminnan osalta ovat pääosin positiivisia. (Kuvio 1.)

Sairaanhoitajan tekemää potilaan kokonaistilan kartoitusta ja sen mukaan suunnattua ohjausta pidettiin yhteistyötä helpottavana tekijänä potilaan leikkausvalmisteluissa. Myös fysioterapeutin antamaa potilasohjausta toimintakykyyn ja kuntoutumiseen liittyen, sekä ennakointia leikkauksen jälkeisen fysioterapian järjestämiseksi pidettiin yhteistyötä helpottavana asiana. Keskussairaalassa annettava antitromboosilääkityksen tauottamiseen liittyvä ohjaus, keskussairaalan lääkärin kannanoton pohjalta, koettiin terveyskeskuksen hoitajan työtä helpottavana ja näin yhteistyötä parantavana seikkana. (Kuvio 1.)

### 8.3 Terveyskeskusten ja Lapin keskussairaalan yhteistyön haasteet



Kuvio 2. Yhteistyön haasteet

Leikkausvalmisteluihin liittyvät yhteistyötä vaikeuttavat asiat olivat lähinnä hoitohenkilöstön yksittäisiä kokemuksia. Valmisteluihin liittyviä yhteistyötä vaikeuttavia tekijöitä nousi kyselyn perusteella joitakin, mutta pääsääntöisesti vaikeuttavia tekijöitä kysyttäessä kyselyyn vastaajat näkivät vain vähän esteitä. Toiminnan päällekkäisyyttä nähtiin joidenkin terveyskeskusten hoitohenkilöstön näkökulmasta. Kuitenkin suuri osa vastaajista koki päällekkäisyydet vähäisiksi ja yhteistoiminnan toisiaan tukeviksi. Yhteistyötä vaikeuttavina asioina leikkausvalmisteluihin liittyen nousivat keskeisimpinä tiedonkulkuun liittyvät haasteet. (Kuvio 2.)

Potilastietojen tiedonkulkuun liittyvät yhteistyön haasteet olivat kyselyn tulosten mukaan tietoteknisiä haasteita. Tietokoneohjelmien yhteensopimattomuus, hidas tiedonkulku ja hidas tietojen päivittyminen potilaskertomukseen koettiin yhteistyötä vaikeuttavina tekijöinä. Jotkut vastaajista kokivat, että tieto ei kulje yksiköiden välillä helposti ja Lyhki-yksikköön lähetetyt tai siirretyt potilasasiakirjat häviävät johonkin. Tuloksista ilmeni, että joskus keskussairaalaissa toimivaa tekonivelhoitajaa on hankala tavoittaa puhelimitse ja sen koettiin vaikeuttavan yhteistyötä. Kommunikaatioon liittyvinä haasteina kyselyn tuloksista nousi esille vähäinen

lääkäreiden välinen kommunikaatio ja terveyskeskuslääkäreiden kokemus erikoissairaanhoidon ”käskyttämiskulttuurista”. (Kuvio 2.)

Esimerkkejä hoitohenkilöstön tiedonsiirtoon liittyvistä kommentteista oli tuloksissa kattavasti. Henkilöstöön kuuluvan mielestä ”*tiedonkulkua tulee parantaa*”. Erään henkilön mielestä tiedonsiirtoon liittyvänä ongelmana ovat ”*terveyskeskuksen huonot mahdollisuudet päästä keskussairaalan Intranettiin ja muihin sisäisiin tietojärjestelmiin*”. Tiedonkulkuun liittyvinä ongelmina nähdään myös ”*hidas tiedonkulku*” ja ”*tietokoneohjelmien yhteensopimattomuus*”.

Aikatauluihin liittyviä yhteistoiminnan haasteita nousi kyselyn tuloksissa esille liit-  
tyen leikkausajanantoon. Hoitohenkilöstön kokemus oli, että liian lyhyellä varoi-  
tusajalla tulevat potilaat aiheuttivat esteitä ja ongelmia yhteistyöhön. Peruutus-  
paikalle kutsutut potilaat olivat kyselyn tulosten mukaan se potilasryhmä, jotka  
olivat luonnollisestikin myöhään liikkeellä leikkauskelpoisuusteen liittyvien tutki-  
musten varaamisessa. Toinen potilasryhmä, jotka varasivat tutkimuksiin aikaa  
liian myöhään, olivat potilaat, jotka unohtivat varata aikoja omaan terveyskeskuk-  
seen. Tulosten perusteella nousi esille se, että joskus potilas unohtaa ottaa yh-  
teyttä terveyskeskuksen hoitohenkilöstöön ja näin potilaan omalle vastuulle jä-  
tetty ajan varaaminen aiheuttaa haasteita ja esteitä terveyskeskuksen ja keskus-  
sairaalan hoitohenkilöstön välille. (Kuvio 2.)

Esimerkkeinä aikatauluihin liittyvistä hoitohenkilöstön kokemuksista nousee tut-  
kimustuloksista useampia. Erään henkilön mielestä ”*leikkauspotilaat ottavat  
vaihtelevasti yhteyttä aiheuttaen ongelmia*”. Toisen vastaajan mielestä ”*peruu-  
tuspaikealle kutsutut potilaat ottavat liian myöhään yhteyttä*”. Liian myöhään toteu-  
tettujen lääkärin arviointikäynteihin liittyvä kokemus oli, että ”*potilaiden ajoittai-  
nen tietämättömyys lääkärillä käynnin tarpeellisuudesta*” aiheuttaa ongelmia leik-  
kausaikataulussa pysymiseen.

Terveyskeskuksissa tekonivelpotilaiden leikkauskelpoisuusarvioon käytettävät  
resurssit ovat moninaisia. Tulosten mukaan terveyskeskusten käytänteet tehdä  
potilaasta leikkauskelpoisuusarvio, vaihtelivat jonkin verran. Osa terveyskeskus-

ten hoitohenkilöstöstä koki, että jatkuva kiire heidän omassa yksikössään vaikuttaa myös terveyskeskuksen ja keskussairaalan väliseen yhteistyöhön. Ajan puutteen vuoksi potilaan tutkimuksia tehtiin liian myöhään. Tutkimusresurssien puute aiheutti myös joissakin terveyskeskuksissa omat haasteensa potilaan valmisteluun ja vaikutti sitä kautta myös organisaatioiden henkilöstön väliseen yhteistyöhön. Lapin alueen terveyskeskuksissa tutkimusresurssit ovat erilaisia ja hoitohenkilöstön kokemuksen mukaan keskussairaalassa ei aina ymmärretä kuntien erityispiirteitä esimerkkinä pitkiin välimatkoihin liittyvät haasteet. (Kuvio 2.)

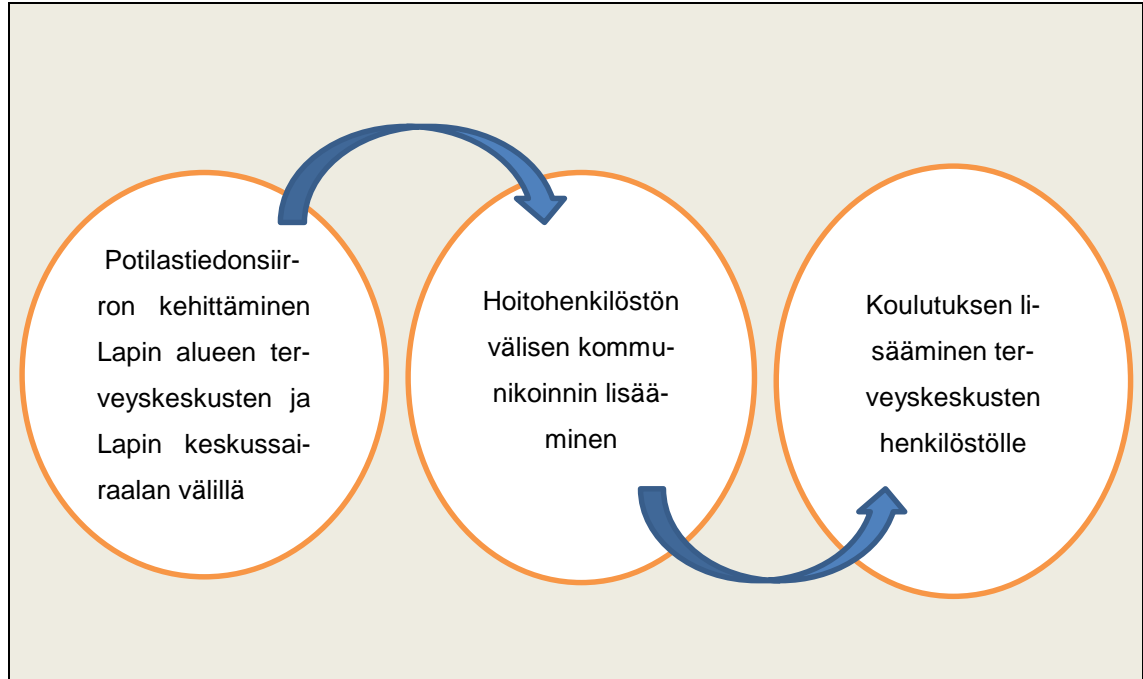
Tuloksista nousee esimerkkejä hoitohenkilöstön resurssien riittävyyden kokemuksista. Eräs henkilö kokee, että *”hoitajan ajat riittävät”*. Toisen kokemuksen mukaan *”hoitajan aikoja ei ole riittävästi”*. Lääkärin resurssien riittävyys on myös eri terveyskeskuksissa erilainen. Erään terveyskeskuksen henkilön kokemus on, että *”lääkäritilanne on huono”* ja toiset kokee, että *”lääkäritilanne on riittävä tai hyvä”*. Hoitohenkilöstöön kuuluvan kokemus on myös, että *”aina ei ymmärretä eri kuntien erityispiirteitä kuten välimatkoja”*.

Kyselyn tuloksista nousee tekonivelpotilasryhmän hoitomalliin liittyvänä epäkohdaksi riittämätön perehdytys potilaalle leikkaukseen liittyen. Huono preoperatiivinen potilaan perehdytys leikkausvalmisteluiden käytänteistä ja aikatauluista aiheuttaa jo yhdenkin potilaan kohdalla yhteistyöhön esteitä. Epäselvät käytänteet ja riittämätön tiedotus nousivat yksittäisinä vastauksina hoitomalliin liittyväksi epäkohdaksi ja yhteistyötä vaikeuttaviksi seikoiksi. Myös henkilöstön vaihtuvuus terveyskeskuksissa oli asia, jonka vuoksi käytänteet koetaan epäselviksi ja yhteistyötä vaikeuttaviksi. Molempien organisaatioiden osallistuminen potilaan ohjaukseen ja leikkausvalmisteluihin aiheuttavat haasteita yhteistyölle. (Kuvio 2.)

Potilaan esihaastatteluun liittyvä toiminnan haaste on päällekkäisyys hoitohenkilöstön haastattelun sisällössä. Tuloksista ilmeni, että jotkut hoitajista kokivat haastattelevansa potilasta saman sisältöisesti kun keskussairaalassa. Niissä terveyskeskuksissa, joissa potilaalle varattiin pitkä hoitajan vastaanottoaika, koettiin, että haastattelu -ja ohjaustilanne olivat tuplatyötä potilaan leikkauksekelpoisuuden varmistamiseksi. Osa hoitohenkilöstöstä koki, että haastattelussa ja potilasohjauksessa ei ole päällekkäisyyksiä, kun tutustuu keskussairaalasta tulevaan

potilasraporttiin. Suurin osa hoitohenkilökunnasta koki kuitenkin haastattelun ja ohjaustilanteet toisiaan tukeviksi. (Kuvio 2.)

#### 8.4 Näkökulmia yhteistyön kehittämiseen tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa



Kuvio 3. Yhteistyön kehittämiseen liittyvät keskeiset tulokset

Tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin liittyvään yhteistyöhön terveyskeskusten ja keskussairaalan hoitohenkilöstön välillä nousi tulosten pohjalta kehittämisideoita. Kehittämiskohteet liittyivät tiedonkulkuun, koulutuskäytänteiden kehittämiseen ja ylläpitämiseen sekä kommunikoinnin lisäämiseen. Kehittämisideoita ei esitetty tuloksissa kovinkaan kattavasti, mutta edellä mainittuihin osa-alueisiin haluttiin kuitenkin kehitystä yhteistyön parantamiseksi. Kyselyn tuloksien pohjalta tiedonkulku nousi suurimmaksi kehittämiskohteeksi.

Kyselyn tulosten mukaan tiedonkulkua tulee parantaa Lapin alueen terveyskeskusten ja keskussairaalan välillä. Sähköisen tiedonsiirron nopeutta molempiin suuntiin haluttiin kehittää sekä tietojärjestelmien yhtenäistämiseen liittyvää kehittämistä toivottiin. Hoitohenkilöstön mielestä jo valmiiksi tuotettuun tietoon pääsyä tulisi helpottaa tietojärjestelmiin pääsyä helpottamalla. Terveyskeskuksen huonoja mahdollisuuksia päästä keskussairaalan intranettiin ja muihin sisäisiin tieto-

järjestelmiin haluttiin parantaa terveyskeskusten hoitohenkilöstön työn helpottamiseksi. Keskussairaalassa tuotettu ohjeistus hoitohenkilöstölle potilaan leikkausvalmisteluihin liittyen, kaipasi selkeyttämistä ja säännöllistä vuosittaista päivittämistä. Potilaasta otettavien laboratorionäytteiden lähetettä terveyskeskusten laboratorioon toivotaan tehtävän valmiiksi keskussairaalassa. (Kuvio 3.)

Tulosten mukaan potilastietojen käytön joustavuutta tulisi kehittää oman organisaation toimintaa helpottavaksi. Toisen organisaation kirjaamien potilastietojen parempi ja helpompi hyödyntäminen nähtiin tarpeelliseksi kehittämiskohteeksi. Terveyskeskuksessa tapahtuvista kontrolloista tiedottamisen parantaminen keskussairaalaanpäin nähtiin myös toiminnan kannalta olennaiseksi. Lähetekäytäntöjen arviointia toivottiin jatkuvana saumattoman yhteistyön turvaamiseksi. Terveyskeskuslääkäreiden mielestä epikriisien nopeampi saatavuus ja selkeys ovat tarpeellisia kehittämiskohteita joustavan toiminnan takaamiseksi. Tiedonkulun lisäksi haluttiin kehittää koulutuskäytänteitä ja kommunikoinnin lisäämistä. (Kuvio 3.)

Kyselytutkimuksen tulosten pohjalta terveyskeskusten hoitohenkilöstö toivoi vuosittaisia koulutuksia tekonivelpotilaiden operatiivisen hoidon ympärille. Vastauksista nousivat jatkuva koulutuskäytänteiden kehittämisen tarve sekä ylläpito. Koulutusta leikkauspotilaiden hoidosta toivottiin lisäävän yhteistyön parantamiseksi. Tiedon lisäämistä hoitohenkilöstölle toivottiin päivitetyn ja ajantasaisen ohjeistuksen ja tiedon toimittamisella terveyskeskuksiin säännöllisesti. Kehittämiskohteena hoitohenkilöstön vastauksista nousi myös kommunikoinnin lisääminen yhteistyötahojen välille. Yhteistyön kehittämiseksi ehdotettiin säännöllisiä kehityskeskusteluja videoteitse terveyskeskusten ja keskussairaalan hoitohenkilöstön välille. Kommunikointia haluttiin lisätä myös aloittamalla säännölliset yhteistyöpalaverit osapuolten kesken. Kaiken kaikkiaan toivottiin vuoropuhelun lisäämistä ja vähemmän erikoissairaanhoidon käskyttävää toimintaa perusterveydenhuollon toiminnan suhteen. Iäkkäiden ja heikkokuntoisten potilaiden kohdalla toivottiin parempaa ja tiiviimpää yhteistyötä haastavan leikkauskelpoisuusarvion onnistumiseksi. (Kuvio 3.)



## 9 POHDINTA

### 9.1 Keskeisten tulosten tarkastelu

Tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluihin liittyvä yhteistyö ja siihen liittyvät hoitohenkilöstön kokemukset Lapin alueen terveyskeskusten ja Lapin keskussairaalan välillä olivat tämän kehittämistyön tutkimuksen kohteena. Tutkimuksen tulokset on nostettu Fast track -kehittämishankeen aikana kirjoitetuista muistioista ja tutkimuksellisen osuuden lomakekyselyn vastauksista. Aineiston pohjalta on pyritty kuvaamaan tuloksia kattavasti ja monipuolisesti yhteistyön onnistumiset ja kehittämiskohdat esille nostaen.

Muistioiden ja lomakekyselyn tulokset ovat osittain saman sisältöisiä. Kuitenkin molemmista aineistoista nousi esille myös eriäviä yhteistyöhön liittyviä näkökulmia, jotka olivat täydentämässä ja monipuolistamassa tuloksia. Organisaatioiden hoitohenkilöstön välinen yhteistyö koettiin hyväksi molempien aineistojen tuloksia tarkasteltaessa. Tekonivelpotilaiden hoitoketju nähtiin pääosin toimivana sekä potilasohjaus sekä ohjeistus yhteistyötä helpottavina. Suurimmat haasteet molempien aineistojen pohjalta liittyivät potilastietojen siirtoon yksiköiden välillä yhteen sopimattomien tietojärjestelmien vuoksi. Toisena suurena kokonaisuutena tuloksista nousivat terveyskeskusten vaihtelevat resurssit, jotka olivat vaikeuttamassa Lapin alueen terveyskeskusten ja keskussairaalan välistä yhteistyötä.

Lapin sairaanhoitopiirin alueelta kerätyt tulokset liittyen potilastiedonsiirron ongelmiin ovat myös kansainvälisestikin koettuja ilmiöitä. Yhdysvalloissa, Euroopassa, Australiassa ja Suomessa on toteutettu projekteja potilastiedon siirron parantamiseen liittyen. Terveystieteiden tutkimukseen liittyvän tiedonsiirron on arveltu olevan erityislaatuista muihin aloihin verrattuna, mutta informaatioteknologian hyödyt on osoitettu myös terveydenhuollossa. Onnistunut tiedonsiirto parantaa hoidon laatua ja auttaa parempaan tiedon saatavuuteen eri organisaatioissa. Tavoitteena on eri organisaatioiden välillä tapahtuva sujuva potilastiedonsiirto. Kehittämistyöni tulokset potilastiedonsiirron parantamisen tarpeellisuudesta eivät siis ole vain paikallisia tai alueellisia vaan ne ovat myös valtakunnallisia ja kansainvälisestikin yhteneväisiä. (Heiro & Raitoharju 2010.)

Tiedonsiirtoon ja resurssien puutteeseen liittyvien haasteiden lisäksi terveyskeskusten hoitohenkilöstön puolelta toivottiin kommunikoinnin ja koulutuksen lisäämistä. Lapin keskussairaalan antamiin ohjeistuksiin tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluiden osalta haluttiin säännönmukaista, vuosittaista päivitystä. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että hoitohenkilöstö joka oli toiminut leikkausvalmisteluiden suorittajana jo pidemmän aikaa, koki hoitoketjun ja sen käytänteisiin liittyvän yhteistyön toimivana ja selkeänä, kun taas tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluiden saralla vähemmän aikaa työskennelleet toivoivat keskussairaalan ohjeistukseen selkeyttä. Suurin osa vastaajista oli kuitenkin kokeneita ja pitkään tekonivelpotilaiden hoidon parissa olleita.

Tuloksista ilmeni myös, että hoitohenkilöstön työhön kuuluu useamman kerran viikossa tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluiden suorittaminen, mutta työ ei ole päivittäistä. Voidaan siis todeta, että tekonivelpotilaiden leikkausvalmistelut eivät ole hoitohenkilöstön päivittäistä työtä ja terveyskeskusten hoitohenkilöstön työn kuormittavuus ja kiire aiheutuu muiden potilasryhmien kuin tekonivelpotilasryhmän ympärille. Terveyskeskusten hoitohenkilöstön työnkuva on laaja. Sen vuoksi olisi tärkeää, että tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin liittyvän yhteistyön sujuvuuden lisäämiseksi terveyskeskuksissa otettaisiin käyttöön vastuuhoitajakäytäntö. Tekonivelpotilasryhmän vastuuhoitaja olisi terveyskeskuksissa asiantuntija, joka olisi tietoinen hoitoprosessin vaiheista ja prosessiin liittyvästä kehittämisestä yhdessä keskussairaalassa toimivan tekonivelhoitajan kanssa. Näin myös kommunikointi lisääntyisi ja yhteydenpito hoitohenkilöstön välillä olisi sujuvampaa. Vastuuhoitajakäytännön aloittamisen haasteeksi voisi kuitenkin nousta henkilöstön nopea vaihtuvuus organisaatioissa.

Vaikka potilaan haastatteluissa ja ohjauksessa koetut päällekkäisyydet eivät oleet kaikkien vastaajien mielestä yhteistyötä vaikeuttamassa, koen, että näiden leikkausvalmisteluihin liittyvien osa-alueiden toimintamallia tulee tarkastella ja kehittää jatkossa. Hoitohenkilöstö, joka koki päällekkäisyyttä ohjauksessa ja esitietojen haastattelussa, ei uskaltanut poiketa totutuista käytänteistä haastattelun rutiineissa vaan suoritti leikkausvalmisteluihin liittyvän haastattelun aina totutulla tavalla. Kyseessä ei ollut epätietoisuus siitä, mitä keskussairaalassa on jo haastateltu, vaan kyse oli siitä, että rohkeus puuttui poiketa totutuista käytänteistä

haastattelun rutiiniseissa. Osa terveyskeskusten henkilöstöstä taas hyödyntää tekonivelhoitajan yhteenvetoa potilaan ohjaustilanteesta ja näin kokee myös vähemmän päällekkäisyyttä organisaatioiden välisessä toiminnassa.

Potilaan hoito jakaantuu usein eri terveydenhuollon yksiköihin ja silloin toimiva, luottamuksellinen verkostoyhteistyö on avainasemassa (Saaren-Seppälä 2004, 12). Yhteistyössä tehtävät leikkausvalmistelut aiheuttavat väistämättä ajoittain ohjauksen saralla kertausta, mutta suhteellisen ikääntyneen potilasryhmän kohdalla tämä nähtiin myös positiivisena asiana. Yhteistyössä tehtävässä ohjauksessa ei saisi olla päällekkäisyyttä, mutta ei myös aukkoja ja se aiheuttaa haasteita yhteistyön onnistumiselle. Yhteisen potilaan hoidossa Lapin alueella on tärkeää yhteistyöverkoston tunnistaminen ja kehittäminen niin, että kommunikointi on luontevaa ja työnjaosta voidaan sopia. Ohjausyhteistyö edellyttääkin eri toimijoilta keskinäistä verkostoitumista sekä jatkuvaa verkostoyhteistyön ylläpitoa, arviointia ja kehittämistä. (Kelo, Haapasalmi, Luukkanen & Saloheimo 2012, 6–7.)

Tekonivelpotilaiden hoitoketjun jatkuva arvioiminen ja kehittäminen ovat tarpeellisia, jotta voidaan tuottaa potilaalle tulevaisuudessakin turvallinen ja mielekäs hoitokokonaisuus. Hoitokäytännöt sekä tutkimuksiin liittyvät kriteerit muuttuvat jatkuvasti. Arvioimalla käytänteitä jatkuvasti, nähdään toimintaan liittyvät kehittämiskohdat ja voidaan uudistaa hoitoketjua näyttöön perustuen. Hoitoketjuun liittyvää moniammatillista yhteistyötä tulee lisätä sekä edistää ja kohdentaa perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon resurssit oikein potilaan hoidon eri vaiheissa. Yhteistyöprosessien vaiheet tulisi avata, niistä tulisi käydä keskusteltua ja prosessin kulku tulisi mallintaa. Prosessien ja yhteistyön kehittämisen tärkeitä työkaluja ovat viestiminen ja ongelmanratkaisutaito, joiden avulla voidaan ymmärtää yhteistyökuviot ja siihen liittyvät ongelmat. Prosessien ja niihin liittyvän yhteistyön sekä resurssien käytön kehittäminen on haastavaa, mutta yhteistyöllä toteutettu kehittäminen on palkitsevaa lopputuloksen ja kustannusten kannalta. (Hyysalo 2014, 5, 32–34; Suominen 2008, 27–28.)

Resurssien käyttöön liittyvää keskustelua olisi hyvä käydä säännöllisissä yhteistyöpalavereissa ja kohdennetuissa koulutustapahtumissa. Resurssien käytön

sekä hoitokäytänteiden tarkastelu auttavat henkilöstöä tunnistamaan annetut resurssit, ymmärtämään hoitoketjun työnjaon ja resurssien jakaantumisen sekä kehittämään toimintaa kustannusvaikuttavammaksi. Toiminnan kustannusvaikuttavuuteen liittyvässä resurssien kohdentamisessa tulisi huomioida tekonivelpotilasryhmän erityispiirteet sekä katsoa hoitoketjun toimintaa kokonaisvaltiaisesti. Yhteistyön peliäännöt tulisi sopia neuvottelemalla ja joustaa tarvittaessa potilaan parhaaksi. Jos siis tekonivelpotilasryhmän hoitoketjua kehitetään tulevaisuudessa, tulisi potilaan hoidon eri vaiheet ja niiden merkitys potilaalle, henkilöstölle sekä koko organisaatiolle arvioida. (Mertala 2011, 172–174.)

## 9.2 Pohdintaa hoitoprosessin tulevaisuudesta

Pohtiessani tekonivelpotilaan hoitoa Lapin sairaanhoitopiirissä tämän kehittämistyön perusteella, nousee esille useampi mahdollinen prosessi, jonka mukaan hoitoketju voisi edetä samaan lopputulokseen pääsemiseksi. Tekonivelpotilaan hoito vaatii mielestäni asiantuntijasairaanhoitajan ohjauksen ja koordinoinnin laadukkaan kokonaisuuden varmistamiseksi. Tulevaisuudessa sote-uudistuksen tuomien muutosten jälkeen hoitolinjoja ja sitä kenen vastuulle hoitoketjun eri työvaiheet kuuluvat, voidaan kuitenkin joutua pohtimaan uudelleen Lapin alueella. Sen vuoksi esitänkin tässä pohdintojani erilaisista toimintamalleista tekonivelpotilaan hoidon järjestämiseksi. Pohtiessani hoidon järjestämistä tulevaisuudessa, mieleeni nousi kolmenlaisia vaihtoehtoisia toimintaprosesseja.

1. Toimintaprosessi:

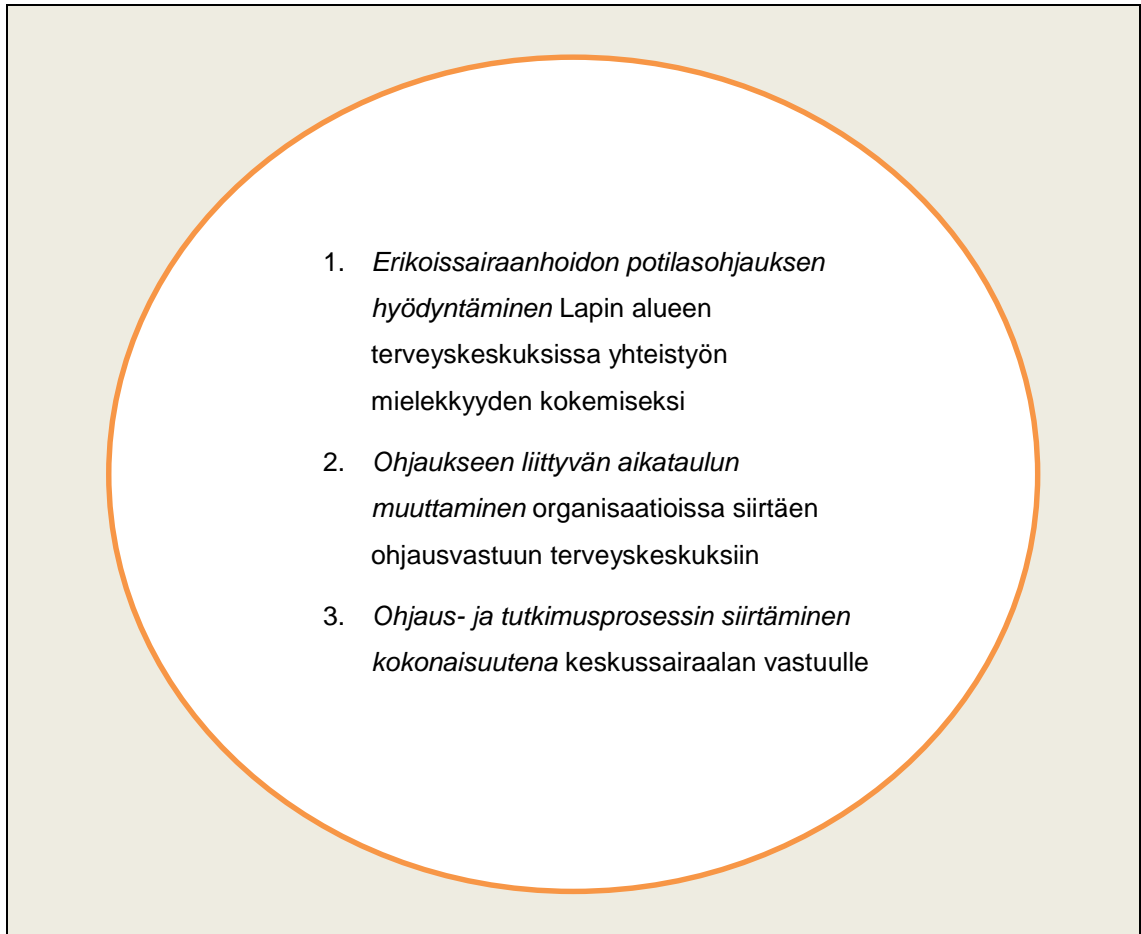
*Työnjako säilyy ennallaan ja terveystieteiden henkilöstö hyödyntää potilaan leikkausvalmisteluissa keskussairaalassa jo aiemmin suoritettua potilasohjausta käyttäen apunaan ohjauksesta kirjoitettua yhteenvetoa. Erikoissairaanhoidossa suoritettua ohjausta hyödynnetään terveystieteiden henkilöstön toimintaa täydentävänä, käyttäen ohjauksen sisällön määrittelyssä tekonihoitajan ja fysioterapeutin kirjoittamaa yhteenvetoa potilaalle jo annetusta ohjauksesta.*

2. Toimintaprosessi:

*Keskussairaalan tekonihoitaja ottaa potilaat leikkausta edeltävälle ohjauksikäynnille vasta 1 viikko ennen leikkausta, jolloin terveystieteiden vastuulle jää kaikki leikkausvalmisteluihin liittyvä pidemmän aikavälin ohjaus ja vältytään päällekkäisyyksien kokemuksilta. Keskussairaalan tekonihoitajan vastuulle jäävät tarkempi leikkauspäivään liittyvä ohjaus sekä hoidon koordinointi ja erikoissairaanhoidon tutkimukset.*

3. Toimintaprosessi:

*Potilasohjaus ja leikkausta edeltävät tutkimukset siirretään kokonaisuutena erikoissairaanhoidon vastuulle. Potilasohjaukseen liittyvä aikataulutusta pidetään ennallaan, mutta erikoissairaanhoidon henkilöstö tekee potilaan ohjauksen ja koordinoinnin omana työnään ja leikkaukseen liittyvät tutkimukset suoritetaan keskussairaalassa. Leikkauksen kelpoisuusarvion tekevät terveystieteenlääkärien sijasta keskussairaalan anestesiaerikoistuneet lääkärit.*



Kuvio 4. Vaihtoehtoisia toimintaprosesseja

Käytänteiden muuttaminen niin, että kaikissa terveyskeskuksissa hyödynnettäisiin keskussairaalan työpanosta potilaan ohjauksesta, voitaisiin lisätä yhteistyön mielekkyyttä ja päällekkäisten ohjaussisältöjen vähäisempää kokemusta. Myös sillä, että keskussairaalan tekonivelhoitaja ottaa potilaan vasta viikkoa ennen leikkausta ohjaukseen ja erikoissairaanhoidon tutkimuksiin, vältyttäisiin siltä, että terveyskeskusten hoitohenkilöstö kokee ohjaussisältöjen samansuuntaisuutta. Pohdinta siitä, että potilaan leikkaukseen valmistautumiseen liittyvät tutkimukset ja ohjaus siirrettäisiin kokonaisuudessaan keskussairaalan vastuulle, on yleinen käytäntö muissa Suomen tekonivelleikkauksia tekevissä sairaaloissa. Käytännön myötä terveyskeskusten hoitohenkilöstön resurssien parempi käyttö muiden potilasryhmien ohjaukseen mahdollistuisi ja keskussairaalan leikkausvalmisteluihin liittyvä resurssien käyttö puolestaan lisääntyisi merkittävästi tekonivelpotilasryhmän kohdalla. Pitkien

välimatkojen Lapissa tämän prosessin käyttöönotto vaatisi suurimpia käytänteiden ja toimintatapojen muutoksia. (Kuvio 4.)

Tekonivelpotilaan hoitoprosessi voidaan siis toteuttaa monella tapaa Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Nykyinen toimintamalli todetaan kuitenkin näiden tutkimustulosten pohjalta pääosin toimivaksi tällä hetkellä. Vaihtoehtoiset toimintaprosessit ovat pohdintoja siitä, miten vastuita voidaan muuttaa jatkossa tarvittaessa. Jos potilaan hoitoketjua ja vastuita hoidon toteutuksesta nähdään tarpeelliseksi muuttaa tulevaisuudessa, tulee kuitenkin pohtia sitä, millä tavalla vastuut ja resurssit on tarkoituksenmukaista toteuttaa tutkimusnäyttöön perustuvasti sekä ennen kaikkea asiakaslähtöisesti.

### 9.3 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimukseen liittyy eettisiä kysymyksiä sen eri vaiheissa. Tutkimus ja kehittäminen ovat inhimillisiä toimintoja ja ne perustuvat arvoihin. Tutkimuksella pyritään saamaan tutkittavaan ilmiöön totuus tieteellisesti hyväksytyjä menetelmiä hyödyntäen. Tutkijana olen vastuussa itselleni ja muille tutkimuksen eettisistä ratkaisuista. Tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa ja tietolähteinä ovat ihmiset, eettisten valintojen ja ratkaisujen merkitys korostuu entisestään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 284–288.) Tutkimuksen tekemiseen liittyvä eettisyys ja tutkimuksen vastausten luotettavuus toteutuu, kun muistaa tutkimukseen liittyvän etiikan läpi koko työnsä toteutuksen. Tutkimusetiikka on tutkijoiden ammattietiikkaa, johon kuuluvat normit, arvot ja hyveet sekä eettiset periaatteet. (Kuula 2013, 23). Kuulan (2013, 11) mukaan menetelmän ja tutkimuskohteen valinta, aineiston hankinta, tieteellisen tiedon luotettavuus, tutkittavan kohtelu, tutkimustulosten vaikutukset ja tiedeyhteisön sisäiset toimintaperiaatteet voivat nostaa eettisiä näkökulmia prosessin aikana. Kehittämistyöntekijänä vertaan itseäni tutkijaan ja olen pyrkinyt noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita tutkimuksen jokaisessa vaiheessa luotettavuuden varmistamiseksi.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata neljän luotettavuuden kriteerin kautta. Uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys ovat

yleisiä luotettavuuden kriteerejä, joiden mukaan tämän kehittämistyön luotettavuutta arvioidaan. Tutkimustulosten uskottavuutta voidaan vahvistaa käyttämällä triangulaatiota tutkimusaineiston keräämiseen. Tässä työssä hoitohenkilöstö on saanut vastata tekonivelpotilaiden leikkaukseen valmistautumiseen liittyviin kysymyksiin sekä moniammatillisissa ryhmissä yhteistyöpalavereiden aikana sekä henkilökohtaisesti vastaamalla kyselyyn ja tämä lisää tulosten luotettavuutta sekä käytettävyyttä. Tutkimuskyselyn suorittaminen mahdollisti kakkien tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin osallistuvien pääsyn vastaamaan leikkausvalmisteluita koskeviin yhteistyöhön liittyviin kysymyksiin huolimatta siitä pääsivätkö he osallistumaan yhteistyöpalaveriin vai eivätkö. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–128.) Aineistotriangulaatiota käyttämällä on varmistuttu siitä, että kaikki tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluiden parissa työskentelevät ovat saaneet kertoa kokemuksensa yhteistyön toimivuudesta.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan osoittaa myös ns. vahvistettavuudella. Vahvistettavuus voidaan varmistaa sillä, että tutkimusprosessin kirjaaminen pyritään tekemään läpinäkyväksi ja selkeäksi läpi koko prosessin. Näin toisen tutkijan on mahdollista seurata tutkimusprosessin kulkua ja tuloksien pohjalta tehtyjä johtopäätöksiä. Vahvistettavuuden lisäksi on tärkeää, että tutkijana olen reflektiivinen. Tutkimuksen refleksiivisyys varmistuu sillä, että tutkijana tunnistan tutkimuksen lähtökohdat ja ymmärrän oman roolini merkityksen tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Refleksiivisyyden lisäksi tutkimuksen tulosten siirrettävyys lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kuvailemalla tuloksia, tutkimukseen osallistujia ja tutkimusympäristöä sekä kyselytutkimuksen että yhteistyöpalavereiden näkökulmasta, lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusprosessin tarkka kuvailu auttaa lukijaa arvioimaan tulosten siirrettävyyttä muihin samankaltaisiin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Tämän kehittämistyön tutkinnollisen osuuden tutkimuslupa saatiin Lapin sairaanhoitopiirin lupakäytäntöjen mukaisesti. Tutkimus ei kohdistunut potilaisiin, joten sen lupamenettely ei ollut niin vaativa kuin potilaisiin kohdistuvassa tutkimustyössä. Tutkimuksen suorittamisesta kerrottiin jo etukäteen Lapin alueen terveyskeskuksissa Fast track-kierroksen aikana syksyllä 2014. Kysely testattiin kahdella sairaanhoitajalla toimivuuden ja luotettavuuden turvaamiseksi. Kyselyyn



vastaaminen oli vapaaehtoista ja kyselyyn vastaajalla oli mahdollisuus vastata vain kysymyksiin, joihin näkivät pystyvänsä antamaan vastauksen. Tutkimustulokset käsiteltiin anonyymisti ja luottamuksellisesti ja tämä oli kerrottu vastaajille saatekirjeessä. Tutkimukseen osallistujien oli mahdollista ottaa yhteyttä tutkimuksen tekijään ja muutama niin myös tekikin. Yhteydenotot liittyivät henkilön työnkuvan muuttumiseen niin, etteivät he kokeneet pystyvänsä vastaamaan enää yhteistyöhön liittyviin kysymyksiin. He jättäytyivät pois vastaajien joukosta. Tutkimukseen osallistumisesta ei palkittu.

Tässä kehittämistyössä ongelmana kohderyhmän kohdalla saattoi olla se, miten vastaajan käsitys ilmiön asiasisällöstä osattiin pukea kokemukseksi. Se aiheuttaa eettistä pohdintaa siitä, onko tutkittava antanut syvällistä tietoa asiasisällöstä. Kehittämistyöntekijänä on vain luotettava siihen, että vastaajana toiminut Lapin alueen terveyskeskuksen hoitohenkilökunta on kertonut kokemuksensa ja se on parasta mahdollista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Luotettavuutta kuitenkin vahvistaa se, että tämä nimenomainen ryhmä oli ainoa, joka voi antaa tietoa Lapin alueella tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluihin liittyvästä yhteistyöstä Lapin keskussairaalan ja terveyskeskusten välillä. Aineiston monipuolisuus ja se, että siihen ovat saaneet olla vaikuttamassa kaikki Lapin alueen terveyskeskusten leikkauksiin valmisteleva henkilökunta, lisäävät tutkimuksen luotettavuutta.

Eettisen pohdinnan alueena nousee myös kehittämistyöntekijän henkilökohtainen rooli tekonivelpotilaiden hoidon asiantuntijana Lapin keskussairaalassa. Tiivis työskentely tekonivelpotilaiden parissa voi vaikuttaa näkökulmaan josta tarkastelen ja analysoin vastauksia. Tavoitteenani on ollut suhtautua tutkimustuloksiin ja kehittämisideoihin asianmukaisella objektiivisuudella unohtaen tunteet, jotka yhteistyöhön voivat liittyä. Olen pyrkinyt aineiston analysoinnissa katsomaan vastauksia ikään kuin ulkopuolisena tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden turvaamiseksi. Luotettavuutta ovat kuitenkin voineet olla heikentävässä yhteistyötä edistävien ja heikentävien tulosten mittasuhteiden jakaantumisen ymmärtäminen.

#### 9.4 Päätelemät ja ehdotukset tekoniwelpotilaiden leikkausvalmisteluiden kehittämiseksi

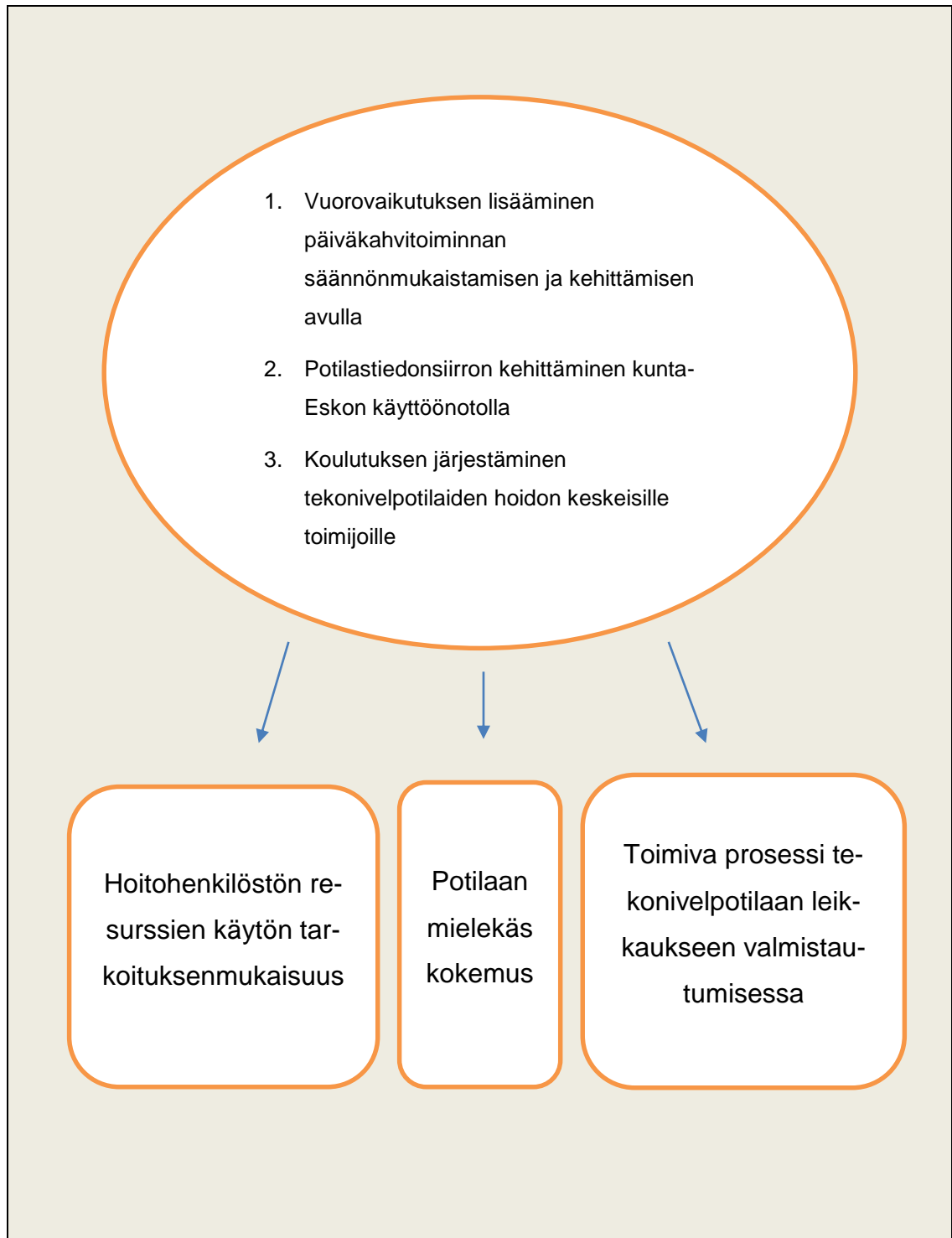
Tekoniwelpotilaiden leikkausvalmisteluihin liittyvään yhteistyöhön Lapin keskussairaalan ja Lapin alueen terveyskeskusten välillä on mahdollista tehdä uudistuksia ja kehittää toimintaa useammassa organisaatiossa tämän kehittämistyön tuloksiin pohjautuen. Toiminnan kehittämisellä voidaan helpottaa kyseisten organisaatioiden välistä yhteistyötä tekoniwelpotilaiden leikkausvalmisteluissa. Toimivilta osin yhteistyöhön liittyvää toimintaa ei tarvitse muuttaa, mutta yhteistyötä ja hoitoprosesseja on syytä aika ajoin tarkastella ja arvioida sekä kehittää tarvittaessa. Esitänkin johtopäätöksiksi tutkimustulosten pohjalta kehittämiskohteita, jotka parantaisivat Lapin alueen terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon välistä tämän hetkistä yhteistyötä tekoniwelpotilaan hoidossa.

Tekoniwelpotilaiden hoitoketjun ja siihen liittyvän hoitohenkilöstön välisen yhteistyön kehittämisen turvaamiseksi tulee jatkaa ja lisätä avointa keskustelua ja säännönmukaista vuorovaikutusta potilaiden hoitoon liittyvistä asioista. Näin voidaan turvata jatkossakin toimiva hoitoketju, resurssien järkevä käyttö ja potilastyytyväisyys sekä hoitohenkilöstön mielekäs kokemus tekoniwelpotilaiden leikkausvalmisteluista. ***Vuorovaikutuksen lisäämiseksi jo aloitettu päiväkahvitoiminta Rovaniemen alueen terveyskeskusten henkilöstön kanssa tulisi jatkaa ja käytäntöä tulisi kehittää niin, että se koskisi myös tekoniwelpotilaiden hoidon parissa työskenteleviä eikä ainoastaan johtoporrasta.*** Toiminta tulisi olla säännöllistä ja tapahtua 1-2 kertaa vuoden aikana. Työryhmän tulisi koostua juuri nimenomaista työtä tekevästä, jotta asioista voitaisiin puhua oikeilla nimillä. (Kuvio 5.)

Potilastiedonsiirtoa tulisi kehittää toimivan yhteistyön turvaamiseksi. ***Kehitettävässä tiedonsiirtoa, erikoissairaanhoidon ja terveyskeskusten henkilöstön toiminta ja työnjaot säilyvät samanlaisina, mutta potilastiedonsiirtoa tulisi kehittää potilastietojärjestelmä kunta-Eskon käyttöönotolla ja käyttöönoton laajentamisella.*** Tietojärjestelmä kunta-Esko mahdollistaa laajemman käyttöönoton ja paremman hyödyntämisen potilastiedonsiirron parantamiseksi organisaatioiden välillä. Eskon hyödyntäminen parantaa terveyskeskusten henkilöstön

mahdollisuutta nähdä erikoissairaanhoidon potilaskirjauksia ja näin tiedot ovat nopeasti ja ajantasaisesti saatavilla mahdollistaen joustavamman yhteistyön henkilöstön välillä. Kunta-Eskoa ei ole hyödynnetty perusterveydenhuollon organisaatioissa riittävästi. Terveyskeskuksissa on mahdollisuus ottaa käyttöön tai laajentaa kunta-Eskon käyttöä jakamalla henkilöstölle toimintaan tutustumiseen tarvittavat käyttäjätunnukset ja antamalla hoitohenkilöstölle tietojärjestelmän käyttöönottamiseen tarvittava ohjaus. Käyttöönoton tueksi on kehitetty ohjausvideo, joka on julkaistu Lapin sairaanhoitopiirin kuntien kanavalla. (Anttila 2015.)

Tekonivelpotilaan hoitotyöhön osallistuvat toivoivat säännöllistä koulutusta hoidon sisällöistä ja käytännön toiminnasta. ***Yhteistyön kehittämiseksi tulisi järjestää tekonivelpotilaiden hoidon parissa työskenteleville kohdennettua koulutusta kerran vuodessa tai tarpeen mukaan useamminkin, joko videoitse tai keskussairaalan tiloissa.*** Koulutukseen tulisi olla mahdollista osallistua myös muualta kuin Rovaniemen kunnan alueelta toisin kuin edellä mainitussa päiväkahvitoiminnassa. Kohdennettu pienemmälle ryhmälle annettava koulutus antaa mahdollisuuden parempaan keskusteluun ja ajatusten vaihtoon hoidon käytänteistä eri organisaatioissa sekä yhteistyöhön liittyvistä kysymyksistä. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Tekoniivelpotilaiden leikkaukseen valmistautumisen kehittäminen

Kehittämistyön tuloksiin pohjautuen voidaan todeta, että käytänteisiin ja toimintatapoihin tekoniivelpotilaiden leikkaukseen valmistautumisessa ei toivottu kovinkaan suuria uudistuksia. Kehittämistä toivottiin eniten tiedonsiirtoon ja

kommunikoinnin sekä koulutuksen lisäämiseen. Potilastiedonsiirtoon on kehitetty potilastietojärjestelmä kunta-Esko, jonka avulla terveyskeskusten hoitohenkilökunta voi nähdä erikoissairaanhoidon kirjauksia potilaasta (Anttila 2015). Tietojärjestelmän käyttöä terveyskeskuksissa on suositeltu ja laajempi käyttöönotto mahdollistuu helposti käyttäjätunnusten luomisella. Tiedonsiirron parantamiseksi ehdottaisinkin kunta-Eskon laajempaa käyttöönottoa ja hyödyntämistä.

Jatkotutkimusaiheena olisi tärkeää tutkia tekonivelpotilaiden kokemuksia leikkausvalmisteluihin liittyvästä potilasohjauksesta ja leikkausta edeltävistä tutkimuksista Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Aihetta olisi tärkeää tutkia myös potilasnäkökulmasta, jotta saataisiin kokonaisymmärrys prosessin käytänteiden toimivuudesta Lapin pitkien välimatkojen alueella. Yhteistyöhön liittyvän kehittämisen lisäksi tekonivelpotilaiden hoitoketjua tulisi kehittää myös asiakaslähtöisesti ja senpä vuoksi potilaiden näkökulma olisi kokonaisuuden ymmärtämiseksi merkityksellistä.

## LÄHTEET

- Anttila, K. 2015. Esko-potilastietojärjestelmä. Esko eARK-hankesuunnittelija. Puhelu 18.9.2015.
- Arvola, P. & Hökkä, M. 2011. Yhteistyöllä kipu hallintaan -projekti. Syöpää sairastavan ja epiduraalista kivunhoitoa saavan potilaan hoitoketjukuvaus. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Asunmaa, H. 2010. Tekonivelleikkauspotilaan perheen tukeminen ortopedian poliklinikan ensikäynnillä. Potilaan ja läheisen näkökulma. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos. Tampere. Pro gradu- tutkielma.
- Constance, N., Marshall, B. 1973. Doctors, nurses, and clinical records. Medical care. Viitattu 31.10.2015 [http://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1973/05000/doctors,\\_nurses,\\_and\\_clinical\\_records.4.aspx](http://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1973/05000/doctors,_nurses,_and_clinical_records.4.aspx)
- Eksote 2012. Terveys ja vanhusten palvelut. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden alueen saattohoitosuunnitelma. Viitattu 22.7.2015 [http://www.eksote.fi/Fi/Terveyspalvelut/Hoitoketjut/Documents/Eksoten\\_alueen\\_saattohoitosuunnitelma.pdf](http://www.eksote.fi/Fi/Terveyspalvelut/Hoitoketjut/Documents/Eksoten_alueen_saattohoitosuunnitelma.pdf)
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Tampere: Vastapaino.
- Fimea 2013. Fimean järjestämä kudospankkipäivä 23.10.2013. Yhteenveto. Lääkealan turvallisuus ja kehittämiskeskus. Viitattu 30.3.2015 [http://www.fimea.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/24160\\_Yhteenveto\\_kudospankkipaivasta.pdf](http://www.fimea.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/fimea/embeds/fimeawwwstructure/24160_Yhteenveto_kudospankkipaivasta.pdf)
- Friendli, L., Hoffren, J., Kajanoja, J., Koskinen-Ollonqvist, P., Lehto, M., Parsonage, M., Rouvinen-Wilenius, P. & Vertio, H. 2010. Osa 1. Terveys ja talous. Terveiden edistäminen ja kustannukset. Teoksessa P. Rouvinen-Wilenius & P. Koskinen-Ollonqvist (toim.) Vastine rahalle – kannanottoja terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuteen. Helsinki: Terveiden edistämisen keskus ry (TEKRY), 15–27. Viitattu 25.6.2015 [http://www.soste.fi/media/pdf/vastine\\_rahalle.pdf](http://www.soste.fi/media/pdf/vastine_rahalle.pdf)
- Graneheim, UH. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse education today. 2/2004. 105–112. Viitattu 31.10.2015 <http://ez.lapinamk.fi:2089/science/article/pii/S0260691703001515>

- Heikkilä, J. & Paananen, M-L. 2005. Sairaanhoidtaja sydämen vajaatoimintaa sairastavan hoidon ohjaajana ja seuraajana. Teoksessa: M. Miettinen, H. Hopia, L. Koponen & K. Wilskman (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2005. Hoitotyön interventiot. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto, 151–163.
- Heiro, E., Raitoharju, R. 2010. Terveysthuolto-organisaatioiden välinen tiedon siirto – toimintaympäristöjen vertailu Suomessa ja Yhdysvalloissa. Teoksessa P. Ruotsalainen (toim.) Avauksia 12 /2009. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.10.2015 <http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/article/view/2629/2415>
- Heliövaara, M. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. Terveysturkki, 1869–1874. Tulostettu 18.8.2015.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. 15.uudistettu painos. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmberg-Marttila, D & Valvanne, J. 2011. Hoitoketjut toimiviksi potilaan ketjuiksi. Suomen lääkärilehti 8/2011, 2227. Pääkirjoitus. Viitattu 6.7.2015 <http://ez.lapinamk.fi:2094/cl/laakarilehti/pdf/2011/SLL322011-2227.pdf>
- HUS. Hoitoketjut. Viitattu 6.7.2015 <http://www.hus.fi/ammattilaiselle/hoitoketjut/Sivut/default.aspx>
- Husted, H. 2012. Fast -track hip and knee arthroplasty: clinical and organizational aspects. Acta orthopaedica, 2-38. Viitattu 1.7.2015 <http://ez.lapinamk.fi:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bb065e31-8a3a-4bd9-aefc-fdfee66600f6%40sessionmgr4003&vid=7&hid=4214>
- Hyysalo, J. 2014. Supporting collaborative development. University of Oulu, Oulu 2014. Väitöskirja. Viitattu 27.10.2015 <http://herkules.oulu.fi/isbn9789526206028/isbn9789526206028.pdf>
- Hänninen, H. 2011. Fast track -hoitomallin kehittäminen Keski-Suomen keskussairaalassa vatsakirurgian osastolla 22. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja. Tekstiaineisto.
- Implant database -tilastot. 2013. Lapin keskussairaalan tekoniveltilastot: Operatiiviset raportit.
- Invalidisäätiö Orton 2015a. Potilasoppaat. Viitattu 23.4.2015 <http://www.orton.fi/fi/yhteydet-info/potilasoppaat/>
- Invalidisäätiö Orton 2015b . Tekonivelhoitajakoulutus. Viitattu 25.3.2015 <http://www.orton.fi/fi/haku/?q=tekonivelhoitaja>
- Invalidisäätiö Orton 2015c. Tekonivelet. Viitattu 23.4.2015 <http://www.orton.fi/fi/klinikat/tekonivelet/>
- Invalidisäätiö Orton 2015d. Hinnasto. Viitattu 6.7.2015 <http://www.orton.fi/fi/yhteydet-info/hinnasto/>

- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy 2008.
- JBI-suositukset. 2010. Hoitoketjujen vaikuttavuus aikuisten ja lasten terveydenhuollossa. Best Practice 14/ 2010. Joanna Briggs Instituutin julkaisema tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus. Viitattu 6.7.2015 [http://www.hoitus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2010-8\\_0.pdf](http://www.hoitus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-8_0.pdf)
- Juden-Tupakka, S. 2008. Askelia fenomenologiseen analyysiin. Teoksessa E, Syrjäläinen, A Eronen & V-M Värri (toim.) 3.painos. Avauksia laadullisen tutkimuksen analyysiin. Tampere: Tampere University Press.
- Järvelin, J., Häkkinen, U., Rosenqvist G. & Remes, V. 2012. Factor predisposing to claims and compensations for patient injuries following total hip and knee arthroplasty. Acta orthopaedica 83/2012, 190–196. Viitattu 22.8.2015 <http://ez.lapinamk.fi:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=1a352c5a-037e-4d1c-bed4-acb19e619791%40sessionmgr4004&hid=4114>
- Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kangasharju, A. 2008. Tuottavuus osana tuloksellisuutta. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 3–33. Viitattu 26.9.2015 <https://www.vatt.fi/file/personal/kangasharju/tuottavuus%20osana%20tuloksellisuutta.pdf>
- Kangasniemi, M., Haapa, T., Tilander, E., Arala, K. & Suutarla, A. 2015. Ammattien välinen kollegiaalisuus. Teoksessa E. Becker, N. Hahtela & I. Ranta (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2015. Kollegiaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. 3.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kanste, O. 2015. Monialainen yhteistoiminta lasten, nuorten ja perheiden palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luento. Pohjois-Suomen hoitotiedepäivät 24-25.9.2015.
- Kauppinen, A. & Räsänen, L. 2010. Leikkaukseen kotoa. LEIKO-potilaiden tyytyväisyyskysely Keski-Suomen keskussairaalassa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.
- Kehus, E. & Törmänen, O. 2014. Näyttöön perustuva hoitotyö osastonhoitajien näkökulmasta. Tieteellinen artikkeli. Tutkiva hoitotyö. 3/2014, 36–44.
- Kelo, M., Haapasalmi, P., Luukkanen, M. & Saloheimo, T. 2012. Kohti työelämälähtöistä oppimista. Aatos-artikkelit. Viitattu 27.10.2015 [http://www.metropolia.fi/fileadmin/user\\_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/AATOS/PDF/AATOS\\_4-12\\_Kohti\\_tyoelamalah\\_.pdf](http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/Julkaisusarjat/AATOS/PDF/AATOS_4-12_Kohti_tyoelamalah_.pdf)
- Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Kolmas painos. Tampere: Vastapaino.



- Kemppainen, M. 2014a. Kysely tekonivelpotilaille Lapin alueella, Lapin sairaanhoitopiirin asiakaskyselyt. Luento terveystieteiden keskuksella. Lapin sairaanhoitopiirin kehittämishanke.
- Kemppainen, M. 2014b. Fast track-muistiot. Lapin sairaanhoitopiirin kehittämishanke.
- Kemppainen, M. 2014c. Yhdessä kohti Fast track kirurgiaa. Fast track-raportit. Lapin sairaanhoitopiirin kehittämishanke. Aiheeseen liittyvät sähköpostit ajalta 1.9.2014- 30.3.2015.
- Kemppainen, M. 2015. Fast track -kirurgia. Luentomateriaali. Viitattu 24.4.2015 <http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=13684&contentlan=1>
- Keränen, U. 2014. Leikopäikilyhki. Gynekologisen kirurgian seuran koulutuspäivät 18.09.2014. Luentomateriaali. Viitattu 3.11.2015 <http://gks.fi/wp-content/uploads/2014/09/GKS-18092014-uker.pdf>
- Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pilkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brader, P. & Komulainen, J. 2006. Hoitosuositukset hoitoketjuksi – opas hoitoketjun laatimiseen ja toimeenpanoon. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Artikkelit. Hoitotiede 1/1999, 3–11.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Käypähoitosuositus 2015a. Lonkan ja polven nivelrikko.
- Käypähoitosuositus 2015b. Elektiivisten tekonivelleikkausten hoitoketju. Keski-suomen sairaanhoitopiirin malli.
- Käypähoitosuositus 2015c. Tekonivelleikkaukset (lonkka ja polvi).
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopiston tutkimusjulkaisuja. Viitattu 26.3.2015 <http://urn.fi/urn:isbn:9789514284984>
- Laine, J. 2005. Tuottavuuden arviointi osana sosiaalitaloudellista tutkimusta. Näkökulmia lasten päivähoiton tuottavuustutkimukseen. Artikkelit. Yhteiskuntapolitiikka/ Terveystieteiden keskuslaitos. 6/2005. Helsinki: Stakes, 659–666.

- Laine, T. 2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin.3. uudistettu ja täydennetty painos. Juva: PS-kustannus. 2010, 28–33.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785, 4 §. Pääsy hoitoon. 30.12.2010.
- Lapin sairaanhoitopiiri 2015a. Hoitoon pääsy. Viitattu 24.4.2015 <http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=10417&contentlan=1>
- Lapin sairaanhoitopiiri 2015b. Potilasopaat erikoisaloittain. Viitattu 24.4.2015 <http://www.lshp.fi/default.aspx?nodeid=13684&contentlan=1>
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7.painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöstutkimus. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 4.7.2015 <http://herkules oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>
- Lääkelaki 10.4.1987/395, 76§. Ohjaus ja yleinen valvonta 16.10.2009/ 773.
- Lönnqvist, A. & Mettänen, P. 2003. Suorituskyvyn mittaaminen -tunnusluvut asi-  
antuntija-organisaation johtamisvälineenä. Yritysjulkaisut. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Manninen, K. 2013. TEP-potilaan hoitopolku. Lapin sairaanhoitopiirin nykyiset käytännöt-luentomateriaali.
- McDonald, S., Page, M.J., Beringer, K., Wasiak, J & Sprowson, A. 2014. Pre-operativa education for hip or knee replacement. Journal article – research, systematic review. Viitattu 30.11.2014 <http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/detail/detail?vid=4&sid=80968c5a-fa21-4282-a9ee-b3262a88743d%40sessionmgr113&hid=101&bdata=JnpdGU9ZWvhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=105837796&db=cin20>
- Mehtonen, M. 2012. Tuottavuuden mitta-ongelmia ja esimerkkejä. Luentomateriaali seminaarissa; Kuntamarkkinat 12-13.9.2012. Viitattu 3.7.2015 [http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2012/12\\_07\\_2012\\_Kuma\\_Kuntatalous/Liite3\\_Tuottavuus\\_Mehtonen.pdf](http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/uutisia/2012/12_07_2012_Kuma_Kuntatalous/Liite3_Tuottavuus_Mehtonen.pdf)
- Metsämuuronen, J. 2008. 3. uudistettu painos. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia–sarja 4. Helsinki: International Methelp.
- Nordlap-laboratoriopalvelut 2013. Puhelu tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluista.

- Nuutinen, M. 2012. Alueellisen hoito-ohjelman ja hoitoketjun luominen lääkärin tietokantoihin. Terveysportti. Hoitoketjut 12.12.2012. Kustannus oy Duodecim 2015.
- Paane-Tiainen, T. 2013. Murtuuko muuri. Lääkäriverkko pyrkimyksenä muuttaa alueellista yhteistyötä Kymenlaakson sairaanhoitopiirissä. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia 248. Väitöstutkimus. Helsinki: Helsingin yliopisto. Viitattu 4.7.2015 [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37926/paane-tiainen\\_vaitoskirja.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37926/paane-tiainen_vaitoskirja.pdf?sequence=1)
- Paavilainen, N. & Pöntinen, R. 2012. Leiko- potilaiden kokemukset leikkausta edeltävästä ohjauksesta ja leikkaukseen valmistautumisesta. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö. Viitattu 27.3.2015 <https://publications.theseus.fi/handle/10024/40185>
- Pedersen, A.B., Johnsen, S.P., Overgaard, S., Soballe, K., Sorensen, H.T. & Lucht, U. 2005. Total hip arthroplasty in Denmark. Incidence of primary operations and revisions during 1996-2002 and estimated future demands. Acta Orthopaedica (2): 182–189. Viitattu 10.4.2015. <http://ez.lapinamk.fi:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=782d4d95-8699-4f4f-9b07-bfd7e56a9076%40sessionmgr4003&hid=4112>
- Perälä, A. 2011. Lonkka -ja polviproteesit Suomessa 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 23/ 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.7.2015 [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr06\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr06_11.pdf)
- Ravaska, P., Suorsa, V. & Lahtela, M. 2015. Lonkan ja polven fast track - endoproteesitoimenpide. Tuloste. Lapin keskussairaalan ohjeistus liittyen endoproteesileikkauksen fast track -toimintaan.
- Rantanen, P., Keinonen, A. & Mäkelä, A. 2006. The 2004 Implant Yearbook on orthopaedic endoprotheses. Publications of national agency for medicines. Finnish arthroplasty register. Vantaa: Lääkelaitos.
- Remes, V & A-P, Puhto. 2015. Tekonivelleikkaukseen tulevan potilaan preoperatiiviset tutkimukset. Teoksessa V. Remes, A-P. Puhto, J. Huopio, J. Kettunen & P. Virolainen. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. Suomen artroplastia yhdistyksen julkaisu. Viitattu 22.8.2015 [http://www.suomenartroplastia yhdistys.fi/files/hyva\\_hoito\\_lonkan\\_ja\\_polven\\_tekonivelkirurgiassa\\_2015.pdf](http://www.suomenartroplastia yhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgiassa_2015.pdf)
- Remes, V., Peltola, M., Häkkinen, U., Kröger, H., Leppilähti, J., Linna, M., Malmivaara, A., Mäkelä, K., Nelimarkka, O., Parvinen, I., Seitsalo, S. & Vuorinen, J. 2007. PERFECT- Tekonivelkirurgia: Lonkan ja polven tekonivelkirurgian kustannukset ja vaikuttavuus. Helsinki: Stakes.
- Reumaliitto. Polven tekonivelleikkaus. Viitattu 6.7.2015 [http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/polven\\_tekonivelleikkaus/](http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapinen/leikkaukset/polven_tekonivelleikkaus/)

- Rimpelä, M. 2010. Terveystenhoidosta terveyden edistämiseen. Teoksessa T. Ståhl & A. Rimpelä (toim.) Terveysten edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.10.2015 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1#page=12>
- Saarela, K. 2004. Tekonivelpotilaan preoperatiivinen ensiohjaus ja tutkimuskäynti Seinäjoen keskussairaalassa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja B: raportit. Seinäjoki: Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Saaren-Seppälä, T. 2004. Yhteisen potilaan hoito. Tutkimusorganisaatorajat ylittävistä yhteistoiminnasta sairaalan, terveyskeskuksen ja lapsipotilaiden vanhempien suhteissa. Tampere University Press. Tampere 2004.
- Sarka, K. & Sutinen, L. 2014. Ennakointi lyhentää leikkausaikaa. Teoksessa P. Vikberg-Aaltonen (toim.) Hoitotyön osaamisen kehittäminen palvelee syöpäpotilaan parempaa elämänlaatua -omassa työssä oppimisen ja tutkivan kehittämisen tuloksia oppis-koulutuksessa. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hämeenlinna: HAMK-julkaisu. Viitattu 21.7.2015 [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85676/HAMK\\_Hoitotyon\\_osaamisen\\_kehittaminen\\_ekirja\\_2014.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85676/HAMK_Hoitotyon_osaamisen_kehittaminen_ekirja_2014.pdf?sequence=1)
- Silva, F., Melo, F., Amaral, M., Caldas, V., Pinheiro, I., Abreu, B & Vieira, W. 2015. Efficacy of simple integrated group rehabilitation program for patients with knee osteoarthritis: Single-blind randomized controlled trial. JRRD 3/2015, 309–322. Viitattu 28.10.2015 <http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=80968c5a-fa21-4282-a9ee-b3262a88743d%40sessionmgr113&hid=101>
- Sosiaali- ja terveystministeriö. Sosiaali- ja terveystpalvelut. Viitattu 26.3.2015. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveystpalvelut/asiakkaanoikeudet/hoitoon\\_paasy](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystpalvelut/asiakkaanoikeudet/hoitoon_paasy)
- Sosiaali- ja terveystministeriön selvityksiä 2003. Teoksessa A. Hietanen & T-M Lyyra (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen.
- Sullivan, D. 2015. Using technology for patient education. New Hampshire Nursing News. Viitattu 31.10.2015 <http://ez.lapinamk.fi:2080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=66b4ab3a-438a-4654-b75c-dfbef46a7dc6%40sessionmgr198&vid=6&hid=128>
- Suomen artroplastia yhdistys. Viitattu 13.4.2015 <http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/index.php?page=1049&lang=1>
- Suomen artroplastia yhdistys 2015. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2015. Viitattu 22.8.2015 [http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva\\_hoito\\_lonkan\\_ja\\_polven\\_tekonivelkirurgiassa\\_2015.pdf](http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgiassa_2015.pdf)

- Suominen, T. 2008. Vanhusten kotihoidon työnjako –osaamisen vai resurssien sanelemaa? Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 8.7.2015 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80386/gradu03386.pdf?sequence=1>
- Takalo, K. 2012. Tekonivelleikkausta odottavien potilaiden kokemuksia leikkausta edeltävästä potilasohjauksesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö.
- Tekonivelsairaala Coxa. Puhelu tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluista. 8/2014.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/ 1326, 48 §. Laajennettu kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Lonkka- ja polviproteesit 2000–2013. Viitattu 13.4.2015 <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/lonkka-ja-polviproteesit>
- Tohmo, H. 2010. Miten Leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa. HUS, Hyvinkään sairaala. Viitattu 3.11.2015 [http://www.finnanest.fi/files/tohmo\\_miten.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tohmo_miten.pdf)
- Turunen, V. 2014. Tekonivelleikkaus. Tiimityötä koko ketju. Tehy 15/2014, 15–19.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. 10. painos. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuominen, U. 2013. The effect of waiting time on health outcomes and costs of total joint replacement in hip and knee patients. Studies in social security and health 126. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Tyrisevä-Ryösö, M. 2012. Tekonivelleikkattujen potilaiden arvioita hoidon laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 26.9.2015 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130035/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130035.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130035/urn_nbn_fi_uef-20130035.pdf)
- Valkonen, T. 2004. Elinajanodotteen kehitys, väestön vanheneminen ja tulevaisuuden terveysongelmat maailmassa ja meillä. Terveys, tiede ja tulevaisuus-seminaari 2003. Aikakauskirja duodecim, 2173-2179. Viitattu 19.5.2015 <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo94514.pdf>
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Tiedotteet. Tyksissä hyviä tuloksia tekonivelleikkauksista. Viitattu 6.7.2015 <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sivut/Tyksiss%C3%A4-hyvi%C3%A4-tuloksia-tekonivelleikkauksista.aspx>
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus. Tammi.

Walker, J. 2010. Care of patients undergoing joint replacement. *Orthopaedics* 2/2012, 14–20. Viitattu 2.7.2015 <http://ez.lapinamk.fi:2065/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=3d38369d-ad9c-4418-b4fc-eb5cdaeea6ef%40sessionmgr4003&hid=4214>

## LIITTEET

- LIITE 1. Saatekirje
- LIITE 2. Tutkimuslupa
- LIITE 3. Toimeksiantositoumus
- LIITE 4. Kyselylomake
- LIITE 5. Yhteistyöpalaveriaineiston analyysi
- LIITE 6. Lomakekyselyaineiston analyysi

## LIITE 1. Saatekirje

***Hei terveyskeskusten väki!***

***Tämä kysely koskee tekonivelpotilaiden valmistelua leikkaukseen ja on osa Lapin ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä.***

*Syksyllä 2014 tapasimme Lapin alueen terveyskeskusierroksemme aikana ja silloin kerroin edeltävästi useammassa terveyskeskuksessa jatkossa suorittamastani kyselystä. Nyt asia on ajankohtainen ja pyytäisinkin sinua käyttämään pienen hetken aikaa tekonivelpotilaiden hoidon kehittämiseen!*

*Kiitos jo etukäteen!*

*Ohessa linkki kyselyyn!*

*<https://www.webpolsurveys.com/R/94739F0BB980F2E4.par>*



## LIITE 2. Tutkimuslupa

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä

LUPA TUTKIMUKSELLE / OPINNÄYTETYÖLLE

klinikka / tulosyksikkö <i>LYHVI/3001</i>		tulosyksikkönumero		DIAARINRO: <i>TUT 7/2015</i>	
1. Tutkijaa koskevat tiedot	Tutkijan suku- ja etunimet <i>Manninen Kati Pauliina</i>		Nykyyinen virka / toimij / opiskelija <i>sairaanhoitaja</i>		
	Nykyyinen työnantaja / opiskelupaikka <i>Lapin Sairaanhoitopiiri</i>		Postinro ja -paikka <i>96190 Rovaniemi</i>		
			Sähköpostiosoite <i>Kati.manninen@lshp.fi</i>		
	Suoritettu tutkinto <i>Terveystieteiden AMK</i>		Suoritusvuosi <i>2003</i>	Suorituspaikka <i>Rovaniemen AMK</i>	
2. Tutkimusprojektia tai tutkimusta koskevat tiedot	Tutkimusprojektin lyhyt nimi <i>Teknivalpotilain leikkauvalmistelut terveystieteiden kanssa.</i>				
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> julkinen		Tutkimusaika <i>1.1.-15 - 31.12-15</i>		
	<input type="checkbox"/> ei-julkinen, sisältää salassapidettäviä osioita				
	Kaavanumerot		Alihakuksena		
	Tutkimus on <input checked="" type="checkbox"/> opinnäyte (ammattikorkeakoulu) <input type="checkbox"/> gradu <input type="checkbox"/> muu, mikä <input type="checkbox"/> syventävä opinnäyte (lääketiede) <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> rekisteritutkimus				
	Anoja on <input type="checkbox"/> apurahan saanut tutkija <input type="checkbox"/> muu tutkija <input checked="" type="checkbox"/> opiskelija			Anoja osallistuu potilastyöhön <input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
	Tutkimuksen vastuuhenkilö (Laki lääk. tutk. 488/1999 § 5) / ohjaaja / päättökija <i>Outi Törmänen / Kati Manninen</i>				
	Hankkeeseen osallistuvat sairaalan klinikat / muut tutkijat / tutkimusryhmä / työntekijät <input type="checkbox"/> Apteekki <input type="checkbox"/> Laboratorio				
	Hankkeeseen osallistuvat ulkopuoliset henkilöt (tarvittaessa erillinen liite), joille anotaan lupaa työskennellä hankkeen puitteissa sairaalassa (sitoumus jokaiselta liitteestä)				
	Tutkimuksen rahoitussuunnitelma ► Erillinen liite				
Arvio tutkimustyöstä sairaalalle aiheutuviasta vuosittaisista suoranaistista kustannuksista <input type="checkbox"/> Aiheuttaa sairaalalle kustannuksia, selvitys mitä <input checked="" type="checkbox"/> Ei aiheuta, koska on ulkopuolinen rahoittaja					
Ulkopuolinen rahoitus <input type="checkbox"/> Ulkopuolinen rahoittaja rahoittaja <i>Tutkija</i> <input type="checkbox"/> kokonaan <input type="checkbox"/> osittain <input type="checkbox"/> Sopimuksen nro (kirjaamosta)					
Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> muu, mikä Projektin numero: (EVO: JYL-päätös §)					
Päivämäärä Anojan allekirjoitus ja nimen selvennys <i>20.1. - 2015 Kati Manninen / KATI MANNINEN</i>					
3. Lausunnot	Tarvitvat lausunnot ja luvat				
	<input type="checkbox"/> Ei tarvetta	lähetyispäivä		vastaus saatu	
Luvat	<input type="checkbox"/> Alueellinen eettinen toimikunta				
	<input type="checkbox"/> <sup>1)</sup> ETENE - <sup>2)</sup> TUKIJA				
<input type="checkbox"/> Fimea <sup>3)</sup> <input type="checkbox"/> Johtajayll./laitoksen joht./ STM/THL <sup>4)</sup> <input type="checkbox"/> VALVIRA <sup>5)</sup>					
4. PÄÄTÖS Luvan myöntäjä täyttää!	Tutkimustulosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovittu, liite sopimuksesta <input type="checkbox"/> Ei tarvetta tehdä sopimusta				
	Päätös <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti edellyttäen, että valmiu opinnäytetyö toimimaan LSHP:in sähköpostin ja paperisena. Sähköinen tiedotus pöytäkirjassa. <input type="checkbox"/> Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavien muutoksin <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi <input type="checkbox"/> Anomus käsitelty johtoryhmässä				
	Päätöksentekijä <input type="checkbox"/> tulosyksikön joht. / tulosalueen joht. / ylihoitaja <input checked="" type="checkbox"/> joht.yliääkäri / hall.ylihoitaja <input type="checkbox"/> shp:n joht. / hallitus				
	Päivämäärä <i>3.2.15</i>		Allekirjoitus <i>[Handwritten Signature]</i>		LOMAKKEEN SÄILYTYS - Tutkija (tutkimuksen ajan) - Päätätjä (arkistointi)

<sup>1)</sup> ETENE= Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta<sup>2)</sup> TUKIJA= Valtakunnallinen lääketieteellinen tutkimuseettinen toimikunta<sup>3)</sup> Fimealta ilmoitetaan 60 pv:n kuluessa onko huomautettavaa. Ellei ilmoitusta tule, tutkimus voidaan aloittaa. Apteekin tiedote 7.8.1.<sup>4)</sup> Rekisteritutkimukset<sup>5)</sup> Kudoslaki (101/2001) ja asetus (594/2001) sekä Hallintokeskuksen tiedote (luvat).Liitteet: Tutkimussuunnitelma  
Rahoitussuunnitelma  
Muita liitteitä kpl

LSHP (päivitetty 29.10.2010)

## LIITE 3. Toimeksiantositoumus

## Liite 1 (1/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

## I Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

Yritys/Työyhteisö	
Yrityksen/Työyhteisön nimi:	Lapin sairaanhoitopiiri / LYHki-yksikkö
Yhteyshenkilö	Marianne Saaho
Asema/ ammattinimi:	osastonhoitaja
Osoite	Puhelin
Sähköposti:	
Opinnäytetyö (mahdollinen tarkentava määrittely liitteenä)	
Opinnäytetyön aihe:	Tekonivelpohlaan leikkaukseen valmistautuminen Lapin sairaanhoitopiirissä - Toimiva valmistelu-prosessi yhteistyössä terveyskeskusten kanssa.
Opinnäytetyön suorittamista varten luovutettava tausta-aineisto:	Valmis:
Opinnäytetyön ohjaus toimeksiantajan taholta. Kuka ohjaa ja miten?	Liisa Manner-Raappana
Toimeksiantajan edustaja sitoutuu	
<input type="checkbox"/> osallistumaan opinnäytetyösuunnitelman laadintaan <input type="checkbox"/> mahdollistamaan työn suorittamisen työyhteisössä <input type="checkbox"/> ohjaamaan opiskelijaa työhön liittyvissä ammatillisissa kysymyksissä <input type="checkbox"/> osallistumaan mahdollisuuksien mukaan opinnäytetyöseminaareihin, antamaan työstä palautetta sekä lausunnon työn arviointia varten <input type="checkbox"/> sopimaan tarvittaessa työn luottamuksellisista asioista opiskelijan ja ammattikorkeakoulun kanssa	
Allekirjoitus	Liisa Manner-Raappana

## II Opiskelijan sitoumus opinnäytetyöhön

Opiskelija	
Opiskelijan etu- ja sukunimi:	Kati Manninen
Opiskelijan- numero	
Osoite	
Sähköposti	kati.manninen@edu.lapinamk.fi
Koulutus ja suuntautumisvaihtoehto:	Terveystieteiden koulutus (ylempi AMK)
Opiskelija sitoutuu	
<input checked="" type="checkbox"/> suorittamaan työn suunnitelmallisesti ja ammattikorkeakoulun ohjeistusta noudattaen, <input checked="" type="checkbox"/> käyttämään toimeksiantajalta saamaansa aineistoa vain opinnäytetyön tarkoitukseen, <input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihtoehtoisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen tausta-aineiston osalta sekä <input checked="" type="checkbox"/> toimittamaan valmiin opinnäytetyön toimeksiantajalle sovulla tavalla ja tarvittaessa esittelemään työn tuloksia toimeksiantajalle.	
Allekirjoitus	Kati Manninen

## Liite 1 (2/2) Opinnäytetyön toimeksiantositoumus

## III Opinnäytetyön ohjaus

Ohjaava Opettaja	
Ohjaavan opettajan nimi:	Outi Törmänen
Koulutus ja toimipaikka: Terveyden edistäminen ylempi AMK, LAPIN AMK	Puhelin:
Sähköposti:	outi.tormanen@lapinamk.fi
Ammattikorkeakoulun edustajat sitoutuvat	
<input checked="" type="checkbox"/> vastaamaan, että opinnäytetyön aihe ja tavoitteet vastaavat alan yleimmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyölle asetettuja kriteerejä ja että opinnäytetyöprosessia ohjataan edistään työn valmistumista,	
<input checked="" type="checkbox"/> vastaamaan opinnäytetyön arvioinnista,	
<input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan kaikissa vaiheissa ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeistusta sekä	
<input checked="" type="checkbox"/> noudattamaan vaihtelovollisuutta erikseen sovitun luottamuksellisen aineiston osalta.	
Allekirjoitus	Outi Törmänen

Koulutuksen yliopettaja	
Koulutuksen yliopettajan nimi:	Outi Törmänen
Sähköposti:	outi.tormanen@lapinamk.fi
Allekirjoitus:	Outi Törmänen

Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, sitä ei sisällytetä julkaistavaan opinnäytetyöhön. Tätä sitoumusmallia käytetään toistaiseksi.

## LIITE 4. Kyselylomake



**LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI**  
LAPLAND HOSPITAL DISTRICT



### KYSELY TEKONIVELPOTILAIDEN LEIKKAUSVALMISTELUISTA

**Tervetuloa vastaamaan kyselyyn.** Tämä kysely on osa Lapin ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää kokemuksiasi **tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluista ja siihen liittyvästä yhteistyöstä** Lapin keskussairaalan kanssa. Tavoitteena on kehittää terveyskeskuksen ja keskussairaalan välistä yhteistyötä.

**Ole hyvä ja vastaa kysymyksiin omasta näkökulmastasi ja oman kokemuksesi perusteella.** Vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti.

**Asian tärkeyden vuoksi pyydän, että käyttäisit pienen hetken kysymyksiin vastaamiseen.**

**1. Mihin ammattiryhmään kuulut? \***

- sairaanhoitaja
- terveydenhoitaja
- lähihoitaja
- lääkäri
- muu, mikä? \_\_\_\_\_

**2. Kuinka pitkä on työurasi pituus? \***

- alle 1 vuotta
- 1-3 vuotta
- 4-10 vuotta
- enemmän kuin 10 vuotta

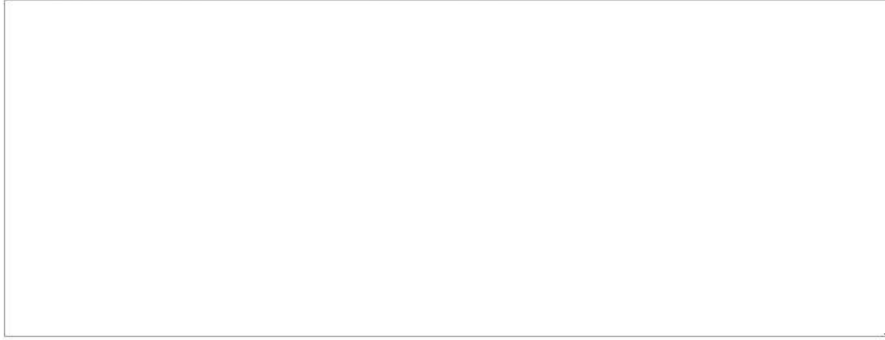
**3. Kuinka useasti työviikkosi aikana valmistelet potilaan tekonivelleikkaukseen? \***

- alle 2 kertaa
- 2-5 kertaa
- useammin kuin viisi kertaa

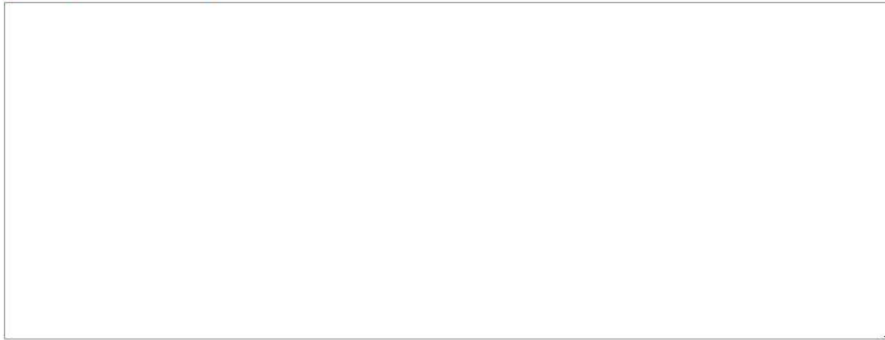
**4. Miten kuvailet edustamasi terveyskeskuksen ja Lapin keskussairaalan välistä yhteistyötä tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluissa?**

**5. Mitä tehtäviä sisältyy, kun valmistelet tekonivelpotilasta leikkaukseen?**

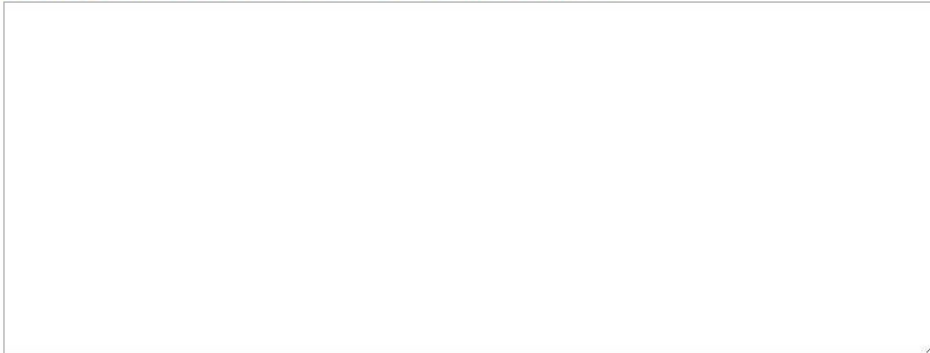
**6. Mitkä asiat kokemuksesi mukaan helpottavat terveyskeskuksen ja keskussairaalan välistä yhteistyötä tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluissa?**



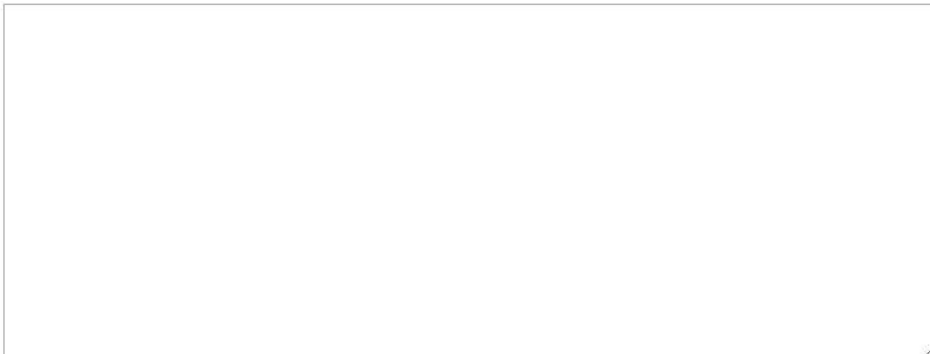
**7. Mitkä asiat kokemuksesi mukaan ovat esteitä terveyskeskuksen ja keskussairaalan välisessä yhteistyössä tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluissa?**



**8. Millaisia mahdollisia päällekkäisyyksiä on terveyskeskuksen ja keskussairaalan tekonivelpotilaan leikkausvalmisteluissa kokemuksesi mukaan?**



**9. Millaisia kehittämisideoita terveyskeskuksen ja keskussairaalan yhteistyöhön ehdotat?**



***Kiitos osallistumisestasi kyselyyn!***

## LIITE 5. Yhteistyöpalaveriaineiston analyysi

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p>-Hoitajan ajat riittävät</p> <p>-Lääkäritilanne on riittävä</p> <p>-Lääkäritilanne on hyvä</p> <p>-Peruutuspaikalle tulevat potilaat ehditään tutkia</p> <p>-Peruutuspaikalle tulevia potilaita ei ehditä tutkia</p> <p>-Hoitajan aikoja ei ole riittävästi</p> <p>-Lääkäritilanne on huono</p> <p>-Terveyskeskuksessatavoite vähentää leikkausta edeltävien käyntien määrää resurssien säästämiseksi</p> <p>-Leikkausmäärän lisääntyminen lisää työtä leikkausta edeltävästi</p> <p>-Leikkaukseen tulevat potilaat työllistävät</p> <p>-Kiirehtimislähetteen laatiminen työllistää</p>	<p>Leikkauksekelpoisuusarvioon käytettävät resurssit riittävät</p> <p>Leikkauksekelpoisuus-arvioon käytettävien resurssien riittämättömyys</p> <p>Toiminnan kehittämisen tarve potilasmäärän lisääntyessä</p>	<p><b>Vaihtelevat resurssit eri terveyskeskuksissa</b></p>
<p>-Kirjalliset ohjeet hyvät</p> <p>-Suullinen ohjaus tukee hyvin kirjallista ohjeistusta</p> <p>-Lääketautuksen koordinointi selkeytynyt</p> <p>-Leikkausajankohdan ilmoittaminen on riittävän aikaista</p> <p>-Keskussairaalasta saadun potilastiedon hyödyntäminen on luontevaa ja omaa toimintaa tukevaa</p> <p>-Vastausten lähettäminen ja tiedonsiirto toimii</p> <p>-Yhteistyö sujuu leikkausvalmisteluiden osalta</p> <p>-Ohjauksen sisällöt tukevat toisiaan</p> <p>-Potilaan haastattelu tehdään yhteistyössä</p> <p>-LEIKO- toiminnan käynnistymiseen liittyvä yhteistyö on sujunut hyvin</p>	<p>Ohjaus ja ohjeistus koetaan hyvänä</p> <p>Hoitohenkilöstön positiiviset kokemukset leikkausvalmisteluista</p> <p>Toimiva tiedonsiirto yksiköiden välillä</p> <p>Hoitohenkilöstön välinen yhteistyö nähdään toimivana</p> <p>Leikkausvalmisteluiden tiedonsiirtoon liittyvät haasteet</p>	<p><b>Kokemukset yhteistyöstä</b></p>

<p>-Vastausten lähettämisessä ja tiedonsiirrossa on puutteita</p> <p>-Tietojärjestelmien yhteensopimattomuus</p> <p>-Sähköinen konsultaatiomahdollisuus puuttuu</p> <p>-Leikkausajankohdan ilmoittaminen toivotaan aikaisemmaksi</p> <p>-Potilaan haastattelu tehdään kahteen kertaan (molemmilla organisaatioissa)</p> <p>-Potilasohjauksen sisällöt ovat samansuuntaisia</p> <p>-Lääketautuskäytänteet ovat olleet sekavia</p>	<p>Konsultaatioon liittyvät haasteet</p> <p>Leikkausta edeltävään toimintaan liittyvät haasteet</p>	<p><b>Kokemukset yhteistyöstä</b></p>
<p>-Leikkauksekelpoisuusarvion tekemisen hyödyllisyyttä keskussairaalan toiminnalle epäillään</p> <p>-Ennakointi koetaan tarpeelliseksi</p> <p>-Riskiryhmät tulee huomioida ennakoivasti</p> <p>-Terveyskeskuksessa tavoite vähentää leikkausta edeltävien käyntien määrää potilaan mielekkään hoidon kokemuksen saavuttamiseksi</p> <p>-Leikkausta edeltävät asiat korostuvat hoitoketjussa</p> <p>-Fast track -hoitomallin esittelemisen koettiin tarpeelliseksi ja yhteistyötä parantavaksi</p>	<p>Toiminnan kehittämisen osa-alueiden tiedostaminen eri organisaatioissa</p> <p>Yhteistyön merkitys korostuu</p>	<p><b>Tekonivelpotilaiden leikkausvalmisteluiden kehittäminen</b></p>
<p>-Potilaat ovat kokeneet "pallottelua"</p> <p>-Potilaat kokevat leikkausta edeltävän käynnin merkitykselliseksi</p> <p>-Potilaiden hyvät kokemukset koko hoitoketjusta</p>	<p>Hoitohenkilöstön kokemukset leikkausvalmisteluihin liittyvistä potilasnäkökulmista</p>	<p><b>Leikkausvalmisteluihin liittyvät potilasnäkökulmat</b></p>

## LIITE 6. Lomakekyselyaineiston analyysi

## Kysymys 4.

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p>-Potilaan ohjeistus on selkein ja kattavin kaikista potilasryhmistä</p> <p>-Selkeät hoitajan tekstit helpottavat työtä</p> <p>-Selkeät ohjeistukset helpottavat työtä</p>	<p>Tekonivelpotilasryhmän ohjeistus selkeää</p>	<p><b>Potilasohjauksen merkitys yhteistyössä</b></p>
<p>-Yhteistyö on sujunut hyvin</p> <p>-Yhteistyö on saumatonta</p> <p>-Yhteistyö on sujunut kohtuullisen hyvin</p> <p>-Pääsääntöisesti sujuu hyvin</p> <p>-Yhteistyö on sujunut kiitettävästi</p> <p>-Yhteistyö on sujunut hyvin</p> <p>-Yhteistyö hyvä</p> <p>-Ystävällinen käytös yhteistyössä</p> <p>-Hyvä yhteistyö</p> <p>-Ihan hyvä yhteistyö</p> <p>-Yhteistyö toimii erinomaisesti</p> <p>Yhteistyö sujuu hyvin</p> <p>Harvoin ollaan yhteydessä</p> <p>Yhteistyö on vähäistä</p>	<p>Organisaatioiden välinen yhteistyö koetaan positiivisena</p> <p>Terveyskeskuksien henkilöstön kokemuksia yhteydenpidonmäärästä</p>	<p><b>Kuvaus organisaatioiden välisestä yhteistyöstä</b></p>
<p>-Keskussairaalaan lähetetyt ja tiedot hukkuvat jonnekin</p> <p>-Keskussairaalaan lähetetään toistuvasti saman potilaan tietoja</p> <p>-Ajoittain tiedonkulussa ongelmia</p>	<p>-Potilastiedon siirtoon liittyviä haasteita</p>	<p><b>Yhteistyöhön liittyvät tiedonsiirron haasteet</b></p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>-Yhteydenotto on helppoa</li> <li>-Tiedon kulku on mutkatonta</li> <li>-Yhteydenotto helppoa puhelimitse</li> <li>-Kysymyksiin saa vastauksen</li> <li>-Neuvoja saa tarvittaessa keskussairaalaasta</li> </ul>	<p>Yhteydenpito onnistuu organisaatioiden välillä</p>	<p><b>Matalan kynnyksen yhteydenpidon merkitys yhteistyössä</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fysioterapeuttien työnjako on selvillä</li> <li>-Hoitajan näkökulmasta työnjako on selkeä</li> <li>-Lääkärit toivoisivat parempaa ohjeistusta arvion tekemiseen hoitajien mielestä</li> </ul>	<p>Selkeä työnjako yhteistyössä</p> <p>Erikoissairaanhoidon tukea kaivataan</p>	<p><b>Hoitoketjun työnjakoon liittyvät yhteistyökokemukset</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apuvälineasioissa potilaat ovat joskus hukassa</li> <li>-Potilaiden ajoittainen tietämättömyys lääkirillä käynnin tarpeellisuudesta</li> <li>-Peruutuspaikalle kutsutut potilaat ottavat liian myöhään yhteyttä</li> <li>-Leikkauspotilaan ottavat vaihtelevasti yhteyttä aiheuttaen yhteistyön haasteita</li> </ul>	<p>Preoperatiiviseen fysioterapiaan liittyvät haasteet</p> <p>Tiedon omaksumiseen liittyvät haasteet</p>	<p><b>Potilaiden oman vastuun merkitys yhteistyöhön</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lääkärit kokevat arvion tekemisen työläänä hoitajan näkökulmasta</li> <li>-Helpoimpia potilaita valmistella terveyskeskuksessa keskussairaalan työpanoksen vuoksi</li> <li>-Perusterveydenhuollon hoitajalla on valmisteluissa vain pieni rooli</li> <li>-Hoitoketjumalli toimii erinomaisesti</li> <li>-Selvät toimintatavat</li> <li>-Selkeät toimintaohjeet</li> <li>-Fysioterapian hoitoketjulinja pelaa</li> </ul>	<p>Perusterveydenhuollon lääkärinrooli leikkausvalmisteluissa</p> <p>Perusterveydenhuollon hoitajan rooli hoitoketjussa</p> <p>Toimivat käytänteet</p>	<p><b>Vakiintuneiden toimintatapojen merkitys yhteistyölle</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hoitaja-ajat eivät riitä aiheuttaen ongelmia</li> <li>-Röntgen takkuilee aiheuttaen ongelmia</li> </ul>	<p>Henkilöstöresurssien puute</p> <p>Tutkimusresurssien puute</p>	<p><b>Henkilöstö- ja resurssipulan vaikutus yhteistyölle</b></p>

## Kysymys 5.

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Työnkuvaan kuuluu potilaan ohjaus eri tutkimuksiin</li> <li>-Jatkohoitoon liittyvä ohjaus</li> <li>-Harjoitteiden ohjaus</li> <li>-Preoperatiivinen fysioterapiaohjaus</li> <li>-Informaation antaminen leikkauksesta</li> <li>-Leikkausohjeistuksen antaminen</li> <li>-Informaation antaminen kuntoutumisesta</li> <li>-Potilaan haastattelun tekeminen</li> <li>-Esihaastattelun tekeminen</li> </ul>	<p>Työhön liittyvät erilaiset ohjaustilanteet</p> <p>Potilaan esitietojen haastattelu osana työtä</p>	<p><b>Potilasohjaus osana hoitohenkilöstön työnkuva</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ihon kunnon tarkistus</li> <li>-Infektioiden huomioiminen</li> <li>-Verenpaineen, painon ja pituuden mittaaminen</li> <li>-Yleisvoiminnan tarkistus</li> <li>-Allergioiden kartoitus</li> <li>-Lääkityksen tarkistaminen</li> <li>-Nykyllä lääkitymisen tarkistaminen</li> <li>-Lääketauoksista konsultointi</li> <li>-Potilaan fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kartoittaminen</li> <li>-Esivalmisteluiden suorittaminen</li> <li>-Laboratoriokokeiden ottaminen</li> </ul>	<p>Tekonivelipotilaan leikkaukelpoisuuden erityispiirteiden huomioiminen</p> <p>Fysiologisten mittausten suorittaminen</p> <p>Lääkehoidon huomioiminen</p> <p>Potilaan yleisvoiminnan ja toimintakyvyn kartoitus</p> <p>Potilaan leikkaukseen valmistaminen</p> <p>Kliiniset toimenpiteet ennen leikkausta</p>	<p><b>Leikkaukelpoisuuteen vaikuttavat hoitohenkilöstön suorittamat tutkimukset ja tehtävät</b></p>

<p>-Kyselykaavakkeen täyttäminen</p> <p>-Röntgentutkimuksiin liittyvien pyyntöjen/lähetteiden tekeminen</p> <p>-Lääkäriajan varaaminen</p> <p>-Lääkärin konsultointipotilaan leikkauskelpoisuudesta</p> <p>-Tiedonsiirto LYHKKI-yksikköön</p> <p>-Preoperatiivisten tietojen lähettäminen</p>	<p>Potilastietojen kirjaaminen</p> <p>Yhteistyössä tehty arvio potilaan tilasta</p> <p>Potilastietojen siirtäminen</p>	<p><b>Potilastietojen dokumentointi ja siirtäminen osana hoitohenkilöstön työkuva</b></p>
<p>-Apuvälientarpeen arviointi</p> <p>-Apuvälineiden lainaus</p> <p>-Apuvälinejärjestelyt</p> <p>-Tarvittaessa kotikäynnin suorittaminen</p>	<p>Tekonivelpotilaan leikkaukseen liittyvät apuvälineasiat</p> <p>Kotiolojen kartoittaminen</p>	<p><b>Fysioterapiaan liittyvät esivalmistelut osana työkuva</b></p>
<p>-Lähetteen teko</p> <p>-Potilasvalinta lähetettä tehdessä</p> <p>-Leikkauskelpoisuusarvion tekeminen</p>	<p>Lääkärin työkuva leikkausvalmisteluissa</p>	<p><b>Lääkärin suorittamat tutkimukset sekä hoitolinjaukset</b></p>

## Kysymys 6.

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Muistilista</li> <li>-Puhelimitse saa hyvin ohjeistusta</li> <li>-Sähköinen tiedonsiirto helpottanut yhteistyötä</li> <li>-Puhelimitse saa hyvin kiinni</li> <li>-Yhteydenoton helppous</li> <li>-Toimiva hoitoketju</li> <li>-Selkeä työnjako</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konsultaationmahdollisuus erikoissairaanhoidosta</li> <li>Onnistuneen tiedonsiirron kokemukset</li> <li>Tekonivelhoitoketjun toimivuuden vaikutukset yhteistyöhön</li> </ul>	<p><b>Toimintaan liittyviä yhteistyötä helpottavia näkökulmia</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Selkeät ohjeet</li> <li>-Valmiit, selkeät ohjeet</li> <li>-Selkeät potilasohjeet</li> <li>-Keskussairaalan antamat selkeät ohjeet</li> <li>-Potilaalle annettavat ohjeet ovat hyvät</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kirjallinen potilasohjeistuksen merkitys yhteistyössä</li> <li>Selkeä suullinen potilasohjaus auttaa yhteistyössä</li> </ul>	<p><b>Potilasohjaukseen liittyviä yhteistyötä helpottavia näkökulmia</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Yhtenäiset ohjeet toimijoilla tiedossa</li> <li>-Selvät kirjallisesti vahvistetut toimintatavat</li> <li>-Yhtenäiset ohjeet</li> <li>-Selkeät, sovitut toimintamallit</li> <li>-Yhtenäiset käytännöt</li> <li>-Hyvät ohjeet keskussairaalaista</li> <li>-Selkeä tilannekartoitus keskussairaalaissa</li> <li>-Selkeä potilasohjaus keskussairaalaissa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sovittujen toimintatapojen vaikutus yhteistyöhön</li> <li>Yhtenäisten ohjeistusten merkitys yhteistyöhön</li> <li>Erikoissairaanhoidossa annettavan ohjauksen merkitys yhteistyöhön</li> </ul>	<p><b>Selkeät toimintatavat helpottamassa yhteistyötä</b></p>

<p>-Keskussairaalaan lähetetty yhteenveto potilaasta helpottaa kovasti</p> <p>-Hyväperehdytys preoperatiiviselta tiimiltä</p> <p>-Leikkausta edeltävä hoitajan käynti keskussairaalaan</p> <p>-Keskussairaalan lääkärin kannanotto otettavaan antitromboosilääkitykseen</p> <p>-Ennakointi postoperatiivisenfysioterapian järjestämiseksi</p>	<p>Sairaalaan kirjattujen potilastietojen merkitys yhteistyölle</p> <p>Lääketautukseen liittyvien käytänteiden merkitys</p> <p>Ennakointi postoperatiivisenfysioterapian järjestämiseksi</p>	<p><b>Erikoissairaanhoidon preoperatiiviseen käyntiin liittyvät yhteistyötä helpottavat tekijät</b></p>
<p>-Yhteiset tilaisuudet helpottavat yhteistyötä</p> <p>-Yhteistyön sujuvuus tutuksi tulleiden kollegojen kanssa</p> <p>-Hoitomallin mukainen moniammatillinen yhteistyö</p>	<p>Koulutukset ja kommunikoinnin merkitys</p>	<p><b>Moniammatillisen yhteistyön vaikutukset yhteistyölle</b></p>

## Kysymys 7.

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Liian lyhyellä varoitusaajalla tulevat potilaat</li> <li>-Asiakas unohtaa ottaa yhteyttä</li> <li>-Peruutuspaikat</li> <li>-Viimetingassa yhteyttä ottavat potilaat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leikkausajanantoon liittyvät haasteet</li> <li>Potilaiden omaan vastuunottamiseen liittyvät haasteet</li> </ul>	<p><b>Aikatauluihin liittyvät haasteet</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Kiire</li> <li>-Ajan puute terveyskeskuksessa</li> <li>-Leikkausaikaa ei ole varmistettu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Henkilöstöressurssien puute</li> <li>Työtahtiin liittyvät haasteet</li> <li>Henkilöstön vaihtuvuuteen liittyvät haasteet</li> </ul>	<p><b>Perusterveydenhuollon resursseihin liittyvät yhteistyön haasteet</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Huono preoperatiivinen perehdytys potilaalle</li> <li>-Epäselvät käytännöt</li> <li>-Riittämätön tiedotus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riittämätön perehdytys</li> <li>Käytänteiden epäselvyys</li> </ul>	<p><b>Hoitomallin käytänteisiin liittyvät epäkohdat</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ei esteitä</li> <li>-En näe yhteistyössä esteitä</li> <li>-Isoja esteitä ei eteeni ole tullut</li> <li>-En ole huomannut mitään esteitä</li> <li>-Esteitä ei esiinnyt</li> <li>-Fysioterapian puolella en esteitä näe</li> <li>-Ei varsinaisia esteitä</li> <li>-Viimeaikoina ei ole ollut esteitä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leikkauksekelpoisuusyhteistyössä ei varsinaisia esteitä</li> <li>Fysioterapiayhteistyöhön ei liity varsinaisia esteitä</li> </ul>	<p><b>Yhteistyöhön liittyvät esteet</b></p>

<p>-Hidas tiedon kulku</p> <p>-Tietokoneohjelmien yhteensopimattomuus</p> <p>-Joskus on hankala puhelimitse tavoittaa</p> <p>-Tietojen päivittyminen potilaskertomukseen hidasta</p> <p>-Tiedot eivät aina näy koneella</p> <p>-Tieto ei kulje yksiköiden välillä helposti</p> <p>-Riittämätön tiedotus</p> <p>-Monenlaiset ohjeet</p> <p>-Lääkäreiden välinen kommunikointi vähäistä</p>	<p>Tietotekniset haasteet</p> <p>Tiedon siirtoon liittyvät haasteet</p> <p>Kommunikaation vähäisyys</p>	<p><b>Tiedonkulkuun ja kommunikointiin liittyvät haasteet</b></p>
<p>-Aina ei ymmärretä eri kuntien erityispiirteitä-välimatkat</p> <p>-Terveyskeskusten erilaiset tutkimusresurssit</p>	<p>Perusterveydenhuollon erilaiset resurssit</p>	<p><b>Perusterveydenhuollon järjestämisen erityispiirteet</b></p>

## Kysymys 8.

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p>-Potilaan haastattelu</p> <p>-Haastattelun sisältö</p> <p>-Samoja asioita kysellään potilailta molemmissa yksiköissä</p> <p>-Jonkun verran haastatteluissa on päällekkäisyyttä</p>	<p>Haastattelun sisällön samankaltaisuuteen liittyvät haasteet</p> <p>Molempien organisaatioiden osallistumisesta aiheutuvat haasteet</p>	<p><b>Esihaastattelutilanteeseen liittyvät toiminnan päällekkäisyydet</b></p>
<p>-Preoperatiivista ohjausta annetaan molemmissa organisaatioissa</p> <p>-Tuplatyö useastikin kun terveyskeskuksesakin otetaan hoitajalle</p> <p>-Käydään samat asiat läpi</p> <p>-Apuvälineiden käytön ohjauksessa päällekkäisyyttä</p>	<p>Potilasohjaukseen liittyvät päällekkäisyydet sairaanhoitajan tekemässä työssä</p> <p>Potilasohjaukseen liittyvät päällekkäisyydet fysioterapeutin tekemässä työssä.</p>	<p><b>Potilasohjauksen resurssien käyttöön liittyvät haasteet</b></p>
<p>-En ole huomannut päällekkäisyyksiä</p> <p>-Ei ole, kun ei ole tietojakaan fysioterapiassa ketkä ovat menossa leikkaukseen</p> <p>-Eipä ole tullut vastaan päällekkäisyyksiä</p> <p>-Ei ole päällekkäisyyksiä kun lukee keskussairaalan preoperatiivisen tekstin</p>	<p>Toiminnan päällekkäisyyksiä ei havaita</p> <p>Yksilökohtaiset potilaan tarpeet huomioiden vältetään päällekkäisyyksiltä</p>	<p><b>Toiminnassa ei havaita päällekkäisyyksiä</b></p>



## Kysymys 9.

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<p>-Tiedon kulkua tulee parantaa</p> <p>-Terveyskeskuksen huonot mahdollisuudet päästä keskussairaalan intranettiin ja muihin sisäisiin tietojärjestelmiin</p> <p>-Sähköisen tiedonsiirron nopeutta molempiin suuntiin</p> <p>-Tiedonkulun parantaminen</p> <p>-Tietojärjestelmien yhtenäistäminen</p> <p>-Tiedonsiirron parantaminen</p> <p>-Nopeasti saatavat epikriisit</p>	<p>Tietojärjestelmien yhtenäistämiseen liittyvä kehittäminen</p> <p>Tuotettuun tietoon pääsyn helpottaminen</p>	<p><b>Tiedonkulun sujuvuuden kehittäminen</b></p>
<p>-Toisen organisaation kirjaamien tietojen parempi hyödyntäminen</p> <p>-Terveyskeskuksessa tapahtuvista kontroleista tiedottamisen parantamista keskussairaalaan päin</p>	<p>Potilastietojen käytön joustavuuden kehittäminen</p> <p>Potilastietojen parempi hyödyntäminen</p>	<p><b>Toisen organisaation tietojen hyödyntämisen kehittäminen</b></p>
<p>-Selkeät epikriisit</p> <p>-Ennakoivalmisteluiden raportointia terveyskeskuksiin toivotaan</p> <p>-Ohjeiden päivitys säännöllisesti kerran vuodessa</p> <p>-Laboratoriolähetteitä toivotaan valmiiksi keskussairaalaan</p> <p>-Ohjeistuksen selkeyttäminen</p>	<p>Yleisen ohjeistuksen ja epikriisin selkeyttäminen</p> <p>Yleisen ohjeistuksen säännönmukainen päivityttäminen</p> <p>Laboratoriolähetekäytönteiden kehittäminen</p>	<p><b>Lähetekäytönteiden ja ohjeistuskäytönteiden jatkuva kehittäminen</b></p>
<p>-Koulutuksia</p> <p>-Koulusta toivotaan asian tiimoilta</p> <p>-Koulutus ja ajantasainen tieto terveyskeskuksiin</p>	<p>Koulutuksen lisääminen</p> <p>Ajankohtaisen tiedon päivittäminen terveyskeskuksiin</p>	<p><b>Jatkuva koulutuskäytönteiden kehittäminen ja ylläpito</b></p>

<p>-Säännölliset kehityskeskustelut esim. vi-deoteitse</p> <p>-Yhteistyöpalaverit säännöllisesti</p> <p>-Enemmän yhteistyötä</p> <p>-Enemmän vuoropuhelua</p> <p>-Ei käskyttämistä</p> <p>-Tiiviimpi yhteistyö iäkkäiden ja heikkokuntoisten kohdalla</p>	<p>Säännöllisen yhteistyön kehittäminen</p> <p>Yhteistyön ja vuoropuhelun lisääminen</p>	<p><b>Kommunikoinnin lisääminen yhteistyötahojen välillä</b></p>
<p>-Lisää postoperatiivista kontrollointia fysioterapian onnistumisesta</p> <p>-3kkkohdallaleikkauksen jälkeisen lääkärikontrollin siirtäminen terveyskeskuksiin</p>	<p>Fysioterapian lisäämisen kehittäminen</p> <p>Kontrollien siirtäminen perusterveydenhuoltoon</p>	<p><b>Resurssien uudelleen jakamisen kehittäminen postoperatiivisesti</b></p>