



Reumapoliklinikan vastaanotto- minnan kehittäminen

Suvi Lehtiö

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Reumapoliklinikan vastaanottotoiminnan kehittäminen

Suvi Lehtiö
Johtaminen ja kehittäminen sosi-
aali- ja terveysalan muutoksessa
Opinnäytetyö
Kesäkuu, 2020

Suvi Lehtiö

Reumapoliklinikan vastaanottotoiminnan kehittäminen

Vuosi 2020 Sivumäärä 61

Kehittämistyön taustalla oli Etelä-Suomessa sijaitsevan sairaalan reumapoliklinikalla esiin nousut tarve kehittää poliklinikan moniammatillista vastaanottotoimintaa. Tavoitteena oli kehittää moniammatilliseen vastaanottotyöhön uusi toimintamalli, jonka avulla voitiin sujuvoittaa ja tehostaa poliklinikan toimintaa. Toimintamallin suunnittelussa huomioitiin potilaslähtöisyys ja potilaskokemuksen parantaminen.

Opinnäytetyössä selvitettiin, miten työajankäyttö jakautuu ammattiryhmittäin ja toiminnoittain reumapoliklinikalla ja miten voidaan lisätä potilaalle arvoa tuottavien työtehtävien osuutta eri ammattiryhmien työajankäytössä.

Kehittämistyö rajattiin nivelreumaa- ja selkärankareumaa sairastaviin potilaisiin. Opinnäytetyössä käytetään termejä välitön potilastyö ja välillinen potilastyö. Välitön potilastyö tapahtuu potilaan läsnä ollessa joko vastaanotolla tai puhelimitse. Välilliseksi potilastyöksi lasketaan työtehtävät, joissa ei olla kontaktissa potilaaseen, mutta jotka tehdään potilaan hyväksi. Termien valintaan päädyttiin, koska kehittämistyössä käsitellään myös lääkärin ja osastonsihteerin työtä, joita ei voida kuvata termeillä välitön tai välillinen hoitotyö.

Opinnäytetyön aineiston keruuta varten kehitettiin työajanseurantalomake, jota muokattiin havainnointikokeilun jälkeen. Työajanseuranta toteutettiin ulkopuolista havainnoijaa käyttämällä, joka havainnoi kahta reumahoitajaa lääkäri- ja hoitajavastaanotolla sekä reumalääkärinä yhtenä työpäivänä. Osastonsihteerin työajanseuranta toteutettiin itsehavainnointina neljän työpäivän aikana.

Työajanseurannan tulosten perusteella osastonsihteerin reumapoliklinikan työtehtäviin käytämä työaika oli keskimäärin alle tunti päivässä. Reumalääkärin työajasta välittömään ja välilliseen potilastyöhön kului lähes 90% kokonaistyöajasta. Lääkärin vastaanotolla oli potilaita yli kolme tuntia kokonaistyöajasta. Reumahoitajien työajasta välittömään potilastyöhön lääkäri-vastaanotolla kului lähes 30% työajasta. Hieman yli puolet työajasta kului välilliseen potilastyöhön. Välillisestä hoitotyöstä lähes 40% kului ajanvarausten tekemiseen. Yhteensä kirjaaminen ja ajanvaraukset sekä hoitopalautteet vei yli puolet välilliseen potilastyöhön käytetystä työajasta. Reumahoitajien työajasta välittömään potilastyöhön hoitajavastaanotolla kului vain noin 15% kokonaistyöajasta. Sen sijaan yli puolet työajasta kului välilliseen potilastyöhön. Työajanseurannan aikana reumahoitajat käyttivät yli neljä tuntia työaika ajanvarausten tekemiseen ja hoitopalautteiden lähettämiseen.

Lisäämällä osastonsihteerin työaika reumapoliklinikalla, voitaisiin vähentää reumahoitajien käyttämää aikaa ajanvarausten tekemiseen ja hoitopalautteiden lähettämiseen. Muutos mahdollistaisi reumahoitajien ajankäytön lisäämisen välittömään potilastyöhön. Reumalääkärin vastaanottokäynteihin käyttämää aikaa voitaisiin vähentää reumahoitajan tehdessä osan tutkimuksista ja täydentäessä esitiedot valmiiksi ennen potilaan siirtymistä lääkärin vastaanotolle.

Asiasanat: vastaanottotoiminta, reumapotilas, työajanseuranta

Suvi Lehtiö

Developing the Reception Activities of the Rheumatology Clinic

Year	2020	Pages	61
------	------	-------	----

The development work was based on the need to develop the outpatient clinic's multi-professional reception activities at a rheumatology clinic of a hospital in Southern Finland. The aim was to develop a new operating model for multi-professional reception work, which could be used to streamline the operation of the clinic. The design of the operating model took into account patient orientation and the improvement of the patient experience.

The thesis investigated how the use of working time is divided by occupational groups and functions in the rheumatology clinic. In addition, it was investigated how the share of value creating tasks for patient can be increased in the use of working time in different occupational groups.

The development work was limited to patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. The terms direct patient work and indirect patient work are used in the thesis. Direct patient work takes place in the presence of the patient, either at the reception or by telephone. Indirect patient work is not in contact with the patient but is performed for the benefit of the patient. The development work also focuses on the work of doctor and ward secretary, which do not fit into either of the above-mentioned categories (direct and indirect patient work).

For the collection of the thesis material, a working time monitoring form was developed. Working time monitoring was carried out using an external observer who observed two rheumatology nurses at the doctor's and nurse's receptions and a rheumatologist on one working day. The department secretary's working time monitoring was carried out as a self-observation during four working days.

Based on the results of the monitoring, the average time spent by the department secretary on the clinic was less than an hour a day. Almost 90% of the rheumatologist's time was spent on direct and indirect patient work. The doctor's reception had patients for more than three hours. Almost 30% of nurses' time was spent on direct patient work at the doctor's reception. Just over half of the time was spent on indirect patient work. Almost 40% of the indirect patient work was spent on making appointments. In total, recording and appointments as well as care feedback took more than half of the time spent on indirect patient work. Only approximately 15% of the total time was spent by nurses on direct patient work. Instead, more than half of the time was spent on indirect patient work. During the monitoring period, nurses spent more than four hours making appointments and sending care feedback.

Increasing the working hours of the ward secretary could reduce the time spent by nurses making appointments and sending care feedback. The change would make it possible to increase the time spent by nurses on direct patient work. The time spent by the rheumatologist on patient visits could be reduced by nurses doing some of the examinations and completing the Preliminary Information before the patient goes to the doctor's reception.

Keywords: reception, rheumatism patient, work- time monitoring

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Reumapoliklinikan toiminta.....	7
2.1	Polikliininen hoitotyö.....	7
2.2	Reumapotilas	7
2.2.1	Nivelreuma	8
2.2.2	Selkärankareuma	9
2.2.3	Selkärankareumapotilaan liikkuvuusmittaukset.....	10
3	Opinnäytetyön kehittämisprosessi	11
3.1	Toimintaympäristön kuvaus.....	12
3.2	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet.....	12
3.3	Lean -menetelmä hoitotyön kehittämisessä.....	12
3.4	Toimintatutkimus	14
3.5	Toimintatutkimusprosessi	16
3.6	Aineiston keruun suunnitelma	17
3.6.1	Työpajatyöskentely	18
3.6.2	Havainnointi aineiston keruumenetelmänä	19
3.7	Työajanseurannan toteutus ja kirjaaminen	20
4	Tutkimustulokset	20
4.1	Ensimmäinen työpaja.....	20
4.2	Työajanseurannan tulokset	21
4.2.1	Osastonsihteeri	21
4.2.2	Reumalääkäri.....	23
4.2.3	Reumahoitaja lääkärivastaanotolla	24
4.2.4	Reumahoitaja hoitajavastaanotolla.....	25
4.2.5	Reumahoitajien työajankäyttö	26
4.2.6	Työajanseurannan hukkahavainnoinnit	27
4.3	Toinen työpaja	29
5	Uusi toimintamalli reumapoliklinikan vastaanottotoiminnassa	30
6	Johtopäätökset	31
6.1	Tutkimustulosten yhteenveto.....	31
6.2	Opinnäytetyön prosessin arviointia	35
6.3	Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointia.....	37
6.4	Jatkotutkimusehdotukset	38

1 Johdanto

Kehittämistyön taustalla on Etelä-Suomessa sijaitsevan sairaalan reumapoliklinikalla esiinnoussut tarve kehittää poliklinikan moniammatillista vastaanottotoimintaa. Tavoitteena on tarkastella, tehdäänkö poliklinikalla potilaan hoidon kannalta tarpeetonta ja potilaalle lisäarvoa tuottamattomia toimintoja sekä tarvittaessa vähentää niitä. Hoitohenkilöstön tarkoituksena on toteuttaa potilaalle terveyshyötyä tuottavaa hoitotyötä. Antinahan (2018, 1.) väitöskirjassa todetaan, että aiempien tutkimustulosten mukaan hoitohenkilöstön työajasta alle puolet kohdentuu potilaan välittömään hoitoon. Suurin osa työajasta kuluu muille ammattiryhmille kuuluviin työtehtäviin sekä ihmisten ja tavaroiden etsimiseen ja odottamiseen. Hoitohenkilöstön ja muiden ammattiryhmien välisen työnjaon arvioinnin ja uudelleen organisoimisen on todettu olevan merkityksellistä hoitohenkilöstön perustehtävän, potilaiden hyvinvoinnin huolehtimisen kannalta.

Tutkimusaihe on ajankohtainen nyt, kun keskustelu julkisen sektorin palkkaneuvotteluista on käynnistymässä. Tehy ja Super ovat ehdottaneet valtion budjetista 100-150 miljoonan euron osoittamista hoitohenkilökunnan palkkojen korotuksiin vuosittain kymmenen vuoden ajan (Lii-ten 2019). Samalla, kun keskustelu hoitohenkilökunnan työn arvostuksesta ja ammattitaidon korvaamisesta on taas käynnistynyt, on hyvä tutkia myös sitä, mihin koulutetun hoitohenkilökunnan aika kuluu. Valtion tiukentuneen rahatilanteen lisäksi on syytä miettiä myös sitä, että terveyden- ja sosiaalihuollon keskeinen menestystekijä löytyy henkilöstöstä. Henkilöstön voimavarojen ja työn mielekkyyden kehittäminen vaikuttavat palvelujen laadun ja tuloksellisuuden lisäksi myös henkilöstön työhyvinvointiin. Työhyvinvoinnin perustana ovat työntekijän tavoitteita ja ammatillisia kykyjä vastaava työ. Työhönsä tyytyväinen työntekijä on sitoutunut ja motivoitunut työn tekemiseen. (STM 2019; Kumpulainen 2013, 33.)

Kehittämistyö toteutetaan toimintatutkimuksena ja siihen osallistuu koko poliklinikan henkilökunta eli reumatologi (jatkoksa reumalääkäri), kolme sairaanhoitajaa (jatkoksa reumahoitaja), osastonhoitaja ja osastonsihteeri. Kehittämistyö alkaa nykykäytännön kehittämistarpeiden tunnistamisella. Tarkoituksena on tehdä nykytilanteen prosessikuvauskaavio, josta käy ilmi eri ammattiryhmien työtehtävät. Prosessikuvauskaavion avulla voidaan pohtia eri työtehtäviin kuluva aikaa ja niiden tarpeellisuutta sekä työtehtävien muokkaamista yli ammattirajojen. Nykytilanteen kartoittamisen jälkeen suoritetaan Lean- pohjainen työajanseuranta havainnoijan suorittaman kellotuksen perusteella. Työajanseurannan avulla arvioidaan, mihin eri työtehtäviin reumahoitajien ja reumalääkärin työaika kuluu. Tulosten perusteella voidaan arvioida, onko reumahoitajien ja reumalääkärin työtehtäviä mahdollista jakaa uudelleen. Tarkoituksena on kehittää uudenlainen toimintamalli moniammatilliseen vastaanottotyöhön.

Kehittämishankkeen tavoitteena on vastaanottotoiminnan kehittäminen ja sujuvoittaminen, esimerkiksi tunnistamalla nykyiset ammattikohtaiset työtehtävät, niihin liittyvät mahdolliset tarpeettomat tai päällekkäiset toiminnot sekä miettimällä tietyille työtehtäville optimaalisin tekijä ja ajoitus. Tavoitteena on kehittää reumahoitajan työnkuvaa keskittymään nykyistä enemmän hoidollisiin tehtäviin. Samalla voidaan arvioida reumahoitajien hoitotyöhön liittymättömien työtehtävien siirtämistä toiselle ammattiryhmälle, jolloin reumahoitajien työaika pystytään hyödyntämään esimerkiksi lääkärivastaanoton yhteydessä tehtäviin esitutkimuksiin. Näin voitaisiin kehittää myös reumalääkärin työajankäyttöä ja tehostaa vastaanottotoimintaa. Vastaanottotoiminnan kehittämisessä tullaan huomioimaan potilaslähtöisyys ja potilaskokemuksen parantaminen, sujuvoittamalla ja tehostamalla poliklinikan toimintaa, yli ammattirajojen yltävällä yhteistyön lisäämisellä.

2 Reumapoliklinikan toiminta

2.1 Polikliininen hoitotyö

Poliklinikka määritellään yleisesti vastaanotto-, tutkimus- ja hoitopaikkana, joka on sairaalan yhteydessä. Poliklinikalla tapahtuva hoito ei sisällä yöpymistä. Sairaanhoidajan rooli poliklinikalla on vahvistunut toimintojen siirtyessä vuodeosastoilta poliklinikoille. Potilasohjaus on keskeinen osa hoitotyötä, jonka merkitys korostuu avohoitopainotteisuuden lisääntyessä ja ohjaukseen käytettävissä olevan ajan lyhentyessä (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön, toimintaohjelma 2009 - 2011, 83).

Välitön hoitotyö tarkoittaa toimia, joilla tuotetaan potilaalle terveyshyötyä eli lisäarvoa. Välillinen hoitotyö on potilaan hoidon kannalta välttämättömiä toimia, jotka eivät suoraan tuota lisäarvoa potilaalle. Potilaalle lisäarvoa tuottamatonta työtä ovat myös tiedon välittäminen työntekijältä toiselle, tavaroiden tai ihmisten etsiminen ja odottaminen sekä päällekkäinen työ. (Antinaho 2018, 5-6.) Tässä opinnäytetyössä käytetään jatkossa termejä välitön potilastyö ja välillinen potilastyö. Välitön potilastyö tapahtuu potilaan läsnä ollessa joko vastaanotolla tai puhelimitse. Välilliseksi potilastyöksi lasketaan työtehtävät, joissa ei olla kontaktissa potilaaseen, mutta jotka tehdään potilaan hyväksi. Termien valintaan päädyttiin, koska kehittämistyössä käsitellään myös lääkärin ja osastonsihteerin työtä, joita ei voida kuvata termeillä välitön tai välillinen hoitotyö.

2.2 Reumapotilas

Reumapoliklinikalla hoidetaan potilaita, joilla on tulehduksellisesti aktiivinen tai uusi niveltulehdussairaus. Tässä opinnäytetyössä keskitytään nivelreuma- ja selkärankareumapotilaiden vastaanottotoiminnan kehittämiseen.

2.2.1 Nivelreuma

Nivelreuma on krooninen autoimmuunisairaus, jonka etiologia on edelleen epäselvä. Suomessa nivelreumaa sairastaa 0,8 % aikuisista, joista naisia on 2-3 kertaa enemmän kuin miehiä. Useimmiten nivelreumaan sairastuu 60-65 vuoden iässä. Sairastuneista 2/3 on alle 65-vuotiaita. Tupakointi lisää sairastumisriskiä kaksinkertaiseksi. Nivelreumaa sairastavan lapsella on 10-20 prosenttia suurempi alttius sairastua reumaan. Sairastumiseen vaikuttavat kuitenkin monen asian yhteisvaikutus ja ympäristötekijät. Hoitamattomana nivelreuma johtaa lisääntyvien nivel tulehdusten myötä pysyviin nivelvaurioihin, jotka heikentävät työ- ja toimintakykyä. Nivelreumaan liittyy liitännäissairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien lisääntyminen sekä ylikuolleisuus. Aktiivisella hoidolla ja nykyaikaisella lääkehoidolla näihin kaikkiin voidaan kuitenkin vaikuttaa. (Rantalaiho, Sokka & Meri 2017, 1691; Puolakka 2019; Riikola 2016.)

Nivelreuma alkaa usein etenemällä vähitellen. Tyypillisiä oireita ovat nivelten aamukankeus, arkuus ja turvotus. Tavallisimmin sairastuvat sormien keski- ja tyvinivelet, ranteet ja päkiät. Yleisoina saattaa esiintyä väsymystä, lämpöilyä, laihtumista ja yleistä sairauden tunnetta. Potilaat, joilla on nivelkipua tai -turvotusta yli kolmen viikon ajan, tulisi lähettää reumatologin arvioitaviksi. Nivelten tutkiminen voi olla haastavaa, jos siitä ei ole säännöllistä kokemusta. (Luqmani, Pincus & Boers 2010, 21-22.) Nivelreumaa epäiltäessä tutkitaan sitrullinipeptidivasta-ainepitoisuudet. Jos tulos on positiivinen, tehdään lähete reumatautien erikoislääkärille eli reumatologille. Nivelreumassa diagnoosi on kliininen ja hoito aloitetaan mahdollisimman nopeasti. Diagnoosin tekemisessä käytetään usein apuna nivelreuman luokittelukriteerejä, jossa turvonneiden nivelten lukumäärä ja sijainti, tulehdusarvot ja reumaserologia pisteytetään. Käytännössä sitrullinipeptidivasta-ainepositiivisuus, kliinisesti havaittu polyartriitti ja tyypillinen anamneesi ovat diagnoosin perusteena. Nivel turvotusten havaitsemisen tukena käytetään usein ultraäänitutkimusta. Pikkunivelien polyartriitti, johon liittyy positiivinen reumaserologia ja suurentuneet tulehdusarvot todetaan nivelreumaksi jo varhaisessa vaiheessa. Diagnoosin varmistuminen saattaa viivästyä, jos oireet ovat lievät tai epätyypilliset. (Rantalaiho, Sokka & Meri 2017, 1694.)

Nivelreuman hoitoon on vuosikymmeniä käytetty synteettisiä reumalääkkeitä, joista tärkeimmät ovat metotreksaatti, sulfasalatsiini ja hydroksiklorokiini. Reumalääkkeinä käytettävien lääkkeiden tarkka vaikutusmekanismi ei ole täysin tiedossa, kuten ei ole nivelreuman patogeenisikään. Synteettisten lääkkeiden vaikutuksessa on yksilöllisiä eroja ja mahdolliset haittavaikutukset saattavat vaikuttaa lääkeannosten määrään. Suomalaistutkimuksissa REKO-yhdistelmähoidolla on saavutettu tuoreen nivelreuman hoidossa erittäin hyviä hoitovasteita, joista ei ole ilmaantunut huomattavia haittavaikutuksia. REKO-yhdistelmähoitoon kuuluu metotreksaatin, sulfasalatsiinin ja hydroksiklorokiinin lisäksi pieni prednisoloniannos. Kliinisen kokemuksen perusteella, voidaan käyttää muidenkin reumalääkkeiden yhdistelmiä, etenkin eden-

neen nivelreuman hoidossa. Viime vuosituhaten lopulla käyttöön ovat tulleet biologiset lääkevalmisteet. Biologisten lääkkeiden laajamittaista käyttöä rajoittaa edelleen kallis hinta. Niiden on todettu tehoavan silloinkin, kun synteettisillä lääkkeillä ei saavuteta riittävää vastetta. Kansalliset ja kansainväliset hoitosuosituksukset ovat osittain ristiriidassa keskenään. Yhteisenä linjana kuitenkin on, että nivelreuma on todettava ja hoito aloitettava mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Hoidon tavoitteena on mahdollisimman vähäinen aktiivisuus, jopa remissio. Merkittävällä osalla potilaista toiminta- ja työkyky säilyvät normaaleina aktiivisen hoidon ja parantuneen lääkehoidon ansiosta. (Rantalaiho, Sokka & Meri 2017, 1695-1697.)

2.2.2 Selkärankareuma

Selkärankareuma on tulehduksellinen pitkäaikaissairaus, joka aiheuttaa oireita selkärangan lisäksi usein myös raajojen nivelissä, jänteiden kiinnittymispaikoissa ja silmän etuosassa. Selkärankareuman etiologiaa ei tunneta, mutta altistavana tekijänä voidaan pitää sairastettua infektioita. Sairaus on naisilla ja miehillä yhtä yleinen, mutta vaikea tautimuoto on miehillä yleisempi. Useimmiten sairaus alkaa 20-30 vuotiaana. (Mustajoki 2019.) Hoitamattomana selkärankareumapotilaan selkä jäykistyy, nikamien väliin kasvaa luusiltoja ja ryhti painuu etukumaraksi. Hoidon tavoitteena on tulehduksen poistaminen ja täysi oireettomuus, joka mahdollistuu lääkehoidon lisäksi elämäntapaohjauksen ja liikunnan avulla. (Riikola 2014, 4-6.)

Tulehduksellisen selkäkivun kliinisiä löydöksiä ovat yli kolme kuukautta jatkunut selkäkipu, jonka lisäksi potilaalla on vähintään neljä seuraavista viidestä kriteeristä, joita ovat: oireiden alku alle 40- vuotiaana, vähitellen alkanut selkäkipu, aamuyöhön sijoittuvat kivut, liikkuminen helpottaa oireita ja lepo ei helpota oireita. Tyypillisiä oireita ovat levon ja istumisen jälkeinen jäykkyys, selkärangan jäykkyys ja kipu sekä rintakehän rustokipupisteet. Sakroiliitissa ristiselkään ja pakaraan heijastuva kipu herättää aamuöisin. Perifeerinen tulehdus on tyypillistä alaraajojen isoissa nivelissä. Insertiitit ovat tavallisia alaraajoissa. Taudinkuvalle tyypillistä on myös daktyliitin esiintyminen sormissa tai varpaissa. Äkillisiä iriittejä esiintyy 20 % potilaista, joillakin se on taudin ensimmäinen oire. Joskus esiintyy kroonista suolistotulehdusta, samoin kuin sydämen johtumishäiriöitä ja aortiittia. (Nordström 2018.)

Diagnoosi perustuu kliinisen kuvan lisäksi löydöksiin SI- nivelten kompressio-, palpaatio- ja viivutusarkuudessa, sormenpäät-lattiamitassa, Schoberin testissä, lannerangan sivutaivutuksissa, takaraivo-seinämitassa ja rintarangan liikkuvuudessa. Usein laboratoriotutkimuksista CRP ja Lasko ovat koholla. Kvantamistutkimuksissa otetaan lannerangasta ja SI-nivelistä röntgenkuvat. Sakroiliittimuutokset näkyvät röntgenkuvissa vasta kahden-kahdeksan vuoden kuluttua. Magneettikuvauksella sakroiliitti voidaan todeta ja arvioida tulehduksen voimakkuutta jo ennen kuin natiiviröntgenkuvissa näkyy muutoksia. (Nordström 2018.)

Potilailla, joiden oireet ovat alkaneet alle 40-45 vuotiaana ja joiden anamneesi täyttää tulehduksellisen selkäkivun kriteerit tutkitaan HLA-B27- kudosantigeeni verinäytteestä. HLA-B27

positiivisilla potilailla on merkittävästi kohonnut riski sairastua selkärankareumaan, Reiterin tautiin, reaktiiviseen niveltulehdukseen sekä spondyliittiin. Selkärankareumaa sairastavista potilaista yli 95% ovat HLA-B27 positiivisia. Yksinään positiivinen kudasantigeeni ei kuitenkaan riitä taudin syntyyn. Se ei myöskään sovellu seulontatutkimukseksi, koska Suomessa HLA-B27 löytyy noin 14%:lla väestöstä. (Huslab 2020.)

Tulehduksellisten selkäsairauksien keskeisenä hoitomuotona on fysioterapia, jolla pyritään estämään selkärangan virheasentoja. Selkärangan säännölliset ojennusharjoitukset ja turvallinen liikunta ovat fysioterapian lähtökohtana. Lääkehoidossa tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää kuukausien ajan. Niillä on röntgenologisesti tautia hidastava vaikutus. Sulfasalatsiini tehoaa parhaiten taudin varhaisessa vaiheessa, kun CRP ja tai lasko ovat koholla tai jos tulehduksia on perifeerisissä nivelissä. Biologisen lääkehoidon vähimmäisvaatimuksena on keskivaikea kipu ja taudin aktiivisuus, jolloin BASDAI- indeksi on > 4 , suurentunut CRP tai magneettikuvassa aktiivinen sakroiliitti ja lisäksi epäonnistunut hoitokokeilu maksimiannoksella tulehduskipulääkettä ja sulfasalatsiinilla. (Nordström 2018.)

2.2.3 Selkärankareumapotilaan liikkuvuusmittaukset

Reumapoliklinikalla on käytössä kansallinen BCB-laaturekisteri, joka mahdollistaa potilaiden kustannustehokkaan hoidon seurannan. Hoidon laadun seuranta onnistuu klinikka- ja sairaanhoitopiirikohtaisesti sekä kansallisella tasolla. Rekisteriin kerätyn datan avulla voidaan osoittaa, mitkä hoitomuodot ovat tehokkaimpia, vertailla omien potilaiden hoitotuloksia kansallisiin tuloksiin ja seurata potilaan tyytyväisyyttä hoitotuloksiin. Laaturekisterin avulla tehostetaan hoitoketjuja rutiinotoimintojen automatisoinnilla ja yhdenmukaistamisella. Kirjaamisen automatisoinnin ja reaaliaikaisen informaation tuottamisen avulla hoitohenkilökunnalle jää enemmän aikaa hoitotyön toteuttamiseen. (Bcbmedical 2020.)

BCB:n reumarekisteriin on valikoitu SPA Statukseen täytettäväksi takaraivo-seinämitta, hengitysero, Schoberin mitta ja selän sivutaivutukset oikealle ja vasemmalle. Luotettavien ja toisiinsa verrattavissa olevien mittaustulosten saaminen edellyttää oikeiden ja yhtenevien mittaustapojen käyttämistä. Huomioitava on, että mittausten suorittamisessa on lähdekohtaisia eroja. Takaraivo-seinämitta mitataan kantapäät ja selkä seinää vasten nostamatta leukaa normaalitason yläpuolelle. Mittauksella selvitetään, kuinka monta senttiä takaraivo jää seinästä. Normaalitulokset on 0 cm. Mitta soveltuu parhaiten kehittyvän kyfoosin seurantaan, eikä ole useinkaan hyödyksi varhaisvaiheen diagnoosissa. (Isomäki, Leirisalo-Repo & Hämäläinen 1994, 229.) Hengitysero eli rintakehän liikkuvuus mitataan mamillalinjasta maksimaalisen sisään- ja uloshengitysympärysmittojen erona mittanauhan avulla potilaan pitäessä käsiään päänsä takana. Mittaustuloksen absoluuttista normaalirajaa on vaikea asettaa, koska normaali liikkuvuus riippuu potilaan iästä, sukupuolesta ja rakenteesta. Nuoren potilaan kohdalla alle viiden senttimetrin eroa voidaan pitää poikkeavana mittana. (Isomäki, Leirisalo-Repo & Hämäläinen

1994, 229, Sieper & Braun 2011, 15.) Schoberin testissä potilas seisoo normaaliasennossa. Selkään piirretään viiva ns. hymykuoppien väliin (spina iliaca posterior superior). Toinen viiva piirretään 10 cm ensimmäisen viivan yläpuolelle, jonka jälkeen potilas taivuttaa vartaloaan eteenpäin niin paljon kuin pystyy. Merkkien väli mitataan. Tulos pyöristetään 0.1 cm tarkkuudella. Venyvyyden tulisi olla 5 cm. Schoberin testissä on huomioitava, että se mittaa ihon venymää ja on epätarkkana mittana ainoastaan suuntaa antava. (Leirisalo-Repo, Hämäläinen & Moilanen 2002, 94, Sieper & Braun 2011, 15.) Selän sivutaivutus oikealle ja vasemmalle mitataan potilaan seisossa suorassa, jalat 15 cm:n etäisyydellä toisistaan. Kantapäät, pakarat ja lapaluut ovat seinää vasten ja kädet reiden ulkosivuilla. Potilaan keskisormenpään kohdalle merkitään viiva molempiin reisiin. Potilas taivuttaa vartaloa sivulle vuorotellen, säilyttäen kontaktin seinään, taivuttamatta polvia tai nostamatta kantapäitä ja liu'uttaa kättä reittä vasten. Sivutaivutuksen aikana merkitään keskisormenpään kohdalle toinen viiva ja mitataan viivojen välinen erotus senttimetrin tarkkuudella. Oireettomien tulos on keskimäärin 15-20 cm, riippuen potilaan iästä. (Sieper & Braun 2011, 15; Bijlsma 2009, 112.)

Selän liikkuvuusmittaukset on perinteisesti tehty reumatologian poliklinikkakäyntien yhteydessä lääkärin vastaanotolla. Jatkuvasti niukentuvat resurssit ja paine saada aikaan enemmän ja tehokkaammin tuovat eteen haasteen toiminnan tehostamisesta. Poliklinikalla tehdään useita toimintoja, joiden tekijä ja ajoitus olisi syytä suunnitella uudelleen. Selkämittaukset ovat yhtenä esimerkkinä siitä, miten toiminnan kehittämällä voidaan vaikuttaa vastaanotto toiminnan sujuvuuteen. Tehtävänsiirto mahdollistaa toimipaikkakoulutetun reumahoitajan tekemään osan vastaanotolle kuuluneista tehtävistä etukäteen. Näin lääkärille jää enemmän aikaa potilaan kohtaamiselle vastaanotolla. Lean- menetelmänä sopii sairaalaympäristöön hyvin ja sitä voidaan käyttää muun muassa hoidon laadun parantamisessa ja potilaan odotusaikojen vähentämiseen. Laadukas hoito ja ammattitaitoinen henkilökunta eivät yksin riitä, jos hoitoprosessi on auttamatta vanhentunut. (Graban 2012, 1.)

3 Opinnäytetyön kehittämisprosessi

Kehittämistyön toimintaympäristönä on Etelä-Suomessa sijaitsevan sairaalan reumatologian poliklinikka, joka toimii lähete- ja ajanvarauspoliklinikkana. Reumatologian poliklinikalla hoidetaan potilaita, joiden reumasairaus on tulehduksellisesti aktiivinen tai joilla on uusi niveltulehdussairaus. Moniammatillisen tiimin, johon kuuluvat reumatologian erikoislääkäri, reumatauteihin perehtyneet sairaanhoitajat, osastonsihteeri, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, ravitsemusterapeutti ja tarvittaessa muut erityistyöntekijät, tavoitteena on potilaiden yksilöllinen ja laadukas hoito yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. (HUS 2019.)

3.1 Toimintaympäristön kuvaus

Reumapoliklinikka vastaa erikoissairaanhoidon vaativien uusien ja aktiivisten niveltulehdusten hoidosta sairaanhoitoalueella, jonka väestöpohja vuoden 2016 lopussa oli 91 205 henkeä. Poliklinikalla työskentelee yksi reumatologi neljänä päivänä viikossa ja 1,5 reumahoitajaa sekä yksi osastonsihteeri. Osastonsihteerin työnkuvaan kuuluu reumapoliklinikan työtehtävien lisäksi myös sisätautipoliklinikan muiden erikoisalojen työtehtäviä.

3.2 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämistyön tarkoituksena on arvioida ja kehittää työajan käyttöä poliklinikalla moniammatillisesta näkökulmasta. Kehittämistyössä selvitetään, mitä toimintoja reumahoitajien ja reumalääkärin työnkuviin kuuluu ja kuinka paljon aikaa eri työtehtäviin kuluu. Tavoitteena on tutkia eri ammattiryhmien työtehtäviä ja ajankäyttöä sekä kehittää uusi toimintamalli moniammatilliseen vastaanottoimintaan. Kehittämistyön tulosten avulla nähdään, kuinka suuri osa reumahoitajien työajasta kuluu välittömään ja välilliseen potilastyöhön oheistoimintojen sijaan. Samalla voidaan arvioida reumalääkärin työajan jakautumista eri työtehtäviin sekä osastonsihteerin työajankäyttöä reumapoliklinikan työtehtävissä. Tulosten avulla voidaan kehittää poliklinikan moniammatillista yhteistyötä, eri ammattiryhmien työnkuvia ja työajankäyttöä sekä sujuvoittaa potilaan kokemusta vastaanottoiminnasta. Kehittämistyön tuloksia voitaneen hyödyntää myös muiden medisiinisten poliklinikoiden kehittämisen yhteydessä.

Kehittämistyössä haetaan vastauksia siihen, mitä työtehtäviä reumahoitajien, reumalääkärin ja osastonsihteerin työnkuviin reumapoliklinikalla kuuluu ja tunnistetaan ammattikohtaiset työtehtävät sekä niihin liittyvät työtehtävät, jotka olisi mahdollista siirtää eri ammattiryhmien tehtäväksi. Selvitetään, mihin eri ammattiryhmien työaika poliklinikalla kuluu ja mietitään vastaanottoiminnan sujuvuuden ja tehokkuuden lisäämisen kannalta näiden työtehtävien optimaalisin tekijä ja ajoitus.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Miten hoitohenkilöstön työajankäyttö jakautuu ammattiryhmittäin ja toiminnoittain reumapoliklinikalla?
2. Miten voidaan lisätä potilaalle arvoa tuottavien työtehtävien osuutta eri ammattiryhmien työajankäytössä?

3.3 Lean -menetelmä hoitotyön kehittämisessä

Lean- lähestymistapa on havaittu esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) hyväksi apuvälineeksi työn kehittämisessä. Kokemukset Lean-menetelmällä tehdystä kehittämisestä ovat hyviä ja sen avulla on esimerkiksi Jorvin sairaalassa saatu lyhennettyä

triage- potilaiden jonotusaikaa yli 90 prosenttia ja Laakson sairaalassa toimintoja järjeistämällä vähennettyä 150 neliötä vuokratiloja, jolla on saavutettu 50 000 euron säästö vuokratuissa. HUS:n mukaan työntekijöiden itse hioessa ja parantaessa työprosessejaan, pyritään saamaan aikaan enemmän ja juoksemaan vähemmän. (Hus kehittää toimintaansa Lean- menetelmällä 2014.)

Mäkijärven (2010, 48.) mukaan ajanvarauspoliklinikoilla on mahdollista saada Lean-ajattelun avulla aikaan huomattavia muutoksia toiminnassa, hoidon laatu ja tehokkuus säilyttäen, kustannustehokkaalla tavalla. Esimerkkeinä Mäkijärvi on kuvannut Chicagolaisen sairaalan urologian poliklinikalla tehtyjen muutosten, vähemmän tärkeiden tehtävien suorittamisessa ja aikataulumuutosten avulla, lisänneen lääkärin vastaanottamien potilaiden määrää viisiin kertaisesti. Kustannukset pienenevät ja potilaiden sekä henkilöstön tyytyväisyys lisääntyi. Toisessa esimerkissä irlantilaisen diabeteskeskuksen pullonkaulojen ja hukan poiston jälkeen potilaiden läpimenoajat pienenevät yli 40%. Uutta toimintamallia pidettiin kustannustehokkaana laadukkaasta ja turvallisesta hoidosta tinkimättä.

Leanin varhaiset ajatusmallit ovat alkaneet muotoutua jo 1900-luvun alussa. Lean on lyhenne Lean Production- käsitteestä, joka on esitelty ”The Machine that Changed the World” -kirjan julkaisun yhteydessä vuonna 1990 Yhdysvalloissa. Kirja on kuvaus Toyotan pyrkimyksestä ohittaa muut autonvalmistajat tehokkuudessa ja laadussa. Lean-sana voidaan kääntää suomeksi joustava ja ohut. (Pettersson ym. 2018, 13.) Kourin (2010, 7) mukaan taas Lean voidaan suomentaa sanoilla hoikka tai solakka. Hänen mukaansa hoikassa toimintatavassa ei ole mitään turhaa ja toiminta keskittyy tuottamaan asiakasarvoa.

Leanin käytöllä pyritään lisäämään toiminnan tarkoituksenmukaisuutta, järkevyyttä ja täsmällisyyttä asiakasnäkökulmasta lähtien. Yrityksen sisällä tulisi hahmottaa toiminnot, jotka lisäävät arvoa asiakkaalle ja kohdistaa yrityksen voimavarat näihin toimintoihin. Leanissa kehittäminen tapahtuu siellä, missä asiakkaan saama arvo todellisuudessa syntyy. Tuotteen tai palvelun arvo määritellään asiakkaan näkökulmasta. Työntekijät tekevät kaiken mahdollisen tuotteen ja toiminnan laadun varmistamiseksi. (Kouri 2010, 6-7.)

Usein sairaaloiden työntekijät ajattelevat, että heidän tulee tuottaa lisäarvoa organisaatiolle ratkaisemalla ongelmia, esimerkiksi etsimällä kadonneita tavaroita tai juosta pöytäkseen aikataulussa. Näin ei kuitenkaan estetä samojen ongelmien toistumista. Hukka on jotain, joka täytyy pystyä poistamaan kokonaan tai vähentämään, jotta voidaan käyttää enemmän aikaa päätehtävään eli potilaiden hoitamiseen. (Graban 2012, 31.) Hukka on lisäarvoa tuottamaton jokaisen sidosryhmän näkökulmasta. Hukkaa on jokaisessa työtehtävässä, mutta sen huomaaminen voi olla hankalaa työympäristössä, jossa ”on aina tehty näin”. Hukan poistamisella tai vähentämisellä saadaan enemmän arvoa asiakkaille eli potilaille ilman, että työnteki-

jöiden työkuorma kasvaa. Hukan lähteet jaetaan eri luokkiin, joista seitsemän on peräisin To-yotalta. Länsimaissa käytetään usein kahdeksatta hukkaa, korostamaan sen tärkeyttä, että ih-miset saavat mahdollisuuden osallistua koko osaamisellaan. Hukan luokat ovat: odottelu, tar-peeton kuljettaminen, ylikäsittely, tarpeettomat varastot, tarpeeton liike, virheelliset tuot-teet, ylituotanto ja kahdeksantena osaamisen tai luovuuden käyttämättä jättäminen. (Pet-tersson ym. 2018, 19, 29-37.)

Terveysthuollon haasteena on tuottaa mahdollisimman paljon arvoa asiakkaille käytettä-vissä olevilla resursseilla, terveydenhuollon kärsiessä resurssipulasta ja työntekijöiden työhy-voivoinnin ollessa matalalla tasolla. Terveysthuollossa tulee sitoutua toiminnan jatkuvaan pa-rantamiseen. Lean-ajattelussa resurssitehokkuuden maksimoimisen sijaan keskiössä on potilas ja terveydenhuollon henkilöstö. Tavoitteena on tuottaa arvoa sekä potilaille että henkilös-tölle. Potilaille arvoa tuotetaan jatkuvan virtauksen avulla ja prosessien sujuvoittamisella, jolloin jonottaminen vähenee ja hoitoprosessi on laadukas. Henkilöstölle arvoa tuottaa oman osaamisen parempi hyödyntäminen, kuten koulutusta vastaavat työtehtävät sekä tehokkaam-mat, turvallisemmat ja työtä paremmin tukevat työprosessit. Terveysthuollon työntekijöi-den työhyvinvointia lisää, kun heillä on mahdollista käyttää aiempaa suurempi osa työajaa-teen tehostuneista työprosesseista vapautuneen ajan ansiosta vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. (Reijula ym. 2017, 15-16.) Räsänen (2017, 129) on tutkinut hoitajien työajan merki-tystä asiakkaiden elämänlaadulle vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa. Tutkimuksessaan hän on todennut, että arvioitaessa henkilöstöryhmien välistä tehtäväjakoja, tarkoituksenmu-kaisuutta ja suunniteltaessa prosessien uudistamista tarvitaan tietoa hoitohenkilöstön työajan kulumisesta ja kohdentumisesta. Etenkin silloin, kun halutaan parantaa työn vaikuttavuutta, tehokkuutta, tuottavuutta tai laatua.

3.4 Toimintatutkimus

Opinnäytetyö toteutetaan toimintatutkimuksena, joka on osa reumapoliklinikan kehittämis-hanketta. Kehittämishankkeen toteuttamisesta on sovittu työyhteisössä ja siihen osallistuu koko reumapoliklinikan henkilöstö. Kehittäminen on konkreettista toimintaa, jolla pyritään saavuttamaan selkeästi määritelty tavoite. Usein se on hankeperusteista toimintaa, jolle on ominaista tietty käytettävissä oleva ajanjakso, asetetut tavoitteet, määritetyt toimintatavat sekä arviointiasetus. (Toikko & Rantanen 2009, 14-15.)

Toimintatutkimus (action research) tarkoittaa käytännön työelämässä olevien henkilöiden oman työn yhtäaikaista tutkimista ja toimintaa (Kananen 2014, 11, Syrjälä, Ahonen, Syrjäläi-nen & Saari 1994, 17 mukaan). Se on tutkimusstrategia, jolle on ominaista demokraattisuus, osallistuminen ja samanaikainen vaikuttaminen sekä tieteen kehittymiseen että sosiaaliseen muutokseen (Suojanen 2014). Kuuselan (2005, 16) mukaan toimintatutkimus on yleisnimitys

lähes lukemattomalle määrälle erilaisia tutkimusorientaatioita. Suuntaukset poikkeavat toisistaan siinä, miten niissä nähdään osallistumisen luonne, tutkimuksen tavoite, teorioiden rooli, oppimisen merkitys tai tutkimusmenetelmien käyttö. Se voidaan kuitenkin määritellä tutkimukseksi, joka perustuu tutkittavien osallistumiseen ja suuntautuu jonkin sosiaalisen yhteisön ongelmien ratkaisuun.

Toimintatutkimus korostaa todellisuuden muuttamista osana tutkimusprosessia. Tarkoituksena on saada aikaan muutoksia ja tutkia niitä yhtäaikaaisesti. Toimintatutkimuksessa tiedon tuotantotapa on prosessimainen, jota ohjaavat kehittämisprosessin aikana saadut havainnot. Toimintatutkimus koostuu kokeilevista vaiheista, joissa käytäntö ja reflektio vuorottelevat suunnittelun ja toteutuksen kanssa. (Toikko & Rantanen 2009, 29-30.) Toimintatutkimuksen etuna on että, se on kehittämistyötä, jossa työyhteisö etsii yhdessä ratkaisun ongelmaan ja sitoutuu muutokseen. Se on siis työntekijälähtöistä kehittämistä ongelman ratkaisemiseksi, eivätkä ohjeet tai käskyt kehittämistoimintaan tule ulkoa- tai ylhäältäpäin. (Kananen 2014, 11.) Toimintatutkimuksen tarkoituksena on saavuttaa muutos, joka kohdistuu usein ihmisten toiminnan muutokseen. Muutos on mahdollista silloin, kun muutettava ilmiö tunnetaan ja siihen vaikuttavat tekijät ovat selvillä. (Kananen 2014, 11-12, 15.)

Toimintatutkimus eroaa laadullisesta tutkimuksesta siinä, että tutkija on itse tärkeässä roolissa sekä toiminnassa, että tutkimuksessa. Perinteisessä laadullisessa tutkimuksessa tutkijalla ei ole mahdollisuutta vaikuttaa tutkittavaan ilmiöön eikä muutoksia toimintaan tehdä kesken tutkimuksen. Tutkija voi kuitenkin tehdä parannusehdotuksia, joita mahdollisesti kokeillaan tutkimuksen valmistuttua. Toimintatutkimuksessa sen sijaan toiminta, tutkimus ja muutos tapahtuvat yhtäaikaisesti ennen tutkimuksen valmistumista. (Kananen 2014, 16.)

Kuuselan (2005, 73) mukaan toimintatutkijat ovat kritisoineet akateemisen tutkimuksen tiedon monopoliasemaa, heikkoa yhteyttä yhteiskuntaan sekä tieteellisen tutkimuksen rajoittamista vain yliopistoihin. Toisaalta toimintatutkimuksen kritiikkinä on todettu, että raportointi ei täytä tieteellisen tutkimuksen kriteerejä. Realistisessa toimintatutkimuksessa on huomiotava, että tarkasteltavan asian olisi liityttävä aiempaan tutkimukseen ja jäsentää tarkasteltava asia kunnolla sekä hahmottaa tutkimuskohteen luonne. Perinteisen tutkimuksen tekijällä ei ole ensisijaista tietoa käytännön toiminnasta. Sen sijaan toimintatutkimuksen tekijällä, joka on käytännön toimija itse, tuo tieto on itsellään. Toimintatutkimuksen prosessiin tutkija tuo ymmärryksensä toimintakontekstin, toiminnan ja sen tulosten välisestä yhteydestä.

Toimintatutkimuksessa on useita suuntauksia, eikä niiden kokonaismäärää ole kuvattu toimintatutkimusta käsittelevissä käsikirjoissa tai yleisesityksissä. Suuntausten synnyn taustalla on erilaisia filosofisia perusideoita, teoreettisia suuntauksia ja käytännöllisiä tavoitteita. Usean suuntauksen lähtökohtana on käytännön kehittämistyö, jota suuntausten ”perustajat” ovat

tehneet jossakin organisaatiossa. Useisiin suuntauksiin sisältyy aineksia monista eri perinteistä. (Kuusela 2005, 15.)

Suojasen mukaan toimintatutkimuksessa on kaksi pääsuuntausta sen mukaan, mihin tutkimuksella pyritään. Koulutuspainotteisessa toimintatutkimuksessa keskeistä on osallistujien koulutautuminen itseään ja työskentelyään kriittisesti arvioiviksi toimijoiksi. Hankepainotteisessa toimintatutkimuksessa pääosassa on tutkimuskohteen kehittäminen paremmin tarkoitustaan vastaavaksi tai organisaation kehittäminen tehokkaammin toimivaksi. (Suojanen 2014.)

Kuusela (2005, 17-18) puolestaan jaottelee toimintatutkimuksen kahdeksaan eri pääsuuntaukseen, jotka eivät kuitenkaan ole selvästi toisistaan erillisiä. Näistä yhtenä on osallistava toimintatutkimus, jonka olen valinnut tämän kehittämistoiminnan suuntaukseksi. Siinä korostuu tutkimuskohteen olevan yhteisön jäsenten osallistuminen tutkimukseen (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 50). Osallistavalle yhteistyölle on ominaista, että tutkimusongelmat määritellään osallistujien kanssa heille tutussa kontekstissa. Tutkija ja työntekijät pyrkivät molemminpuolisen tietoisuuden herättämiseen ja lisääntymiseen, tarkastelemalla omia arvoperustojaan kriittisesti. (Aspvik 2003, 51.) Tutkija toimii muutosagenttina, yhteistoiminnan koordinaajana ja osallistujana.

Toimintatutkimus on prosessi, joka koostuu sykleistä. Yhteen sykliin sisältyy suunnittelu, toteutus, havainnointi ja reflektointi. Seuraava sykli alkaa siitä, mihin edellinen sykli päättyi. Peräkkäisistä sykleistä muodostuu toimintatutkimuksen spiraali, jossa toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa kehinä. Kehittämishanke johtaa uuteen kehittelyyn, jossa ymmärrys etenee vaiheittain. Spiraalimalli on joutunut arvostelun kohteeksi kaavamaisuudesta ja tutkimusprosessin pelkistetyistä kuvaamisesta. Todellisuudessa suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin erottaminen voi olla hankalaa. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 35, 80).

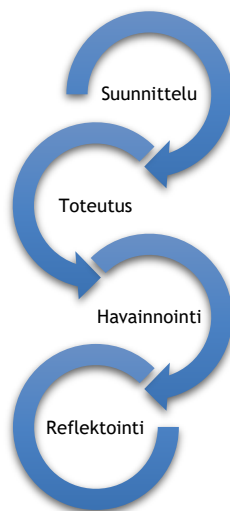
Kananen (2014, 35) esittelee toimintatutkimuksen vaiheet Rothwellin (1999, 84) mukaan seuraavasti: ongelman määrittely, ongelman tutkiminen, ongelman syiden ja seurausten analysointi, ratkaisun esittäminen, ratkaisun testaaminen, ratkaisun muokkaus testaamisen pohjalta, uuden ratkaisun testaaminen ja johtopäätökset.

Toimintatutkimus soveltuu hyvin tämän kehittämistyön toteuttamiseen, koska toimintatutkimuksessa tulokset eivät ole yleistettävissä eikä siinä ole tavoitteena saavuttaa yleistettäviä tuloksia. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on saavuttaa muutos, joka kohdistuu usein ihmisten toiminnan muutokseen. Muutos on mahdollista silloin, kun muutettava ilmiö tunnetaan ja siihen vaikuttavat tekijät ovat selvillä. (Kananen 2014, 11-12, 15.)

3.5 Toimintatutkimusprosessi

Tämä toimintatutkimus koostui yhdestä syklistä, johon sisältyi suunnittelu, toteutus, havainnointi ja reflektointi. Käytännössä kehittämistyö tulee jatkumaan myös toimintatutkimuksen

päättymisen jälkeen, jolloin uuteen toimintamalliin voidaan tehdä muutoksia toimintamallin testaamisen jälkeen. Tavoitteena oli opinnäytetyön valmistuminen kevään 2020 aikana, joten tämä toimintatutkimus päättyi ensimmäisen syklin jälkeen. Toimintatutkimukselle ominainen jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voivat sisältyä yhteen sykliin. Ainutkertaisella koekielulla voidaan tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joiden avulla voidaan kehittää käytänteitä. Sykliden määrää tärkeämpää on suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteutuminen. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 82).



Kuvio 1: Toimintatutkimuksen sykli

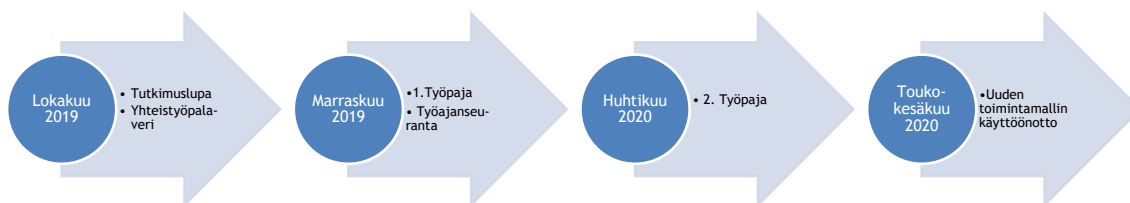
3.6 Aineiston keruun suunnitelma

Toimintatutkimuksen toteutuksessa järjestettiin kaksi työpajaa, joihin koko poliklinikan henkilöstö osallistui. Ensimmäisen työpajan jälkeen suoritettiin työajanseuranta. Opinnäytetyössä päädyttiin hyödyntämään Lean-pohjaista työajanseurantaa ja samalla tarkastelemaan työtehtäviin liittyviä hukkia eli arvoa tuottamatonta työtä. Tavoitteena oli poistaa hukkia, jotka olivat sujuvan toiminnan esteenä ja aiheuttivat häiriöitä sekä ristiriitatilanteita henkilöiden välille. Hukkien poistamisella asiakaspalvelun laatu ja tuottavuus paranevat. (Korte, Jokela, Korhonen & Perttunen 2020, 29.) Lean-ajattelussa pyritään vähentämään hukkia, leikkamatta kustannuksia. Tavoitteena ei ole tehdä vähemmän vaan tuottaa potilaille enemmän arvoa. Tarkoituksena on säästää aikaa ilman, että potilaiden hoidon laatu kärsii. (Grabán 2012, 31-32.)

Työajanseuranta tehtiin havainnoimalla käyttäen työajanseurantalomaketta (liite 1), jossa työtehtävät olivat luokiteltuina eri osa-alueisiin (liite 2). Työajanseurannan yhteydessä tehtiin samanaikaisesti hukkahavainnointi erilliseen lomakkeeseen. Hukkahavainnot luokiteltiin hukan tyyppin mukaan (liite 3). Työajanseurannan havainnoijana toimi opinnäytetyön tekijä itse.

Näin kaikki havainnoinnit tulivat tehdyiksi samalla tavalla. Jokaista työntekijää seurattiin jokaisella työpisteellä yhden päivän ajan. Käytännössä siis reumalääkärinä havainnoitiin yhtenä työpäivänä ja kahta reumahoitajaa kahtena työpäivänä. Osastonsihteerin työajanseuranta sen sijaan toteutettiin itsehavainnointina neljän työpäivän aikana, koska osastonsihteerin tekee reumapoliklinikan työtehtäviä pätkissä muiden sisätautipoliklinikan töiden yhteydessä. Ulkopuolisen havainnoijan olisi ollut hankala huomioda, mitkä tehtävät kuuluvat reumapoliklinikalle ja mitkä jollekin toiselle poliklinikalle. Lisäksi ulkopuolinen havainnointi olisi ollut haastavaa järjestää opinnäytetyön tekijän aikataulujen vuoksi. Osastonsihteerin työajanseurannan luokitteluun käytettiin valmista poliklinikkaprosessin luokittelulomaketta (liite 4.)

Ennen havainnoinnin aloittamista, tehtiin kahden tunnin harjoitushavainnointi Lean- valmentajan kanssa, jotta voitiin varmistaa havainnointilomakkeiden toimivuus ja oikeanlainen käyttö havainnointitilanteessa. Havainnoinnit tehtiin käsin kirjoittamalla paperilomakkeille. Havainnoinnin jälkeen lomakkeet muutettiin sähköiseen muotoon Excel- taulukkoon. Työajanseurannan jälkeen järjestettiin uusi työpaja, jossa ideoitiin uutta toimintamallia.



Kuvio 2: Kehittämisen prosessin vaiheet

3.6.1 Työpajatyöskentely

Työpajassa (Workshop) osallistujat saadaan yhteistoimintaan erilaisia vuorovaikutuksellisia menetelmiä ja välineitä käyttäen (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017,63). Kehittämistyössä toteutettiin kaksi työpajaa. Ensimmäisessä työpajassa (kaksi tuntia) tehtiin nykytilanteen prosessikuvauskaavio reumapotilaan hoitopolusta. Prosessikuvaukset toteutettiin eri värisillä liimalapuilla, jotka sijoitettiin uimaradoille. Ongelmat kirjattiin alareunaan. Prosessikuvaukset ovat prosessin parantamisen, hallinnan ja johtamisen väline. Ne ovat apuna kokonaisuuksien hallinnassa, prosessien jäsentämisessä ja selkeyttävät toimijoiden vastuita sekä auttavat löytämään toiminnan tehostamistarpeita. Prosessikuvauksia käytetään myös koulutukseen, perehdytykseen ja tietojärjestelmien kehittämiseen. (Juhta 2012,1.)

Toisessa työpajassa, johon varattiin kolme tuntia aikaa, oli tarkoituksena viimeistään tunnistaa ongelmat nykytilanteesta. Osallistavina menetelminä oli suunniteltu käytettäväksi viisi kertaa miksi-kysymyksiä ja juurisyyanalyysiä kalanruotokaaviolla suurimmista ongelmista. Lisäksi oli tarkoitus ideoida uusia toimintatapoja sekä tehdä tulevan ihannetilanteen prosessikuvaus.

Juurisyyn eli perussyyn löytyminen 5x Miksi- menetelmän avulla edellyttää sitä, että analysoitava poikkeama on spesifi. Juurisyyn poistamisella estetään virheen toistuminen (Perttunen, Korhonen, Jokela & Korte 2018, 46). Ongelman on oltava yksittäinen poikkeama, eikä tarkoituksena ole ratkaista kokonaista ongelmarypystä. 5x Miksi- analyysissä kysytään nimensä mukaisesti miksi vähintään viisi kertaa. Kysymysten muotoilu vaikeutuu kysymysten edetessä. Viidennen kysymyksen jälkeen poikkeaman juurisyyn pitäisi olla selvillä. (Pettersson ym. 2018, 88-89.)

3.6.2 Havainnointi aineiston keruumenetelmänä

Antinahon (2018, 8-10) mukaan Suomessa on käytetty useimmiten itseraportointia työajanseurantatutkimuksissa. Sen sijaan kansainvälisissä työajanseurantatutkimuksissa on käytetty vaihdellen havainnointia ja itseraportointia. Ulkopuolisen havainnoinnin etuina on sen tehokkuus, koska havainnoija voi keskittyä vain tiedon keräämiseen ja se, että se on yleisesti hoitohenkilökunnan keskuudessa hyväksytty menetelmä. Ulkopuolinen havainnoija estää tarkoituksellisesti väärien toimintamerkintöjen tekemisen seurantalomakkeelle ja varmistaa, että kaikki hoitajan tekemät toiminnot tulevat raportoiduiksi. Haittapuolina on hoitohenkilöstön mahdollisesti kokema epä mukavuuden tunne havainnoitavana olemisesta. Ulkopuolinen havainnoija voi läsnäolollaan saada hoitohenkilöstön muuttamaan käyttäytymistään havainnoinnin aikana. Ulkopuolisen havainnoijan tulee pysyä puolueettomana ja tehdä merkinnät ilman, että hänen omat mielipiteensä tai asenteensa vaikuttaisivat merkintöihin.

Itseraportointia voidaan pitää luotettavampana tiedonkeruumenetelmänä kuin ulkopuolisen havainnoijan käyttämistä. Tällöin hoitohenkilöstö ei muuta käyttäytymistään havainnoijan takia, eikä havainnoija tee vääriä tulkintoja tehdyistä työtoiminnoista. Itseraportointi kuitenkin työllistää hoitohenkilökuntaa tiedonkerääjänä, eikä työntekijät aina hyväksy sitä. Luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että tehtyjen työtoimintojen kirjaaminen ei välttämättä onnistu reaaliajassa tai hoitohenkilöstö ei kirjaa työtoimintoja rehellisesti. (Antinaho 2018, 10.)

Tässä kehittämistyössä päädyttiin käyttämään ulkopuolista havainnoijaa reumalääkäriin ja reumahoitajien työajanseurannassa. Opinnäytetyöntekijän tehdessä havainnoinnit omalla ajallaan, ei tarvinnut ottaa huomioon ulkopuolisen havainnoijan yleensä aiheuttamia lisäkustannuksia. Ulkopuoliseen havainnoijaan päädyttiin myös siksi, että hoitohenkilöstölle koituisi mahdollisimman vähän lisätyötä työajanseurannan toteuttamisesta. Työympäristö ja työ itses-

sään olivat havainnoijalle entuudestaan tuttuja, joten ymmärrys työtehtäviä kohtaan oli ole-massa. Haasteena havainnoinnille oli kuitenkin hoitohenkilöstön suhtautuminen havainnointiin ja havainnoijaan sekä havainnoijan pysyminen huomaamattomana ja objektiivisena. Osastonsihteerin työajanseuranta toteutettiin itseraportointina, jolloin välttyttiin virheellisiltä tulkin-noilta tehdyistä työtehtävistä.

3.7 Työajanseurannan toteutus ja kirjaaminen

Reumapoliklinikan kehittämishankkeen yhteistyöpalaverissa 22.10.2019 keskusteltiin työajan-seurannan tarkoituksesta ja toteuttamisesta sekä sen pelisäännöistä. Yhteinen mielipide oli, että reumalääkärin ja reumahoitajien työajanseuranta halutaan toteuttaa itseraportoinnin si-jaan ulkopuolista havainnoijaa käyttämällä. Samalla sovittiin, että osastonsihteerin työajan-seuranta toteutetaan itseraportointina. Palaverissa käytiin yhteisesti läpi luokat työajanseu-rantaan, työajanseuranta- ja hukkahavainnointilomake sekä esimerkit niiden täyttämistä. Samalla muokattiin työajanseurantalomaketta niin, että siihen lisättiin välittömän potilas-työn, välillisen potilastyön, osastokohtaisen työn ja henkilökohtaisen ajan lisäksi kirjaaminen/ sanelut ja ajanvaraus/ hoitopalautteet- luokat. Samalla sovittiin, että työajanseurantalomak-keelle täytetään myös henkilökohtainen aika, jolloin työajanseurantalomakkeen täyttäminen on helpompaa, mutta henkilökohtaiseen aikaan käytettyä aikaa ei tulla raportoimaan. Näin pyrittiin varmistamaan se, että työajanseurannan tuloksista saataisiin mahdollisimman toden-mukaiset ilman, että se vaikuttaisi työntekijöiden normaaliin käyttäytymiseen, esimerkiksi taukojen pitämisessä.

Työajanseuranta toteutettiin marraskuussa 2019 viikkojen 47 ja 48 aikana. Havainnointipäivät oli sovittu etukäteen niin, että reumahoitajia havainnoitiin lääkärivastaanoton yhteydessä en-simmäisellä havainnointiviikolla ja reumalääkäriä sekä reumahoitajia hoitajavastaanotolla ha-vainnoitiin toisella havainnointiviikolla.

Työajanseurannan jälkeen aineisto kirjoitettiin puhtaaksi Excel-taulukoihin. Osastonsihteerin työajanseurannasta taulukoita kertyi neljä, reumahoitajien työajanseurannasta neljä ja reu-malääkärin työajanseurannasta yksi taulukko. Lisäksi jokaisen havainnoinnin yhteydessä täy-tettiin hukkahavainnointilomake, jotka kirjoitettiin myös puhtaaksi Excel-taulukoihin. Excel-taulukoiden avulla laskettiin, paljonko työaika eri ammattiryhmillä kului kuhunkin luokkaan työpäivän aikana.

4 Tutkimustulokset

4.1 Ensimmäinen työpaja

Ensimmäinen työpaja toteutettiin 15.11.2019, johon osallistuivat koko poliklinikan henkilö-kunta, osastonhoitaja, ylihoitaja ja Lean-valmentaja. Työpajassa jokainen työntekijä kuvasi liimalapuille omat työtehtävänsä reumapotilaan hoitopolulla, jotka liimattiin voimaperille.

Näin syntyi reumapoliklinikan nykytilanteen prosessikuvauskaavio (liite 5). Samalla esiin nousi joitakin ongelmia, jotka kirjattiin punaisille liimalapuille ja joihinkin ongelmiin löytyi myös ratkaisuehdotus vihreälle lapulle.

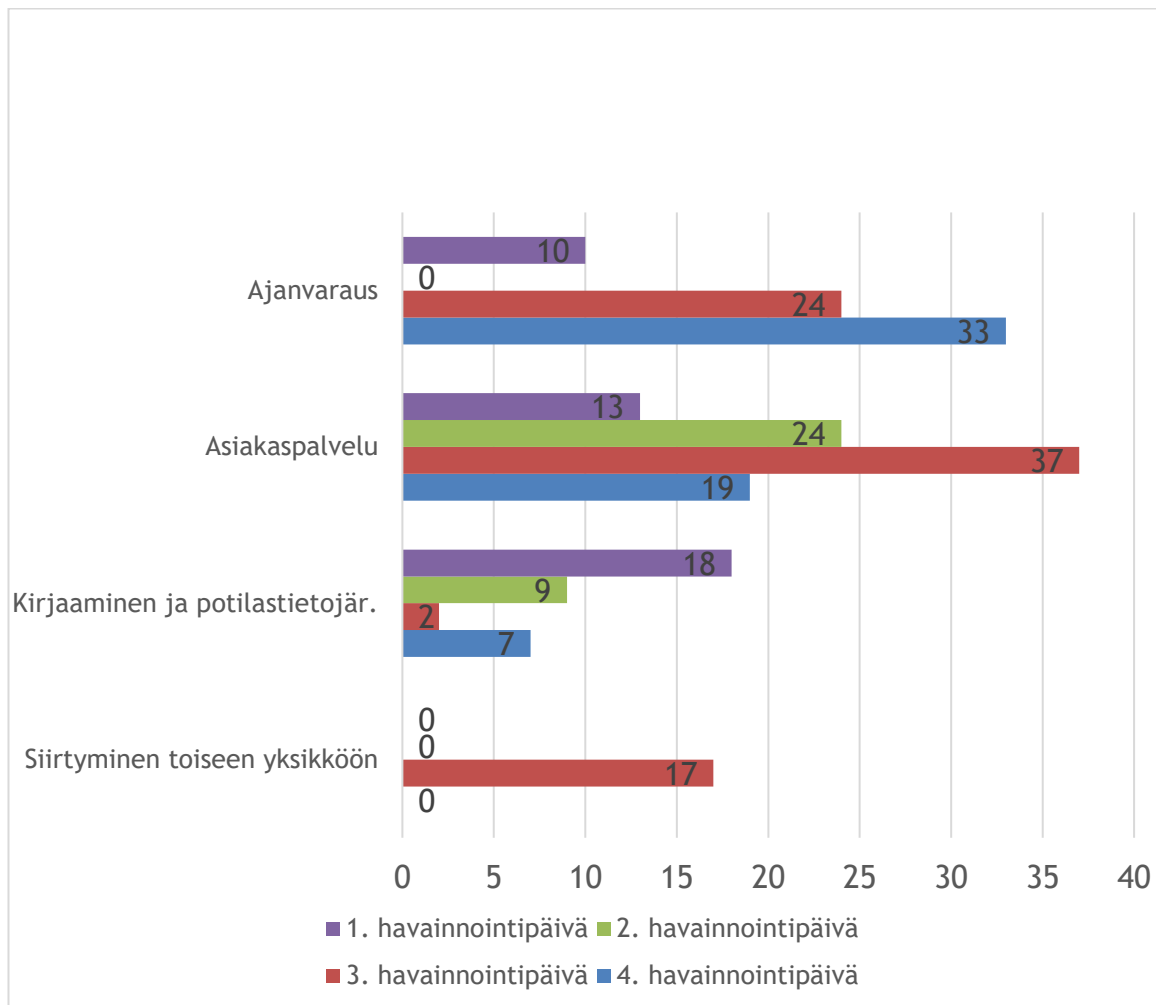
4.2 Työajanseurannan tulokset

4.2.1 Osastonsihteeri

Osastonsihteerin työajanseuranta toteutettiin muista työajanseurannoista poiketen itsehavainnointina. Osastonsihteerin työaika jakautuu reumapoliklinikan työtehtävien lisäksi myös muiden sisätautien poliklinikoiden erikoisalojen työtehtäviin. Työajanseurannan tarkoituksena oli selvittää, paljonko osastonsihteerin kokonaistyöajasta kului reumapoliklinikan osastonsihteerin työtehtäviin. Työajanseuranta päädyttiin toteuttamaan itsehavainnointina, koska reumapoliklinikan työtehtävät jakautuvat epätasaisesti työpäivään. Itsehavainnointia puoltaa myös osastonsihteerin oma asiantuntijuus omia työtehtäviään kohtaan. Ulkopuolisen havainnoijan olisi ollut hankala tunnistaa, mitkä tehtävät kuuluvat reumapoliklinikalle ja mitkä jollekin toiselle poliklinikalle. Työajanseuranta päädyttiin tekemään neljän työpäivän ajan, jotta saataisiin tarkempi käsitys reumapoliklinikan työtehtäviin kuluva ajasta.

Osastonsihteerin työaika oli havainnoinnin aikana päivittäin kello 7-15, lukuun ottamatta kolmatta havainnointipäivää, jolloin osastonsihteerien kokous loppui vasta kello 15.38. Kaikille havainnointipäiville osui joko osastonsihteerien kokous (1 tunti 8 minuuttia), taulupalaveri (20 minuuttia) tai osastotunti, joka oli kahtena päivänä (1 tunti). Näitä kokouksia ei laskettu työajanseurannassa reumapoliklinikan työaikaan, koska ne eivät olleet pelkästään reumapoliklinikan toimintaan liittyviä työtehtäviä.

Osastonsihteerin kokonaistyöaika neljän havainnointipäivän aikana oli 32 tuntia ja 38 minuuttia eli 1958 minuuttia, josta reumapoliklinikan työtehtäviin kulunut työaika oli 213 minuuttia.



Kuvio 3: Osastonsihteerin työajakäytön jakautuminen luokittain minuutteina havainnointipäivänä reumapoliklinikalla

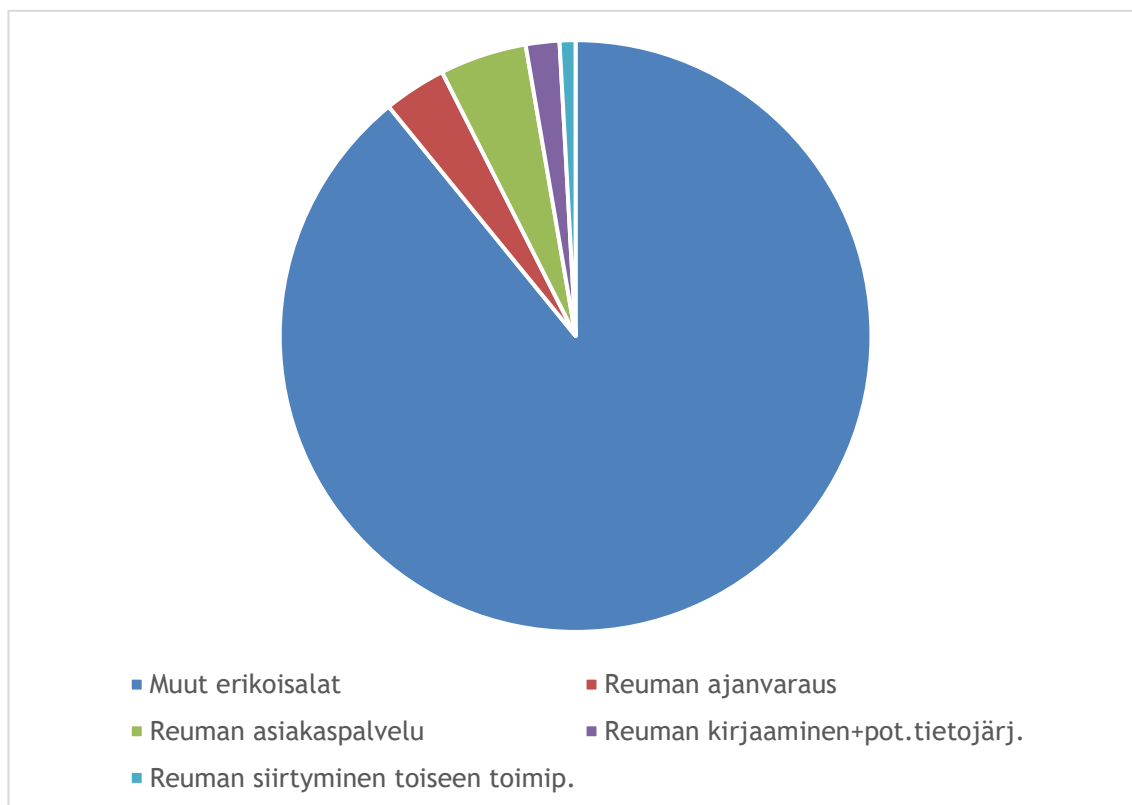
Ensimmäisenä havainnointipäivänä ajanvaraukseen kului 10 minuuttia, asiakaspalveluun 13 minuuttia ja kirjaamiseen ja potilastietojärjestelmiin 18 minuuttia kokonaistyöajasta. Yhteensä reumapoliklinikan työtehtäviin kului 41 minuuttia päivän kokonaistyöajasta eli 480 minuutista.

Toisena havainnointipäivänä asiakaspalveluun kului 24 minuuttia ja kirjaamiseen ja potilastietojärjestelmiin 9 minuuttia kokonaistyöajasta. Yhteensä reumapoliklinikan työtehtäviin kului 33 min päivän kokonaistyöajasta eli 480 minuutista. Tietokoneen toiminnassa oli ongelmia kahden tunnin ajan.

Kolmantena havainnointipäivänä ajanvaraukseen kului 24 minuuttia, asiakaspalveluun 37 minuuttia, kirjaamiseen ja potilastietojärjestelmiin 2 minuuttia ja siirtyminen toiseen toimipisteeseen vei 17 minuuttia kokonaistyöajasta. Yhteensä reumapoliklinikan työtehtäviin kului 80

minuuttia päivän kokonaistyöajasta eli 518 minuutista. Siirtyminen toiseen toimipisteeseen sisälsi 10 minuuttia odottelua röntgenissä, kun potilaan röntgenkuvia digitoitiin röntgenissä.

Neljäntenä havainnointipäivänä ajanvaraukseen kului 33 minuuttia, asiakaspalveluun 19 minuuttia ja kirjaamiseen ja potilastietojärjestelmiin 7 minuuttia kokonaistyöajasta. Yhteensä reumapoliklinikan työtehtäviin kului 59 minuuttia päivän kokonaistyöajasta eli 480 minuutista.

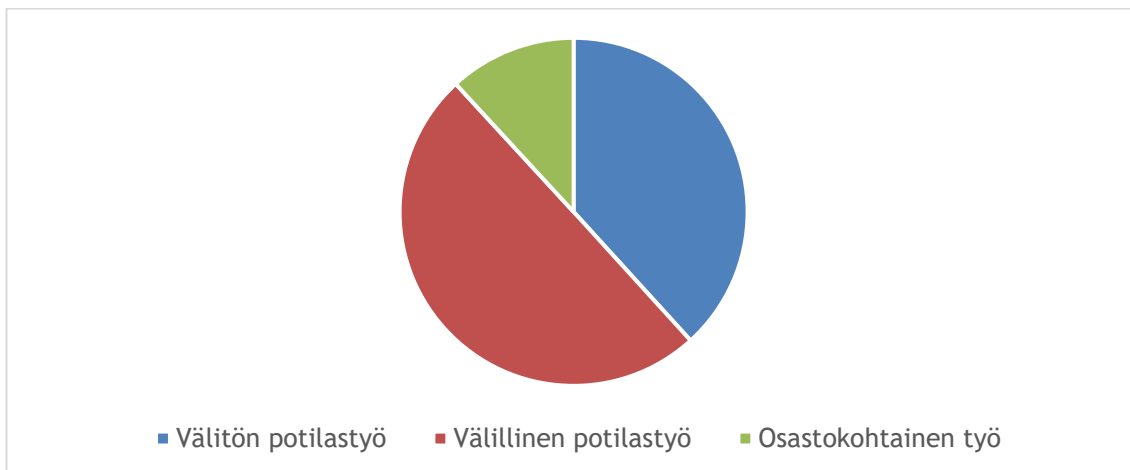


Kuvio 4: Reumapoliklinikan työtehtävien osuus osastonsihteerin työssä havainnointipäivinä

Osastonsihteerin reumapoliklinikan työtehtäviin käyttämä aika neljänä havainnointipäivänä oli 213 minuuttia. Vähiten työaika reumapoliklinikan tehtäviin käytettiin toisena havainnointipäivänä 33 minuuttia ja eniten kolmantena päivänä 80 minuuttia. Keskimäärin osastonsihteerin käytti 53 minuuttia reumapoliklinikan työtehtäviin päivittäin.

4.2.2 Reumalääkäri

Reumalääkäriä havainnoitiin yhtenä työpäivänä. Kokonaistyöajasta vähennettiin henkilökohtainen aika, jolloin kokonaistyöajaksi jäi 481 minuuttia. Välittömään potilastyöhön kokonaistyöajasta kului 184 minuuttia. Välilliseen potilastyöhön kului 240 minuuttia, josta saneluihin meni 60 minuuttia ja sairauskertomusten ja B-lausuntojen hyväksymiseen kului 4 minuuttia. Osastokohtainen työ oli 57 minuuttia kokonaistyöajasta, josta 23 minuuttia kului sisätautipoliklinikan ”taulupalaveriin”.

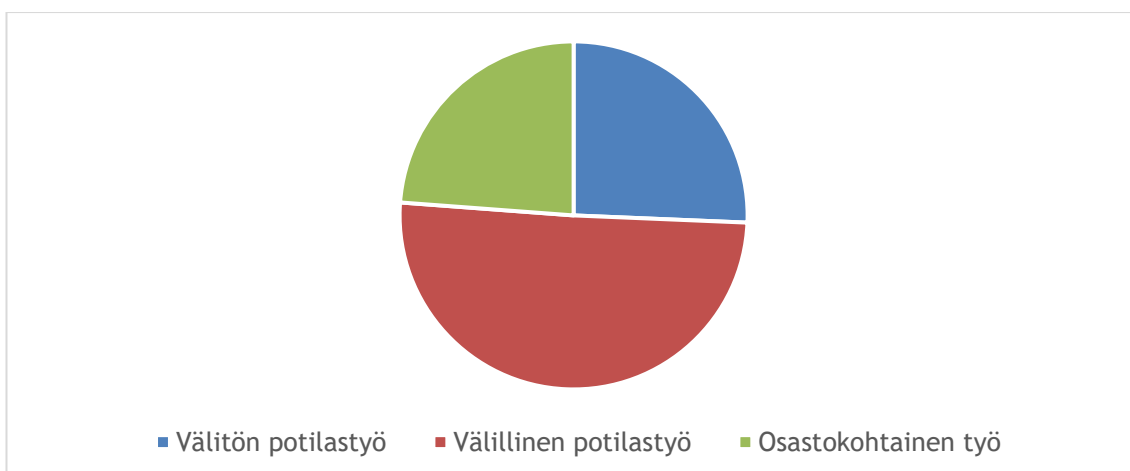


Kuvio 5: Reumalääkärin työajan jakautuminen luokittain minuutteina

4.2.3 Reumahoitaja lääkärivastaanotolla

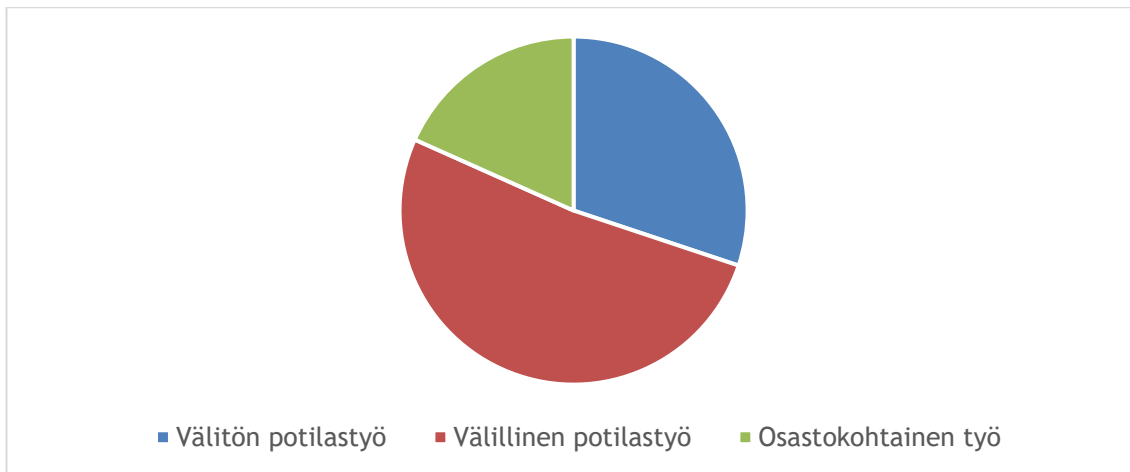
Kahta reumahoitajaa havainnoitiin kahtena päivänä lääkärivastaanoton yhteydessä. Työajan seurannan kokonaistyöajasta on vähennetty henkilökohtainen aika. Hoitaja A:n kokonaistyöaika oli 378 minuuttia ja hoitaja B:n 415 minuuttia.

Hoitaja A käytti välittömään hoitotyöhön 97 minuuttia, josta kirjaamiseen kului 21 minuuttia ja ajanvaraukseen 16 minuuttia. Kirjaamiseen käytetty aika kului kokonaisuudessaan BCB-rekisterin täyttämiseen vastaanottokäynnin yhteydessä. Kirjaamiseen ja ajanvaraukseen kului yhteensä 37 minuuttia 97 minuutista välitöntä hoitotyötä. Välilliseen potilastyöhön kului 191 minuuttia kokonaistyöajasta. Kirjaamiseen välillisen potilastyön 191 minuutista kului 35 minuuttia ja ajanvarauksiin ja hoitopalautteisiin 46 minuuttia. Osastokohtaiseen työhön hoitaja A käytti 90 minuuttia kokonaistyöajasta, josta osastotuntiin kului 60 minuuttia.



Kuvio 6: Hoitaja A työajankäytön jakaantuminen lääkärivastaanotolla minuutteina

Hoitaja B käytti välittömään potilastyöhön 125 minuuttia, josta kirjaamiseen kului yksi minuutti ja ajanvaraukseen 24 minuuttia. Kirjaamiseen ja ajanvaraukseen kului yhteensä 25 minuuttia 125 minuutista välitöntä potilastyötä. Välilliseen potilastyöhön kului 214 minuuttia kokonaistyöajasta. Kirjaamiseen välillisen potilastyön 214 minuutista kului 18 minuuttia ja ajanvarauksiin ja hoitopalautteisiin 111 minuuttia. Osastokohtaiseen työhön hoitaja B käytti 76 minuuttia työajasta.

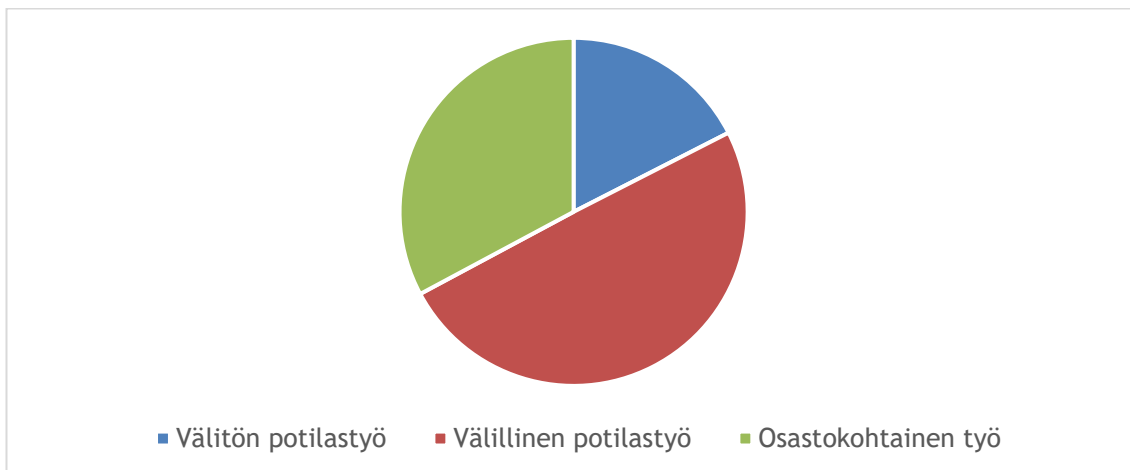


Kuvio 7: Hoitaja B työajankäytön jakautuminen lääkärivastaanotolla minuutteina

4.2.4 Reumahoitaja hoitajavastaanotolla

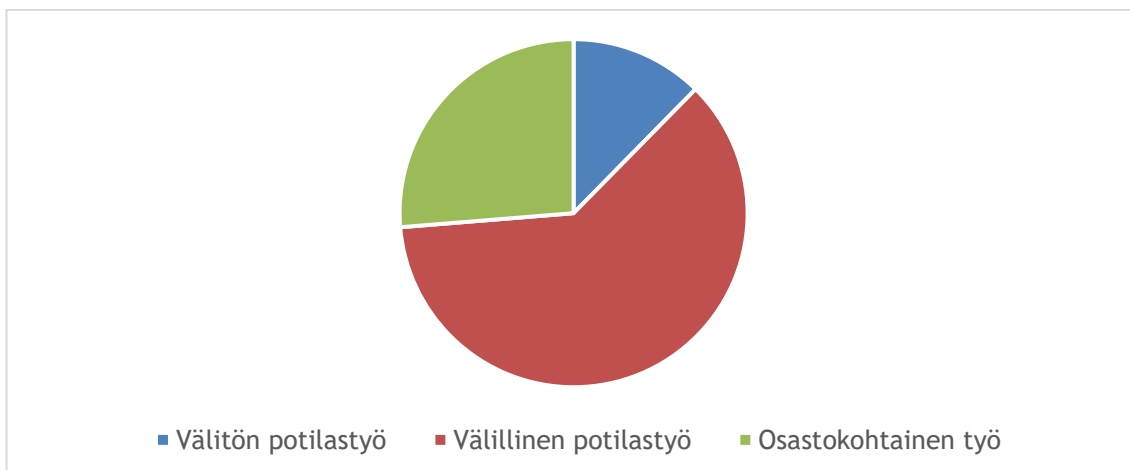
Kahta reumahoitajaa havainnoitiin kahtena päivänä hoitajavastaanotolla, hoitaja B teki hoitajalistan lisäksi erikoistuvan lääkärin reumavastaanottoa. Hoitaja A:n kokonaistyöaika oli 326 minuuttia. Hoitaja B:llä kokonaistyöajaksi on laskettu ainoastaan 194 minuuttia, koska työajanseuranta päädyttiin keskeyttämään klo 11.10, kun reumapoliklinikan päivän työtehtävät oli tehty. Hoitaja B:n tehtäviin kuuluu reumapoliklinikan työtehtävien lisäksi sisätautien poliklinikan päivittäisen työn, henkilöstön sijoituslistojen, sekä hoitajien ja lääkäreiden huonejakojen suunnittelu ja toteuttaminen. Hänen siirtyessään suorittamaan näitä tehtäviä, ei työajanseuranta ollut järkevää jatkaa pidempään kyseisenä päivänä.

Hoitaja A käytti välittömään hoitotyöhön 57 minuuttia, josta kirjaamiseen tai ajanvaraukseen ei kulunut minuuttiakaan. Välilliseen hoitotyöhön kului 162 minuuttia kokonaistyöajasta, josta kirjaamiseen kului 41 minuuttia ja ajanvarauksiin ja hoitopalautteisiin 39 minuuttia. Osastokohtaiseen työhön kului 107 minuuttia kokonaistyöajasta.



Kuvio 8: Hoitaja A työajankäytön jakautuminen hoitajavastaanotolla minuutteina

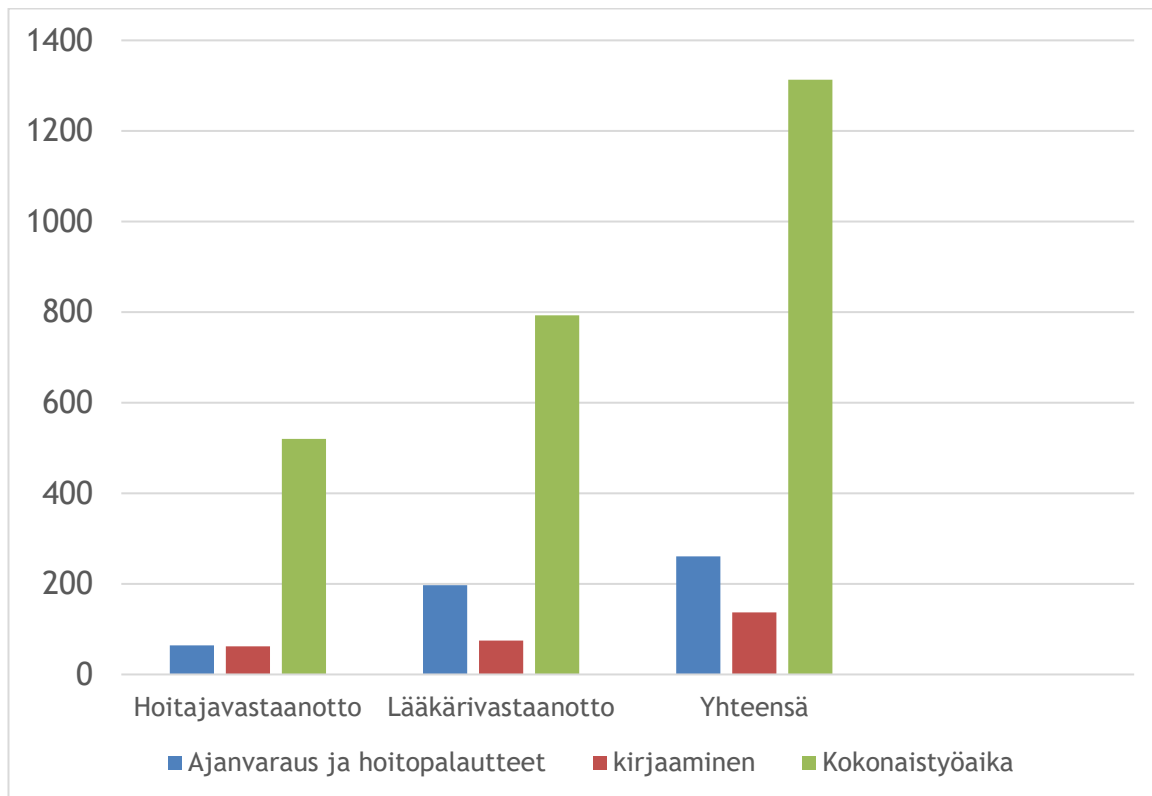
Hoitaja B käytti välittömään hoitotyöhön 24 minuuttia, josta kirjaamiseen tai ajanvaraukseen ei kulunut minuuttiakaan. Välilliseen hoitotyöhön kului 119 minuuttia kokonaistyöajasta, josta kirjaamiseen kului 21 minuuttia ja ajanvarauksiin ja hoitopalautteisiin 25 minuuttia. Osastokohtaiseen työhön kului 51 minuuttia kokonaistyöajasta.



Kuvio 9: Hoitaja B työajankäytön jakautuminen hoitajavastaanotolla minuutteina

4.2.5 Reumahoitajien työajankäyttö

Reumahoitajien työajasta lääkärivastaanoton ja hoitajavastaanoton yhteydessä välittömään potilastyöhön kului 303 minuuttia, josta ajanvaraamiseen ja hoitopalautteiden lähettämiseen 40 minuuttia ja kirjaamiseen 22 minuuttia. Välilliseen potilastyöhön kului 686 minuuttia, josta ajanvaraukseen ja hoitopalautteiden lähettämiseen meni 221 minuuttia. Kirjaamiseen aikaa kului 115 minuuttia. Osastokohtainen työ vei 324 minuuttia reumahoitajien kokonaistyöajasta.



Kuvio 10: Reumahoitajien työajankäytön jakautuminen minuutteina havainnointipäivinä

4.2.6 Työajanseurannan hukkahavainnointit

Työajanseurannan yhteydessä pyrittiin tunnistamaan myös työn sujuvuuteen vaikuttavia hukatekijöitä ja poikkeamia työnkuluissa. Hukat kirjattiin erilliselle hukkahavainnointi-lomakkeelle (liite 6). Kappaleen lopussa pohditaan, miten hukkia voitaisiin vähentää tai poistaa kokonaan.

Reumalääkäri vastasi puhelinkonsultaatioon kesken vastaanoton kaksi kertaa päivän aikana. Puheluiden kestot olivat yhteensä kymmenen minuuttia, potilaiden odottaessa vastaanoton jatkumista. Yksi potilas jätti saapumatta varatulle vastaanottoajalle. Saapumatta jäänyttä potilasta käytiin etsimässä käytävällä kahteen kertaan.

Hoitaja A:n havainnointipäivänä (lääkärivastaanotolla) oli käynnissä postilakko, jonka takia osalle potilaista lähetettiin ajanvarauskirjeen lisäksi tekstiviesti-ilmoitus tulevasta ajanvarauksesta. Tekstiviestien lähettämiseen kului 8 minuuttia aikaa. Ongelmaa oli myös takaisinsoittojärjestelmän kanssa, joka ei toiminut normaaliin tapaan. Tästä aiheutui turha soitto potilaalle ja asian selvittelyä viiden minuutin ajan. Poliklinikalla ei ole lääkejääkaappia, vaan se on alakerrassa kliinisen fysiologian yksikössä. Käynnit lääkejääkaapilla veivät yhteensä 12 minuuttia työaika.

Hoitaja B:n havainnointipäivänä (lääkärivastaanotolla) potilaalle etsittiin kylmälaukkua kesken potilasohjauksen, kahden minuutin ajan, jolloin potilas odotti vastaanottohuoneessa. Epäselvän magneettipyynnön selvittelyyn kului kolme minuuttia aikaa. Potilas ohjattiin vastaanotolta laboratorioon, jossa otettiin vain osa pyydetyistä näytteistä. Soitto potilaalle ja ohjaus uudelleen verikokeisiin aiheutti viisi minuuttia ylimääräistä työtä ja sen lisäksi potilaalle vaivaa lähteä uudelleen verikokeisiin. Yhdelle potilaalle ohjelmoitu pleurapunktio vei paljon aikaa ja sisälsi useita puhelinsittoja röntgenosastolle, vuodeosastolle sekä potilaalle. Kahden eri yksikön hoitajat selvittivät potilaan asioita samaan aikaan toisistaan tietämättä. Pleurapunktio ei varsinaisesti liittynyt potilaan reumasairauden hoitoon, mutta erikoistuva lääkäri oli sen ohjelmoinut reumakäynnin yhteydessä. Reumahoitajan vastaanotolla lääkeohjauksessa olleen potilaan hoitokäynti jäi kirjaamatta kokonaan, koska lääkärin ensikäynnille tulevan potilaan ensitietojen tarkistus osui päällekkäin hoitokäynnillä olleen potilaan ajanvarauksen kanssa. Hoitokäynti oli varattu peräkkäisille ajoille lääkärin ensikäynnin kanssa päivänä, jolloin on vain yksi reumahoitaja paikalla. Näin ollen hoitokäynnin kirjaaminen siirtyi viikonlopun yli maanantaille.

Hoitajavastaanoton ensimmäisenä havainnointipäivänä seitsemän potilasta oli käynyt ohjelmoiduissa verikokeissa. Loput kolme hoitokirjeaikaa jouduttiin siirtämään eteenpäin ja potilaalle lähetettiin muistutus käydä verikokeissa. Verikokeissa käymättä jättämisen syytä ei tiedetä, eli oliko kyseessä laaturihe (potilas ei ole tiennyt, että pitäisi käydä verikokeissa) vai odottaminen, etsiminen ja viivästykset (potilas ei ohjeesta huolimatta ole mennyt verikokeisiin). Hoitajavastaanoton toisena havainnointipäivänä seitsemästä hoitokirjeestä kaksi siirrettiin eteenpäin edellä mainitun syyn takia. Molempina päivinä hoitajavastaanoton potilaslista oli hoidettu klo 10 mennessä, jonka jälkeen molemmat hoitajat käyttivät työaikaa lähinnä osastokohtaiseen työhön ja takaisinsoittojen soittamiseen.

Osa hukista on sellaisia, joihin ei voida yksin reumapoliklinikalla vaikuttaa. Reumalääkärille tulee puhelinkonsultaatioita vaihtelevia määriä päivittäin. Tulevaisuudessa sairaalassa tulee työskentelemään kaksi reumalääkärää. Tämä mahdollistaa sen, että puhelinkonsultaatit voidaan organisoida niin, että niihin ei tarvitse vastata kesken vastaanoton. Poliklinikan kehittämistyössä kiinnitetään huomiota siihen, että vastaanotolle saapumattomien potilaiden määrä vähenee. Tähän pyritään vaikuttamaan tarkistamalla etukäteen, onko potilas käynyt käyntiä edeltävissä tutkimuksissa ja tarvittaessa olemalla yhteydessä potilaaseen jo edeltävällä viikolla. Lääkejäkäapin saaminen omalle poliklinikalle lyhentäisi huomattavasti lääkkeiden hakemiseen kuluvaa aikaa. Tarkoituksenmukaista olisi, että ohjauskäyntiä varten olisi valmistauduttu niin, että tarvikkeita ei tarvitse hakea kesken ohjauksen. Jatkossa on myös kiinnitettävä huomiota yhteistyöhön laboratorion kanssa, jotta potilaiden näytteenotto sujuisi jouhevasti. Reumapoliklinikan ajanvarauspohjia on syytä suunnitella uudestaan, jotta hoito-

käynnit ajoittuisivat järkevästi poliklinikan muun toiminnan oheen. Lääkityksen seurantaverikokeissa käymättä jättäneiden potilaiden hoitokirjeaikojen siirtäminen vie paljon reumahoitajien aikaa ja muistutusten lähettäminen lisää työtä. Tämä on huomattava hukka poliklinikan toiminnassa ja se vaatii tarkastelua, miten potilaat saataisiin motivoitua käymään verikokeissa ajallaan. Tarkoituksena kuitenkin on, että tulevaisuudessa suurin osa lääkityksen seurantaverikokeista olisi terveyskeskuksen kautta, jolloin niiden tarkistaminen reumapoliklinikalla vähenee.

4.3 Toinen työpaja

Toinen työpaja oli tarkoitus järjestää helmikuussa heti Apotin käyttöönoton jälkeen. Ennen Apotin käyttöönottoa tiedettiin, että siirtyminen uuteen potilastietojärjestelmään ei tule sujumaan täysin mutkattomasti ja siihen osattiin työyhteisössä jossain määrin valmistautua etukäteen. Yllättävää kuitenkin oli, kuinka iso ja voimavaroja kuluttava muutoksesta todellisuudessa tuli. Alkuperäisenä suunnitelmana oli järjestää työpaja puolitoista viikkoa Apotin käyttöönoton jälkeen, mutta se ei olisi ollut toiminnan kannalta järkevää. Tuossa kohtaa työyhteisössä ei vielä ollut ymmärrystä Apotin mukanaan tuomista muutoksista työnkulkuihin. Lopulta työpajaa oli pakko siirtää myöhemmäksi oman sairastumiseni takia. Jälkeenpäin voidaan todeta, että työpajan siirtäminen huhtikuulle, oli hyvä ratkaisu. Tuossa kohtaa Apotin käyttö oli jo jossain määrin rutinoitunutta ja ymmärrys sen vaikutuksesta työnkulkuun oli selkiytynyt.

Toinen työpaja järjestettiin 21.4.2020. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen, koronaepidemiaan liittyen, työpajan osallistujamäärää jouduttiin rajaamaan. Työpajaan osallistui kaksi reumahoitajaa, reumalääkäri, Lean-valmentaja, osastonhoitaja, ylihoitaja sekä Apotti-tukihenkilö. Toiseen työpajaan ei osallistunut osastonsihteeriä lainkaan. Työpajan alussa käytiin läpi lokakuussa luotu nykytilanteen prosessikuvauskaavio. Sen jälkeen alettiin miettiä, mitä muutoksia Apotti on tuonut nykytilanteen työnkulkuun. Samalla pohdittiin, millaista toiminta olisi ihannetilanteessa ja keinoja sen saavuttamiseen.

Työpajan toteuttamiseen aikaa oli varattu kolme tuntia. Tarkoituksena oli luoda ihannemalli reumapoliklinikan työnkulusta. Samalla kun ihannemallia luotiin, mietittiin keinoja sen toteuttamiseen. Lopulta ihannemallin työnkulku saatiin kuvattua kahdessa tunnissa (liite 7). Tunti työpajaan varatusta ajasta käytettiin Apotin työkorin käyttöönottoon liittyvien yhteisten pelisääntöjen luomiseen. Ihannetilanteen kuvaamisessa ei muodostunut isoja ongelmia, joihin ratkaisuja olisi pitänyt etsiä kalanruotokaaviolla. Sen sijaan nykytilanteen kuvaamisen yhteydessä esiin nousseet ongelmat olivat joko suoraan ratkaistavissa tai sitten ongelmat olivat sellaisia, joita ei voida ratkaista poliklinikalla vaan ne vaativat muutoksia koko organisaation tasolla.

5 Uusi toimintamalli reumapoliklinikan vastaanottoiminnassa

Vastaanottoimintaa kehitetään järjeistämällä vastaanottopohjia, jolloin esimerkiksi hoitajan hoitokäynti ja lääkärin ensikäynti eivät ole peräkkäisinä aikoina. Näin hoitokäynnin toteuttamisella ja reaaliaikaiselle kirjaamiselle jää aikaa. Lisäksi mahdollistetaan se, että ensikäynnille tulevan potilaan esitiedot pystytään tarkistamaan ja kirjaamaan ennen lääkäri vastaanottoa. Vastaanottopohjien muokkaaminen toteutetaan myöhemmin.

Vastaanottoaikojen vähyys ja pitkät odotusajat edellyttävät, että vastaanottokäynnin valmisteluihin kiinnitetään huomiota. Näin voidaan varmistaa, että potilas on käynyt lähetteen perusteella ohjelmoiduissa tutkimuksissa ja vastaukset ovat valmiina potilaan saapuessa vastaanotolle. Lähetteen toimintaohjeisiin lisätään tiedot potilaan BCB-rekisteriin liittämistä varten, jolloin ajanvarauksen yhteydessä osastonsihteri lähettää potilaalle oikeat Omavointikyselyt sähköisen järjestelmän kautta. Ajanvarauskirjeeseen laitetaan jatkossa ohje verikokeissa käymisestä viimeistään kaksi viikkoa etukäteen (tarvittaessa aiemminkin), jotta kaikki verikokeet olisivat valmiina vastaanottokäynnillä. Ajanvarauskirjeeseen laitetaan myös ohjeistus BCB-rekisterin Omavointi-kyselyiden täyttämistä etukäteen. Ensikäynnille tulevat pyydetään saapumaan 30 minuuttia ennen vastaanottoaikaa, jotta hoitaja ehtii tehdä sovitut esitutkimukset ennen vastaanottoa.

Reumahoitaja tarkistaa edellisellä viikolla, että potilas on käynyt verikokeissa ja täyttänyt Omavointi-kyselyt. Tässä vaiheessa potilas ehtii vielä käymään laboratoriossa ja tarvittaessa Omavointi-kyselyt voidaan aktivoida. Jos potilas ei voi vastata kyselyihin omalla laitteella, sovitetaan potilaan täyttävän kyselyt vastaanoton yhteydessä. Työajanseurannan perusteella huomattiin, että Omavointi-kyselyiden täyttäminen hoitajavastaanotolla vie paljon työaikaa. Jatkossa poliklinikalle tilataan älylaite, jolla potilaat voivat itse vastata kyselyihin joko ennen vastaanottoa tai sen jälkeen.

Tavoitteena on, että tulevaisuudessa kaikkien sisätautipoliklinikalle saapuvien potilaiden henkilötiedot tarkistetaan keskitetyssä ilmoittautumisessa, jos potilas ei pysty ilmoittautumaan ja tarkistamaan yhteystietojaan Welcome-automaatilla. Mahdollisuuksien mukaan farmasisti ottaa potilasiin yhteyttä käyntiä edeltävästi ja tarkistaa potilaan käyttämän kotilääkityksen. Näin lääkelistan tarkistamiseen ei kulu aikaa vastaanoton yhteydessä.

Jatkossa selkärankareumapotilaat kutsutaan hoitajan vastaanotolle 30 minuuttia ennen sovitua lääkärin ensikäyntiä. Hoitajavastaanotolla tarkistetaan lääkelistan ajantasaisuus ja mitataan potilaan pituus, paino ja verenpaine. Potilas haastatellaan ja täytetään esitiedot BCB-rekisteriin. Lisäksi tehdään selän liikkuvuusmittaukset (toimintaohje liite 8). Myöhemmin arvioidaan, laajennetaanko mittausten suorittamista hoitajan tekemänä myös uusintakäyntien yhteyteen.

Nivelinjektioista ja -punktioista tehdään toimenpidekirjaus, jonka reumahoitaja voi tehdä joko toimenpiteen yhteydessä tai välittömästi sen jälkeen. Usean nivelen paikallishoidon kirjaamiseen kuluu paljon aikaa. Kirjaamisen voi tehdä myös reumahoitaja, jolloin lääkärin aikaa säästyy vastaanoton läpi viemiseen ja aikataulussa pysymiseen. Toimenpidekirjauksen tekijä sovitaan tapauskohtaisesti ja riippuen käynnin tarkoituksesta.

Tarkoituksena on, että jatkossa reumahoitaja ei lähetä hoitopalautteita. Suurin osa ajanvarauksista on sellaisia, joita ei tarvitse tehdä vastaanottokäynnin yhteydessä. Siirtämällä nämä työtehtävät osastonsihteerin tehtäviksi, mahdollistetaan reumahoitajien työajankäytön lisäämistä hoitotyöhön. Työtehtävien siirtäminen osastonsihteerille vaatii lisää resursseja osastonsihteerin työhön. Tulevaisuudessa tullaan kaikille tuoreille nivelreuma- ja selkärankareumapotilaille tarjoamaan reumahoitajan ohjauskäyntiä noin kuukauden kuluttua diagnoosin saamisesta. Nämä ohjauskäynnit samoin kuin uuden injektio lääkkeen pistosohjauskäynnit olisi mahdollista toteuttaa myös etävastaanottona.

Reumalääkäriltä tullaan siirtämään reumahoitajalle bioscreening-kokeiden tarkistaminen ennen biologisen lääkehoidon aloittamista (toimintaohje liite 9). Myös osa selkärankareumapotilaiden vuosikontrolleista on mahdollista siirtää reumahoitajan tehtäväksi.

6 Johtopäätökset

6.1 Tutkimustulosten yhteenvetoa

Kehittämistyön tarkoituksena oli arvioida ja kehittää työajan käyttöä poliklinikalla moniammatillisesta näkökulmasta. Seuraavaksi tarkastelen tutkimustuloksia opinnäytetyön tavoitteisiin ja kysymyksiin. Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä etsittiin vastausta siihen:

1. Miten hoitohenkilöstön työajankäyttö jakautuu ammattiryhmittäin ja toiminnoittain reumapoliklinikalla?

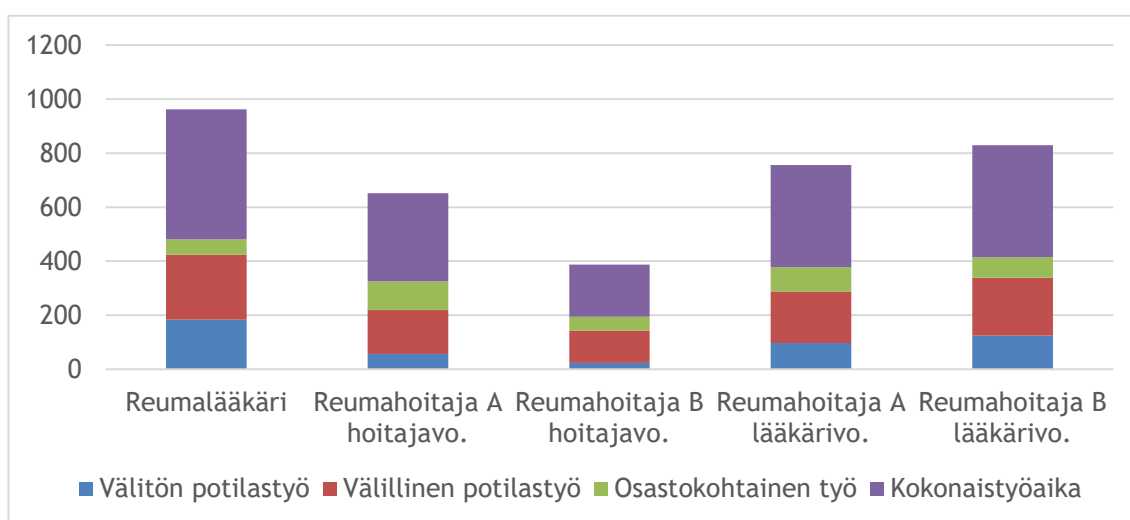
Työajanseurantatulokset osoittavat, että reumapoliklinikan työtehtävien osuus vei noin kymmenesosan osastonsihteerin kokonaistyöajasta. Osastonsihteeria havainnoitiin neljänä työpäivänä ja osastonsihteerin työaika oli keskimäärin 7,5 tuntia päivässä. Keskimäärin osastonsihteerin käytti alle tunnin päivässä reumapoliklinikan työtehtäviin. Osastonsihteerin tekee reumapoliklinikalle ensikäynnille tuleville potilaille ajanvarauksen. Muut ajanvaraukset tekee reumahoitaja. Osastonsihteerin käytti ajanvarauksiin enimmillään 33 minuuttia päivässä ja lyhyimmillään 0 minuuttia. Keskimäärin ajanvaraukseen kului noin 16 minuuttia päivässä. Asiakaspalvelu, joka sisältää sekä vastaanotolle ilmoittautumista että takaisinsoittojärjestelmän puheluihin vastaamista vei työajasta enimmillään 37 minuuttia ja lyhyimmillään 13 minuuttia. Keskimäärin asiakaspalveluun kului 23 minuuttia päivittäisestä työajasta. Kirjaamiseen ja potilastietojärjestelmien käyttöön kului keskimäärin 36 minuuttia päivässä. Lyhyimmillään aikaa meni kaksi minuuttia ja enimmillään 18 minuuttia päivässä. Siirtyminen toiseen yksikköön ja

siellä odottaminen vei työaika ainoastaan yhtenä päivänä 17 minuuttia, jolloin osastonsihtööri vei röntgenosastolle potilaan röntgenkuvia digitoitavaksi. Kuitenkin tuo 17 minuutin siirtyminen toiseen yksikköön on lähes 10% osastonsihtöörin havainnointipäivien aikana reumapoliiklinikan työtehtäviin käyttämästä ajasta.

Reumalääkärin työajasta välittömään ja välilliseen potilastyöhön kului lähes 90% kokonaistyöajasta. Välitöntä potilastyötä eli työaika, jolloin potilaita on lääkärin vastaanotolla, oli yli kolme tuntia kokonaistyöajasta. Välillistä potilastyötä kokonaistyöajasta oli lähes puolet. Tästä ajasta 60 minuuttia kului saneluihin, jotka tehdään potilaan lähdettyä vastaanotolta. Havainnointipäivälle osui sisätautipoliiklinikan ”taulupalaveri”, johon kului 23 minuuttia työajasta. Osastokohtaiseen työhön kului kaikkineen havainnointipäivänä 57 minuuttia kokonaistyöajasta.

Reumahoitajien työajasta välittömään potilastyöhön lääkärivastaanotolla kului lähes 30% työajasta. Hieman yli puolet työajasta kului välilliseen potilastyöhön ja noin viidesosas työajasta kului osastokohtaiseen työhön. Reumahoitajat käyttivät yhteensä kirjaamiseen 75 minuuttia ja ajanvarauksiin sekä hoitopalautteisiin 197 minuuttia välillistä ja välitöntä hoitotyötä. Välillisestä hoitotyöstä lähes 40% kului ajanvarausten tekemiseen. Yhteensä kirjaaminen ja ajanvaraukset sekä hoitopalautteet vei yli puolet välilliseen potilastyöhön käytetystä työajasta.

Reumahoitajien työajasta välittömään potilastyöhön hoitajavastaanotolla kului vain noin 15% kokonaistyöajasta. Sen sijaan yli puolet työajasta kului välilliseen potilastyöhön ja yli 30% kului osastokohtaiseen työhön. Kirjaamiseen kului yhteensä 62 minuuttia ja ajanvarauksiin sekä hoitopalautteisiin 64 minuuttia, joka on alle puolet välilliseen potilastyöhön käytetystä ajasta.



Kuvio 11: Työajankäytön jakautuminen ammattihenkilöittäin

2. Miten voidaan lisätä potilaalle arvoa tuottavien työtehtävien osuutta eri ammattiryhmien työajankäytössä?

Työajanseurannan tulosten perusteella reumapoliklinikan osastonsihteerin työtehtäviin kuluu päivittäin keskimäärin alle tunti kokonaistyöajasta. Reumalääkärillä on potilas vastaanotolla kolmen tunnin ajan ja yli seitsemän tuntia kokonaistyöajasta kuluu joko välittömään tai välilliseen potilastyöhön. Reumahoitajilla välittömän potilastyön osuus on huomattavasti pienempi. Reumahoitajilla kuluu kuitenkin huomattava osa työajasta ajanvarausten ja hoitopalautteiden lähettämiseen. Työajanseurannan aikana reumahoitajat käyttivät yli neljä tuntia työaikaa ajanvarausten tekemiseen ja hoitopalautteiden lähettämiseen.

Lisäämällä osastonsihteerin käyttämää työaikaa reumapoliklinikan työtehtävien suorittamiseen, voitaisiin vähentää reumahoitajien käyttämää työaikaa ajanvarausten tekemiseen ja hoitopalautteiden lähettämiseen. Tällä mahdollistetaan reumahoitajien ajankäytön lisääminen välittömään potilastyöhön esimerkiksi lisäämällä hoitokäyntien määrää. Reumalääkärillä suurin osa työajasta kului välittömään ja välilliseen potilastyöhön. Reumalääkäri oli välittömässä potilastyössä kolme tuntia havainnointipäivänä. Lääkärin vastaanottokäyntien läpimenoaikoja voitaisiin lyhentää ja vastaanottokäyntiä sujuvoittaa, jos reumahoitaja tekisi osan tutkimuksista ja täydentäisi esitiedot valmiiksi ennen potilaan siirtymistä lääkärin vastaanotolle. Näin voitaisiin mahdollisesti lisätä lääkärin etäsuoriteaikoja, kun potilaan vastaanottokäyntiin kuluisi vähemmän aikaa.

Avosairaanhoidon tai polikliinisen hoitotyön työajanseurantatutkimuksia on tehty Suomessa vain muutamia 2000 luvulla. Aiemmat tutkimustulokset ovat yhteneväisiä hoitohenkilöstön työajan suhteen ja niiden perusteella suurin osa hoitohenkilökunnan työajasta kuluu välittömään ja välilliseen hoitotyöhön. Yhteistä aiemmin tehdyille tutkimuksille on myös, että niiden perusteella olisi järkevää miettiä uudelleen hoitoympäristön työnjakoa. Tämän opinnäytetyön työajanseurannan tulokset ovat linjassa aiempiin tutkimuksiin.

Partanen (2002, 173) toteaa väitöskirjassaan, että erityisesti sairaanhoitajien tehtävänkuviiin on kiinnitettävä huomiota. Sairaanhoitajien asiantuntijuuden tarkoituksenmukainen ja vaikuttava käyttö vaativimmassa potilashoidossa on merkityksellistä. Partasen mukaan tulisi kehittää ja ottaa käyttöön uudenlaisia käytäntöjä sekä delegoida tehtäviä perushoitajille ja tukihenkilöstölle. Hoitotyön ammattilaisten järkevä ja vaikuttava ajankäyttö taataan riittävillä tukipalveluilla. Opinnäytetyön tuloksissa yllättävää oli se, miten vähän osastonsihteerin työaikaa kului reumapoliklinikan työtehtäviin. Jatkossa on suunniteltava eri ammattiryhmien työajankäyttöä niin, että reumahoitotyöhön syventyneiden sairaanhoitajien työaikaa kuluisi ajanvaraamisen ja hoitopalautteiden lähettämisen sijaan enemmän varsinaiseen potilastyöhön.

Palonen, Aho, Koivisto ja Kaunonen (2012, 121-122.) ovat tutkineet hoitoisuuden yhteyttä potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla. Tutkimuksen mukaan

lähes puolet hoitajien ajasta kului potilaiden hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun, koordinoitiin sekä potilaiden emotionaaliseen tukemiseen poliklinikkakäynnin yhteydessä. Tuloksissa todettiin myös, että potilaat eivät kokeneet saavansa parempaa ohjausta, vaikka hoitajat olivat käyttäneet runsaasti aikaa potilaiden asioiden hoitamiseen. Hoidon suunnittelun ja koordinoinnin todettiin sisältävän ohjauksen lisäksi muitakin hoitotyön toimintoja, joita potilas ei näe vastaanottokäynnillä.

Hoitohenkilökunnan työajankäyttö terveyskeskuksen poliklinikalla (Sainio 2010) pro-gradu tutkielmassa on todettu, että välittömästä hoitotyöstä suurin osa kului puhelinneuvontaan ja ajanvaraukseen. Tutkielmassa painotetaan kiinnittämään huomiota sähköisten asiointipalvelujen käytön lisäämiseen ja vahvistamiseen tulevaisuudessa, resurssien niukentuessa ja taloustilanteen vaikeutuessa. Tutkielman tulokset ovat linjassa Partasen väitöskirjan kanssa, riittävien tukitoimien takaamisesta ja koulutetun hoitohenkilökunnan ajankäytön suuntaamisessa vaatimaan potilashoitoon. Tämän opinnäytetyön työajanseurannassa ei laskettu erikseen puhelinneuvontaan käytettyä aikaa. Havainnointipäivinä ei hoitajavastaanotolla ollut ohjauskäynnejä, joten kaikki välittömään hoitotyöhön käytetty aika tapahtui puhelimitse. Poliklinikan kehittämishankkeessa huomioitiin myös käytössä olevien sähköisten palveluiden vähyys ja tunnistettiin tarve kehittää valmiutta ottaa sähköiset palvelut käyttöön. Tulevaisuudessa palvelujen tarjonta muualla kuin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä tulevat lisääntymään. Esimerkiksi sähköiset ja kotiin tarjottavat palvelut kehittyvät. Yksilöllisten, räätälöityjen terveyspalveluiden kysyntä lisääntyy ja omahoidon merkitys korostuu. Tämä vaatii ammattihenkilöiltä uudenlaista osaamista etäpalveluiden lisääntyessä ja hoitotyön luonteen muuttuessa. Väestörakenteen ikääntyminen lisää kroonisten sairauksien määrää ja kasvattaa terveydenhuollon palveluiden kysyntää. Kestävyyssvaje vaikeuttaa palveluiden tuottamisen rahoitusta, joka edellyttää palveluiden tuottamista entistä tehokkaammin ja tuottavammin. Kustannustehokkaiden ja laadukkaiden terveydenhuoltopalveluiden kehittämiseen tarvitaan sairaanhoitajien uudenlaisia työnkuvia, joilla vastataan väestön terveyteen ja sairauksien hoitoon liittyviin tarpeisiin lähellä potilasta. Tällä vaikutetaan myös organisaatioiden ja hoitotyön vetovoimaisuuteen. Sairaanhoitajien työnkuvan muuttaminen ja digitalisaation hyödyntäminen voivat nopeuttaa hoitoon pääsyä. Oikea-aikainen hoitoon pääsy kaventaa terveyseroja ja lisää potilastyytyväisyyttä. (Kotila ym. 2014, 5.) Reumapoliklinikalla aiotaan jatkossa ottaa käyttöön videovälitteiset etävastaanotot, joilla toivottavasti tavoitetaan myös sellaisia potilasryhmiä, joita on tällä hetkellä haasteellista saada reumahoitajan ohjauskäynnille, kuten nuoret työikäiset selkärankareumaan sairastuneet miehet.

Hoitohenkilöstön ja avustavan henkilöstön työn pääpaino on perinteisesti ollut välittömässä hoitotyössä. Lääkärilehden (2019) mukaan Elovaaran ja Kekin (1995) tutkimuksessa potilaiden varsinaista hoitoa työhön sisältyi vain vähän, potilaiden välittömän hoidon koostuessa pääasiassa ajanvaraukseen ja potilaan ohjaukseen liittyvistä tehtävistä. Tutkimuksessa selvisi, että hoitohenkilöstön työn mielekkyyttä voitaisiin lisätä ja toisaalta lääkärin vastaanotolle pääsyä

tehostaa, delegoimalla osa tehtävistä muille henkilöstöryhmille esimerkiksi potilaan esitietojen, verenpaineen, painon ja pituuden selvittäminen. Reumapoliklinikalla välitön hoitotyö on, johtuen työn polikliinisestä luonteesta, pääasiassa potilaan ohjaamista. Työn mielekkyyttä voidaan lisätä hoitotyöhön liittyvien työtehtävien määrän lisäämisellä. Kehittämällä potilaan ohjaamiskäytäntöjä voidaan lisätä potilaalle terveyshyötyä tuottavaa hoitotyötä.

Reumasairauksia sairastavien potilaiden kohdalla on erityisen tärkeää huomioida myös esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien, tyyppin 2 diabeteksen tai iäkkäiden luunmurtumien ehkäisevät toimet. On todettu, että kansanterveysongelmien yleisyyteen ja niiden aiheuttamia haittoja voidaan vähentää vaikuttamalla elämäntapoihin ja terveysvalintoihin (STM 2008, 111). Työnjaon uudelleen miettimisellä ja työnkuvaa kehittämällä voitaneen lisätä sairaanhoitajan aikaa potilaan kohtaamiseen, henkilökohtaiseen ohjaamiseen ja sitä kautta kokonaisvaltaisen terveyshyödyn tuottamiseen. Tulevaisuudessa digitaalisten palveluiden lisääntyminen tulee vaatimaan sairaanhoitajalta uudenlaista osaamista ja työajan käytön kehittämistä. Sähköiset palvelut tulevat lisäämään potilaiden mahdollisuuksia ylläpitää toimintakykyään ja terveyttään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 13-16.)

6.2 Opinnäytetyön prosessin arviointia

Arvion mukaan 70 % suomalaisista sairaaloista käyttää tai on käyttänyt leania kehittämishankkeissaan (Mankki, Hirvonen & Aho 2019, 264, Jorma ym. 2016 mukaan). Tämän kehittämistyön kohdeorganisaatio kuuluu näihin sairaaloihin, joten ei ole yllättävää, että työajanseuranta ja hukkahavainnoinnit päädyttiin toteuttamaan lean-pohjaisille lomakkeille. Leanin on todettu soveltuvan hyvin suomalaiseen sairaalamaailmaan. Joskin kritiikin välttämiseksi joissakin sairaaloissa leania on toteutettu, käyttämällä leanin sijaan termiä laatuajattelu (Reijula ym. 2017, 94). Erityisesti julkisen sektorin palveluissa tulisi arvioida tarkasti lean- tuotantomallin soveltamiskohteita- ja tapoja. Arvon ja tehokkuuden määrittämisessä on oltava varovainen. On tiedettävä, mikä on tuotteen tai palvelun arvo ja mikä taas hukkaa. Onko esimerkiksi lastensuojelu onnistunut silloin kun asiakkaita on paljon, vai silloin, kun heitä on vähän? (Tammelin, Anttila & Mänttari- van der Kuip 2016, 3.) Kuten kaikkeen kehittämiseen myös leaniin kuuluu negatiivisiakin tunteita. Mankki, Hirvonen ja Aho (2019, 268) kuvaavat herkkyytenä tai muutosvastarintana ihmisten halua kieltäytyä muutoksesta. Muutosvastarintaa ja kriittisyyttä kuitenkin tarvitaan toimintamallien testaamisessa. Tähän kehittämistyöhön lean- ajatuksen hyödyntäminen soveltui mielestäni hyvin. Merkittävää muutosvastarintaa tai kriittisyyttä ei ilmaantunut ja tavoitteena oli vastaanottotoiminnan kehittäminen potilaslähtöisesti, hoidon laadusta tinkimättä. Kankaan (2016, 23-25) mukaan sairaalaorganisaatioissa on kritisoitu myös sitä, että vain harvoin käytössä on tyylipuhdas lean. Sen sijaan leanausta on toteutettu valitujen työkalujen käytöllä, kuten tässäkin kehittämistyössä, jossa ei toteutettu tyylipuhdasta leanausta sen kaikkia työkaluja systemaattisesti hyödyntämällä.

Työajanseuranta suoritettiin ulkopuolisen havainnoijan toteuttamana, lukuun ottamatta osastosihteerin työajanseurantaa, joka toteutettiin itsehavainnointina. Työajanseurannan havainnointia helpotti se, että työ oli havainnoijalle tuttua. Työajanseurannan tuloksissa ei huomioitu henkilökohtaista aikaa, jolla pyrittiin siihen, että havainnointi ei vaikuttaisi työntekijän normaaliin käyttäytymiseen. Etuna ulkopuolisen havainnoijan käyttöön olisi se, että havainnointimerkintöihin ei kulunut työntekijän aikaa tai huomioita. Uskon, että havainnoijan läsnäolo kuitenkin vaikutti jossain määrin työntekijöiden työskentelyyn. Työajanseurannan luotettavuutta jouduttiin arvioimaan etenkin reumahoitajan hoitajavastaanoton yhteydessä. Työajanseurantaa ei kuitenkaan uusittu, vaikka toinen havainnointipäivä jäi huomattavan lyhyeksi. Tähän päädyttiin, koska hoitajavastaanotolla on usein päiviä, jolloin hoitokäyntejä ei ole lainkaan ja hoitokirjeitä sekä hoitopuheluita on vain muutamia. Toisaalta hoitajavastaanotolla saattaa olla päiviä, joissa on kaksikin hoitokäyntiä ja useita hoitokirjeitä ja -puheluja. Hoitajavastaanotolla työmäärä vaihtelee suuresti riippuen päivästä.

Toimintatutkimus soveltui mielestäni hyvin tämän kehittämishankkeen toteuttamiseen, koska tavoitteena ei ollut saavuttaa yleistettäviä tuloksia. Kehittämishankkeen toteuttaminen ilman, että henkilöstö osallistuisi sen suunnitteluun ja toteutukseen, tuntuu mahdottomalta. On havaittu, että työntekijöiden osallistuminen toimintansa kehittämiseen ja siihen liittyvien ongelmien ratkaisuun, saa aikaa todellista muutosta ja henkistä kasvua. Pelkkä omakohtainen kokemus ja arkiajattelu eivät tarjoa riittävää pohjaa asioiden laaja-alaiselle ymmärtämiselle ja uusien ratkaisujen löytämiselle. Tällöin työntekijä jää helposti vallitseviin käytäntöihin kiinni. Kehittämiseen tarvitaan teoreettista analyysiä toimintajärjestelmästä, jossa toimitaan. Toimintatutkija tarkastelee kriittisesti vanhoja toimintatapoja ja on kiinnostunut työnsä uudelleen muotoilusta. Tavoitteena on, että toimintatutkimukseen osallistuja teoretisoi toimintatapojaan, tarkastelee teorioitaan kriittisesti toiminnan valossa ja muuttaa työskentelytapansa. (Suojanen 2014.) Toimintatutkimuksen etuna on se, että toiminta ja muutos tapahtuvat yhtä aikaisesti. Tarvittaessa voidaan kokeilun jälkeen tehdä parannuksia ja muuttaa toimintaa uudelleen. Uskon, että tämän kehittämishankkeen myötä saavutamme poliklinikalla pysyviä muutoksia toimintatapoihin. Osa muutoksista on helppo ja nopea toteuttaa ja osa vaatii enemmän aikaa ja tukea muutokselle tarvitaan myös organisaatiotasolla.

Opinnäytetyön aiheen valinta helppo, koska mahdollisuus oman työn kehittämiseen motivoi ja innosti kehittämistyön käynnistämiseen. Toisaalta se vaati myös tarkkaa harkintaa ja vaihtoehtojen puntaroimista. Oma roolini muodostui kaksijakoiseksi. Opinnäytetyön käynnistymisen aikaan syksyllä 2019 olin opintovapaalla ja ollut pois työelämästä lähes kahden vuoden ajan. Pystyin suorittamaan työajanseurannan ulkopuolisen havainnoijana, vaikka toiminkin omassa työyhteisössäni. Uskon, että työajanseurannan tuloksiin ei olisi vaikuttanut, vaikka havainnoijana olisi ollut joku täysin ulkopuolinen henkilö. Minun oli helppo mennä työyhteisöön, enkä usko, että kenenkään työtehtävien suorittamiseen vaikutti negatiivisesti se, että olin tuttu. Toisaalta tuttuus toi hankaluutensa täysin objektiivisena pysymiseen ja siihen, että emme

voineet keskustella työajanseurannan aikana, jotta se ei olisi vaikuttanut tuloksiin. Epäilen kuitenkin, että työajanseuranta jossain määrin vaikutti työntekijöiden työtehtävien suorittamiseen verrattuna normaaliin työpäivään. Nyt työntekijät keskittyivät täysin potilastyöhön ja väliajat aktiivisesti tekivät osastokohtaista työtä. Ylimääräisiä taukoja ei pidetty tai esimerkiksi omaa puhelinta ei käytetty päivän aikana. Työyhteisön työjäsenien työajankäytön tutkimisessa en näe ristiriitaa. Työnantajalla on oikeus tietää, mihin työntekijän työaika kuluu. Se, että työajanseurannan suorittaa työyhteisön jäsen, tuo työajanseurantaan omat haasteensa. Tämä oli kuitenkin työyhteisössä sovittu asia, eikä työajanseurannan tuloksia olla käyttämässä ketään vastaan tai niillä aiheuteta kenellekään haittaa. Koen, että en hyötynyt siitä, että suoritin työajanseurannan, mutta se oli kustannustehokkaampaa kuin täysin ulkopuolisen havainnoijan käyttäminen.

Oma roolini muuttui alkuvuodesta 2020, jolloin palasin takaisin omaan työhöni. Tarve kehittämistoiminnalle nousi työyhteisöstä. Ennen varsinaisen kehittämistyön aloittamista pidettiin yhteistyöpalaveri, johon kuitenkin kaikki poliklinikan työntekijät eivät päässeet paikalle. Kuulan (2011, 195) mukaan tutkittavien motivoimiseksi heille on kerrottava, millaista uutta tietoa tavoitellaan ja miten tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää. Tämä toteutettiin yhteistyöpalaverissa, jossa sovittiin työajanseurannan toteuttamisesta kirjalliseen esitykseen pohjautuen. Tutkimuksen osallistumisen tulee pohjautua vapaaehtoisuuteen. Opinnäytetyön aiheena oli poliklinikan kehittämistyö, jonka tarve nousi työyhteisöstä ja johon koko poliklinikan henkilökunta sitoutui. Voidaan siis olettaa, että osallistujat olivat mukana vapaaehtoisuuttaan eikä kukaan osoittanut halua kieltäytyä kehittämistyöhön osallistumisesta.

6.3 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointia

Kuten hyvään tieteelliseen tutkimustapaan kuuluu tutkimuslupa (liite 10) kehittämistyön toteuttamiseen, haettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä lokakuussa 2019 (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Kyseessä on pieni poliklinikka ja tutkittavat ammattilaiset ovat helposti tunnistettavissa ja tulokset kohdennettavissa heihin, vaikka raportista ei suoraan pysty päättämään, minkä sairaalaan poliklinikasta on kyse. Tämä tekee tulosten julkistamisesta haastavaa. Kehittämishankkeessa ei arvioitu yksittäisen työntekijän ammattitaitoa, osaamista tai suoriutumista työtehtävistä. Henkilökohtaiseen aikaan käytetty aika rajattiin pois opinnäytetyön raportista, jotta sillä ei vaikutettaisi työajanseurannan aikana työntekijän käyttäytymiseen tai käsitykseen työajanseurannan tulosten julkistamisen mahdollisista vaikutuksista yksittäiseen työntekijään. Työntekijöiden työajankäytöstä kerätyt tiedot ovat kuitenkin sellaisia, että niiden julkistamisella tai työntekijän mahdollisesta tunnistamisesta, ei koidu työntekijälle haittaa. Opinnäytetyön tulosten analysoinnissa ja raportoinnissa on pyritty käyttämään hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvia toimintatapoja, joita ovat rehelli-

syys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus (Kuula 2011,26). Työajanseurantalomakkeet ovat ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytettävissä ja ne hävitetään opinnäytetyön valmistuttua asianmukaisesti.

Opinnäytetyö alkoi syksyllä 2019, jolloin pidettiin ensimmäinen työpaja. Työpajassa luotiin nykytilanteen prosessikuvauskaavio ja tunnistettiin ongelmia toiminnassa. Vuoden 2020 helmikuussa sairaalassa otettiin käyttöön uusi potilastietojärjestelmä, jonka vaikutukset toimintaan olivat vielä isommat kuin etukäteen osattiin odottaa. Toista työpajaa jouduttiin siirtämään huhtikuulle, mikä oli toisaalta myös järkevää. Huhtikuussa ymmärrys työnkuvien muutoksesta oli jo hahmottunut ja uuden toimintamallin luominen helpompaa. Toisessa työpajassa luotiin uusi toimintamalli ihannetilanteesta. Työpajassa yllätti se, miten helposti aikaisemmin kuvattuihin ongelmiin löytyi ratkaisuehdotuksia eikä juurisyytä jouduttu etsimään kalanruotokaavilla. Työpajan perusteella luotiin muutosehdotuksia toimintaan, joista osa pystyttiin ottamaan heti käytäntöön ja osa muutoksista on sellaisia, joita ei voida tehdä oman poliklinikan päätöksellä vaan ne pystytään toteuttamaan vasta myöhemmin.

Suojasen (2014) mukaan toimintatutkimuksen teoria ja käytännön vuorovaikutuksen vuoropuhelu edellyttävät tutkimuksen validiuden tarkastelemista perinteistä tutkimusparadigmaa laajemmasta näkökulmasta. Toimintatutkimuksessa tutkitaan jotakin kohdetta ja sen toiminnan sekä osallistujien kehittämistä. Toimintatutkimuksessa tutkimusta ei voida toistaa samanlaisissa olosuhteissa tutkimustulosten todentamiseksi. Tulokset eivät ole myöskään suoraan yleistettävissä johonkin toiseen tilanteeseen. Toimintatutkimuksessa saavutetun tietotaidon siirtäminen toisille henkilöille, ei onnistu sellaisenaan vaan kehittymisen mahdollistuminen vaatii omakohtaisen kokemuksen tutkimusprosessista. Empiiris-analyttisissä tutkimuksissa tutkijan persoona ei saa vaikuttaa tutkimustuloksiin. Toimintatutkimuksessa tutkijalla on merkittävä rooli tutkimuksen kulkuun vaikuttamisessa ja tilanteiden kehittämisessä.

Kehittämistyön tarkoituksena oli oman poliklinikan työajankäytön tutkiminen ja toiminnan kehittäminen eikä sillä pyritty saavuttamaan uusia tai yleistettäviä tuloksia. Tietävästi bioscreening-kokeiden tarkistaminen ja selkärankareumapotilaiden selän liikkuvuusmittaukset sekä BCB-rekisterin esitietojen täydentäminen ovat edelleen yleisesti Suomessa reumalääkärin työtehtäviä. Näiden työtehtävien siirtäminen tehtävänsiirron kautta reumahoitajan työtehtäväksi, osoittaa opinnäytetyön kehittämisympäristön toimivan tältä osin edelläkävijänä. Lisäksi työajanseurannan tulosten tarkastelu, voi toimia innoittajana muidenkin poliklinikoitten työajankäytön ja työtehtävien jakaantumisen tarkastelussa sekä kehittämistyössä.

6.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tulevaisuudessa olisi mielenkiintoista selvittää, miten reumahoitajan työnkuva on muuttunut ja onko potilaan hoito- ja ohjaustyöhön käytetty aika lisääntynyt, millaisia potilaskokemukset ovat ja miten potilaskokemusta voitaisiin parantaa reumapoliklinikalla. Poliklinikan toimintaa

on kehitettävä jatkuvasti ja mielestäni hoitajavastaanoton kehittäminen, jossa luotaisiin yhtenevät käytännöt ohjauskäynneille, olisi seuraava luonnollinen askel poliklinikan kehittämisessä. Erityisesti potilasohjauksessa olisi kiinnitettävä huomiota etävastaanotolla tapahtuvien ohjausten käynnistämisen sekä muiden sähköisten palveluiden käyttöön, kuten potilaan etukäteisen ohjauskäynnin tueksi täyttämät kaavakkeet.

Potku eli Potilas kuljettajana oli Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kehittämishanke vuosina 2010-2014. Hankkeen tavoitteena oli kehittää ja tarjota suunnitelmallista, tarpeenmukaista ja terveyshyötyä tuottavia palveluja pitkäaikaissairauksien hoidon lisääntyneeseen tarpeeseen. Pitkäaikaissairauksien hoidon koettiin olevan lääkäri- ja sairauskeskeistä. Hankkeen keskeisenä osana oli kehittää kansalaisten osallistumismahdollisuuksia, vastuunottoa ja omahoidon osaamista. Terveyshyötymallissa pitkäaikaissairauden hoidossa potilas tuntee oman sairautensa ja sen hoitomahdollisuudet hyvin sekä toimii aktiivisesti niin, että sairauden aiheuttama haitta on mahdollisimman pieni. Terveyshyötymallissa pitkäaikaissairaiden hoidon tulokset paranevat, jolla hallitaan kustannuksia ja ylläpidetään työ- ja toimintakykyä. Potku-hankkeessa kaikille pitkäaikaissairaille tehtiin hoitosuunnitelma, jolla tuettiin asiakkaiden omahoidtoa ja saatiin hoito suunnitelmallisemmaksi. Tarvittaessa potilaalle nimettiin yhteyshenkilö, jonka kautta asiointi jatkossa tapahtui. (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä 2014.)

Sekä reumahoitajan että potilaan roolit tulevat muuttumaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden muuttuminen ja kehittyminen edellyttävät myös potilaan aseman vahvistamista oman hoitonsa keskiössä. Potilaslähtöisyyden huomioiminen lisääntyy jatkuvasti. Tulevaisuudessa tullaan hyödyntämään potilaan itsensä tuottamaa tietoa osana terveystiedon lukutaitoa. Terveydenhuollon tulee vastata potilaiden tarpeisiin täsmähoidon ja yksilöllisten palvelujen tarjoamisessa, potilaiden huolehtiessa omien kykyjensä mukaan terveydestään ja omahoidostaan sekä omien tietojensa hallinnasta. (Ahonen ym. 2015, 7.) Jatkossa reumahoitajan rooli tulee muuttumaan asiantuntijahoitajasta potilaan omahoidon tukijaksi, joka mentoroi, valmentaa ja toimii kumppanina potilaan rinnalla (Hahtela 2017). Uskon, että valmentava työote on mahdollista toteuttaa poliklinikallamme, jossa potilasmäärät ovat maltilliset suuriin yliopistosairaaloihin verrattuna. Pienenä poliklinikkana tunnemme potilaamme ja pystymme tarjoamaan yksilöllisempää hoitoa. Toivon että, tulevaisuudessa voisimme kehittää täysin uuden hoitomallin reumapotilaan hoitoon, digitaalisia palveluita hyödyntäen, jossa reumahoitaja toimisi potilaan niin sanottuna reumavalmentajana. Tämä voitaisiin toteuttaa antamalla potilaalle heti ensikäynnillä oman ”reumavalmentajan” yhteystiedot. Viestittely potilaan ja valmentajan kesken onnistuisi matkalla kynnyksellä esimerkiksi Maisa-viestien avulla. Valmentava työote on arvostavaa, osallistavaa ja tavoitteellista, jonka yhtenä työvälineenä voidaan käyttää motivoivaa keskustelua. Uskon, että tulevaisuudessa juuri reumahoitajan työnkuvan kehittäminen tulee olemaan poliklinikan keskeisin kehittämiskohde.

Jatkokehittämis ehdotukseni ovat: reumahoitajan työnkuva hoitajavastaanotolla ja yhtenevien ohjauskäytänteiden kehittäminen potilaslähtöisesti, sähköisten palveluiden hyödyntäminen osana reumapotilaan hoitopolkua ja reumaan sairastuneen ensitietomateriaalin tuottaminen sähköiseen muotoon. Lisäksi ehdottaisin koko sisätautipoliklinikan työajanseurantatutkimusta ja työnkuvien kuvaamista poliklinikan toiminnan tehostamiseksi ja mahdollisten turhien toimintojen karsimiseksi.

Toivon, että jatkossakin poliklinikalla arvioidaan työnkuvien sisältöjä ja arvioidaan tapoja tehdä töitä. Opinnäytetyö osana reumapoliklinikan kehittämishanketta oli haastavaa, mutta antoisaa. Opinnäytetyön toteuttaminen mahdollisti oman työnkuvani kehittämisen toivomaani suuntaan, jossa korostuu potilaan kohtaaminen ja ohjaaminen. Toivon, että jatkossa saan kehittää omaa työtäni digitaalisten palveluiden käytössä. Uskon, että digitaalisten palveluiden lisääminen helpottaa potilaan yhteydenottoa ja sitouttaa potilasta paremmin omahoitonsa toteuttamiseen. Ympäriöivän yhteiskunnan odotukset muuttuvat, joka edellyttää sairaanhoitajien työnkuvien uudistamista. Näin tulevaisuudessa voidaan varmistaa kaikkien kansalaisten saavan laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluita. Palvelutuotanto ja totuttu työnjako tulevat muuttumaan sosiaali- ja terveystieteiden integraation, asiakaskeskeisten palveluiden ja valinnanvapauden lisääntyessä. Sairaanhoitajat ovat keskeisessä työntekijäryhmässä, johon haetaan uudenlaisia tapoja tuottaa palveluita ja vastata asiakkaiden tarpeisiin. (Kotila ym. 2014, 5.) Tässä muutoksessa ja kehityksessä haluan olla mukana. Uskon, että toimintatapojen uudistaminen ja nykyaikaistaminen lisää paitsi potilastyytyytyä myös ammattilaisten työn mielekkyyttä.

Lähteet

Painetut

Antinaho, T. 2018. Potilaalle lisäarvoa hoitotyöstä -toimintatutkimus työajan seurannasta hoitotyön kehittämisessä. Jyväskylä: Grano.

Aspvik, U. 2003. Psykkisesti vajaakuntoisten avotyötoiminta-toiminnan kehittämisprosessi ja merkitys osallistujien elämänlaadulle. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Bijlsma, J. WJ., Burmester, G., da Silva, J., Faarvang, K., Hachulla, E. & Mariette, X. 2009. Eular Compendium on Rheumatic Diseases. Italy: L.E.G.O. S.p.a.

Elovaara, A-K & Kekki, P. 1995. Työn sisältö ja työajan käyttö avosairaanhoidon vastaanotolla. Lääkärilehti. 20.6.1995. 18-19.

Graban, M. 2012. Lean hospitals. Improving quality, patient safety and employee engagement. 2. painos. Boca Raton, FL: CRC Press cop.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. Rovio, E. & Syrjälä, L. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. painos. Vantaa: Hansaprint. 78-93.

Isomäki, H., Leirisalo-Repo, M. & Hämäläinen, M. 1994. Reumataudit. 2. painos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2009:18. Yliopistopaino. Helsinki.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Suomen yliopistopaino- Juvenes Print.

Kangas, R. 2016. Lean-ajattelun käyttöönoton organisaatiokulttuuriset tekijät Lapin sairaanhoitopiirissä. Pro Gradu.

Korte, H., Jokela, R., Korhonen, E. & Perttunen, J. 2020. Lean sosiaali- ja terveydenhuollossa. 2. painos. HUS Helsingin yliopistollinen sairaala.

Kouri, I. 2010. Lean taskukirja. Helsinki: Teknologiateollisuus.

Kumpulainen, K. 2013. Henkilöstön työssä koettu hyvinvointi- Pitkittäisseuranta muuttuvassa koulutusorganisaatiossa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realisimi. Edita Prima.

Leirisalo-Repo, M., Hämäläinen, M. & Moilanen, E. 2002. Reumataudit. 3. painos. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Luqmani, R., Pincus, T. & Boers, M. 2010. Rheumatoid Arthritis. New York: Oxford University Press.

Palonen, M., Aho, A-L., Koivisto, A-M & Kaunonen, M. 2012. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuispoliikklinikoilla. Hoitotiede. Vol.24, Iss. 2. Kuopio: Hoitotieteiden tutkimusseura. 114-124.

Partanen, P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Perttunen, J., Korhonen, E., Jokela, R. & Korte, H. 2018. Lean Sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Kopio Niini.

Pettersson, P., Olsson, B., Lundström, T., Johansson, O., Broman, M., Blücher, D. & Alsterman, H. 2018. Työntekijän opas menestykseen- Kehitä Leanin avulla! Sari Lehtimäki. Bromma, Ruotsi: Part Media.

Rantalaiho, V., Sokka, T. & Meri, S. 2017. Nivelreuma. Duodecim. 1691-1698.

Riikola, T. 2014. Selkärankareuma-opas. Suomen reumaliitto.

Sainio, T. 2010. Hoitohenkilökunnan työajankäyttö terveystieteiden poliklinikalla. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämismenetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>.

Sieper, J. & Braun, J. 2011. Clinician's Manual on Ankylosing Spondylitis. UK: Latimer Trend and CO.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Sähköiset

Ahonen, O., Kouri, P., Liljamo, P., Granqvist, H., Junntila, K., Kinnunen, U-M., Kuurne, S., Numminen, J., Salanterä, S. & Saranto, K. Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveyspalvelujen strategia vuosille 2015-2020. Viitattu 5.6.2020. https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2019/10/SA%CC%88HKO%CC%88ISET_TERVPALV_STRATEGIA.pdf

Bcbmedical. Tautikohtaiset laaturekisterit. 2020. Viitattu 19.5.2020. <https://www.bcbmedical.com/tautikohtaiset-laaturekisterit/>

Hahtela, N. 2017. Sairaanhoidajien muuttuvat osaamistarpeet- tärkeä tutkimusaihe. Viitattu 5.6.2020. <https://www.stncope.fi/blogikirjoitukset/sairaanhoidajien-muuttuvat-osaamistarpeet-tarkea-tutkimusaihe/>

Hus. 2014. Hus kehittää toimintaansa Lean- menetelmällä. Viitattu 11.10.2019. <https://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/HUS-kehitt%C3%A4%C3%A4-toimintaansa-Lean-menetelm%C3%A4ll%C3%A4.aspx>

HUS 2019. Viitattu 2.9.2019. <https://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaalat/lohjan-sairaala/poliklinikat/Sivut/Reumasairauksien-poliklinikka.aspx>

Huslab 2020. Tutkimusohjekirja. Kudosantigeeni B27 lymfosyyteistä. Viitattu 2.4.2020. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/lab32124/search/selk%C3%A4rankareuma>

Juhta.2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Viitattu 12.10.2019. <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs152>

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2014. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat- laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Viitattu 1.11.2019. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoidaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Liiten, M. 2019. Kuntatyönantajat: Hoitajien palkkavaatimuksista tulisi miljardien lisälasku kunnille. Helsingin sanomat. Viitattu 23.9.2019. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000006225909.html>

Mankki, L., Hirvonen, H & Aho, T. 2019. Tohkeissaan leanista. Teoksessa: Hirvonen, H., Puhakka, A. & Pöllänen, P. (toim.): Arjen rihmastot- Eeva Jokisen juhla-kirja. Publications of the university of Eastern Finland, General series no: 28. s.263 - 277. Joensuu 2019. Viitattu 16.6.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-3206-8/urn_isbn_978-952-61-3206-8.pdf

Mustajoki, P. 2019. Selkärankareuma. Viitattu 8.10.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00076&p_hakusana=selk%C3%A4rankareuma

Mäkijärvi, M. 2010. Lean- menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa- kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali ja terveysjohtamisen Mba- tutkielma. Tampereen yliopisto

Nordström, D. 2018. Selkärankareuma ja aksiaalinen spondylartriitti. Lääkärin käsikirja. Viitattu 2.4.2020. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt00518/search/selk%C3%A4rankareuma>

Puolakka, K. 2019. Nivelreuma. Lääkärin käsikirja. Viitattu 7.4.2020. <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/ykt01933/search/nivelreuma>

Riikola, T. 2016. Reumaliitto. Perimän osuus kirkastuu, Reuma-lehti 2/2016. viitattu 7.4.2020. <https://www.reumaliitto.fi/fi/reumaliitto/ajankohtaista/lue-reuma-lehtea/periman-osuus-kirkastuu>

Reijula, R., Ruohomäki, V., Lahtinen, M., Aalto, L., Reijula, E. & Reijula, K. 2017. Terveydenhuollon työprosessien, palvelujen ja tilojen kehittäminen Lean-ajattelun avulla (TeLean) Tutkimushankkeen loppuraportti. Viitattu 26.5.2020. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135043/Terveystuotannon%20ty%C3%B6prosessien%20palvelujen%20ja%20tilojen%20kehitt%C3%A4minen%20Lean-ajattelun%20avulla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Räsänen, R. 2017. Hoitajien työajan merkitys asiakkaiden elämänlaadulle vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa. Gerontologia Vol 31. nro 2/ 2017. Viitattu 26.5.2020. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/64926/26241>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena- Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Viitattu 24.9.2019. <https://stm.fi/julkaisu?pubid=URN:ISBN:978-952-00-3548-8>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2019. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö. Viitattu 24.9.2019. <https://stm.fi/sotehenkilosto>

Suojanen, U. 2014. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Viitattu 22.10.2019. <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. 2014. Potku? Potilas- kuljettajan paikalle- hanke tuo uuden toimintamallin terveyskeskuksiin. Viitattu 8.11.2019. https://llky.fi/site?node_id=1093

Tammelin, M., Anttila, T. & Mänttari- van der Kuip, M. 2016. Julkisen sektorin palveluprosessit kevyiksi lean- tuotantomalleilla- mutta kevyttuotteet eivät aina laihduta? Työelämän tutkimus. Viitattu 16.6.2020. http://www.tyoelamantutkimus.fi/wp-content/uploads/2016/08/p%C3%A4%C3%A4kirjoitus-1_2016.pdf

Terveiden edistämisen mahdollisuudet- vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.9.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70451/Terveiden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 26.5.2020 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Kuviot

Kuvio 1: Toimintatutkimuksen sykli	17
Kuvio 2: Kehittämispöcessin vaiheet	18
Kuvio 3: Osastonsihteerin työajankäytön jakautuminen luokittain minuutteina havainnointipäivänä reumapoliklinikalla	22
Kuvio 4: Reumapoliklinikan työtehtävien osuus osastonsihteerin työssä havainnointipäivinä .	23
Kuvio 5: Reumalääkärin työajan jakautuminen luokittain minuutteina	24
Kuvio 6: Hoitaja A työajankäytön jakaantuminen lääkärivastaanotolla minuutteina	24
Kuvio 7: Hoitaja B työajankäytön jakautuminen lääkärivastaanotolla minuutteina	25
Kuvio 8: Hoitaja A työajankäytön jakautuminen hoitajavastaanotolla minuutteina	26
Kuvio 9: Hoitaja B työajankäytön jakautuminen hoitajavastaanotolla minuutteina	26
Kuvio 10: Reumahoitajien työajankäytön jakautuminen minuutteina havainnointipäivinä	27
Kuvio 11: Työajankäytön jakautuminen ammattihenkilöittäin.....	32

Liitteet

Liite 1: Työajanseurantalomake	48
Liite 2: Työajanseurannan luokat	49
Liite 3: Hukan tyypit	50
Liite 4: Työajanseurantaluokat osastonsihteerin	52
Liite 5: Reumapoliklinikan nykytilanteen prosessikuvauskaavio	53
Liite 6: Hukkahavainnot	55
Liite 7: Reumapoliklinikan työkulut Apotissa (ihannetilanteen kuvaus)	56
Liite 8: Toimintaohje: Selkäreumapotilas hoitajavastaanotolla	58
Liite 9: Toimintaohje: Bioscreening.....	60
Liite 10: Tutkimuslupa	61

Liite 2: Työajanseurannan luokat

Selitteet ajan käyttöön reumapoliklinikalla

Osa-alue

Työtehtävät

Välitön hoitotyö tapahtuu potilaan vierellä ja välillinen hoitotyö liittyy potilaaseen, mutta ei tapahdu potilaan välittömässä läheisyydessä.

1. Välitön hoitotyö= Kliininen potilaskontakti

- alkuhaastattelu/esitiedot, lääkelistan tarkistaminen
- tutkiminen
- toimenpiteet
- hoidon suunnittelu yhdessä potilaan kanssa
- vastaanotto-/ hoitokäynti
- jatkosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa
- ohjaaminen vastaanotolla/ hoitokäynti
- hoitopuhelut

2. Välillinen hoitotyö

- potilaan hoitoon liittyvän keskustelun käyminen eri ammattiryhmien kanssa
- potilas tietojen lukeminen
- konsultaatio eri ammattiryhmien kesken
- mmo toteuttaminen
- tarvittaessa lisätiedon etsiminen tulosten tulkintaa varten
- lääkitysten ja toimenpiteiden valmistelu
- hoitamisen valmistelu
- tutkimukset, vastaukset
- läheteiden lukeminen

3. Hoidon kirjaaminen

- kirjaaminen hoi- lehdelle
- sanelut sis-lehdelle
- läheteiden tekeminen
- kirjaaminen BCB, rec, SVA, B-tod...
- mmo kirjaaminen

4. Ajanvaraukset, hoitopalautteet laalle

- ajanvarausten tekeminen/ lähettäminen potilaalle
- hoitopalautteiden lähettäminen

5. Osastokohtainen työ

- potilaslistan tekeminen
- opiskelijaohjaus
- kokoukset, koulutus
- välineet, varastot

6. Henkilökohtainen aika

- omat tautot

Liite 3: Hukan tyypit

Hukan tyypit	Esimerkkejä:	Esimerkkejä:
1. Ylituotanto	<ul style="list-style-type: none"> • Tehdään enemmän kuin potilas tarvitsee • Tehdään liian aikaisin • Tarpeeton tiedonkeruu 	<ul style="list-style-type: none"> • Ylimääräiset laitteet • Raportit, joita ei kukaan lue • Täytetyö
2. Tarpeettomat varastot	<ul style="list-style-type: none"> • Tarvikkeiden varastointi ”kaiken varalta” • Potilasjono • Avoimet ”ikuisuusprojektit” • Palvelupyynnöt jonossa 	<ul style="list-style-type: none"> • Käsittelyä odottavat sähköpostit • Odottavat ääniviestit • Tiedostot ja dokumentit odottamassa käsittelyä • Tyhjät rivit tietokannoissa
3. Odottelu, etsiminen, viivästykset	<ul style="list-style-type: none"> • Potilas odottaa tutkimusta/hoitoa • Työntekijät odottaa työtä, materiaalia, tietoa • Laitteita katselevat työntekijät • Järjestelmän käynnistymisen odottaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosteiden odottaminen • Asiakkaan tai asiantuntijan vastauksen tai hyväksynnän odottaminen • Dokumentin/lomakkeen palautuksen odottaminen
4. Tarpeeton liike työssä	<ul style="list-style-type: none"> • Turhat siirtymiset • Turhat liikkeet epäergonomisen työpisteen vuoksi • Tarvikkeiden huonosti mietitystä sijoittelusta johtuvat haut • Potilaiden/työntekijöiden juoksu- tus luukulta toiselle 	<ul style="list-style-type: none"> • Ylimääräiset liikkeet tietokoneella • Ohjeiden ja luetteloiden selaaminen • Papereiden siirtely • Kansioiden, tiedostojen, välineiden etsiminen

<p>5. Tarpeettomat kuljetukset, siirtely ja käsittely</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden siirtely osastolta toiselle ilman lääketiet. syytä • Materiaalien, näytteiden tms. toistuvat tarpeettomat siirrot • Useat varastopaikat samalle materiaalille • Layoutista johtuvat pitkät siirtomatkat 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedostojen lataus • Paperin vienti toiselle henkilölle • Allekirjoitusten haku • Työn tai palveltavan siirto kauas
<p>6. Laatuvirheet, korjaustyö</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Virheellinen tieto, tallennusvirhe, puuttuva tieto • Hukatut tiedot, tiedonkeruun virheet 	<ul style="list-style-type: none"> • Laitteiden rikkoutuminen • Väärät toimenpiteet, väärän puolen toimenpiteet
<p>7. Ylikäsittely, turha työ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tehdään potilaalle arvoa tuottamatonta työtä • Virheellisten tai liian tiukkojen normien aiheuttama ylimääräinen työ • Työ, joka voidaan yhdistää muihin prosesseihin • Turhat raportit 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedon syöttö käsin useaan järjestelmään • Toistuvat hyväksyttämiset/seurannat • Vanhentuneet lomakkeet • Vanhentuneet/epäsopivat tietojärjestelmät
<p>8. Käyttämättä jätetty työntekijän osaaminen ja luovuus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ylikuormittaminen • Epätasaiset työkuormat • Rutiinitöiden teettäminen erikoisosaajilla 	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutuksen puute • Ohjeiden ja prosessimäärittelyjen puute

Liite 4: Työajanseurantaluokat osastonsihteerin

Poliklinikkaprosessi

Ajanvaraus

Ensiajan varaaminen

Viesti lähettävälle taholle ajanvarauksesta

Lääkäreiden ajanvarausten vieminen varauksiin, ajanvarauskirjeiden postitus ja potilaille ilmoittaminen
Lääkärin kokonaisajanvarauksen hallinnointi, aikojen antaminen tapaamisten jälkeen, mahd. siirrot, peruutukset

Ajanvarauksiin liittyvien peruutusten, muutosten ja tiedustelujen vastaanottaminen ja ilmoittaminen

Muiden työntekijöiden mahdollisten äkillisten poissaolojen ajanvarausten peruutukset/siirrot

Ryhmien ajanvarausten vieminen ajanvarausjärjestelmään

Ajanvaraus muiden erikoisaloiden poliklinikoille ja/tai tutkimuksiin (laboratorio, röntgen, klin.fys. yms.) ja potilasohjeiden lähettäminen potilaalle

Asiakaspalvelu

Kulunvalvonta ja oven avaaminen (osastonsihteerin pakollinen läsnäolo, koska ulko-ovi lukossa) sekä ilmoittautuminen

Potilaan ohjaus ja neuvonta

Käyntitodistukset matkakorvauksia, Kela- korvauksia ja muita tilanteita varten

Maksukattoasiat, laskutusasioiden selvittely (esim. sakkomaksun peruutus)

Aterialipukkeiden kirjaaminen ja jakaminen potilaalle

Potilaiden, omaisten ym. tietojen ja palautteiden vastaanottaminen ja välittäminen työntekijöille

Puheluiden, soittopyyntöjen välittäminen

Hätäpyyntöjen välittäminen työntekijöille ja ambulanssin tilaaminen

Reseptin uusimispyyntöjen välittäminen

Potilasohjeiden lähettäminen

Sanelut

Saneluiden purkuun liittyvät toimet (kirjoittaminen, tarkastaminen, korjaaminen, tulostaminen ja edelleen lähettäminen)

Kirjaaminen ja potilastietojärjestelmät

Lähetteisiiin ja jonoon asettamiseen sekä jonosta poistamiseen liittyvä kirjaaminen

Lisätietojen pyytäminen lähettäjältä

Lähetelistan ajantasainen seuranta

Potilaan sisäänkirjaaminen ja uloskirjaaminen, diagnoosien ja toimenpidekoodien vieminen potilastietojärjestelmään

Hoitokokonaisuuden avaaminen, hoidon liittäminen aik. kokonaisuuteen, hoitokokonaisuuden sulkeminen

Perustietojen lupien ja Navitastietojen kirjaaminen

Työntekijöiden puolesta kirjaaminen: esitiedot lomakkeelta, Oberon käyntimerkinnot, laboratoriopyyntöt ym.

Maksusitoumusasioiden käsittely

Konsultaatiopyyntöjen vastaanottaminen ja välittäminen

LUOV-näkemyksen ylläpito

Sisäisten lähetteiden kirjaaminen

Muut tehtävät

Asiakirjojen tilaaminen, arkistointi, kopioiminen

Lomakkeiden kopioiminen

Virka-apupyynnön faksaaminen

Tilastointi- ja raportointi, virhelistojen tulostaminen

Inventaario

Postin jakoon ja postipalveluihin liittyvät toimet

Osavuositarkastuksen (puhtaaksi)kirjoittaminen, raporttien ajaminen ja tulostaminen

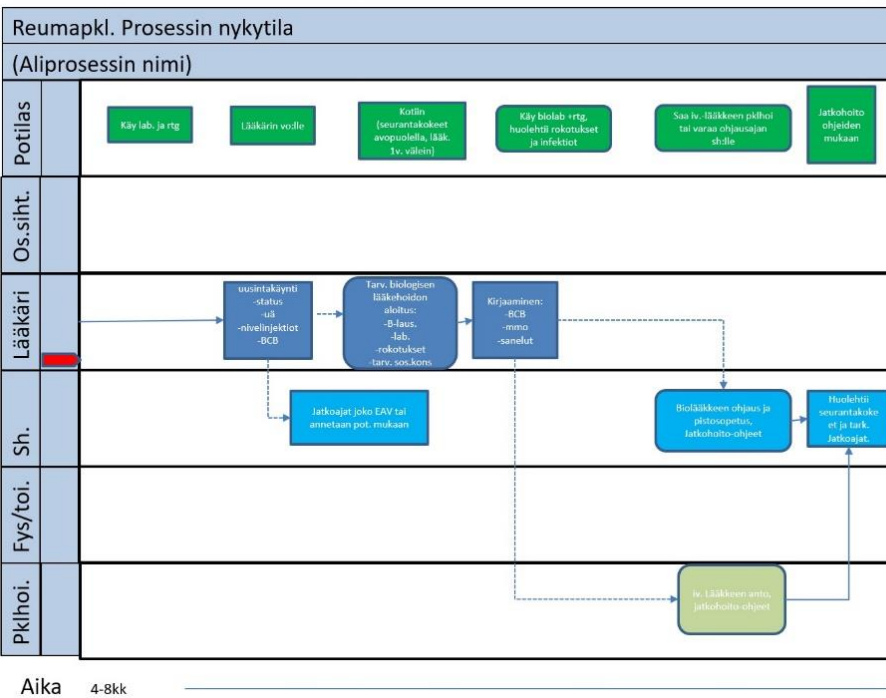
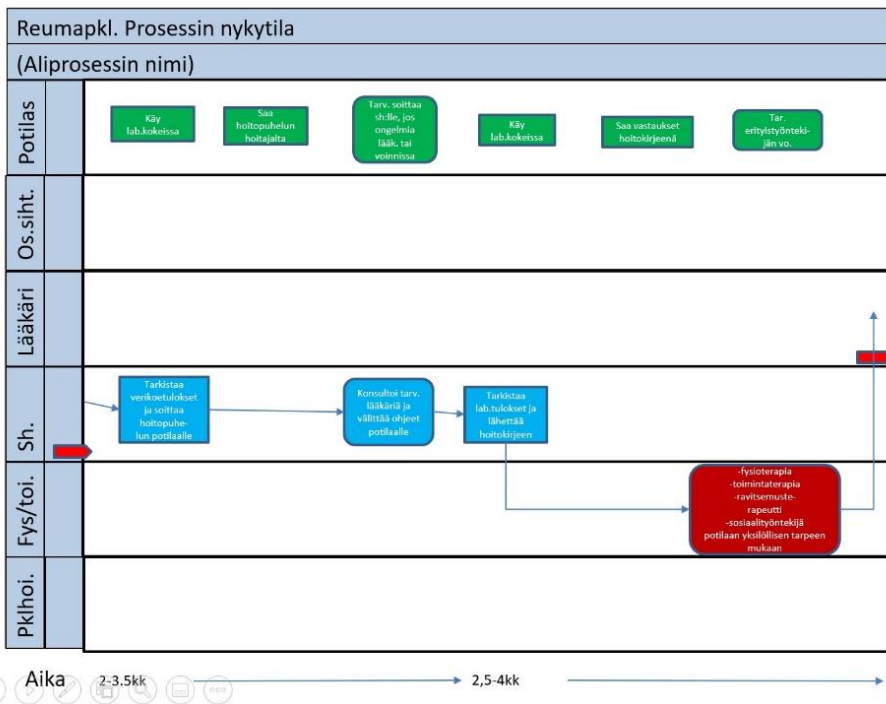
Asiakastytyväisyyskyselyyn liittyvät toimet (lomakkeet, tallentaminen)

Sihteerinä toimiminen palavereissa ja muistion teko

Laboratoriovastausten tulostaminen päivittäin lääkärin tarkistettavaksi

Siirtyminen toiseen toimipisteeseen

Siirtyminen, liikkuminen oman yksikön ulkopuolella (postin vieminen/hakeminen)



Liite 6: Hukkahavainnot

#	HAVAINTO	HUKKATYYPI						
		YLITUOTANTO	TARPEETTOMAT VARASTOT	ODOTUS, ETSIMINEN	TARPEETON LIIKE TYÖSSÄ	TARPEETON LIIKELIETUS-SIIRTO	LAATUVIRHEET, KORJAUSTYÖ	YLIKÄSITTELY, TURHA TYÖ
1	Puhelinkonsultaatiot kesken vastaanoton			x				
2	Potilas ei saavu varatulle vastaanottoajalle			x				
3	Takaisinsoittojärjestelmä ei toimi-> turha soitto potilaalle					x		
4	Postilakon takia ylimääräisten tekstiviestien lähetys					x		
5	Lääkejääkaappi 0 krs.			x				
6	Kylmälaukun etsintä kesken potilasohjauksen			x				
7	Epäselvän magneettipyynnön selvittely					x		
8	Potilas vastaanotolta verikokeisiin-> osa näytteistä ottamatta-> soitto pot. ja uudelleen ohjaus lab.					x		
9	5 potilasta jättänyt käymättä verikokeissa. Syy?			x	tai	x		
10	"Pleurapunktio-potilaan" päällekkäinen työ	x						

Liite 7: Reumapoliklinikan työnkulut Apotissa (ihannetilanteen kuvaus)

TYÖNKULKU REUMAPOLIKLINIKALLA
APOTTI

Lääkäri	Sairaanhoidaja	Osastonsihteeri	Muut	
---------	----------------	-----------------	------	--

TEHTÄVÄ	LÄÄKÄRI	SAIRAANHOITAJA	SIHTEERI	POTILAS	HUOMAUTUS	VÄLIVAIHE
Lähetteen tarkistus/kääntäminen oik. erikoisalalle			X			
Lähetteen luku -hyväksyntä, toimintaohjeet -konsultaativastaukset	X					
Konsultaatiivastauksen palauttaminen potilaille TAI			X	X		
Ajanvarauksen tekeminen (lab., rtg, vo)			X	X	Ajanvarauskirjeeseen tieto BCB:n täyttämistä ja vastaanotolle saapumisesta ajoissa Aikataulupohjan uudistaminen?	Tekee myös määräyksiä
BCB-rekisteri			X			
Tarv. ajanvarauksen siirto/peruminen			X	X	SH ei enää tarkista ed. päivänä onko pot. käynyt tutkimuksissa	
Ilmoittautumisen vastaanotto (Welcome)			X	X		
(Henkilötietojen tark.)			X	X	Henkilötietojen tark. keskitetyssä ilmoittautumisessa?	
Tarkistetaan allergiat, lääkkeet, pituus, paino, sairauksien esitiedot		X		X	Farmasisti tarkistaa lääkityksen? Ensikäyntiä ennen hoitokäyntiä (30min): BCB, omavointi, esitiedot, lääkelista yms. Selän mitaukset Hankitaan tabletti BCB:n täyttämistä varten	
Vastaanotto: anamneesi, status, määräykset, hoito-ohjeet	X			X		
BCB-rekisteri (esitiedot, status, kertomus -> Apottiin, lääkitys)	X					
Nivelinjektiot UÄ	X			X		
Nivelinjektioissa avustaminen		X		X	Tmp-kirjaaminen nivelinjektioissa sh/lääkäri	

DG määräykset reseptit sanelut (sairaskertomus BCB, B-lausunto, C-lausunto)	X				
Tarv. BCB-rekisterin täyttäminen		X			Kaikki ajanvaraukset sihteerille!
Uusien reumalääkkeiden ohjaus, jatkohoito-ohjeet, uloskirjaus		X		X	
HoiQ Jakelut		X			Kaikki jakelut sihteerille!
B-lausunto eteenpäin			X		
Uusi lääkitys: 3 vko; lab, sh-hoitopuhelu tarv. konsultoi reumalääkärää		X		X	SH:n ohjauskäynti kaikille nivelreuma- ja selkäranka-reumapotilaille 1 kk kohdalla
6 vko; lab, sh-hoitokirje tarv. konsultoi reumalääkärää		X		X	
Lähteet tarv. (fysioterapia, toimintaterapia, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti)	X				
Käynnit tarv. fysioterapia, toimintaterapia, sosiaalityöntekijä, ravitsemusterapeutti				X	
Uusintakäynti 3-4 kk: status UÄ injektiot BCB lääkityksen tarkistus	X			X	Selkämittaukset hoitajavoilla myös ennen uusintakäyntiä
Biologisen lääkehoidon aloitus: B-lausunto Biolab ja thx rokotukset sosiaalityöntekijä: lääkekustannus	X			X	Biolab ja thx sh:n tarkistettavaksi ->BCB:een
Toistuva hoitosuunnitelma pkl-yksikkö				X	
Biologisten lääkkeiden ohjaus ja pistosopetus		X		X	Pistosohjaus videovastaanotona
Määräys 1 kk lab, sh-hoitopuhelu Ajanvaraus		X		X	
Biologisen lääkkeen aloituksesta 3 kk määräys, reumalääkärin vo		X			
					Selkäreumapotilaiden vuosikontrolli SH:lle

Liite 8: Toimintaohje: Selkäreumapotilas hoitajavastaanotolla

Selkäreumapotilas hoitajavastaanotolla ensikäynnin yhteydessä

- Tarkista, onko potilas täyttänyt etukäteen BCB-rekisterin Omavointi-kyselyt. Jos ei ole, ohjaa täyttämään kyselyt vastaanoton yhteydessä.
- Esitietojen tarkistaminen Apottiin: allergiat, riskitiedot, lääkelistan päivitys (jos farmasisti ei ole lääkelistaa edeltävästi päivittänyt), pituus ja paino mitattuina, RR.
- BCB esitiedot:
 - tupakointi/nuuskaaminen/sähkö tupakointi
 - sukurasite: I asteen sukulaiset (vanhemmat/lapset) muut esim. isovanhemmat lisätietoihin
 - suoritettu koulutus
 - työkyky
 - allergiat
 - infektiot: matkustaminen viiden vuoden ajalta (huomioi Afrikka, Latinalainen Amerikka jne.), vakavat infektiot (tarv. käytä lisätietoja-kohtaa), hammashoito
 - tuberkuloosianamneesi: pvä, tulos: onko tubi altistusta? (huomioi keuhkotaudit, veriyskä, (alko)asuntolat, lastenkodit...)
 - biologinen screening: sairastetut virustaudit (jos näyte otettu, mutta negatiivinen-> lisätietoihin)
 - (dg asettamisvuosi), oireiden alkamisajankohta, Rf, Anti-CCP, HLAB27, Ana-Ab+lisätiedot (jos ehdit etsiä tiedot), iriitti ***
 - apuvälineet
 - fysioterapia
 - pistokset
 - sukupuolitaudit
 - TbIFNG: jos tiedossa (otetaan yleensä vasta myöhemmin)
 - rokotukset (thl/rokotteet ja reumatalo/ reumapot. rokotukset)
- BCB status: paino, pituus, RR, Schirmer, leposylki

- BCB SPA status: takaraivo-seinämitta, hengitysero, Schoberin mitta, selän sivutaivutus oikealle ja vasemmalle.

Mittausten suorittaminen

takaraivo-seinämitta: mitataan kantapäät ja selkä seinää vasten nostamatta leukaa normaalitason yläpuolelle. Normaalitulos on 0 cm.

hengitysero: rintakehän liikkuvuus mitataan potilaan pitäessä käsiään päänsä takana. Mittanauhalla mitataan mamillalinjasta maksimaalisen sisään- ja uloshengitysympärysmittojen ero. Mittaustuloksen absoluuttista normaalirajaa on vaikea asettaa, koska normaali liikkuvuus riippuu potilaan iästä, sukupuolesta ja rakenteesta. Nuoren potilaan kohdalla alle viiden senttimetrin eroa voidaan pitää poikkeavana mittana.

Schoberin mitta: potilas seisoo normaaliasennossa. Selkään piirretään viiva ns. hymykuoppien väliin (spina iliaca posterior superior). Toinen viiva piirretään 10 cm ensimmäisen viivan yläpuolelle, jonka jälkeen potilas taivuttaa vartaloaan eteenpäin niin paljon kuin pystyy. Merkkien väli mitataan. Tulos pyöristetään 0.1 cm tarkkuudella. Venyvyyden tulisi olla 5 cm. Schoberin testissä on huomioitava, että se mittaa ihon venymää ja on epätarkkana mittana ainoastaan suuntaa antava.

selän sivutaivutus oikealle ja vasemmalle: potilas seisoo suorassa jalat 15 cm:n etäisyydellä toisistaan. Kantapäät, pakarot ja lapaluut ovat seinää vasten ja kädet reiden ulkosivuilla. Potilaan keskisormenpään kohdalle merkitään viiva molempiin reisiin. Potilas taivuttaa vartaloa sivulle vuorotellen, säilyttäen kontaktin seinään, taivuttamatta polvia tai nostamatta kantapäitä ja liu'uttaa kättä reittä vasten. Sivutaivutuksen aikana merkitään keskisormenpään kohdalle toinen viiva ja mitataan viivojen välinen erotus senttimetrin tarkkuudella. Oireettomien tulos on keskimäärin 15-20 cm riippuen potilaan iästä.

Liite 9: Toimintaohje: Bioscreening

Bioscreening reumahoitajan tarkistettavana

Ennen biologisen lääkityksen aloittamista tarkistetaan thx ja biolabrat (lääkäri tekee määräykset: thx, biolab ja hoitokirje tai piilosoitto. Verinäytteitä ei voida ottaa perjantaisin tai arkipyhää edeltävänä päivänä. Vastaukset tulevat viiden työpäivän kuluessa näytteenotosta.

THX

B-TbIFNG 6173 (jos lymf < 0.5, B- LyTbIFN 6174)

S-ANAAb 2819

S-DNAAb 8092

S-HBVPK 17602

S-HIVAgAb 4814

S-HCVAb 3815

Hoitaja tarkistaa tutkimustulokset. Jos keuhkokuivassa tai verikokeissa jotain poikkeavaa-> näytä tulokset lääkärille. Jos lab. ja thx ok. -> lähetä potilaalle hoitokirje, jossa jatkosuunnitelma.

”Suunnitellaan biologisen reumalääkityksen aloittamista. Kontrolloitu keuhkojen röntgenkuva, joka siisti. Laboratoriokokeissa TbIFNg koe, tumavasta-aineet, hepatiitti B ja C serologia, sekä HIV negatiiviset. Odotetaan potilaan yhteydenottoa lääkityksen aloittamiseksi, kun Kelalta tullut päätös lääkekorvattavuudesta. ”

Liite 10: Tutkimuslupa

HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI

Päätös tutkimusluvasta

Opinnäytetyön tekijä / tekijät:	Suvi Lehtiö
Yliopisto / amk:	Laurea Ammattikorkeakoulu
Opinnäytetyön nimi:	Reumapoliiklinikan vastaanotto toiminnan kehittäminen
HUS tutkimuksen vastuuhenkilö:	
Opinnäytetyön ohjaaja / ohjaajat:	Soili Vento

Tutkimuksen suorituspaikka

Aineisto

- Potilaat/Omaiset, Lukumäärä:
- Henkilökunta, Lukumäärä: 3
- Asiakirjat/Rekisterit, Lukumäärä:
- Muu, mikä, Lukumäärä:

Tutkimusmenetelmät Havainnointi

Tutkimuslupa myönnetään edellyttäen, että tutkimusluvan saaja toimittaa tutkimuksen valmistuttua raportin tutkimusluvan myöntäjälle (R-lomake)

Muut ehdot:

Tutkimusluvan alkamispäivä:	28.10.2019
Tutkimusluvan päättymispäivä:	31.05.2020
Tutkimusluvan hyväksyjä:	
Hyväksyjän tulosyksikkö:	Sairaanhoitoalueen johto
Hyväksyjän toimi:	sairaanhoitoalueen johtaja