



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HOITAJIEN KUSTANNUSTIETOISUUS

Miten hoitajat näkevät kustannustietoisuuden hoito-
työssä

Laura Mikkola

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
MIKKOLA, LAURA
HOITAJIEN KUSTANNUSTIETOISUUS
Miten hoitajat näkevät kustannustietoisuuden hoitotyössä

Opinnäytetyö 38 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Maaliskuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitajien kustannustietoisuutta. Koska aiheesta ei ollut Suomessa tehtyjä tutkimuksia, haluttiin kartoittaa millaisia asioita hoitajat näkevät kustannustietoisuuteen kuuluvan ja mitkä tekijät vaikuttavat kustannustietoiseen työskentelyyn. Lisäksi selvitettiin mihin kustannuksiin hoitajat kokevat voivansa vaikuttaa työssään. Kustannustietoisuuden lisääminen on ajankohtainen, tärkeä asia taloudellisen tilanteen ja terveydenhuollon lisääntyvän tarpeen vuoksi. Tulokset saatiin haastattelemalla kuutta hoitajaa erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla, ja analysoimalla saatu aineisto sisällönanalyysillä. Työn aihe tuli Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä.

Työn tulokset osoittivat, että haastatellut hoitajat olivat ottaneet kustannustietoisuuden osaksi jokapäiväistä työskentelyään. He tiedostivat erikoissairaanhoidon kalleuden ja sen kustannukset sekä pyrkivät toimimaan taloudellisesti ja tehokkaasti huomioiden kuitenkin aina myös hoidon laadun. Potilaan hoitojakson sujuvuus oli heille tärkeää eikä potilaan haluttu olevan turhaan sairaalassa. Kotiutumista alettiin suunnitella ajoissa ja potilasta haluttiin ohjata laadukkaasti niin, että hän kykenisi omahoitoon paremmin. Hoitotarvikkeet valittiin sekä hinnan että myös vaikuttavuuden mukaan. Huoneisiin vietävän materiaalin määrää mietittiin jotta sitä ei menisi hukkaan. Päivittäisen työskentelyn tehokkuuden mittarina käytettiin myös potilaan tyytyväisyyttä hoitoonsa, ja laadukas hoitotyö miellettiin kustannustehokkaaksi. Kustannustietoista työskentelyä edisti hoitotyön johtajien ja muun henkilökunnan positiivinen suhtautuminen hoitotyön kehittämiseen sekä saatu taloustieto. Kokemus auttoi esimerkiksi valitsemaan mahdollisimman vaikuttavia hoitotarvikkeita ja antoi näkemystä potilaiden yksilöllisessä ohjauksessa. Kustannustietoista ja tehokasta työskentelyä heikensivät ajankäytön ongelmat, taloustiedon puute, logistiset syyt ja liian suuri työmäärä. Hoitajat kokivat voivansa vaikuttaa moniin hoitojakson aikana syntyviin menoihin kuten lääke- ja hoitotarvikekustannuksiin. Lisäksi he pystyivät hyvällä hoitotyön suunnittelulla sekä ohjaamisella estämään potilaan hoitojakson pitkittymisen ja ennakoimattoman sairaalaan paluun.

Hoitajilla on paljon valtaa sekä hoitotyön sujuvuuteen että tuloksiin, ja sen myötä myös kustannuksiin. He ovat suorassa potilaskontaktissa ja tietävät parhaiten mitä hoitotarvikkeita ja lääkkeitä osastolla kuluu. Jotta hoitajat voivat olla kustannustietoisia he tarvitsevat ajankohtaista tietoa kustannuksista ja hoidon vaikuttavuudesta, sekä oman työnsä perustehtävän ymmärtämistä. Hoitotyön johtajien täytyy olla läsnä ja tukea hoitajia heidän pyrkimyksissään tuottaa laadukasta, vaikuttavaa ja kustannustehokasta hoitotyötä. Hoitoprosessien täytyy olla loppuun asti hiottuja ja hoitajia olisi syytä kuunnella niitä suunniteltaessa. Taloustiedon koulutuksen tulisi alkaa jo opiskelujen aikana, ja jatkua säännöllisesti työpaikalla.

Asiasanat: kustannustietoisuus, hoitotyö, terveydenhuollon kustannukset

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

MIKKOLA, LAURA
NURSES' COST-CONSCIOUSNESS
How Nurses see Cost-Consciousness in Nursing

Bachelor's thesis 38 pages, appendices 2 pages
March 2016

The purpose of this study was to gain understanding about the cost-consciousness of nurses in specialized care. The research questions were: 1) what, in nurses' opinion, is the concept of cost-consciousness composed of, 2) what promotes cost-consciousness in their work and 3) what expenditures they feel they can influence. The study was based on a qualitative method and the research material consists of interviews of six nurses interviewed in pairs, using individual thematic interview method. The method of analysis was the qualitative content analysis.

On the basis of the interviews, it is clear that nurses are really thinking costs and cost-effectiveness in their daily work. They are aware of the rising costs of healthcare and specialized care being more costly compared to primary health care. For example patient education, discharge planning and choosing materials were things nurses felt they can influence to control costs. Things that contributed to acting cost-consciously were positive atmosphere towards development of nursing, leadership, time management and availability of financial information.

This study concludes that it is important to understand that nurses have a central role in containing health care costs, and they are willing to improve nursing practices to increase cost-effectiveness. What is needed is systematic education about the economic situation and cost information on the different options available for the nurses in their day-to-day work. The management should also promote and support cost-consciousness in everyday nursing.

Key words: cost-consciousness, cost-awareness, healthcare costs, nursing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
	3.1 Keskeiset käsitteet.....	7
	3.2 Hoitajien kustannustietoisuus	7
	3.3 Hoitotyö erikoissairaanhoidon vuodeosastolla	10
	3.4 Kustannustietoinen päätöksenteko.....	12
	3.5 Terveystieteiden kustannukset Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.....	14
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	16
	4.1 Kvalitatiivinen tutkimus	16
	4.2 Aineistonkeruumenetelmä	16
	4.3 Aineiston analyysi.....	18
5	TULOKSET	21
	5.1 Hoitajien käsityksiä kustannustietoisuudesta.....	21
	5.2 Kustannustietoiseen työskentelyyn vaikuttavia asioita.....	23
	5.3 Kustannuksia joihin hoitajat kokevat voivansa vaikuttaa.....	25
6	POHDINTA.....	27
	6.1 Luotettavuus ja eettisyys.....	27
	6.2 Tulosten pohdinta	28
	6.3 Johtopäätökset.....	31
	6.4 Jatkotutkimusehdotukset.....	31
	6.5 Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	32
	LÄHTEET	33
	LIITTEET	36
	Liite 1. Tiedote	36
	Liite 2. Suostumuslomake	37

1 JOHDANTO

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan kustannustietoista työskentelyä hoitajien näkökulmasta. Taloudellinen tilanne Suomessa on ollut heikko jo vuosia, ja terveydenhuollon menot ovat koko ajan kasvussa. Tulevaisuudessa ihmiset elävät yhä vanhemmiksi, sairaudet lisääntyvät ja siten terveydenhuollon kustannuksetkin kasvavat. (Elinkeinoelämän keskusliitto 2015.) Aihe on erittäin ajankohtainen taloudellisen tilanteen vuoksi. Hoitajien kustannustietoisuudesta ei löydy Suomessa tehtyjä tutkimuksia, mutta lääkäreiden taloustietoutta on kartoitettu etenkin kansainvälisissä tutkimuksissa. Ne ovat osoittaneet, että lääkäreillä on huonot taloustiedot, mutta paljon valtaa terveydenhuollon menojen rajaamisessa. (Bovier, Martin & Perneger 2005.) Hoitajat tekevät myös paljon itsenäisiä ratkaisuja ja toimivat yhteistyössä lääkäreiden kanssa. He viettävät eniten aikaa suorassa potilaskontaktissa sekä tietävät mitä hoitotarvikkeita ja lääkkeitä potilaiden hoidossa käytetään. Heillä on siis mahdollisuus vaikuttaa kustannuksiin. Hoitajien kustannustietoisuuden on myös todettu vaikuttavan heidän työtyytyväisyyteen ja –motivaatioon. (Brady, Cornett & DeLetter 1998, 273-276.)

Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan hoitajien käsityksiä kustannustietoisuudesta laadullisella menetelmällä teemahaastatteluin. Saatu aineisto analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Mielenkiinnon kohteena on myös se, mitkä asiat vaikuttavat kustannustietoiseen työskentelyyn, ja mihin kustannuksiin hoitajat kokevat voivansa vaikuttaa.

Aihe on tärkeä, koska taloudellisuus ja tehokkuus ovat tärkeitä asioita tämän päivän terveydenhuollossa, ja niiden pitäisi olla osa jokaisen hoitajan työnkuvaa. Sairaanhoidajan uusiin ammattitaitovaatimuksiin kuuluu kustannustietoisuus ja taloudellinen toiminta, sekä terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuus (Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen 2015, 38). Hoitotyön tehostaminen on välttämätön toimenpide nyt ja tulevaisuudessa. Jokainen hoitaja on vastuussa terveydenhuollon resurssien oikeasta käytöstä, koska se on osa sitä vastuuta, joka tulee hoitajan toimivallan mukana (Savikko 2008, 33). Tämä opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Tampereen yliopistolaisen sairaalan toimialue 2 kanssa.

2 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää hoitajien käsityksiä kustannustietoisuudesta, sekä siitä mihin kustannuksiin he työpaikallaan kokevat voivansa vaikuttaa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää mitkä asiat vaikuttavat edistävästi tai estävästi kustannustietoiseen työskentelyyn.

Tutkimustehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

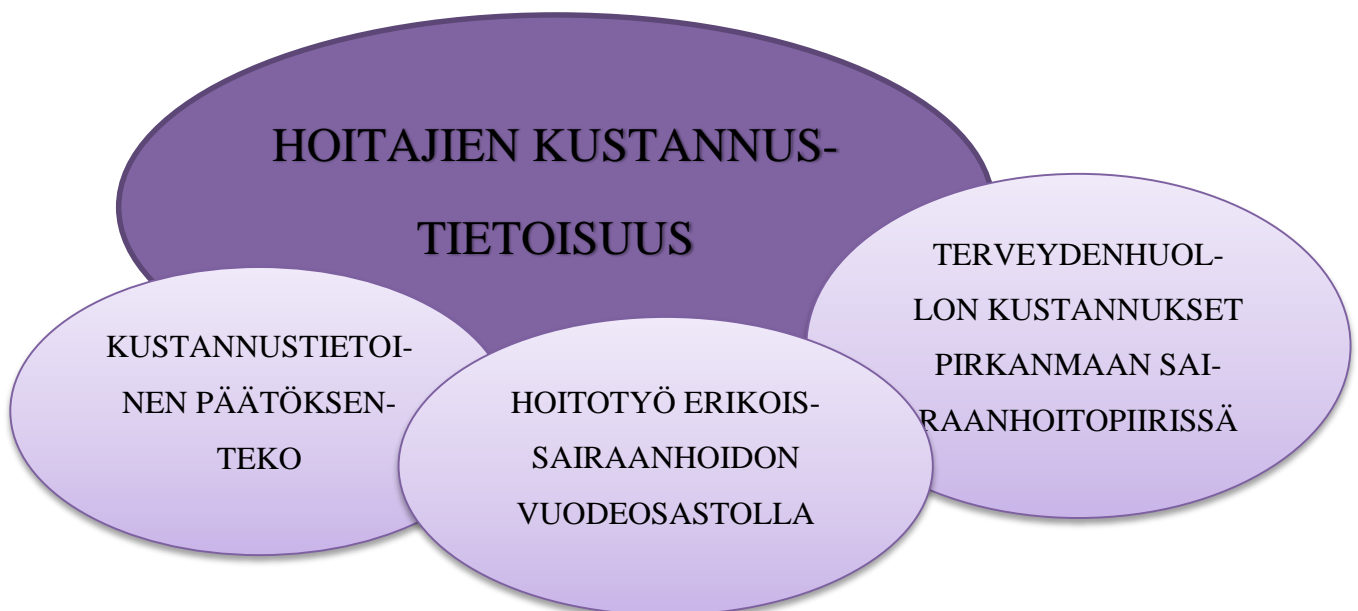
1. Mitä hoitajat ajattelevat kustannustietoisuuteen kuuluvan?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat kustannustietoiseen työskentelyyn?
3. Mihin kustannuksiin heillä on vaikutusta?

Tavoitteena on lisätä tietoa kustannustietoisesta työskentelystä ja herättää keskustelua aiheesta. Kustannustietoisuuden lisääntyminen voisi tehostaa hoitotyötä, ja siten tuottaa enemmän terveyttä. Siitä hyötyisivät niin sairaanhoitopiiri kuin potilaatkin.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Keskeiset käsitteet

Keskeisiksi käsitteiksi työhön muodostui hoitajien kustannustietoisuus, hoitotyö erikoissairaanhoidon vuodeosastolla, kustannustietoinen päätöksenteko sekä terveydenhuollon kustannukset Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (Kuvio 1). Käsitteet on valittu siten että ne kehystävät aihetta. Hoitotyö on se kenttä missä hoitaja voi vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin. Päätöksentekonsa tueksi hän tarvitsee tietoa sairaanhoitopiirin taloudellisesta tilanteesta ja strategisista tavoitteista.



KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.2 Hoitajien kustannustietoisuus

Kustannustietoisuudessa on kyse potilaan hoitoon liittyvien kustannusten tiedostamisesta ja kustannusten huomioimisesta työskentelyssä. Hoitajien kustannustietoisuudesta ei löytynyt ajankohtaisia tieteellisiä tutkimuksia. Lääkäreiden kustannustietoisuudesta löytyy tutkimustuloksia, mutta ne koskevat suurelta osin vain tietoutta erilaisten lääkkeiden ja toimenpiteiden hinnoista.

Campbellin tutkimus vuodelta 1992 indikoi hoitajien asenteita kustannusten hallintaa kohtaan. Tutkimuksessa 90 % kahdesta sadasta kyselyyn vastanneesta hoitajista koki että kustannustehokkuus on myös hoitotyön vastuulla ja että hoitotyöllä voidaan vaikuttaa terveydenhuollon kustannuksiin. Hoitajat olivat valmiita lisäämään hoitotyön kustannustehokkuutta omalta osaltaan, mutta kokivat myös että tarvitsivat lisää tietoa kustannuksista ja toivoivat koulutuksen tulevan työnantajalta. Tutkimuksen suosituksissa painotetaan koulutuksen tärkeyttä ja sitä että kustannustietoisuuden kasvun pitäisi alkaa jo opiskelun aikana jatkuen työpaikan perehdytyksessä ja jokapäiväisessä työssä. Hoitotyön johtajien tulisi ottaa vastuu työntekijöidensä osaamisesta. (Campbell 1992, 399-401.)

Hoitajien kustannustietoisuuden lisäämiseen liittyviä hankkeita on esitelty kansainvälisissä hoitoalan ammattilehdissä, tosin ei aivan viime vuosina. *Nursing Economics* -lehden artikkeli vuodelta 1998 esittelee erään amerikkalaisen sairaalan työryhmän (Brady, Cornett & DeLetter), jonka tarkoitus oli tuoda esille hoitajien mahdollisuuksista kustannusten hallintaan. Työryhmä kehitti useita säästöjä tuovia strategioita; kustannustietoisuuden lisäämisen koulutuksella, turhien, hukkaa aiheuttavien tapojen tunnistaminen ja eliminointi, kustannustehokkaan päätöksenteon mahdollistaminen, kierrättäminen sekä varastojen järjeistäminen. Kustannustenhallintaohjelmasta tuli menestys, ja se laajeni sairaalan kaikkiin yksiköihin. Ohjelman koettiin vaikuttaneen hoitajien työtyytyväisyyteen ja voimaannuttaneen heitä antamalla kokemuksen siitä että heidän toimillaan on positiivisia vaikutuksia sairaalan tulevaisuuteen. (Brady ym. 1998, 273-276.) Toinen *Nursing Economics* -lehden artikkeli vuodelta 1993 näkee suurena hoitajan roolin terveydenhuollon kustannusten hallinnassa. Artikkelissa nostetaan esille hoitajan osuus jatkohoidon suunnittelussa, jolloin potilasta hoidettaisiin tarkoituksenmukaisessa jatkohoitopaikassa ja viive siirtymiseen olisi mahdollisimman pieni. Lääkärin ja hoitajan yhteistyösuhteen tärkeyttä korostetaan hoitajan roolin ollessa tiedonantaja potilaan hoidon kustannuksiin vaikuttavissa tekijöissä. Potilaan ohjaamisen voidaan nähdä vähentävän komplikaatioita, saada potilas ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan sekä vähentävän ennakoimattomia hoitajaksoja. Artikkelissa korostetaan myös hoitajan vastuuta informoida hoitotyön johtoa tilanteissa joissa laadukasta hoitotyötä on mahdotonta toteuttaa esimerkiksi vähäisen resursoinnin vuoksi. (Manss 1993, 83-86.)

Lääkärilehdestä (1994) löytyy artikkeli kustannustietoisuuden lisäämiseen tähtäävästä koulutuksesta Seinäjoen seudun terveystyössä. Artikkelissa todetaan hoitajalla olevan suuri rooli taloudellisuuden edistämiseksi, koska hän muun muassa koordinoi kotiutuksia, erilaisia tutkimuksia ja moniammatillista yhteistyötä. Koulutuksen sisältöön kuului asennoitumista taloudellisuuteen ja säästämiseen, tekijöitä jotka vaikuttavat hoitotyön kustannusvaikuttavuuteen ja myös terveystyön talouspäällikön selvitys taloudellisesta tilanteesta. Hoitajille painotettiin hoidon aikataulun parantamista, potilaan motiivointia omassa toipumisessa sekä hoitajan oman fyysisen kunnon ylläpitoa. Hoitotyössä käytettävien tarvikkeiden osalta huomio kiinnitettiin tuhlaamisen välttämiseen sekä korostettiin hoitajan ammattitaitoa arvioitaessa tuotteiden kliinisiä vaatimuksia. Lisäksi osallistujat tekivät yksikkötehtävän jossa he miettivät taloudellisuutta oman työyksikkönsä kannalta. (Mattila 1994, 3074-3078.)

Brady ym. ovat arvelleet, että hoitajien vaikutus kustannuksiin on jopa suurempi kuin hoitotyön johtajien. He ovat suorassa kontaktissa potilaisiin, ja tietävät yleensä parhaiten mitä välineitä ja materiaaleja osastolla kuluu. Täten hoitajilla on siis myös hyvä mahdollisuus vähentää turhaa kulutusta. Kun hoitaja on tietoinen kustannuksista, hän voi ottaa vastuun omasta kulutuksestaan. (Brady ym. 1998, 273.) Täsmällisellä tiedolla kustannuksista terveydenhuollon henkilökunta voi edistää esimerkiksi kalliiden lääkkeiden tarkoituksenmukaista käyttöä, ja vähentää kustannuksia ilman että potilaiden hoidon laatu kärsii (Lubarsky ym. 1997, 1157).

Schlünzen, Simonsen, Spangsberg & Carlsson (1999) tutkivat anestesia- ja hoitajien tietoutta erilaisista anestesiassa käytettävien lääkkeiden ja materiaalien hinnoista. Suurin osa lääkkeistä ja materiaalista arvioitiin reilusti joko ylä- tai alakanttiin. (Schlünzen ym. 1999, 203.) Lääkäreiden tietoja kustannuksista ovat tutkineet muutkin, ja saaneet samanlaisia tutkimustuloksia. Eriksen, Melberg ja Bringedal suorittivat vuonna 2013 kyselytutkimuksen norjalaisille lääkäreille koskien lääkkeiden hintoja. Tulokset olivat samansuuntaisia, lääkkeiden oikeita hintoja ei tiedetty. 83 % vastauksista erosi jopa 50 % oikeasta hinnasta. Useimmiten edullisempien lääkkeiden hintoja yliarvioitiin, ja kalliimpia aliarvioitiin. (Eriksen ym. 2013.) Kanadalaisia lääkäreitä tutkineet Allan & Innes havaitsivat myös heikot tiedot yleisimpien tutkimusten ja hoitojen hintojen suhteen. Osan vastaajista tiedot olivat niin huonot, että he eivät pystyneet edes arvioimaan kustannuksia. (Allan & Innes 2004.) Näistä tutkimuksista vain yhdessä on vastaajina ollut myös hoitajia (Schlünzen ym. 1999), ja vain yhdessä käsitellään myös kustannustietoisuuteen

vaikuttavia tekijöitä. Bovierin ym. tutkimuksen mukaan lääkärit jotka viihtyivät työssään, sietivät paremmin stressiä ja keskeneräisyyttä sekä käyttivät enemmän aikaa potilaan tapaamiseen, olivat kustannustietoisempia. (Bovier ym. 2005).

Viime aikoina terveydenhuollossa on saanut sijaa Lean-ajattelu, jossa on paljon piirteitä jotka voitaneen tulkita hoitajan kustannustietoisuutta lisääväksi ja hänen työtään tehostavaksi. Maijalan Pro gradu -työssä (2015) tutkittiin Lean-menetelmän hukkatunnistimella erilaisia vuodeosastojen hukkaresursseja. Hukaksi kutsutaan sellaisia toimintoja jotka eivät tuota arvoa potilaalle. Toiminto voi olla sellainen, jota kuitenkin tarvitaan palvelujen tuottamisessa, tai täysin tarpeeton ja arvoa tuottamaton. (Resar, Griffin, Kabcenell & Bonnes 2011, 2.) Tunnistettuja, turhia kustannuksia aiheuttavia hukkia olivat esimerkiksi tarpeeton sairaalahoito, viiveet prosessin sujuvuudessa, sairaalainfektiot ja lääkityksen epätarkoituksenmukainen antoreitti (Maijala 2015, 26-27).

Cookin (2010) mukaan kustannustenhallintaa on pidetty pitkään heikkona osana terveydenhuoltojärjestelmää. Lääkärit ja hoitajat eivät voi ajatella niin, että kaikkia potilaita pitää hoitaa rajattomin resurssein. Hyvän hoidon lisäksi hoitajan tulisi huomioida myös kustannukset. Valintoja täytyy tehdä, ja näiden valintojen tueksi hoitajan täytyy saada tietoa erilaisten tutkimusten, hoitotoimenpiteiden ja materiaalien hyödyistä, vaikuttavuudesta ja arvosta. (Cooke 2010, 1253-1255.)

3.3 Hoitotyö erikoissairaanhoidon vuodeosastolla

Vuodeosastolla hoidetaan yleensä sellaisia potilaita joilla on tarve jäädä sairaalaan yöksi, ja jotka tarvitsevat välitöntä hoitoa tai valvontaa. Erikoissairaanhoidossa vuodeosastot on yleensä jaettu erikoisaloihin mukaan. Työskennellessään erikoissairaanhoidon vuodeosastolla hoitajan tehtäväkuva on hyvin monipuolinen, ja käsittää monenlaisia hoitotoimenpiteitä sekä ohjausta. Potilaita voidaan hoitaa oireenmukaisesti, osa tulee suunnitellusti tai päivystyksenä leikkaukseen. Potilaille tehdään osastoilla paljon tutkimuksia, tähystyksiä, ja muita hoitoja. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 69.) Oman osastonsa erikoisalalan lisäksi hoitaja voi joutua hoitamaan myös muiden erikoisaloihin potilaita varsinkin tulevaisuudessa, kun vuodeosastojen erikoisalariippuvuutta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä pyritään vähentämään (PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma..2014, 20).

Kirurgisen potilaan hoitopolku sairaalassa kulkee niin, että hän saapuu yleensä aamulla joko osastolle tai sitten suoraan leikkausyksikköön. Jos toimenpide vaatii paljon valmisteluja tai potilas ei selviä niistä itse, hänet voidaan kutsua osastolle jo aiemminkin. Pre- ja postoperatiivinen ohjaus on tärkeä vaihe leikkauspotilaan ja konservatiivisesti hoidettavien potilaiden hoidossa. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2015, 25) Perusteena ohjaukselle voidaan käyttää potilaan laillisia oikeuksia saada tietoa terveydestään ja hoidostaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). Hyvä potilasohjaus lisää hoidon vaikuttavuutta, ja vähentää kustannuksia monin tavoin. Sen voidaan nähdä lisäävän terveyttä, parantavan hoitoon sitoutumista ja ehkäisevän sairaalaan paluuta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 23-24.) Leikkauksen jälkeen potilaan vointia ja hänen leikkaushaavojaan tarkkailaan. Kipua hoidetaan asianmukaisella tavalla. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 461-462.)

Osastolla hoitaja aloittaa potilaan hoidon suunnittelun tehden hänelle hoitosuunnitelman, jota päivitetään koko hoitajakson ajan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) kehottaa laatimaan hoitosuunnitelman yhteistyössä potilaan ja hänen läheistensä kanssa, ja siitä olisi hyvä ilmetä myös hoidon toteuttamisaikataulu. Hoitotyöhön liittyy aina myös infektioiden torjunta. Invasiiviset eli kajoavat toimenpiteet kuten verisuonikanyylit, virtsakatetrit ja dreenit altistavat potilaan infektioille, ja hoitajan tulisikin aina arvioida näiden tarvetta. (Lukkari ym. 2015, 80.) Aseptiikan ja käsihygienian merkitys on suuri hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa, koska infektion aiheuttajat leviävät yleensä henkilökunnan käsien kautta. (Anttila ym. 2010, 28-29). Infektiot aiheuttavat sekä haittavaikutuksia että lisäkustannuksia potilaalle ja yhteiskunnalle. Toipuminen pitkittyy, terveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa ja lääke- ja hoitokustannukset lisääntyvät. (Lukkari ym. 2015, 81.) Useimmiten kirurgisen potilaan hoitotyöhön kuuluu myös leikkaushaavojen hoito. Haavoille voidaan käyttää monia erilaisia haavanhoitotuotteita. Haavanhoidon aikana kuluu usein paljonkin materiaalia, kuten steriilejä taitoksia, keittosuolaliuosta sekä suojavaatteita ja -hanskoja. (Holmia ym. 2008, 77.) Hoitoajat sairaaloissa ovat lyhentyneet, ja jatkohoidon suunnittelu on aloitettava ajoissa. Kotiutumisen prosessin tulisi olla saumaton, sujuva ja oikea-aikainen sisältäen moniammatillista yhteistyötä eri yksiköiden välillä sekä tiedonkulun varmistamista. Potilaan jatkohoitopaikkaa tai kotiutusta suunnitellaan yhdessä lääkärin ja potilaan sekä hänen läheistensä kanssa. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 396.) Potilashotellia voidaan käyttää jos potilas on esimerkiksi muutoin hyväkuntoinen, mutta tarvitsee vielä suonensisäistä lääkehoitoa (Tays hoitoyksiköt 2016).

3.4 Kustannustietoinen päätöksenteko

Hoidollinen päätöksenteko tapahtuu tiedon perusteella. Jokaisella hoitajalla on oma sisäinen tietorakenne, joka on muodostunut koulutuksen ja työkokemuksen kautta. Siihen sisältyy myös yleinen arvoperusta, yhteiskunnalliset normit ja säännöt, elämässä tarvittavat yleiset tiedot ja erityistiedot. Tämä hoitamisen tietorakenne luo perustan hoidolliselle päätöksenteolle. (Lauri, Eriksson & Hupli 1998, 12.) Sairaanhoidaja kuitenkin tarvitsee hoitotyön ammattilaisen tiedot ja taidot tehdäkseen itsenäisiä, vaikuttavia päätöksiä. Hänen täytyy myös ymmärtää vaihtoehtoisten päätösten seuraukset. Itsenäisiä päätöksiä tehdessään hänellä on suuri vastuu näistä päätöksistä ja niiden seurauksista. Ilman vastuullisuutta ja ammatillista osaamista tässä toimintaympäristössä sairaanhoidaja voi myös väärinkäyttää tätä itsenäisyyttä. Itsenäinen työskentely ja päätöstentekeminen edellyttää selkeää käsitystä hoitotyön tehtävästä, ja organisaation antamaa toimivaltaa. (Savikko 2008, 29-32.) Lain mukaan hoitajan on tasapuolisesti otettava huomioon hoidosta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994).

Yksilövastuun ohella sairaanhoidajalla on yhteisvastuu, joka koskee laajemmin myös koko terveydenhuoltoalan toimintaa. Hoitotyöllä pitää olla selkeät laatuvaatimukset, joihin sairaanhoidaja voi itseään ja toimintaansa verrata ja pyrkiä kehittymään niiden suuntaisesti. (Savikko 2008, 37.) Laadulla tarkoitetaan hoitotyön kykyä täyttää potilaan tarpeet tai vaatimukset, taikka toiminnan tavoitteen ja tuloksen vastaavuutta (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 8). Näyttöön perustuvassa hoitotyössä hoitajalla on käytössään ajantasainen, luotettavaan tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus, jolla hän voi tuottaa vaikuttavaa ja kustannustehokasta hoitotyötä. Hoitotyön esimiesten vastuulla on tuoda tätä tietoa työntekijöiden saataville ja ohjata heitä kehittämään hoitotyötä. (Holopainen ym. 2013, 79-80.)

Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoidajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Ohjeiden mukaan sairaanhoidaja on ensisijaisesti vastuussa toiminnastaan niille potilaille, jotka tarvitsevat hänen apuaan. (Sairaanhoidajan eettiset ohjeet 1996.) Vaikka ohjeissa puhutaankin potilaan yksilöllisestä hoidosta, ei voida sivuuttaa taloudellista näkökulmaa. Terveyden tarve on loppumaton, mutta kaikkia potilaita ei voida hoitaa ilman mitään rajoituksia niin paljon ja kauan kuin he tarvitsevat, koska voimavaroja on

tietty määrä. Esimerkiksi hoitajalla on tietty määrä työaika käytössään yhdessä työvuo-rossa, ja hänen täytyy priorisoida tekemänsä asiat. Valintoja on siis pakko tehdä. Terveystaloustieteen käsite vaihtoehtoiskustannus mittaa valitusta vaihtoehdosta syntyvää uhrausta, jolloin menetetään se hyöty joka olisi ollut mahdollista saavuttaa parhaasta menetetystä vaihtoehdosta. Jokainen tehty valinta estää tekemästä jotain muuta. (Ryynänen ym., 2006, 39; Sintonen & Pekurinen 2006, 28.) Esimerkkinä voisi käyttää viivästynyttä kotiutusta, jolloin osastolla oleva sairaalahoitoa tarvitsemaan potilas vie paikan joltakin muulta, joka tarvitsisi esimerkiksi leikkaushoitoa. Taloudellinen näkökulma on siis myö-
 eettinen, potilaan hyvää tarkoittava. Kustannustietoisesta työskentelystä pitäisi olla osa jokaisen hoitajan työnkuvaa, ja he kaikki ovat vastuussa terveydenhuollon resurssien oikeasta käytöstä (Savikko 2008, 33).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin työntekijöitä ja heidän työtään ohjaa strategia. Strategia sisältää palvelulupauksen, johon sairaanhoitopiirin henkilökunnan tulisi olla sitoutunut. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2016–2025 julkaistiin lokakuussa 2015, ja se on ikään kuin tulevaisuuden visio joka määrittää jokapäiväistä toimintaa niin hoitotyön johtajan kuin jokaisen työntekijänkin kohdalla. Strategia sisältää myös toimenpiteitä ja mittareita joilla määränpään tulisi päästä (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 11). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (2015) strategian eettinen perusta sisältää hyvän hoidon, ihmisen kunnioittamisen, osaamisen arvostamisen ja vastuullisuuden.

Hoitajia strategia koskettaa siten, että heidän lähiesimiehensä ovat sitoutuneet toteuttamaan sitä, ja muuttamaan sen käytännön toimiksi (Laaksonen ym. 2005, 10). Kustannustietoinen toiminta sisältyy moneen tavoitteeseen. Strategiassa on viisi kohtaa ja siinä käsitellään paljon myös talousnäkökulmaa. Strategian tavoitteena on esimerkiksi olla valtakunnallisesti tuottavin yliopistosairaala joka saavuttaa parhaat ja jatkuvasti paranevat vaikuttavuustulokset. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.) Vaikuttavuudella tarkoitetaan terveydenhuollon toiminnan vaikutusta potilaan terveydentilaan (Sintonen & Pekurinen 2006, 53). Välittömän potilastyön osuutta lisätään kustannustehokkuutta tavoitellen, ja toimivien toimintakäytäntöjen jakamista hyödynnetään. Strategiasta puhuminen kuuluu jokaiseen kehityskeskusteluun, ja sen yhteyttä jokapäiväiseen työskentelyyn tulisi täsmentää. Henkilöstöä voidaan palkita sellaisesta työstä joka kohdistuu strategiatavoitteiden saavuttamiseen. Henkilöstöä myös kannustetaan kehittämään työtään, löytämään uusia toimintatapoja, ja myös levittämään niitä eteenpäin. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

3.5 Terveydenhuollon kustannukset Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kuului 23 kuntaa vuonna 2014, jotka muodostavat kuntayhtymän. Kuntayhtymän tehtävänä on toteuttaa laissa säädetty ja palvelusopimuksissa sovittu erikoissairaanhoito, sekä huolehtia muista yliopistolliselle sairaalalle laissa säädettyistä tehtävistä. Kuntayhtymä omistaa ja hallitsee Tampereen yliopistollista sairaalaa, sekä alueellisen vastuun periaatteella toimivia Valkeakosken ja Vammalan aluesairaloita. (Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062; PSHP:n tilinpäätös ja toimintakertomus 2014 2015, 9,12.)

Pirkanmaalla väestön määrän kasvun ennustetaan jatkuvan tulevaisuudessa, ja terveydenhuollon kannalta merkittävintä väestöryhmää, yli 65-vuotiaita on jopa 25 prosenttia väestöstä (Tilastokeskus 2016). Väestönkehityksen vaikutus näkyy myös terveydenhuollon kustannuksissa. Yleinen talouskehitys jatkaa laskuaan, ja julkinen talous on pysynyt alijäämäisenä. Kuntien taloustilanne on ollut viime vuosina poikkeuksellisen huono, ja se on näkynyt myös sairaanhoitopiirin ja jäsenkuntien välisissä neuvotteluissa palvelusopimuksista. Kuntien palvelusopimusten määrä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuodelle 2015 oli viisi prosenttia pienempi kuin vuoden 2014 toteumaennuste. Kaikki nämä asiat edellyttävät sairaanhoitopiirissä rakenteellisten, tuottavuutta kehittävien uudistusten jatkamista. Vuoden 2015 talousarviossa toimintakulujen tulisi vähentyä 3,5 prosenttia, jonka toteutumista vaikeuttaa yleinen kysynnän kasvu ja kustannustason nousu. (PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma...2014, 8-9.) Valtaosa sairaanhoitopiirin tuloista (80 prosenttia) tulee jäsenkunnille myytävistä palveluista. Materiaalikulujen kuten lääkkeiden, hoito- ja muiden tarvikkeiden lisäksi suurin osa menoista on henkilöstökuluja. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2015.) Toimialue 2 palvelutarpeen kasvu aiheutuu sekä väestön ikääntymisestä, että sairastavuuden lisääntymisestä. Toimialue 2 on erikoistunut syövänhoitoon, gastroenterologiaan ja kirurgiaan. (PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma...2014, 20, 58.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelmaan vuosille 2015–2017 sisältyy toiminnalliset ja taloudelliset tavoitteet, joita mitataan erilaisilla mittareilla. Mittarit on sovitettu kuvaamaan sairaanhoitopiirin strategiaa, ja ne kuvaavat myös syy-seuraussuhteita taloudesta henkilöstön uudistumiseen ja hyvinvointiin, onnistumiseen prosesseissa sekä potilaiden ja asiakkaiden saamaan hyötyyn. Mittariston tavoitteena on ku-

vata erikoissairaanhoidon perustehtävän kannalta tärkeitä tekijöitä kuten tuottavuus, asiakkuuksien hallinta, toiminnan laatu ja potilasturvallisuus. Henkilöstön hyvinvoinnin ja uudistumisen koetaan turvaavan heidän kykynsä kehittää hoitoprosesseja ja tuottaa palveluja, ja juuri näiden prosessien kautta saavutetaan potilaan terveyteen vaikuttavat lopputulokset. Hoitajien kustannustietoisuuteen liittyviä mittareita voidaan ajatella olevan esimerkiksi MRSA:n torjunta, ennakoimaton hoitojakson uusiutuminen ja palvelukokemus. (PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma...2014.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska tutkielma on kartoittava, ja aiempaa ajankohtaista teoreettista tietoa löytyi niukasti. Laadullisen tutkimusmenetelmän tarkoitus ei ole löytää absoluuttista totuutta tutkittavasta ilmiöstä. Enemmänkin tutkitaan ilmiöitä, merkityksiä ja näkemyksiä valitusta aiheesta. Aihe on yleensä välittömän havainnon tavoittamattomissa ja näitä asioita pyritään selvittämään tutkimalla, eli tässä tapauksessa haastattelemalla. (Vilkkä 2015, 118, 120.) Tutkimuksen edetessä kysymykset ja materiaali saattavat muuttua tutkijan löytäessä uusia näkökulmia tutkittavaan asiaan (Eskola & Suoranta, 2000, 15-16). Tutkittaessa hoitajien käsityksiä kustannustietoisuudesta, tutkittiin yhteisön perinteisiä ja tyypillisiä tapoja ajatella aiheesta (Vilkkä 2015, 118).

Tarkoituksena oli saada tietoa hoitajien ajatuksista koskien kustannustietoisuutta, ja kustannustietoista työskentelyä. Lähtökohtana oli löytää haastatteluaineistosta sellaisia yksittäisiä asioita, joita voi yhdistää suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Teoreettiset lähtökohdat olivat vähemmällä huomiolla, ja hoitajien haastattelut ohjasivat vastauksia. Ei siis ollut valmista tietoa vastauksista, vaan haastattelut pyrittiin tekemään avoimin mielin. (Kylmä & Juvakka 2007, 22-23.) Tutkimustehtävä yleensä tarkentuu prosessin aikana, ja niin kävi tässäkin opinnäytetyössä. Vasta haastattelujen myötä oli mahdollista ymmärtää kustannustietoisuuden käsitettä, jota ei tieteellisistä tutkimuksista löytynyt. Osallistujat oli valittu siten että heillä oli kokemusta tutkittavasta ilmiöstä, joten valinta oli tarkoituksenmukainen. On myös hyväksyttävä, että tieto on kontekstisidonnaista, jolloin se ei välttämättä ole yleistettävissä, koska eri ihmisille aihe merkitsee eri asioita. (Kylmä & Juvakka 2007, 28.)

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Aineistonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu, koska sen myötä oli helppo muuttaa kysymyksiä tilanteen mukaan. Teemahaastattelun etuja on sen avoimet kysymykset ja mahdollisuus tarkentaa kysymyksiä, kuten laadulliseen tutkimukseen usein kuuluu

(Tuomi & Sarajärvi 2013, 75). Teemat kuitenkin takaavat sen, että jokaiselta haastateltavalta kysytään kuitenkin samansuuntaisia asioita perustuen tutkimuskysymyksiin. Haastattelun päällimmäinen tarkoitus on saada selville mitä haastateltava tutkittavasta ilmiöstä ajattelee. Helpoin tapa on kysyä sitä. Haastattelu on kuitenkin aina vuorovaikutustilanne, johon vaikuttaa moni inhimillinen asia, kuten väsymys, kiire, tai tunteet kysyttävää asiaa kohtaan. (Eskola & Suoranta, 2000, 85-86.)

Tietoa kerättiin kolmen erikoissairaanhoidon vuodeosaston hoitajilta parihaastatteluin. Haastattelut suoritettiin marraskuun 2015 aikana, ja niitä oli yhteensä kolme, jokaisen keston ollessa noin 40 minuuttia. Haastatteluiden teemat valittiin jo löydetyn teoreettisen tiedon perusteella, ja teemoiksi valikoitui kustannustietoisuuden käsite, terveydenhuollon kustannukset sekä päätöksenteko hoitotyössä. Haastatteluihin osallistui kaksi perushoitajaa ja neljä sairaanhoitajaa. Parihaastatteluilla haettiin sitä että haastateltavat olisivat reflektoineet asioita keskenään, ja saaneet tukea toisistaan. Näin myös kävi, ja haastattelutilanteet olivat mielestäni hedelmällisiä. Haastattelut tehtiin Tampereen yliopistollisen sairaalan tiloissa ja ne olivat haastateltaville työaikaa. Haastattelut äänitettiin sanelimeen.

Tutkittuun tietoon pohjautuvat lähteet olivat pitkälti ulkomaisia artikkeleita. Tutkimukset kustannustietoisesta työskentelystä koskevat suurelta osin lääkäreitä, mutta niistä voi vetää joitakin johtopäätöksiä myös hoitajiin. Opinnäytetyön teoriaosassa käytettiin myös terveystaloustieteen kirjallisuutta, sekä hoitoalan ja lääketieteen ammattilehtien artikkeleita. Tiedonhaussa on käytetty Tampereen ammattikorkeakoulun kirjaston FINNA-tietokantaa, sekä artikkelihaussa CINAHL- ja Pubmed-tietokantoja sekä Google scholaria. Suurin osa lähteistä löytyi CINAHL-tietokannasta. Englanninkielisinä hakusanoina on käytetty muun muassa seuraavia: "Cost-consciousness", "cost-effectiveness", "cost awareness", "cost and nurses", "length of stay", "delayed discharge", "healthcare costs", ja "nursing economics". Suomenkielisiä hakusanoja olivat esimerkiksi "kustannustietoisuus", "terveydenhuollon kustannukset", sekä "hoitotyö ja tehokkuus". Hakusanat on valittu aiheen, sekä lähteistä saatujen "vihjeiden" mukaan. Haut rajattiin koskemaan vertaisarvioituja ja koko tekstin käsittäviä lähteitä. Manuaalinen haku kirjastosta tuotti muutamia lähteitä. Alkuvaiheen systemaattisen haun lisäksi lähteitä on kerätty lisää läpi raportin kirjoitusprosessin.

4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tutkimuksen tehtävänä oli jäsentää haluttu aineisto ymmärrettävään muotoon, niin että muutkin voivat sitä tulkita. Aineistolähtöisessä analyysissa aiemmalla teoriatiedolla ei ole niin suurta merkitystä, vaan aineisto itsessään ohjaa analyysin toteuttamista ja lopputulosta (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95). Aineiston keruuta, käsittelyä ja analysointia on joskus vaikea erottaa toisistaan, sillä tutkija tekee jo haastattelutilanteessa jonkinlaista analyysia, ja siirtää näitä havaintojaan seuraavan haastattelun kysymyksiin. Tämän opinnäytetyön haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin auki sana sanalta henkilökohtaisesti, ja kirjallista aineistoa kertyi 30 sivua. Litteroinninkin aikana aineistoon perehtyminen auttaa varsinaisessa analysointivaiheessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 110-112.) Saatu kirjallinen aineisto luettiin useasti läpi, ja sieltä alettiin etsiä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kaikki aiheeseen liittyvät alkuperäisilmaukset poimittiin analyysiin, ja ne pelkistettiin (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkkejä pelkistämisestä

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<i>et yövuoro kattois et toi ja toi ei saa ruokaa, niin se peruu jo sen aamupalan, et hukka-ateriat on aika kallis erä mikä on meidän kustannuksissa</i>	Ateriakustannuksissa säästäminen perumalla aterioita etukäteen
<i>et nää on sellasia asioita et herätellään aina lääkäreitä ja itteemme et tartteeko se just nytte sen lääkkeen laittaa et onko se varmuudella menossa siihen toimenpiteeseen</i>	Potilaalle annettavan lääkkeen antoajan kohdan miettiminen, koska pääsy toimenpiteeseen on epävarmaa
<i>me tiedostetaan me hoitajat se että meidän koko työ on sitä et kotiin, kotikuntoiseksi saattamista</i>	Työ on kotikuntoiseksi saattamista

Pelkistysvaiheessa karsiutui vielä osa ilmauksista, jotka eivät sopineet aiheeseen. Pelkistettyjä ilmauksia alettiin ryhmitellä sen mukaan, mihin kysymyksiin ne vastasivat, ja ryhmitellyt ilmaukset koottiin alaluokkiin (Taulukko 2). Tässä vaiheessa oli välillä vaikea tietää, minkä alaluokan alle mikäkin ilmaus kuului, koska osa ilmauksista olisi voinut vastata useampaankin tutkimuskysymykseen. Mielestäni oikeat luokat kuitenkin löytyivät vastaamaan tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.)

TAULUKKO 2. Esimerkkejä alaluokan muodostamisesta

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Ateriakustannuksissa säästäminen perumalla aterioita etukäteen	Hoitotyön suunnittelulla voi säästää kustannuksissa
Potilaalle annettavan lääkkeen antoajan kohtaa mietitään, koska pääsy toimenpiteeseen on epävarmaa	
Oikea-aikaista kotiutumista aletaan valmistelemaan ajoissa	Potilaan kotiutumisen valmistelu on tärkeä osa työtä
Työ on kotikuntoiseksi saattamista	
Potilaan erikoissairaanhoidon tarpeen loppuminen on tavoite	

Seuraavaksi alkoi alaluokkien yhdistäminen yläluokiksi, eli jaotellut alaluokat käsitteellistettiin. Samaan asiaan viittaavat alaluokat yhdistettiin yläluokiksi, ja näiden yläluokkien avulla vastattiin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 111.) (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Esimerkkejä yläluokkien muodostamisesta

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Hoitotyön suunnittelulla voi säästää kustannuksissa	Hoitojakson sujuvuus
Potilaan kotiutumisen valmistelu on tärkeä osa työtä	
Hoitaja arvioi potilaan erikoissairaanhoidon tarvetta	Tietoisuus erikoissairaanhoidon kalleudesta ja kustannuksista
Hoitaja ymmärtää erikoissairaanhoidon kalleuden	
Hoitaja tietää osastohoidon kustannuksista	
Harkinnan käyttö tilauksissa	Harkinnan käyttö hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden käytössä
Harkinta materiaalin käytössä	
Harkinnan käyttö lääkkeen antamisessa	

5 TULOKSET

5.1 Hoitajien käsityksiä kustannustietoisuudesta

Potilaan hoitajakson sujuvuus

Potilaan hoitajakson sujuvuus tuntui olevan tärkeää kaikille haastateltaville. Potilaan jatkohoidon suunnittelu haluttiin aloittaa ajoissa, jotta potilas voisi kotiutua tai siirtyä jatkohoitoon oikea-aikaisesti. Oikea-aikaista kotiutumista suunniteltiin etukäteen ja siihen panostettiin esimerkiksi ohjaamalla potilasta, motivoimalla häntä aikaiseen kotiutumiseen, ja kertomalla ajoissa hoitajakson suunniteltu pituus niin että potilaille ei tulisi yllätyksenä kotiutumisen ajankohta. Työn perustehtäväksi koettiin potilaan kotikuntoiseksi saattaminen ja erikoissairaanhoidon tarpeen loppuminen. Osaston potilasprofiilin tiedostaminen auttoi hoidon suunnittelussa. Potilaan hoitajakson haluttiin siis olevan mahdollisimman sujuva, niin että potilaan ei tarvitsisi olla turhaan sairaalassa. Suunnitelmallisuutta painotettiin sujuvuuden varmistamisessa, ja sen nähtiin olevan olennainen osa tehokasta hoitotyötä.

Tietoisuus erikoissairaanhoidon kalleudesta ja kustannuksista

Kaikki haastateltavat kokivat olevansa tietoisia erikoissairaanhoidon kustannuksista, ja hoidon kalleus verrattuna perusterveydenhuoltoon ymmärrettiin. Hoitajat toivat esille mietteitä siitä, että potilaita on joskus turhaan erikoissairaanhoidossa, ja joidenkin potilaiden tarvetta ylipäättään sairaalahoidolle oli pohdittu. Koettiin myös turhauttavana, jos tiedossa oli, että esimerkiksi viikonloppuna ei ollut mahdollisuutta leikata potilasta, ja potilas olisi pärjännyt kotonakin. Lääkäreiden kanssa oltiin oltu erimielisiä siitä, minkä kuntoisia potilaita osastolla oli tarkoitus hoitaa. Hoitajat arvioivat erikoissairaanhoidon tarvetta melko tarkkanäköisestikin. He myös pohtivat hoidon rajaamista huonokuntoisten potilaiden kohdalla, ja kokivat joitain potilaita hoidettavan heidän kokemuksensa mukaan ”liian pitkään ja liian tehokkaasti”. Kuolevan potilaan ei haluttu joutua kärsimään ylimääräisistä, turhista tutkimuksista.

Välillä on kyllä sellasia potilaita jotka pitäis laittaa nopeemmin aluesairaalaan jatkohoitoon, kun meillä kumminkin vielä on toimiva aluesairaalaverkosto.

Harkinnan käyttö hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden käytössä

Kysyttäessä hoitajilta mitä kustannustietoisuudesta tulee heille mieleen, suurin osa vastasi ensin ajattelevansa materiaaleja ja niiden kulutusta. Hoitajat kertoivat harkitsevansa minkälaisia ja kuinka paljon hoitotarvikkeita he käyttävät potilaan hoidossa. Jos kyseessä oli eristyshuone, mietittiin erityisen tarkkaan sisälle huoneeseen vietäviä tavaroita. Myös jatkohoitoon siirtyvälle potilaalle annettiin hoitotarvikkeet mieluummin mukaan kuin että ne olisi heitetty roskeen. Hoitajat halusivat valita edullisen tuotteen jos se oli mahdollista. Hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden tilaamisessa käytettiin harkintaa, ja hoitajat miettivät yhdessä tilausten tarpeellisuutta ja tilausmääriä. Harkintaa käytettiin myös siinä, voisiko potilaalle antaa kalliimman lääkkeen sijasta halvemman.

--että kun sairaanhoitopiirin talous on rajallinen, meillä on vaan tietty raha käytössä, niin kyl mä ainakin ennemmin kattosin että sillä rahalla saadaan pidettyä ja mahdollisesti lisättyä hoitohenkilökuntaa tai henkilökuntaa yleensä, kuin että se raha käytettäis materiaaleihin tai lääkkeisiin tarpeettomasti.

Kustannustietoisuus osana päivittäistä työskentelyä

Ylipäättään kustannustietoisuuden koettiin olevan yksi osa-alue päivittäisessä työskentelyssä. Sitä pidettiin tärkeänä, ja säästöjen merkityksiä mietittiin. Säästämistä ei koettu epäeettisenä, vaikkakaan sen ei toivottu menevän potilaan hyvän hoidon edelle. Esimerkiksi kalliimmaksi tiedettyä, mutta paremmin vaikuttavaa lääkettä annettiin potilaalle jos tarve niin vaati, eikä halvempaa mutta huonommin vaikuttavaa. Toiveita säästöjen kohdentumisesta johonkin itselle tärkeään asiaan tuli esille, ja näitä olivat esimerkiksi työhyvinvointi, palkkaus, riittävä työvoima sekä myös potilaan etu. Hoitajat olivat myös tyytyväisiä siitä, että heillä oli nykyään enemmän aikaa hoitotyölle joidenkin tukitoimien siirrettyä laitoshuoltajille. Päivittäiseen työskentelyyn liittyen tehokkuuden mittarina käytettiin potilaan voinnin kohenemista ja kotiutumisen edistämistä.

--se on kyllä aina mullaki se lähtökohta se potilaan hyvä vointi ja potilaan hyvä olo et sit ku sä sitä eteenpäin johdatat sitä ajattelua ni ainahan se taoudellinen on siellä taustalla, se on olemassa, että se on myöskin henkistä kärsimystä potilaalle mutta aineellista menetystä myös jos se joutuu odottaa kauheen pitkään (leikkausta).

Potilaan tyytyväisyys hoitoon oli hyvin tärkeä asia hoitajille, ja jos näin ei ollut, ei voinut kokea olleensa tehokas. Potilaan kotiutuminen tyytymättömänä hoitoonsa koettiin näennäistehokkaana, jolloin rahaa ehkä säästy, mutta potilaan tarpeet eivät olleet täyttyneet.

Potilastyytyväisyys oli siis keskeinen mittari työssä onnistumisessa ja arvioitaessa hoidon vaikuttavuutta.

5.2 Kustannustietoiseen työskentelyyn vaikuttavia asioita

Positiivinen suhtautuminen hoitotyön kehittämiseen

Haastatteluissa ilmeni se, että työympäristön positiivinen suhtautuminen hoitotyön kehittämiseen vaikutti edistävästi myös hoitajien kustannustietoisuuteen. Hoitajien ymmärtäessä osastonsa profiilin, he myös pystyivät työskentelemään tavoitteellisesti ja tehokkaasti. Moniammatillisuus vaikutti positiivisesti työn tuloksiin, ja siitä koettiin olevan hyötyä. Hoitotyön johtajien suhtautumisella hoitotyön kehittämiseen oli myös olennainen vaikutus hoitajien omaan asennoitumiseen. Kun hoitajille kerrottiin selkeästi miksi ja miten pitää säästää, heidän oli myös helppo toimia niiden mukaisesti.

Et meidän osastonhoitaja on tosi valveutunu näiden asioiden kanssa ja on saanut meidätkin innostettua ja motivoitua näihin asioihin.

Kokemuksen vaikutus

Hoitajat itse arvioivat kokemuksen vaikuttavan kustannustietoiseen työskentelyyn. Esimerkiksi vasta kokemuksen kautta pystyi kunnolla arvioimaan, minkälaisesta haavanhoitotuotteesta potilas voisi parhaiten hyötyä.

--varmaan semmonen joka on talossa pitkään ollu töissä ja paljo hommaa tehnyt, ni se ehkä osaa valikoida juuri sen oikean tuotteen jota tarvitaan. Mut semmonen joka on tänne vasta tullu, niin sille ei varmaan oo väliä minkä se ottaa kunhan jonkun löytää sieltä kaapista..

Nähtiin myös, että kokenut hoitaja osasi suunnitella toimintaansa niin että kustannuksia tulisi mahdollisimman vähän, ja toiminta olisi tehokasta. Kokemus saattoi vaikuttaa myös siihen, kuinka paljon tietoa hoitajalla oli jatkohoitopaikoista, ja kuinka hän pystyi ohjaamaan potilasta kotiutumisen hetkellä. Kotikuntoisen potilaan halutessa jäädä sairaalaan, hoitajat tarvitsivat kokemusta tehdessään taustatyötä potilaan kotiutumisen edistämiseksi. Myös lääkärin kierrolla saattoi tarvita kokemusta sanoakseen lääkärille mielipiteensä koskien potilaan siirtymistä jatkohoitopaikkaan tai kotiin, varsinkin jos lääkäri oli asiasta eri mieltä.

Johtamisen vaikutus

Johtamisella oli monenlaisia vaikutuksia kustannustietoiseen työskentelyyn. Hoitajat eivät pääsääntöisesti tunteneet sairaanhoitopiirin strategiaa, vaikka tiesivät sellaisen olevan olemassa, ja tiesivät joitain siihen liittyviä asioita. Strategiaa ei oltu käsitelty osastoilla eikä kehityskeskusteluissa. Työn tavoitteista ei ollut puhuttu, eikä työtä koettu millään tavoin valvottavan. Talouteen liittyvien asioiden ei koettu olevan läsnä päivittäisessä työssä, ja niistä ei keskusteltu tarpeeksi. Jos säästöjen syistä oli saatu tietoa, siihen oltiin tyytyväisiä. Keskustelujen talouteen liittyvistä asioista toivottiin myös tapahtuvan tietynlaisella tavalla, eikä vain niin, että esimiehet sanelisivat kuinka toimitaan.

--meillä on aika tiukka vuosi takana muutenkin, kuormitukset on hirvittävän korkeet muutenkin, meillä hoidetaan paljon potilaita, et se on sitä selviämistä, ei sitä niinku isompaa kuvaa hirveesti tuu mietittyä, eikä siitä kyllä keskustellakaan.

Taloustietoisuus

Hoitajat toivoivat enemmän tietoa tuotteiden ja toimenpiteiden hinnoista. Kun hintoja oli aiemmin ollut esillä näkyvämmiin, koettiin että oli ollut helpompi tehdä päätöksiä sen perusteella.

Joissakin tuotteissa meillä on osaston hyllyillä hintalappu et mitä yks kappale maksaa, et se herättäs ehkä vähä sitte miettimään et tarvinko mä just tän sidoksen vai jonku muun sidoksen.

Myös keskustelua eri tuotteiden ja toimenpiteiden kustannuksista toivottiin lisää. Yhteistyötä lääkäreiden ja myös eri hoitoyksiköiden välille kaivattiin. Koettiin että säästöjä synnyttäviä ideoita olisi, mutta niitä ei päässyt kertomaan, tai laajempi foorumi niiden esille tuomiseksi puuttui. Muiden yksiköiden hyvistä käytännöistä ei saatu tietoa.

Ajankäytön ongelmat

Kiireen koettiin vaikuttavan negatiivisesti kustannustietoiseen työskentelyyn, koska silloin oli pakko priorisoida tekemiään asioita. Esimerkkinä tästä oli ohjaus, jonka laatu jäi huonommaksi kiireessä, ja potilas ei välttämättä saanut kaikkia tarvittavia tietoja selvitäkseen kotiutuksen jälkeen. Joskus työtä koettiin olevan liikaa käytettävissä oleviin resursseihin nähden, tai ajankäyttöä oli vaikea suunnitella.

--ja aamusin just jos lääkäriä odottelee, et siinä on sama et ei oikein mitään voi aloittaa, kun se lääkäri on kuitenkin se jota pitäis odottaa.

Toisaalta kiire vaikutti joskus myös positiivisesti ja piti valppaana. Potilaiden koettiin olevan nykyisin raskashoitaisempia kuin ennen, ja leikkausten muuttuneen isommiksi ja vaikeammiksi. Lisäksi muuttuvat tilanteet vaikuttivat suunnitelmallisuuden toteutumiseen, puheluihin vastaaminen, kollegan auttaminen tai vaikkapa elvytystilanne aiheutti yllättävää ajanmenetystä. Aikaa kului myös toimimattomien laitteiden kanssa, joita joutui käynnistelemaan ja huoltamaan. Nopeasti vaihtuvat tilanteet myös vaikuttivat vaikkapa siihen, että aterioita ei ehditty ajoissa perua. Myös uusien työntekijöiden ohjaus vei hetkellisesti työtehoa. Yhdeksi isoksi ongelmaksi nähtiin tilojen toimimattomuus, joka vei ylimääräistä aikaa jokapäiväisessä työskentelyssä. Tilojen ahtaus aiheutti sen, että potilaan siirtäminen ja hoitaminen veivät enemmän aikaa.

No aina se on toive ja olis aivan superihanaa et kun menis oikein jouhevasti nää jutut, että menis niin että nää potilaat pääsis tutkimuksiin sillon ku on suunniteltu niin siinä kaikkien hermot ja aika ja raha säästyis, et ku se nyt vaan ei voi ihan käytännössä mennä.

Logistiikkaan liittyvät syyt

Hoitajat olisivat halunneet tilata materiaalia sen mukaan mikä on tarve, mutta se ei onnistunut koska yksittäiskappaleiden tilaus oli mahdotonta. Käyttökelpoista, osastolle turhaa materiaalia olisi myös haluttu palauttaa, mutta se oli kiellettyä, ja materiaalin lahjoittaminen muille osastoille taas vei aikaa. Haavanhoitotuotteiden kohdalla haluttiin valita edullisia, mutta vaikuttavia tuotteita. Aina se ei kuitenkaan onnistunut, koska osaston haavanhoitotuotevalikoimaan ei päästy vaikuttamaan. Hyllyssä olevat, tai muuten tutut tuotteet siis ohjasivat käyttöä enemmän kuin hinta tai vaikuttavuus.

5.3 Kustannuksia joihin hoitajat kokevat voivansa vaikuttaa

Hoitotarvikkeet ja lääkkeet

Hyvällä hoitotyön suunnittelulla koettiin voivan vaikuttaa käytettävien hoitotarvikkeiden määrään. Potilashuoneisiin vietiin vain tarvittava määrä tarvikkeita kerralla, ja esimerkiksi pesuaineita ja rasvoja annosteltiin pienempiin purkkeihin. Haavanhoidossa pyrittiin

valitsemaan edullisia, mutta vaikuttavia tuotteita, ja materiaalia ei haluttu tuhjata. Materiaalitulauksia myös suunniteltiin yhdessä, ja mietittiin mitä osastolla todella tarvitaan. Lääkkeiden suhteen hoitajat mainitsivat suonensisäisten ja suun kautta annettavien lääkkeiden hintaerot, joista he olivat tietoisia. Lääkkeen muuttaminen suun kautta otettavaksi säästi kustannuksia.

Hoitojaksoon liittyvät kustannukset

Hoitojaksokustannuksiin koettiin voivan vaikuttaa monella tavalla. Ateriakustannuksia voitiin vähentää perumalla niitä tarvittaessa etukäteen. Kierrättämällä jätteet oikein ja sammuttamalla valoja tyhjästä tiloista hoitajat säästivät osaston kiinteissä kuluissa. Hyvällä käsihygienialla ehkäistiin sairaalainfektioita sekä niiden lisäkustannuksia, ja ymmärrettiin hoitajan osuus niissä. Informoimalla lääkäriä potilaan tilasta ja kyseenalaistamalla asioita, saatettiin estää turhia tutkimuksia. Potilaan hoitojakson kestoon voitiin vaikuttaa esimerkiksi suunnittelemalla aktiivisesti kotiutumista tai jatkohoitoa, ja se saattoi lyhentää hoitojaksoa. Potilashotellin käyttöä ehdotti usein hoitaja.

Potilaan vieminen tai hakeminen leikkaussalista oikeaan aikaan vaikutti siihen, voitiinko seuraava leikkaus aloittaa suunnitelmallisesti. Jos potilasta ei oltu valmisteltu ajoissa leikkaukseen, ja häntä ei siten pystytty viemään saliin pyydettyä, saattoivat seuraavat leikkaukset siirtyä tai jopa peruuntua. Joka tapauksessa se vaikutti leikkaussalien tehokkaiseen käyttöön.

Se suunnitelmallisuus tulee joka kohassa, ettet sä rupee siinä vaiheessa niitä leikkausvaatteita laittaa kun se tulee et nyt saa viedä, vaan että ne on laitettu jo aikasemmin. Ja anestesiakaavakkeet on tarkastettu, potilas on siinä kunnossa et voidaan viedä.

Potilaan hyvällä ohjaamisella voitiin vaikuttaa ennakoimattoman hoitojakson uusiutumiseen. Kun potilaalla oli riittävästi tietoa ja taitoa omahoitoon, hänen ei tarvinnut soittaa osastolle, tai hakeutua päivystykseen.

a: et sehän on se meidän työ..

b: ..ohjata se mahdollisimman hyvin et ei tulis sit kotona sellasta et mitäs mä nyt sitte teen et meenpäs takaisin acutaan kun en pärjää.

6 POHDINTA

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa arvioidaan sitä, onko tieto uskottavaa ja tieteellisesti tuotettua. Luotettavuuden arviointi on tärkeää myös tiedon hyödyntämisen kannalta. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään Kylmän ja Juvakan mukaan neljää kriteeriä, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Tässä opinnäytetyössä uskottavuus merkitsee sitä, että haastateltavien hoitajien näkemykset on tuotu oikein esille, ja että ne on ymmärretty oikein. Tätä varten kysyin haastattelussa tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä. Oma työkokemukseni hoitoalalta auttoi varmasti ymmärtämään paremmin mitä hoitajat tietyillä asioilla tarkoittivat, verrattuna tutkijaan, jolla ei alan työkokemusta ole. Haastatteluiden jälkeen oli myös useita kuukausia aikaa käydä läpi tuloksia ja syventyä niihin. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

Vahvistettavuuden määritelmä kuvaa tutkimusprosessin kulkua niin että lukija voi sitä seurata, ja ymmärtää tutkijan ratkaisut (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Olen pyrkinyt kuvaamaan opinnäytetyön prosessia rehellisesti. Kustannustietoisuuden käsitettä ja määritelmää sille oli vaikea löytää. Voidaan siis ajatella, että määrittelemäni teoreettiset käsitteet saattaisivat olla jonkun muun tutkimana erilaiset. Tämä on kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa oletuskin, ja eri tutkijat päätyvät yleensä erilaisiin tuloksiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Ennakoasenteiden olemassaolo on hyvä tiedostaa koko tutkimuksen ajan. Reflektiivisyydellä pyritään tunnistamaan omaa vaikutusta tutkimukseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Kokemattomuus tutkimuksen tekijänä on varmasti vaikuttanut tuloksiin. Toisaalta työkokemus hoitoalalta ja henkilökohtainen kiinnostus aiheeseen on tuonut näkökulmaa, ja auttanut esimerkiksi lähteiden haussa. Tutkimussuunnitelmaa tehtäessä rajattiin tutkimuksesta pois ne osastot joilla olin ollut aiemmin töissä. Olen yrittänyt pitää omat asenteeni ulkona tutkimuksesta, ja loppuen lopuksi tutkimustulokset olivatkin melko erilaiset, kuin olin ennakoanut aiempien lääkäreitä koskevien tutkimusten perusteella.

Siirrettävyys opinnäytetyössä merkitsee tutkimustulosten peilaamista muihin vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Osastojen osastonhoitajat valitsivat haastateltavat, joten he ovat saattaneet pyytää sellaisia hoitajia osallistumaan, joiden tietävät olevan kiinnostuneita aiheesta. Toisaalta valinta on tällöin ollut tarkoituksenmukainen, ja lisännyt luotettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 58.) Osallistujat eivät tienneet teema-haastattelun kysymyksiä etukäteen, joten vastaukset olivat spontaaneja. Toisaalta joihinkin kysymyksiin oli vaikea saada vastausta tai ne ymmärrettiin erilailla kuin kysyjä tarkoitti, joten lähettämällä kysymykset etukäteen olisi voitu saada enemmän tuloksia. Aiheen tuntemattomuuteen nähden haastattelut olivat kuitenkin hyvin monipuolisia ja aineistoa tuli runsaasti. Olen pyrkinyt vertaamaan tuloksia sellaisiin tutkimuksiin, joissa käsitellään jotakin osaa tuloksista. Tuloksia pohditaan seuraavassa luvussa.

Eettisyys merkitsee hyvää tieteellistä toimintatapaa tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkijan vastuu kulkee koko tutkimusprosessin ajan rinnalla, ja eettisiä kysymyksiä tulee pohtia huolella. (Kylmä & Juvakka 2007, 137,143.) Aiheena kustannustietoisuuden voidaan ajatella olevan jonkin verran sensitiivinen, koska siinä pohditaan kahta ehkä vastakkaisenakin nähtyä terveydenhuollon aihetta, potilaan hyvää hoitoa ja kustannussäästöjä. Molemmilla kuitenkin tavoitellaan hyvää, joten aihe on eettisesti valittu. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 129-130.) Haastateltavien henkilöllisyyttä ei tutkimuksessa kerrota, ja heitä ei voi tunnistaa vastauksista. Haastateltavat ovat saaneet tietoa tutkimuksesta saatekirjeen muodossa (Liite 1) allekirjoittaneet suostumuslomakkeen (Liite 2). Tutkimuslupa on saatu Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä. Tutkimusaineistoa on säilytetty niin että siihen ei voi ulkopuolinen päästä käsiksi.

6.2 Tulosten pohdinta

Tässä opinnäytetyössä haluttiin tutkia hoitajien kustannustietoisuutta. Koska aiempaa tieteellistä tutkimusta aiheesta oli niukasti, tarkoituksena oli kartoittaa aihetta ja kuulla hoitajien ajatuksia siitä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategiassa (2015) todetaan, että ”taloudellinen ajattelutapa on osa ammatillista osaamista”. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan sanoa, että haastatellut hoitajat olivat ottaneet taloudellisen ajattelutavan osaksi ammatillista osaamistaan ja jokapäiväistä työskentelyä. Kustannustietoisuuden lisääminen esitellään myös keinona vähentää kuntien erikoissairaanhoidon kustan-

nuksia Lauslahden väitöskirjassa. Se mainitaan vähän käytettynä, mutta kustannustehokkaana keinona. (Lauslahti 2007, 254.) Samoin kuin Campbellin tutkimuksessa, haastatellut hoitajat olivat valmiita oppimaan lisää taloudellisuudesta ja ottamaan myös enemmän vastuuta kustannustenhallinnassa, kunhan he vain saavat lisää koulutusta aiheesta. (Campbell 1992, 401.)

Hoitajat antoivat paljon arvoa potilaan hoitajakson sujuvuudelle. Potilaan ei haluttu olevan turhaan sairaalassa, ja hänen jatkohoitoaan alettiinkin suunnittelemaan heti sairaalaan saavuttua. Williamsin tutkimuksessa syitä viivästyneelle kotiutumiselle olivatkin juuri suunnitelmallisuuden puute kotiuttamisessa sekä riittämätön kuntoutus (Williams 2010, 36–37). Haastatteluissa nousi esiin kiire ja sen aiheuttama laadukkaan ohjauksen puute mietittäessä syitä viivästyneille kotiutuksille. Myös Bovierin ym. tutkimuksessa todettiin niiden lääkäreiden joilla oli enemmän aikaa potilaan tapaamiseen ja jotka sietivät paremmin stressiä olevan kustannustietoisempia (Bovier ym. 2005, 4). Samoja asioita tuodaan esille jo vuonna 1994 ilmestyneessä Mattilan artikkelissa, jossa ajan katsotaan olevan yksi hoitajan tärkeimmistä resursseista. Hoitajilla onkin ainutlaatuinen tilaisuus vaikuttaa potilaan toipumismotivaatioon antamalla palautetta toipumisesta, ja asettamalla yhdessä potilaan kanssa toipumistavoitteet. (Mattila 1994, 3076.) Haastatellut hoitajat kokivat ohjauksella voitavan vaikuttaa potilaan selviytymiseen kotona sairaalajakson jälkeen ja sen estettävän myös turhaa sairaalaan paluuta. Myös Kääriäisen (2007) potilasohjausta tutkivassa väitöskirjassa todetaan että ohjaus lisää potilaiden vastuunottoa omasta hoidostaan ja sitouttaa heitä siihen. Väitöskirjassa toisaalta todetaan että kolmasosa tutkimukseen osallistuneista potilaista koki ohjauksella olevan vain vähän tai ei lainkaan vaikutusta. (Kääriäinen 2007, 88, 94.) Ohjauksen pitää siis olla myös hyvin suunniteltua ja yksilöllistä ollakseen vaikuttavaa.

Vaikka haastatellut hoitajat eivät kokeneet tuntevansa sairaanhoitopiirin strategiaa, tuli esille monia asioita jotka olivat yhteydessä sairaanhoitopiirin toiminta- ja taloussuunnitelmassa oleviin strategiaan perustuviin, toimialueen 2 tavoitteisiin. Yhtenä tavoitteena suunnitelmassa on hoitoprosessien ja työnjaon selkiyttäminen ja tehostaminen alueen muiden sairaaloiden kanssa, ja näihin asioihin myös haastateltavat hoitajat toivoivat kiinnitettävän huomiota. Hoitajat olivat myös arvioineet potilaiden erikoissairaanhoidon tarvetta, ja suunnitelmassa todetaan myös potilasprofiilin kriittisen arvioinnin tarve, sekä potilaiden hoitoindikaatioiden perustuminen tutkittuun tietoon. (PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma..2014, 58.) Hoitajat toivoivat enemmän yhteistyötä ja keskusteluyhteyttä

lääkäreiden kanssa jotta potilaan hoitolinjauksesta ja -paikasta voitaisiin olla yhtä mieltä. Suunnitelmassa mainitaan myös ammattiryhmien välisen yhteistyön ja arvostuksen vaaliminen (PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma...2014. 59).

Johtajuuden merkitys nousi myös esille haastatteluissa. Hoitajat toivoivat saavansa enemmän tietoa säästöistä ja niiden syistä, ja että tieto olisi selkeämmin esillä. Kun esimies tai vaikkapa hygieniayhdyshenkilö oli omasta asiastaan innostunut, se motivoi myös hoitajia toimimaan taloudellisesti. Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen, Miettinen ja Kvist toteavat tutkimuksessaan sairaalan toiminnan laadun olevan yhteydessä työtyytyväisyyteen, ja tyytyväisyyteen johtamisesta. Samoin kuin tässäkin opinnäytetyössä, tutkimuksessa hoitajat kokivat johtajien olevan etäisiä, eikä johtamisen aina koettu näkyvän hoitotyön arjessa. (Mäntynen ym. 2015, 28.) Esimiesten vastuulla on myös seurata hoitajien ammatillista kehittymistä, ja luoda edellytykset sille että hoitaja voi kehittää tietojaan ja taitojaan tavoitteena turvallinen ja asianmukainen hoitotyö (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994).

Hoitajilla on selvästi vaikutusta moniin kustannuksiin työskennellessään vuodeosastolla. Kustannustietoisuuteen voidaan katsoa kuuluvan myös Lean-ajattelun mukainen hukan tunnistaminen ja eliminointi. Samoin kuin Maijalan (2015) Pro-gradu-työssä, myös tämän opinnäytetyön haastatteluissa tuli esille hoitajien tunnistama hukka, joka nähtiin esimerkiksi juuri potilaan tarpeettomana sairaalassaolona, tilojen ja hoitoprosessien toimimattomuutena sekä turhina lääkekustannuksina.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voisi käyttää pohjamateriaalina koulutettaessa hoitajia kustannustietoisuuteen. Tuloksista saa hyvän kuvan kaikista niistä kustannuksista, mihin hoitajat voivat työssään vaikuttaa. Näitä asioita voisi tuoda esille myös vaikkapa osastotunnilla. Brady ym. toivat esille kustannustenhallintaohjelmaan osallistuneiden hoitajien voimaantumisen, sekä työtyytyväisyyden ja motivaation lisääntymisen (Brady ym. 1998, 276). Lähiesimiehille opinnäytetyö tuo esille kaiken sen tuloksen jonka hoitajat tekevät, ja sen että he myös tarvitsevat tukea tehdäkseen työtään kustannustietoisesti.

6.3 Johtopäätökset

Puhuttaessa "aseptisestä omatunnosta", voitaisiin puhua myös "kustannustietoisesta omatunnosta", joka muistuttaa joka päivä siitä että hoitaja on vastuussa työstään sekä jokaisesta tekemästään valinnasta niin potilailleen kuin myös työnantajalleen, ja tätä myötä myös yhteiskunnalle. Loppuen lopuksi sairaanhoitopiirin kustannuksista vastaa kunta, eli veronmaksaja, toisin sanoen hoitaja myös itse. Ottamalla kustannukset huomioon työssään hoitaja voi tuottaa laadukasta ja eettistä hoitotyötä, jonka vaikutukset kantavat pitkälle. Kustannustenhallinta ei tarkoita vain säästämistä, vaan on myös keino tuottaa enemmän terveyttä. Tavoitteena ei ole tuottaa terveyttä mahdollisimman halvalla välittämättä laadusta, vaan tavoitella tehokkuutta ja vaikuttavuutta, ja silloin potilaan hoidon laatu ei voi kärsiä. Voidakseen olla kustannustietoisia hoitajat tarvitsevat ajankohtaista tietoa kustannuksista ja hoidon vaikuttavuudesta, sekä oman työnsä perustehtävän ymmärtämistä. Hoitoprosessien täytyy olla loppuun asti hiottuja ja hoitajia olisi syytä kuunnella niitä suunniteltaessa. Kotiutusprosessin tutkiminen ja sen tehostaminen voisi olla tarpeen, ja kirjalliset ohjeet auttaisivat esimerkiksi sijaisia heidän arvioidessa potilaan kotikuntoisuutta ja antaessa ohjausta.

Hoitajilla on selvästi paljon ymmärrystä ja tietoa potilaan hoidon sujuvuudesta ja siitä minkälaista hoitoa hän tarvitsee. Hoitajat ovat myös kiinnostuneita kehittämään omaa työtään ja saamaan parempia tuloksia siinä. Hoitotyön johtajien täytyy olla läsnä arjessa ja tukea hoitajien pyrkimyksiä työskennellä kustannustietoisesti. Koulutuksen kustannustietoisuuteen ja sen seurannan täytyy olla systemaattista. Palaute siitä kuinka taloudellisesti on työskennelty, auttaisi varmasti myös tekemään niin.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista nähdä samanlaisia tutkimuksia hoitajista kuin lääkäreistä on aiemmin tehty, joissa selvitetään hoitajien tietoja yleisimpien lääkkeiden ja materiaalien hinnoista. Olisi mielenkiintoista myös tietää mitkä asiat vaikuttavat asenteisiin kustannustietoisuutta ja kustannustenhallintaa kohtaan. Hoitotyön johtajilla on suuri vastuu työntekijöistään, kuinka he kokevat heidän ohjaamisensa kustannustietoisuuteen? Miten strategiset tavoitteet voisi saada paremmin hoitajien tietoisuuteen, ja siten saada niillä parempia hoitotuloksia?

Vaikka kustannustietoisuuden lisäämisen hyödyn seuranta lienee vaikeaa, olisi mielenkiintoista saada tietää kuinka paljon hoitajia kouluttamalla voisi saada säästöjä esimerkiksi osastotasolla. Moni kustannustietoinen teko kuten laadukas ja vaikuttava ohjaus ei näy kuitenkaan heti osaston taloudessa, vaan vasta myöhemmin mahdollisina säästöinä.

6.5 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Aihe kiinnosti minua henkilökohtaisesti alusta lähtien, ja oli opettavaista syventyä kustannustietoisuuden maailmaan. Prosessi alkoi opinnäytetyön orientaatiotunneilla tammi-kuussa 2015. Työelämäpalaverissa joka järjestettiin keväällä 2015, sain vapaat kädet aiheen kanssa. Alussa en osannut ajatella mitä kaikkea kustannustietoisuuden käsite sisältäisi, ja olikin melko vaikeaa päästä alkuun työn kanssa. Lähteiden etsiminen aiheutti vaikeuksia koska aiheen hakusanoilla ei oikein tullut tuloksia. Vähitellen pääsin syvemmälle aiheeseen ja lähteitäkin alkoi löytyä. Syksy 2015 kului aiheeseen syventyen, ja hoitajien haastattelut olivat loppuvuodesta. Aloitin heti niiden jälkeen aineiston analysoinnin ja tuloksista kirjoittamisen, jonka koin kaikista helpoimmaksi, kuten myös pohdintasuuden. Oli hienoa saada aineisto kasaan ja aihetta ymmärrettävämmäksi. Tammi-maaliskuussa 2016 viimeistelin työtä. Opinnäytetyötä oli välillä raskasta tehdä yksin, mutta toisaalta sai itsenäisesti päättää aikataulunsa ja työn sisällön. Olisin kuitenkin kaivannut välillä enemmän tukea varsinkin työn sisältöön liittyen. Aihe oli itselleni uusi, ja siihen liittyi paljon erilaisia käsitteitä, joista oli välillä vaikeaa tietää mikä asia kuului työhön ja mikä ei. Lähteitä etsiessä luin todella paljon artikkeleita, jotka kuitenkin jäivät pois työstä.

Aiheeseen syventymisen myötä minulle on auennut ihan erilainen kokonaiskuva terveydenhuollosta ja myös hoitotyöstä. Koen että oppimistani asioista on ehdottomasti hyötyä tulevaisuudessa. Luulenkin että mielenkiintoni kohdistuu tulevina vuosina jatko-opiskeluihin, ja haluaisinkin viedä aihetta eteenpäin jatkotutkimuksen muodossa. Varmasti myös tulevat työnantajat arvostavat kustannustietoista työntekijää joka myös haluaa jakaa tietoaan.

LÄHTEET

- Allan, G. & Innes, G. 2004. Do family physicians know the costs of medical care? Canadian family physicians 50 (2), 263-270.
- Anttila, V., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) 2010. Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Bovier, P., Martin, D. & Perneger, T. 2005. Cost-consciousness among Swiss doctors: a cross-sectional survey. Tulostettu 1.9.2015. Biomed central. BMC Health services Research 72 (5).
- Brady, D., Cornett, E. & DeLetter, M. 1998. Cost reduction: What a staff nurse can do. Nursing Economics 16 (5), 273-276.
- Campbell, B. 1992. Assessment of Attitudes Toward Cost-Containment needs. Nursing Economics 10 (6), 397-401.
- Cooke, M. 2010. Cost consciousness in Patient Care-What Is Medical Education's Responsibility? The New England Journal of Medicine 362 (14), 1253-1255.
- Elinkeinoelämän keskusliitto. Perustietoja Suomen taloudesta. 2015. Tulostettu 1.8.2015. <http://ek.fi/mita-temme/talous/perustietoja-suomen-taloudesta/>
- Erikoissairaanhoitolaki. 1.12.1989/1062
- Eriksen I., Melberg H. & Bringedal, B. 2013. Norwegian Physicians' Knowledge of the Prices of Pharmaceuticals: A Survey. PLoS ONE 8 (9). Tulostettu 1.1.2016. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0075218>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Jyväskylä: Vastapaino.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4-6. painos. Helsinki: Werner Söderström osakeyhtiö oy.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita publishing Oy.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.
- Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Helsinki: WSOY.
- Lauslahti, S. 2007. Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinot ja niiden käyttämisen esteet. Tampereen yliopisto. Taloustieteiden laitos. Väitöskirja.
- Lubarsky, D., Glass, P., Ginsberg, B., Dear, G., Dentz M., Gan, T., Sanderson I., Mythen, M., Dufore, S., Pressley, C., Gilbert, W., Alexander, M., Coleman, R., Rogers, M. & Revers, J. 1997. The successful implementation of pharmaceutical practice guidelines. Analysis of associated outcomes and cost savings. *Anesthesiology* 86 (5), 1145-1160.
- Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2015. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Maijala, R. 2015. Hukkatunnistimella hukan arvioimiseen ja poistamiseen. Tampereen Yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu-tutkielma.
- Manss, V. 1993. Influenca: the rising costs of health care; a staff nurse's perspective. *Nursing Economics* 11 (2), 83-86.
- Mattila, M. 1994. Miten lisätä henkilökunnan kustannustietoisuutta. *Lääkärilehti* 49 (30), 3974-3978.
- Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., Miettinen, M. & Kvist, T. 2015. Mitä potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ja hoitohenkilökunnan arvioinnit työtyytyväisyydestä ja johtamisesta kertovat erikoissairaanhoidon erinomaisuudesta? *Hoitotiede* 27 (1), 18-30.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia 2016-2025. 2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuusto. Tulostettu 1.9.2015. http://pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous/Strategia
- PSHP:n tilinpäätös ja toimintakertomus 2014. 2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, valtuusto. Tulostettu 1.1.2016. http://www.pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous
- PSHP:n toiminta- ja taloussuunnitelma 2015-2017, talousarvio 2015. 2014. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuusto. Tulostettu 1.7.2015 http://www.pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Resar, R., Griffin, F., Kabcenell, A. & Bones C. 2011. Hospital Inpatient Waste Identification Tool. Institute for Healthcare Improvement. Innovation Series white paper. Tulostettu 1.1.2016 <http://www.ihl.org/resources/pages/ihlwhitepapers/hospitalinpatient-wasteidtoolwhitepaper.aspx>

Ryynänen O-P., Kukkonen J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa. Helsinki: Talentum Media Oy.

Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus –hanke. 2015. Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto & Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Sairaanhoitajaliitto. Päivitetty 3.10.2014. Tulostettu 1.10.2015. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Savikko, R. 2008. Vastuullisuus ja vastuu sairaanhoitajan ammatillisessa toiminnassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-tutkielma.

Schlünzen, L., Simonsen, M., Spangsberg, N. & Carlsson, P. 1999. Cost consciousness among anesthetic staff. *Acta anaesthesiologica scandinavica* 43 (2), 202-205.

Sintonen, H. & Pekurinen, M. 2006. Terveystaloustiede. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Tays hoitoyksiköt. 2016. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 3.1.2016. http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. Koivuranta-Vaara, P. (toim.) Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Tilastokeskus. 2016. Väestöennuste ikäryhmittäin Pirkanmaalla 2015-2040. Tulostettu 1.1.2016. http://tilastokeskus.fi/tup/seutunet/tampere_vaesto_fi.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Williams, G. 2010. Causes of delayed discharge following joint replacement surgery. *International journal of therapy and rehabilitation* 17 (1), 34-39.

LIITTEET

Liite 1. Tiedote



Liite : 1 (2)

TIEDOTE

1.10.2015

Hyvä hoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on tutkia hoitajien käsityksiä kustannustietoisuudesta hoitotyössä. Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelemalla parihaastatteluun kuutta hoitajaa. Haastattelut ovat työaika, ja ne nauhoitetaan. Haastattelut toteutuvat TAYS:in tiloissa, ja ne kestävät noin yhden tunnin. Haastattelussa on erilaisia teemoja, jonka pohjalta keskusteluja käydään.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa. Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus -tietokannassa, ellei Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ole muuta sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä
 Laura Mikkola
 Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)
 Tampereen ammattikorkeakoulu
 laura.mikkola@health.tamk.fi
 045-1102 666

Ohjaaja
 Heleena Laitinen
 Terveystieteiden tohtori, lehtori
 Tampereen ammattikorkeakoulu
 heleena.laitinen@tamk.fi
 050-3604790

Liite 2. Suostumuslomake



Liite 2 (2)

SUOSTUMUS

Hoitajien kustannustietoisuus

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on tutkia hoitajien käsityksiä kustannustietoisuudesta, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
Opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

