

ASiantuntijasairaanhoidajan
Vastaanotto toiminnan
Taloudellinen merkitys kirurgian
poliklinikalla

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyö
Fysioterapian, hoitotyön ja sosiaalialan opisto-
asteen tutkinnon täydentäminen AMK- tutkin-
noksi
Opinnäytetyö 14.11.2013
Helena Naboulsi
Tuija Teitto

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyö

Naboulsi Helena, Teitto Tuija:

Asiantuntijasairaanhoidajan vastaanotto toiminnan taloudellinen merkitys kirurgian poliklinikalla

Hoitotyön opinnäytetyö, 61 sivua, 6 liitesivua

Syksy 2013

TIIVISTELMÄ

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto etsii uudenlaisia toimintamalleja terveystalouden kustannustehokkaaseen tuottamiseen. Ikärakenteen muutos ja terveydenhuollon palveluiden kysynnän kasvu ovat luoneet tarpeen toiminnan kehittämiseksi. Haaste on globaali ja tutkimusten mukaan ratkaisumallit palvelujen tuottamiseen ovat eri maissa samankaltaisia. Terveydenhuollon muutoksessa ovat mukana niin organisaatiot kuin työntekijät sekä palveluiden käyttäjät. Lainsäädännöllä pyritään turvaamaan ja säätämään hoitopääsyä tasavertaisesti eri kansalaisten välillä riippumatta asuinalueesta. Kansallisissa suosituksissa kehoitetaan organisaatioita uusien innovatiivisten ratkaisujen avulla kustannustehokkaaseen toimintaan sekä henkilöstöresurssien tehokkaaseen käyttöön.

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän strategian yhtenä tavoitteena on kustannustehokas toiminta henkilöstön koulutautumisen ja uusien toimintamallien kehittämisen avulla. Organisaatio on mahdollistanut asiantuntijasairaanhoidajien koulutautumisen ja uudenlaisen toimintamallin toteuttamisen. Tekonivelpotilaiden kontrollit ohjattiin vuonna 2003 tehtävänsiirtona ortopedeilta asiantuntijasairaanhoidajalle eli endoproteesihoidajalle.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata uudenlaista toimintamallia tekonivelpotilaiden vastaanotto toiminnassa kirurgian poliklinikalla vuosina 2005–2012. Tavoitteena on tuoda esille asiantuntijasairaanhoidajan toiminnan taloudellinen vaikutus organisaatiossa.

Menetelmänä määrällisessä opinnäytetyössä on käytetty vertailua ja kustannustenlaskemista. Keskeisenä tuloksena on, että kirurgian poliklinikalla on henkilöstöresurssien ja vastuun uudelleen jakamisella tehostettu toimintaa sekä parannettu kustannustehokkuutta. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää asiantuntijasairaanhoidajan vastaanotto toiminnan aloittamisessa muissa organisaation yksiköissä. Jatko tutkimusaiheiksi nousivat tarkemman kustannusvaikuttavuuden analysointi kerätystä aineistosta ja tilastoinnin merkityksen tutkiminen. Toisena jatkotutkimusehdotuksena on kirurgian poliklinikalla toimivien useiden erikoisalojen asiantuntijasairaanhoidajien kustannusvaikutus organisaation kokonaistoimintaan.

Asiasanat: asiantuntijasairaanhoidaja, toimintamalli, kustannustehokkuus.

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Care

Naboulsi Helena, Teitto Tuija:

The financial significance of expert nurse in outpatient surgery

Bachelor's Thesis in Health Care 61 pages, 6 pages of appendices

Autumn 2013

ABSTRACT

Public social- and health care organizations need to find new working models in order to provide effective services. Changes in age structure and decreasing need for services had created needs for development.

This financial challenge is global and the solutions seem to be similar in most countries. Organizations, employees and customers will share parts in facing these changes. The law stipulates that all citizens are entitled to receive adequate health care services regardless of their place of residence.

National recommendations are guiding organizations to develop new innovative solutions for maximum effectiveness in both functioning and using of workforce. One target in Päijät-Häme central hospital's strategy is cost-effectiveness. This is to be achieved by finding new innovative ways of working and educating the workforce.

The organization has supported the education of expert nurses and built new working models. The supervision of patient with artificial joint was transferred from orthopaedics to advanced nurses in year 2003.

The objective of this Bachelor's thesis is to bring out a new working model in outpatient surgery between years 2005 and 2012 and to show financial significance of this model for the organization.

The results of this Bachelor's Thesis reveals that this new working model in outpatient surgery is cost-effective thus it enhanced the well functioning of the workforce. The usefulness of this Bachelor's Thesis appears to be in the developing of a working model of advanced nursing for different kinds of patients or in different organizations.

The suggestion for a follow-up study is to make profound analysis of cost-effectiveness from this existing database and analyze the relevance of the gathered statistical data. A second research idea is to prove the financial significance for an organization by using advanced nurses in outpatient surgery.

Key words: Advanced nurse, working model, cost-effectiveness.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	SOSIAALI- JA TERVEYSALA MUUTOKSESSA	2
2.1	Yhteiskunnallisten muutosten vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöön	4
2.2	Hoitotakuun merkitys hoidon saatavuudessa	7
2.3	Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän strategia	9
3	TEKONIVELKIRURGIA JA TEKONIVELPOTILAIDEN SEURANTA	12
3.1	Tekonivelkirurgian kehittyminen	12
3.2	Tekonivelpotilaiden määräaikaikontrollien uudelleen organisointi	13
3.3	Tekonivelpotilaiden Tekoset-seurantajärjestelmä	15
4	ASiantuntijasairaanhoidajan VASTAANOTTOTOIMINTA KIRURGIAN POLIKLINIKALLA	17
4.1	Asiantuntijasairaanhoidaja	17
4.2	Endoproteesihoidajan työnkuvan edellyttämät pätevyysvaatimukset kirurgian poliklinikalla	18
4.3	Endoproteesihoidajan tehtäväkuvaus ja työn vaativuuden arviointi (TVA)	20
4.4	Endoproteesihoidajan työnkuvaus kirurgian poliklinikalla	23
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS	24
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	25
6.1	Aineiston keruu	25
6.2	Aineiston analyysi	28
6.3	Tulokset	30
6.3.1	Nivelrikko, nivelreuma ja lonkkamurtumapotilaiden käyntimäärät ortopedien vastaanotoilla	30
6.3.2	Tekonivelpotilaiden ikä- ja sukupuolijakauma endoproteesihoidajan vastaanotoilla	32
6.3.3	Ortopedien vastaanotto- ja tekonivelleikkaustoiminta	35
6.3.4	Endoproteesihoidajan vastaanottotoiminta	37
6.3.5	Ortopedien ja endoproteesihoidajien kokonaispanos	41
6.3.6	Vastaanottotoimintamallin vaikutus kuntalaskutukseen	45

7	TULOSTEN YHTEENVETO	49
8	OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN ARVIOINTI	50
9	POHDINTA	52
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	62

1 JOHDANTO

Julkinen sosiaali- ja terveydenhuolto elää taloudellisen rajallisuuden realiteetissa, mikä haastaa organisaatioiden toiminnan järjestämisen uusin keinoin. Sosiaali- ja terveydenhuollon rajalliset henkilöstöresurssit asettavat uudenlaisia haasteita työn organisoinnille, jotta organisaatiot selviytyisivät niille annetuista haasteista. (Hyvinvointi 2015-ohjelma 2007, 17.)

Yhtenä ratkaisuna ovat organisaatioissa tehtävät organisatoriset muutokset, näissä on madallettu byrokratiaa ja siirretty vastuuta työntekijöille. Menestymisen edellytykset luodaan johtamisella ja yksilöiden asenteiden sekä toimintatapojen muutoksella. (Kupiainen, Hasu, Käsälä, Leppänen & Kovalainen 2011, 16)

Opinnäytetyön tavoitteena on tarkastella Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän (PHSOTEY) kirurgian poliklinikan toiminnan uudelleen järjestelyllä saavutettua taloudellista ja toiminnallista merkitystä vuosina 2005–2012. Tarkastelun kohteena on asiantuntijasairaanhoitajien vastaanotto toiminta kirurgian poliklinikalla, jossa on tehtävien siirron avulla uudelleen organisoitu vastaanotto toimintaa ja työnkuvia. Ortopedian ylilääkäri Jussi Haapalan visiosta kehitettiin uusi tekonivelpotilaiden määrävuosikontrollien toimintamalli yhteistyössä kirurgian poliklinikan henkilökunnan kanssa vuonna 2003.

Tarkastelemme asiantuntijasairaanhoitajatoiminnan taloudellista merkitystä kirurgian poliklinikalla ja kykyä vastata taloudellisiin ja toiminnallisiin haasteisiin. Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda esille uuden toimintamallin taloudellista vaikutusta.

Opinnäytetyön hyödynnettävyys on asiantuntijasairaanhoitaja toimintamallin soveltaminen esimerkiksi potilaiden määräraikaiskontrolleissa eri sosiaali- ja terveysalan sektoreilla.

2 SOSIAALI- JA TERVEYSALA MUUTOKSESSA

Suomi ja koko maailma on suuren taloudellisen myllerryksen keskellä, talouden ja tuotannon uusjako on käynnissä. Teollinen ja tekninen kehitys ovat mahdollistaneet Suomessa hyvinvoinnin laaja-alaisuuden kansalaisille mutta uudessa globaalissa kilpailussa Suomen asema hyvinvoinnin mallimaana ei ole itsestään selvyys. (Kupiainen ym. 2011, 14 – 15.) Himasen (2012, 15) näkökulma ja ratkaisu muutokseen koostuvat taloudellisesta, hyvinvoinnillisesta ja ekologisesta kestäväydestä, näiden yhteinen päämäärä on luoda edellytykset arvokkaalle elämälle. Uusi informaatioaika haastaa yhteiskunnan rakentamaan uudenlaista hyvinvointiyhteiskuntaa, siinä keskeisinä asioina ovat elämäntavan, talouden ja informationalismien haasteet. (Himanen 2012, 28.)

Nopeasti muuttuva maailma vaatii yhteiskuntaa muuttamaan toiminnan strategiaa enemmän proaktiiviseksi, tällä strategialla ongelmiin puututaan ennen niiden syntymistä hyvän ennakkoinnin ja suunnittelun avulla. Nykyisin strategiana on edelleen teolliselta ajalta peräisin oleva reaktiivinen strategia, tämänlaisessa strategiassa ongelmiin puututaan niiden synnyttyä ja ratkaisuja etsitään vanhoista ongelmien ratkaisutavoista. Proaktiivinen strategia vaatii luovia ja uusia tapoja ratkaista ongelmia. (Alasoini 2009, 5; Himanen 2012, 37.)

Yhteiskunta on suurien haasteiden ja vaikeiden päätösten edessä mutta yhteisvastuun yhteiskunnassa rajat toimijoiden välillä ovat häilyvät. Yksilöiltä edellytetään vastuuta omasta ja yhteisön hyvinvoinnista mutta yhteiskunnan vastuuna on tarjota riittäviä tukikeinoja. (Hyvinvointi 2015-ohjelma 2007, 21.)

Hyvinvointiyritysten tulisi kyetä tarjoamaan ekologisesti kestäviä ja taloudellisia palveluita, mutta pienellä henkilöstömäärällä käyttäen hyväksi uusia teknologian tarjoamia ratkaisuja. Hyvinvointiyritysten toimintaa muuttuvassa yhteiskunnassa helpottavat olemassa oleva koulutettu työvoima, teknologinen osaaminen ja matalan kynnyksen johtamisperinne. (Alasoini 2009, 4.) Yritysten tulee panostaa nykyistä enemmän työhyvinvointiin, mikä on tärkeä osa yhteiskunnan taloudellista kestävyyttä eikä vain kansalaisten henkilökohtaista hyvinvointia. Työ- ja johtamiskulttuurilla ja kokonaisvaltaisella näkemyksellä voidaan luoda edellytykset työhyvinvoinnille. (Himanen 2012, 54 – 55.) Tämä vaatii hyvinvointiyrityksiltä

pyrkimystä luoda itsestään haluttu työnantaja, mikä mahdollistaa sen, että yksilöt alkavat innovatiivisesti hyödyntämään omaa osaamistaan ja kehittämään itseään. Työyhteisön eri toimijoiden välillä on jatkuva dialogi, jonka pohjalta luodaan työyhteisölle päämäärät ja arvot sekä arvioidaan toiminnan kehittämismahdollisuuksia. Perinteisistä työtavoista ja ajoista muovataan uudenlaisia vastaamaan yksilöiden mahdollisuuksia ja toiveita tehdä työtä. (Alasoini 2009, 18.) Hardy, Jackson, Webster ja Manleyn (2013) artikkelissa tuodaan esille jatkuva dialogi ja yhteiset päämäärät sekä muutosjohtaminen keinoina tukea terveydenhuollon asiantuntijoita selviytymään nykyisessä monimuotoisessa ja haasteellisessa työssä. Artikkelissa korostetaan muutosjohtamista ja muutoskoulutusta, nämä nähdään yhtenä ratkaisuna kustannustehokkaaseen toimintaan. Asiantuntijoita tulee tukea vaihtoehtojen kriittiseen tarkasteluun ja näin luoda mahdollisuus innovatiivisten ratkaisujen syntymiseen. (Hardy, Jackson, Webster & Manley 2013, 1099 – 1103.)

Julkinen sektori hyvinvointipalveluiden tuottajana on haasteiden edessä, kuinka se kykenee tuottamaan tarvittavia hyvinvointipalveluita ja turvaamaan henkilöstön saatavuuden ja jaksamisen (Hyvinvointi 2015-ohjelma 2007, 17). Suomalaisessa hoitotyössä vallitsee hoitajavaje ja esimerkiksi väestön ikääntyminen lisää hoiva-alan palvelujen tarvetta. Yhtenä ratkaisuna ovat maahanmuuttajat, joiden tehostetulla kotouttamisohjelmalla ja koulutuksella voidaan vastata hoitajavajeeseen. (Torvi 2007, 1 – 4).

Hyvinvointiyritysten elinehto on taloudellisesti ja ekologisesti kestävä sekä vakaa yhteiskunta, hyvinvointiyritysten ja yhteiskunnan yhteistoiminnalla voidaan luoda yrityksille mahdollisuudet toimintaan. Tulevaisuus näyttää olevan suurten muutosten edessä, nämä muutokset ovat yhteiskunnan eli kansalaisten haasteita. Menestymisen edellytykset luodaan johtamisella ja yksilöiden asenteiden ja toimintatapojen muutoksella. Teollisen aikakauden toimintamallit eivät toimi nykyisessä informaatioteknologian maailmassa, joten on välttämätöntä löytää uusia toimintamalleja. Tästä hyvänä esimerkkinä ovat useissa organisaatioissa tehdyt organisatoriset muutokset, näissä on madallettu byrokratiaa ja vastuuta siirretty työntekijöille (Kupiainen ym. 2011, 16).

Saavutetuista eduista ei varmasti kukaan ole halukas luopumaan, mutta nykyinen tilanne vaatii ja edellyttää rohkeita sekä epämieluisia päätöksiä valtiovallalta. Tulevaisuus esittäytyy haasteellisena, mutta historia on osoittanut ihmiskunnan kyvykkyyden selviytyä haasteista aikaisemminkin, joten tilannetta voisi tarkastella jopa historian normaalina allokointina.

Kupiainen ym. (2011, 93) viittaavat viimeaikaisiin tieteellisiin tutkimuksiin, joiden mukaan tulevaisuudessa organisaatioissa avaintekijöinä ovat kollektiivinen osaaminen ja verkostojen hyödyntäminen. Yritysten kannattaa tulevaisuudessa panostaa heidän mielestään matalaan byrokratiaan, välittömään ja avoimeen työilmapiiriin sekä esimiehen helppoon lähestyttävyyteen, näiden avulla tuetaan yhteisöllistä kehittymistä ja yhteistyötä organisaatiossa. Voidaanko ajatella, että tämän individualistisen kauden jälkeen olisi tulevaisuudessa näköpiirissä yhteisöllisyyttä.

2.1 Yhteiskunnallisten muutosten vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon henki- löstöön

Työympäristössä tapahtuu sukupolvenvaihdos ja vähitellen Y-sukupolvi (1977–1997) on enemmistönä työelämässä (Alasoini 2009, 3). Uusi sukupolvi on koulutumpaa ja kykenee hyvin vastaamaan tietotekniseen haasteeseen mutta heidän kohdallaan suurena haasteena ovat elämäntapaan liittyvät riskitekijät. Erityistä huomiota globaalisti on herättänyt ylipainon ja psyykkisten sairauksien yleisyys, sillä depressio on nousemassa maailman toiseksi yleisimmäksi sairaudeksi sydän- ja verisuonitautien ohi. Nämä heijastuvat työhyvinvointiin ja työkykyyn alentavasti, kuitenkin huoltosuhteen nousun vuoksi mahdollisimman usean kansalaisen työpanos pitäisi saada yhteiskunnan käyttöön. (Himanen 2012, 28 – 29.) Vaikka puhutaan hyvinvointiyhteiskunnasta, ei sen tehtävänä ole yksin huolehtia ja olla vastuussa kansalaisten hyvinvoinnista, vaan jokaisella yksilöllä on henkilökohtainen vastuu huolehtia omasta fyysisestä ja henkisestä hyvinvoinnista. Yhteisvastuullisesti luodaan hyvinvointia yksilöiden elin- ja työympäristöön. (Himanen 2012, 38 – 39.) Suomessa on tämänhetkisisissä tavoitteissa ollut johtoajatuksena yksilöiden vastuu omasta terveydestä ja hyvinvoinnista sekä näiden asioiden tukemista poliittisella päätöksenteolla (Hyvinvointi 2015, 23).

Suomessa on vallinnut pitkään hyvinvointiyhteiskunta ja mahdollisesti ajatus omasta vastuusta hyvinvoinnin huolehtijana on hämärtynyt. Taloudellinen niukkuus kuitenkin pakottaa jokaista pohtimaan omaa elämäntapaa ja sen vaikutusta hyvinvointiin ja työkykyyn, koska yhteiskunnan tukitoimia voidaan joutua tulevaisuudessa rajoittamaan. Mahdollisesti jo julkinen keskustelu yksilön omasta vastuusta herättää ihmisiä pohtimaan omia toimintatapojaan. Työhyvinvoinnissa on kyse yksilön ja työyhteisön hyvinvoinnista, kuitenkin työyhteisö koostuu yksilöistä, joten heillä itsellään on myös mahdollisuus ainakin osittain vaikuttaa omaan työhyvinvointiin. Työvoiman saatavuus ja pysyvyys mahdollisesti herättää työnantajien kiinnostuksen ja toiminnan työhyvinvoinnin edistämiseksi.

Taloudellinen myllerrys ja muuttuva maailma näkyvät yhtäläillä työtavoissa ja työpaikoilla. Työntekijöiltä vaaditaan aikaisempiin vuosiin verrattuna erilaisia taitoja ja -tietoja, tähän suurimpana muutoksena on ”tehdasmaisen” työn muuttuminen yksilöllisesti räätälöidyksi tuotteeksi. Työntekijöiden tulee kyetä neuvottelemaan ja tekemään itsenäisiä päätöksiä, sillä byrokratiaa on madallettu ja päätösvaltaa jaettu työyhteisöön. Tämä tarkoittaa työntekijöiden kohdalla kouluttautumista ja itsensä kehittämistä työtehtävien vaatimusten mukaisesti. Verkostoituminen ja työskentely yhteistyössä laajempien verkostojen kanssa vaativat uudenlaisia yhteistyötaitoja. (Alasoini 2009, 11 – 12.) Kupiainen ym. (2011, 17 – 18) tuovat edelliseen näkökulmaan lisäksi työmarkkinoilla olevan ristiriidan, tämä tarkoittaa työntekijän kohdalla valintaa yhteisöllisyyden ja verkostoitumisen tai yksilöllisen urakehityksen luomisen välillä. Sairaanhoidajalle määritellyissä kompetensseissa on verkostoitumiseen ja yhteistyökykyihin vaatimus määriteltynä. Sairaanhoidaja hyödyntää ja kehittää omia viestintä- ja vuorovaikutustaitojaan, ymmärtää näiden merkityksen osana omaa ammatillista toimintaa sekä verkostoitumista. Sairaanhoidajan rooli yhteiskunnassa on aktiivinen ja aloitteellinen, hän toimii terveyden edistäjänä ja sairauksien ennaltaehkäisijänä. (Arene 2006; Moisio 2006.) Työelämän tehokkuus ja säästöt vaativat uusia innovatiivisia ratkaisuja mutta niiden esteenä Himanen (2012, 52 – 53) näkee työntekijän kyvyttömyyden palkita työyhteisöä. Tehokkuus ja säästöt johtavat liian usein lisääntyviin työtehtäviin tai -määriin.

Nykyinen tilanne vaatii työntekijöiltä innovatiivisia ratkaisuja toimintamalleihin, sillä työurien pidennys ja työssäjaksaminen ovat ehdoton edellytys hyvinvointiyhteiskunnan säilymisen kannalta (Himänen 2012, 48 – 49). Sairaanhoidajilla on myös kompetenseissa vaatimus työn kehittämiseen: näyttöön perustuvan hoitotyön tunnistaminen ja toiminnan perustuminen tutkittuun tietoon sekä osallistuminen uuden tiedon tuottamiseen kuuluvat sairaanhoidajan ammatilliseen osaamiseen eli kompetensseihin (Opetusministeriön työryhmämuistio 2006). Himänen (2012, 49) mukaan innovatiivisuus liittyy informaationaaliseen kehittämiseen, mikä tarkoittaa informaatioteknologian yhdistämistä uudenalaiseen johtamiskulttuuriin ja uudenalaisiin työtapoihin. Himänen käsityksen mukaan informaationaalinen kehitys tulee käsittää huomattavasti laajemmin kuin informaatioteknologia.

Hyvinvointityöntekijöillä on useita haasteita tulevaisuudessa, ja yhtenä maamme haasteena varmasti on, kuinka yhteiskunta tukee työvoimaa näistä haasteista selviämisessä. Työuriin tulee pidennystä ja nyt jo yhä useampi jää ennen varsinaista eläkeikää eläkkeelle. Löytyykö tulevaisuudessa yksilöllisesti räätälöityjä työuutoja, joiden avulla voidaan mahdollistaa työssäjaksamista. Maahanmuuttajien avulla pyritään täydentämään työvoimapulaa hyvinvointiyrityksissä, tämä vaatii yksilöltä ja työyhteisöltä uudenlaista sopeutumista työskentelyyn. Kupiasen ym. (2011, 16–17) käsityksen mukaan yksilön hyvinvoinnin kannalta on tärkeää kuuluminen sosiaaliseen työyhteisöön asiantuntijana ja sitä kautta kiinnittyminen yhteiskuntaan. Mutta toisaalta heidän näkemyksensä mukaan on olemassa joukko, jotka eivät välttämättä halua sitoa omaa identiteettiään pelkästään työhön.

Informaatioalan kehitys on usealle vanhemman sukupolven edustajalle haaste ja hyvin uudenlainen tapa työskennellä. Kokemuksen perusteella pelkkä tietoteknologian hallinta ei riitä vaan pitää myös sietää ja tietää järjestelmien heikkoudet, tämä lisää torjuvasti ajattelevien halua työskennellä tietoteknisten laitteiden kanssa. Säästösyiden perusteella työvoimaa ei ainakaan lisätä ellei vähennetäkään, mutta työmäärällä on tapana lisääntyä. Kuitenkin olisi tärkeää saada riittävästi aikaa oppia ja sisäistää uusia työskentelytapoja, jotta niiden hyöty tulisi nopeasti käytäntöön. Pelkkä selviäminen ei riitä, pitää olla kykyä ja halua kehittää itseään sekä vielä markkinoida omaa osaamistaan. Tämä on erityisen vaikeaa vanhemman sukupolven edustajille, jotka ovat mahdollisesti turvautuneet ajatukseen luoda

työura yhdessä ja samassa työpaikassa. Aikaisempina vuosina perinteisesti esimies määräsi ja toiset toteuttivat mutta nyt vaaditaan omaehtoista harkintaa ja päätöksentekoa, tämä on iso muutos työkuultuurissa ja yksilön työntekijä roolissa.

Kestävä ekologisuus on Himasen (2012, 22 – 23) käsityksen mukaan haastavin ongelma ratkaistavaksi, sillä kulutamme ekologisia luonnonvaroja liian nopealla tahdilla ja jätämme jälkisukupolville suuren ekologisen velan. Yksittäisen työntekijän kohdalla kyse on henkilökohtaisista valinnoista ja vaikuttamisesta oman työyksikön valintoihin. Usein kuitenkin pienistä valinnoista muodostuu suurempi ketju ja jokainen voi omalla esimerkillään edistää ekologisuutta. Ekologisuutta voidaan tarkastella terveyden edistämisen näkökulmasta, mikä on sairaanhoitajan yksi perustehtävistä.

2.2 Hoitotakuun merkitys hoidon saatavuudessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ohjataan ja valvotaan kansallisen lainsäädännön keinoin. Hoitoon pääsyä ja hoidon tarpeen arviointia ohjaavat seuraavat säännökset:

- Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004
- Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 856/2004
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 857/2004
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004, jotka tulivat voimaan 1.3.2005 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Hoitotakuusta eli hoitoon pääsystä säädetään terveydenhuoltolaissa, 1326/2010. Hoitotakuulainsäädännöllä on tarkoitus turvata kansalaisten tasa-arvo hoitoon pääsyn suhteen. Hoitoonpääsyaika on yksi keskeinen seikka hoitotakuulainsäädännössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Terveydenhuoltolaissa on säädetty selkeästi sekä kiireellisestä että kiireettömästä hoidon saannista. Potilaan on päästävä heti kiireelliseen hoitoon asuinpaikasta

riippumatta. Kiireettömässä hoidossa erikoissairaanhoidon pääseminen edellyttää lääkärin lähetettä. Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta. Arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on tehtävä kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon. Tutkimuksissa todettu potilaan tarvitsema sairaalahoito on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteamisesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Kiireetöntä hoitoa tarjotaan kunnan terveyskeskuksissa. Terveyskeskuksen aukioloaikana on sinne saatava välittömästi puhelinyhteys tai sinne on voitava mennä käymään. Asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella ja terveydentilan näin vaatiessa tulee terveyskeskuksen järjestää vastaanottoaika kolmen arkipäivän kuluessa asiakkaan yhteydenotosta. Asiakkaan tulee päästä terveyskeskukseen hoitoon viimeistään kolmessa kuukaudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Terveydenhuollon palveluita tarjoavien tahojen on hankittava potilaalle hoitoa laissa säädetyissä ajassa muilta palvelun tuottajilta, joko toiselta sairaanhoitopiiriltä tai yksityissektorilta mikäli organisaatio itse ei voi sitä itse potilaalle järjestää. Potilaalle ei saa aiheutua tästä ylimääräisiä kuluja ja hänellä on oikeus myös kieltäytyä hoidosta. Jos erikoissairaanhoidon ei voi järjestää enimmäisajassa Suomessa on sairaanhoitopiirin annettava potilaan pyynnöstä ennakkolupa hakeutua sairaanhoitopiirin kustannuksella hoitoon EU- tai ETA- maahan taikka Sveitsiin. Terveyskeskukset ja sairaalat ovat velvoitettuja järjestämään päivystysvastaanotot. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Kiireettömään hoitoon pääsyn odotusajoista saa tietoa yleensä terveyskeskusten ja sairaaloiden internet-sivuilla. Kuntaa tai sairaanhoitopiiriä velvoitetaan julkaisemaan hoitoon pääsyn odotusajat vähintään neljän kuukauden välein internetissä terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisesti, viimeisin tietosisältömuutos on tullut voimaan 1.1.2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos eli THL kerää tietoa erikoissairaanhoidon tulevista lähetteisistä ja näiden kiireellisyysluokista, odotusajasta hoidontarpeen määrittämiseen ja hoidon aloittamiseen. Aluehallintovirastot ja Valvira eli sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto valvovat hoitoon pää-

syn toteutumista, THL kerää tietonsa suoraan palveluntuottajien sähköisistä potilastietojärjestelmistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Valvira 2012.)

Valvira on laatinut Kiireettömään hoitoon pääsyn, valtakunnallisen valvontaohjelman vuosille 2012–2014. Valvontaohjelman avulla ohjataan sairaanhoitopiirejä omavalvontaan ja tarvittaessa Valvira toimii valvontaohjelman valvonnan puuttumiskriteerien mukaisesti, esimerkiksi osoittamalla sairaanhoitopiirille selvityspyynnön hoitoon pääsyn viivästyisestä ja tarpeen mukaan Valvira ryhtyy muihin hallinnollisiin ohjausmenettelyihin. (Valvira 2012.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen eli THL:n (2011b) huhtikuu 2013 raportin mukaan tilanne erikoissairaanhoidon odottavien potilaiden määrän suhteen verraten joulukuun 2012 raporttiin on samanlainen, noin yksi prosentti on odottanut yli kuusi kuukautta hoitopääsyä. Raportin mukaan noin 94 000 potilasta odotti hoitopääsyä huhtikuun 2013 lopussa eri sairaanhoitopiirien sairaaloihin, joissa on vaihtelua odotusajoissa. THL:n huhtikuun 2013 raportista ei ole hoitoon pääsyyn odottavien lukumääriä ja odotusaikoja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin osalta.

2.3 Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän strategia

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän strategia 2009–2015 korostaa strategian luomisessa laajaa vuorovaikutteista työskentelyä, jonka avulla luodaan sitoutumista yhtymän toimintaan. Strategiassa esitellään yhtymän toiminta-ajatus ja strategian tavoitteena on ohjata suunnittelua, päätöksentekoa ja toimintaa, kuitenkin tulevaisuus näyttää kuinka strategia toimii käytännön työssä. ”Yhtymä pitää tärkeänä riittäviä, kustannustehokkaita ja asiakkaiden toimintakykyä edistäviä terveys- ja sosiaalipalveluita, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, kansalaisten omavastuun tukemista sekä hyvää yhteistyötä jäsenkuntien kanssa.” (Strategia 2009–2015, 2009.)

Yhtymä toimii alueellisena terveys- ja sosiaalipalveluiden kehittäjänä, tämä vaatii yhtymältä hyvän yhteistyön ja henkilöstön koulutuksen järjestämistä ja mahdollistamista. Henkilöstön osaamista arvostetaan yhtymässä ja mahdollistetaan henkilöstön itsenäistä kehittämistä ja tutkimustoimintaa. Yhtymän kilpailukykyisyys

visioidaan osaavaan henkilöstöön, joka tuottaa laadukkaita ja nopeasti saatavilla olevia palveluita. (Strategia 2009–2015, 2009.)

Väestön ikääntyminen ja kokonaismäärän kasvu lisäävät palveluiden kysyntää samalla kilpailu osaavasta ja riittävästä työvoimasta kiristyy, yhtenä ratkaisuna yhtymä näkee joustavat työajat ja mahdollisena vahvuutena Päijät-Hämeen sijainnin. Jännite kysynnän ja taloudellisten mahdollisuuksien välillä tulee kasvamaan, tähän voidaan vastata hyödyntämällä teknologiaa ja kehittämällä uusia innovatiivisia kilpailukykyisiä palvelukonsepteja. Hoitopäätöksissä joudutaan tekemään eettisesti vaativia valintoja hoitolinjauksissa. (Strategia 2009–2015.)

Tulevaisuus tuo kuntarakenteiden muutoksia ja potilaille hoitopaikan valinnanvapauden, nämä edellyttävät huolellista valmistautumista ja kykyä vastata muutoksiin kilpailukyky säilyttäen. Hyvä vuorovaikutus yhteistyökuntien kanssa ja yhteiset päämäärät luovat mahdollisuudet menestymiseen palveluiden tuottajana. Yhteistyön avulla pyritään pitämään kustannuskasvu hallinnassa, sillä tulevaisuudessa korostuu kustannustehokkaat palvelut. ”Uudistumme rohkeasti ja ennakoivasti yhteiskunnan ja asiakkaiden tarpeiden muuttuessa.” (Strategia 2009–2015.) (Liite 1)

Myöhemmin esiteltävä uusi tekonivelpotilaiden toimintamalli noudattaa strategiaan linjattuja tavoitteita. Uudella innovatiivisella toimintaprosessilla pyritään taloudelliseen vaikuttavuuteen ja laadukkaisiin potilaiden hyvinvointia lisäävään toimintaan sekä oikea aikaisiin palveluihin. Tekonivelpotilaiden hoidosta on yhtymässä luotu Prosessikuvaus, polven ja lonkan nivelrikkopotilaan hoitoketju. Tekonivelpotilaiden hoitoprosessin toimivuutta vahvennetaan avoterveydenhuollon ja keskussairaalan yhteistapaamisilla, nämä mahdollistavat moniammatillisen tiimin keskinäisen vuorovaikutuksen ja hoitoprosessin toimivuuden. Työnantaja on mahdollistanut moniammatillisen verkoston luomisen ja kehittämisen, näin henkilöstön erityisosaamista voidaan jakaa yhteistyöryhmässä ja vahvistaa henkilöstön sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin. Yhtenäisten ohjaus ja neuvontakäytäntöiden tavoitteena on tehostaa potilaiden motivoitumista itsehoitoon ja hoitoon sitoutumiseen hoitoprosessin joka vaiheessa. (TVA 2013.)

Gruber ja Palonen (2007) tarkastelevat teoksessaan organisaation ja työnantajan roolia henkilöstön työssäoppimisessa. Työnantaja on avainroolissa henkilöstön työssä oppimisen ja kehittymisen mahdollistajana, eräänä keinoina voidaan pitää henkilöstön kompetenssien kehittämistä työn vaatimustasoa vastaavaksi tai tapah-tuneiden virheiden kautta oppimista. Virheistä oppiminen vaatii työyhteisöltä avoimuutta ja taitoja käsitellä virheitä sekä niihin johtaneita tekijöitä. Työnantaja huomioi työnvaativuustason muutokset ja reagoi niihin luomalla henkilöstölle mahdollisuuden itsensä kehittämiseen kompetenssivaatimuksia vastaaviksi. Tär-keänä työssäoppimisen muotona voidaan pitää tietotaidon jakamista, jokainen yksilö tuo oman osaamisensa moniammatilliseen työryhmään ja yhteinen osaami-nen jaetaan koko työyhteisön käyttöön. (Gruber & Palonen 2007, 11 – 16.)

Työpaikalle tulee luoda oppimisen kulttuuri, tätä voidaan tukea esimerkiksi kehi-tyspäivillä. Tavoitteena on, että työssäoppimisesta tulee jokapäiväistä toimintaa. Työssäoppiminen vaatii yksilöltä keskustelua itsensä ja työryhmän jäsenten kans-sa, jokaisen tulee oppia arvioimaan kriittisesti toimintaa sekä eri näkemyksiä. Työpaikalla tulee mahdollistaa ja luoda tilanteita oppimiselle sekä antaa muutok-selle mahdollisuus, tämä voi parhaimmillaan johtaa kokonaisvaltaiseen yksilön kehittymiseen työ- ja yksityiselämässä. (Dewing 2010, 22 – 26.)

3 TEKONIVELKIRURGIA JA TEKONIVELPOTILAIEN SEURANTA

Seuraavissa kappaleissa käsittelemme tekonivelkirurgian historiaa ja kehittymistä. Esittelemme uuden toimintamallin syntymiseen vaikuttaneita taustatekijöitä ja tehtävänsiirtoa ortopedeilta asiantuntijasairaanhoitajille koskien tekonivelpotilaiden määräaikaikontrolleja.

3.1 Tekonivelkirurgian kehittyminen

Tekonivelkirurgian historia on alkanut vuonna 1938, mutta Suomessa tekonivelkirurgia käynnistyi 1960-luvun lopulla ja yleistyi 1980-luvulla. Suomen ensimmäinen tekonivelleikkaus suoritettiin Invalidisäätiön sairaalassa vuonna 1967. Tekonivelkirurgialla pyritään kivun hoitoon, elämänlaadun ja toimintakyvyn parantamiseen vaihtamalla tuhoutunut nivel tekoniveleen, edelleen tekonivelkirurgia on tähän paras hoitomuoto. Tekonivelkirurgia on todettu seurannassa kustannustehokkaammaksi verraten muihin vaativiin leikkauksiin esimerkiksi munuaisensiirto tai sydänleikkaukset. Tekonivelten seuranta-ajan kuluessa syntyi tarvetta uusintaleikkauksille ja lisäsi leikkaustekniikoiden sekä tekoniveliä arviointia. (Pajamäki & Puolakka 2002, 20 – 21.)

Suomessa tehdään noin 10 000 lonkan ja 10 000 polven tekonivelleikkausta vuodessa, mutta leikkausten määrä on edelleen kasvussa. Tähän on syynä väestön ikääntyminen, välineistön ja osaamisen kehittyminen sekä tekonivelkirurgian tehokkuus kivun hoitoon ja toimintakyvyn palauttamiseen. Näiden lisäksi nykyisin asetetaan tekoniveliä myös lievempi oireisille toisin kuin aikaisemmin tekonivelkirurgia oli vasta pitkälle edenneen nivelrikon hoitomuoto. (Harilainen, Kallio & Kettunen 2012, 396 – 419; Hirvensalo, Kallio, Kalske & Remes 2012, 390 – 395.)

Tekonivel on pysyvä perusteellisesti testattu implantti ihmisen sisällä ja se sisältää ihmiselle vieraita aineosia. Sen vuoksi tekoniveliä seuranta on aiheellinen, jolloin varhaisvaiheessa löydetään ja todetaan tekonivelen kulumisen, osien irtoaminen tai tekonivelen kulumisesta johtuvaa haitallista reaktiota elimistössä. Pyrkimys on suorittaa tekonivelen uusintaleikkaus varhaisvaiheessa, koska leikkaus on helpompi suorittaa ja mahdollistaa tekonivelen paremman toimivuuden leikkauksen jälkeen. (Pajamäki 2005, 52.)

Tekoniveliä seurataan suositellaan 80 ikävuoteen asti, jos potilas on alle 75-vuotias leikkauksen aikana. Yli 80-vuotiaita tai vähän liikkuvia potilaita ei välttämättä tarvitse kontrolloida, koska heillä tekoniveliä kulumisen ja irtoaminen on harvinaista, erityisesti jos leikkauksen jälkeinen tulos on ollut hyvä. Seurantaikäynillä selvitetään potilaan tekonivelen toimintakyky, tehdään potilaan kliininen tutkimus ja otetaan röntgenkuvat, suositeltavaa on käyttää standardoitua tekoniveliä seurantalomaketta. Röntgenkuvista tarkistetaan tekonivelen irtoamiseen tai kulumiseen viittaavia tekijöitä. (Suomen Artroplastiyhdistys 2010, 54; Hirvensalo ym. 2012, 390 – 419.)

3.2 Tekonivelpotilaiden määräaikaisten kontrollien uudelleen organisointi

Päijät-Hämeen keskussairaalassa (PHKS) oli vuonna 2003 ortopedivaje, tämän vuoksi lähetepotilaiden pääsy ortopedien vastaanotolle oli viivästynyt ja endoproteesipotilaiden eli tekonivelpotilaiden määräaikaisten kontrollit eivät toteutuneet suunnitellussa aikataulussa. Nämä tekijät olivat syynä tekonivelpotilaiden määräaikaisten kontrollien muuttamiseen ortopedeilta sairaanhoitajille tehtävänsiirtona kirurgian poliklinikalla. (Projektikuvaus 2004.) Uuden työnjaollisen toimintamallin avulla on pyritty tekonivelpotilaan hoidon saatavuuden turvaamiseen ja kustannustehokkuuden parantamiseen Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin vision ja strategian 2010 mukaisesti, jonka yhtenä painopisteenä on hyvin hoidettu potilas. Kirurgian poliklinikka on kehittänyt tekonivelpotilaan hoitopolkua strategian mukaisesti, potilaalle pyritään antamaan yksilöllistä, turvallista ja ammattitaitoista polikliinistä hoitoa. (Laatupalkintohanke 2003.)

Uuden toimintamallin kehittämisen aikana Sosiaali- ja terveysministeriön eli STM:n Kansallisessa terveysprojektissa terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi kannustettiin tehtävän siirtoihin ja toiminnan uudelleen organisointiin, jotka tarkoittavat käytännön tasolla eri ammattiryhmien raja-aitojen madaltumista ja työnjakojen muuttamista eri ammattiryhmien välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). PHKS:ssa kirurgian poliklinikalla ortopedian ylilääkärin ja kahden sairaanhoitajan toimesta aloitettiin tehtävänsiirron suunnittelu 6/2003 projektina, sisältyen Ortonin järjestämään endoproteesihoidajakoulutukseen, johon sairaanhoitajat osallistuivat. Sisäiseen koulutukseen kuului PHKS:n ortopedian ylilääkärin

antama toimipaikkakoulutus. (Projektikuvaus 2004.) Koulutuksen jälkeen luotiin kirjallinen sopimus tehtävän- siirrosta ja palkkauksesta, jotka johtava ylilääkäri hyväksyi. Endoproteesihoidajan työnkuvan laajentuessa on viimeisin päivitetty sopimus vuodelta 2012 tehtävän- siirrosta.

Ennen uuden toimintamallin aloitusta endoproteesihoidajat valitsivat potilaat sairauskertomustekstien ja jatkohoidonvaraus listojen perusteella ennalta sovittujen kriteerien mukaisesti joko ortopedin tai endoproteesihoidajan vastaanotolle. Endoproteesihoidajan vastaanotolle valittiin polvi- ja lonkka tekonivelpotilaat, joille ei ole vaihdettu endoproteesia eli tekoniveltä. Vastaanottotoiminnan käytännön järjestelyihin kuuluivat, potilaille laadittu tiedotuskirje uudesta toimintatavasta ja oman yksikön sekä yhteistyöyksiköiden tiedottaminen. Endoproteesihoidajalle hankittiin oma asiakaspuhelin yksikköön, joka mahdollisti potilaiden välittömän kontaktin asiantuntijoihin. Tarvittaessa endoproteesihoidaja sai välittömästi yhteyden ortopediin, mikä takasi potilaiden nopean ohjauksen ja mahdollisti hoidon. Tämän avulla voitiin nopeuttaa potilaiden hoitoon pääsyä, vältettiin ylimääräisiltä lääkärin vastaanotoilta esimerkiksi terveyskeskuksessa tai yksityisellä sektorilla ja potilaille ei tullut ylimääräisiä lääkärisäkäynti kustannuksia. (Projektikuvaus 2004.)

Tehtävänsiirto aloitettiin elokuussa 2003, uuden toimintamallin mukaisesti tekonivelpotilaiden määräaikaishoidot alkoivat toteutua endoproteesihoidajan vastaanotolla. Tämä vapautti ortopedeille lisää vastaanottoaikoja, näin saatiin lisää ensikäynti- eli läheteaikoja. Viikoittaisessa röntgenmeetingissä katsottiin potilaiden röntgenkuvat ja endoproteesihoidajan täyttämä Tekoset-seurantalomake, näiden perusteella ortopedi määräsi tekonivelpotilaiden jatkohoidot. Endoproteesihoidaja huolehti potilaille määrätyt jatkohoidot, asianmukaiset tekstit sairauskertomuksiin ja potilaille käyntitekstistä kopio. (Projektikuvaus, 2004.) Tekonivelpotilaiden määrävuosiseurannat tapahtuivat keskimääräisesti neljän vuoden välein, nykyisin viiden vuoden välein kunnes potilas on noin 80-vuotias. Jokaisen potilaan jatkohoidon tarve arvioidaan yksilöllisesti (Ruuskanen 2011).

Kirurgian poliklinikalta saatujen tietojen mukaan toiminta on muuttunut vuosien kuluessa. Tekonivelpotilasryhmät, jotka tulevat endoproteesihoidajan vastaanotol-

le ovat lisääntyneet: reviisiopotilaat (potilaat joiden tekonivel vaihdettu), työikäiset potilaat ja tekonivel leikkauksen jälkeinen ensimmäinen käynti eli primäärikontrolli (2–3 kk leikkauksen jälkeen). Nämä potilasryhmät kävivät ortopedien vastaanotoilla vuosien 2004–2006 välisenä aikana. Reumatekonivelpotilaat siirtyivät Reumasäätiön sairaalan lopetettua toimintansa vuonna 2010 ja olkapäättekonivelpotilaat siirtyivät endoproteesihoitajan vastaanotolle vuonna 2012.

3.3 Tekonivelpotilaiden Tekoset-seurantajärjestelmä

Tekoset-seurantajärjestelmä on useiden suomalaisten sairaaloiden käyttämä ortopedisten tekonivelleikkausten rekisteröintijärjestelmä. Tekoset-sähköinen järjestelmä on tehokas ja helppokäyttöinen työkalu, jonka avulla varmistetaan tekonivelpotilaan yhtenäinen seurantamalli. Tekosetin avulla saadaan tilastotietoa potilaiden kliinisestä tilasta ja tekonivelistä sekä niiden toiminnasta tai niissä esiintyvistä ongelmista. (Tekoset 2013.) Tekoset-seurantajärjestelmä tarjoaa mahdollisuuden Pajamäen ja Puolakan (2002, 20 – 22) esittämään tarpeeseen saada tietoa eri tekonivelmalleista ja Pajamäen (2005, 52) näkemystä säännöllisistä tekoniveliä koskevista kontrolloista, jotta uusintaleikkaukset voidaan toteuttaa kustannustehokkaasti.

Suomessa on kerätty tietoa implanttirekisteriin vuodesta 1980, tietojen keruu on lakisääteisesti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävä. Ilmoitus ihmisille asennetuista implanteista tuli lakisääteiseksi vuonna 1989, sitä ennen ilmoitus perustui vapaaehtoisuuteen. Rekisteriin kirjataan esimerkiksi tietoa implantin lisäksi leikkauksen tai uusintaleikkauksen syystä, leikkauksesta sekä komplikaatioista. Ilmoitus implanttirekisteriin tapahtuu automaattisesti Tekosetin välityksellä noin puolessa sairaaloista ja puolessa paperisella ilmoituslomakkeella kaksi kertaa vuodessa. Implanttirekisterin kattavuus esimerkiksi vuonna 2011 oli 99 prosenttia, tähän ovat myötävaikuttaneet sähköiset järjestelmät ja ilmoitusten tekeminen sähköisesti. Suomen implanttirekisteri on maailman ensimmäisiä ja tällä hetkellä on muutospainetta tietosisällön muutoksiin sekä kansainvälisen vertailun parempaan mahdollistamiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011a.)

Tekoset seurantajärjestelmä toimii PHKS:ssa tilastoinnin lisäksi ortopedien ja endoproteesihoidtajien tiedon välittäjänä potilaan kliinisestä tilasta ja tyytyväisyydestä tekoniveleen. Implanttirekisteri-ilmoitukset toimitetaan Tekosetin välityksellä THL:lle. (TVA 2013.)

4 ASIANTUNTIJASAIRAANHOITAJAN VASTAANOTTOTOIMINTA KIRURGIAN POLIKLINIKALLA

Seuraavissa luvuissa käsittelemme asiantuntijasairaanhoidajan pätevyysvaatimuksia ja kehittymistä asiantuntijaksi. Kuvaamme asiantuntijuuden ilmentymistä tekonivelpotilaiden hoidossa.

4.1 Asiantuntijasairaanhoidaja

Sairaanhoidajan valmiuksina pidetään ihmisten kohtaamista ja auttamista heidän erilaisissa elämäntilanteissaan. Sairaanhoidaja tarvitsee terveydenhuollon järjestelmän tuntemusta, jotta hän kykenee sosiaalisten- ja vuorovaikutustaitojensa avulla toimimaan moniammatillisessa työryhmässä ihmisten terveyden edistämiseksi. Sairaanhoidaja toimii hänelle asetettujen lakien ja vaatimusten mukaisesti, organisoiden ja toteuttaen laadukasta hoitoa. Vahvan ammatti-identiteetin ja ammattitaidon avulla sairaanhoidaja kykenee vastaamaan hänelle asetettuihin työelämän vaatimuksiin. (Mäkipää & Korhonen 2011, 21 – 22.)

Sairaanhoidaja saa terveydenhuollon laillistetun asiantuntijuus-ammatin koulutuksen kautta. Asiantuntijaksi voidaan määritellä henkilö, joka on alan ammattilainen, erikoistuntija ja ekspertti. Asiantuntijuudessa yhdistyvät teoreettinen-, kokemus- ja metakognitiivinen tieto eli kyky tarkastella omaa oppimisprosessia. Asiantuntijuuden taitoprofiilin kehittyminen johtaa korkeatasoiseen asiantuntijuuteen. Taitoprofiilissa yhdistyvät yleiset työelämävalmiudet, ammatillista kehittymistä tukevat itsesäätelyvalmiudet eli ammatillista kasvua ja kehitystä tukevat valmiudet sekä ammattispesifit valmiudet. Asiantuntijaksi kehitytään ja kasvetaan vaiheiden kautta, noviisista taitavaksi ammatilliseksi toimijaksi. Asiantuntijan pätevyyttä voidaan arvioida myös siten millainen käyttöarvo henkilöllä on asiakkaille ja työyhteisölle. (Mäkipää & Korhonen 2011, 12 – 22.)

Yhtenä määrittelytapana on tarkastella asiantuntijuutta tehtävänsiirtojen ja laajennettujen tehtävänkuvien kautta (Leppänen & Puupponen 2009, 33 – 34). Kokemuksen kautta hankittua, äänetöntä ja intuitiivista tietoa asiantuntija käyttää tilannesidonnaisesti. Asiantuntijalla on kyky yhdistää ja valikoida kokemuksellista sekä teoreettista tietoa. Hän on tietoinen omasta ajattelusta, oppimisesta ja toimin-

nasta. (Mäkipää & Korhonen 2011, 16 – 18.) Yksittäinen asiantuntija ei voi hallita kaikkea tietoa mutta ryhmän omaama asiantuntemus rakentaa kollektiivista asiantuntijuutta. Kollektiivinen eli jaettu asiantuntijuus syntyy asiantuntijoiden ryhmän vuorovaikutuksesta. (Mäkipää & Korhonen 2011, 16.) Moniammatillisen toiminnan kehittämistarpeet edellyttävät sekä oman alan erityisasiantuntemusta että asiantuntijuuden laajenemista yhteisöasiantuntijuudeksi (Ammatillisten aineiden opettajien sekä rehtoreiden kelpoisuusvaatimuksia selvittäneen työryhmän loppuraportti 2010, 15).

Asiantuntijuutta ei voida kuvata olotilana, vaan se on jatkuvaa ammatillista kasvua ja sen kehittäminen perustuu uusimman tiedon käyttöön. Asiantuntijuus kehittyy työntekijän ja työtehtävien välisen suhteen kautta työyhteisössä yhteistyössä eri tahojen kanssa verkostoitumalla. Asiantuntija käyttää tutkivaa työtettä ja hän kohtaa rohkeasti uusia eteen tulevia haasteita. Ammatillinen pätevyys lisääntyy jatkuvan tiedonhankinnan ja työkokemusten kautta. Todellinen asiantuntijuus kasvaa jatkuvan opiskelun ja työkokemuksen myötä sekä päteväksi asiantuntijaksi kasvaminen vie aikaa 3–5-vuotta. (Janhonen & Vanhanen-Nuutinen 2004, 15 – 17.)

4.2 Endoproteesihoidajan työnkuvan edellyttämät pätevyysvaatimukset kirurgian poliklinikalla

Endoproteesihoidajana toimimisen perustana ovat sairaanhoitajalle tai fysioterapeutille asetetut ammattipätevyysvaatimukset sekä endoproteesihoidaja- koulutus. Sairaanhoitajan toiminnan lähtökohtana on hoitotyön filosofia ja etiikka sekä vastuullinen toiminta lain mukaisesti ihmisarvoa kunnioittaen ja ihmisoikeus lakeja noudattaen. Sairaanhoitaja toimii yhteiskunnassa hoitotyön asiantuntijana edistäen terveyttä ja huomioi toiminnassaan kansalliset terveystieteelliset ohjelmat. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.) Sairaanhoitajan tulee kohdata potilas holistisesti ja omaan eettiseen arvoperustaansa peilaten, nähdä ja tunnistaa potilaan avuntarve. Sairaanhoitaja toimii vastuullisesti hoitotyön arvoperustan ja ammattietiikan ohjaamana potilastyössä sekä työyhteisössä. (Arene 2006; Moisio 2006.)

Endoproteesihoitajien kompetenssi- ja kvalifikaatiovaatimukset on määritelty tehtävänkuvauksessa ja työn vaativuuden arvioinnissa (TVA) PHKS:n kirurgian poliklinikalla. PHKS:ssa toimii työn vaativuuden arviointiryhmä, joka luo koko organisaation yhteiset kriteerit työnvaativuuden arviointiin. (Työn vaativuuden arviointi 2012.)

Kompetenssi kuvaa työntekijän pätevyyttä työtehtäväänsä. Työelämässä tapahtuvat muutokset vaativat yksilöltä jatkuvaa omien kompetenssien tarkastelua ja kehittämistä vastaamaan työelämän tarpeita. Kompetenssi rakentuu tiedoista, taidoista, ominaisuuksista ja kyvyistä, näiden avulla yksilö rakentaa oman pätevyytensä suoriutua työtehtävistään. Asiantuntija omaa erityispätevyyttä omaan asiantuntijuusalaansa, mikä ohjaa asiantuntijaa ylläpitämään omia tarvittavia pätevyksiään koulutuksen avulla. (Leppänen & Puupponen 2009, 33 – 34; Mäkipää & Korhonen 2011, 17 – 20.)

Työn asettamat vaatimukset työntekijälle ovat kvalifikaatioita, ne muodostuvat yleisistä työelämävalmiuksista ja ammattispesifisistä valmiuksista. Työn tekijälleen asettamat vaatimukset muuttuvat muiden työelämän muutosten mukana, työntekijä mukautuu muutoksiin hankkimalla itselleen valmiuksia vastatakseen työelämän muutoksiin. Kvalifikaatiot ja niiden muutokset vaativat työntekijöiltä uusiutumiskykyä. (Mäkipää & Korhonen 2011, 17 – 22.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa asiantuntijoiden työnkuissa oli runsaasti eroavaisuuksia ja työnvaatimukset muodostuvat työnkuvien mukaisesti (Leppänen & Puupponen 2009, 33 – 34). Tämä kirjallisuus nimityksissä ja työnkuissa ei koske vain asiantuntijoita. *International Journal of Nursing Studies* artikkelissa (2013) tuodaan esille sama eroavaisuus Kanadassa tehdyssä ensimmäisessä kansallisessa tutkimuksessa kliinisten asiantuntijoiden työnkuissa. Artikkelin tuo esille kliinisten asiantuntijoiden aliarvostuksen organisaatioissa vaikka asiantuntijoiden rooli on todettu hoitotyön tasoa nostavaksi. (Kilpatrick, DiCenso, Bryant-Lukosius, Ritchie, Martin-Misener & Carter 2013, 1524 – 1536.)

4.3 Endoproteesihoidajan tehtäväkuvaus ja työn vaativuuden arviointi (TVA)

Endoproteesihoidajalta vaadittavat kompetenssit ilmenevät työn keskeisten tehtäväkokonaisuuksien ja työnkuvan osa-alueilla. Kirurgian poliklinikan endoproteesihoidajan tehtäväkuvauksen osa-alueet ovat:

- teoreettinen, eettinen ja arvo-osaaminen sekä hoitotyön päätöksenteko
- kliininen osaaminen ja lääkehoito sekä informaatioteknologia
- terveyden edistämisen osaaminen, opetus- ja ohjaus osaaminen
- yhteistyö-, yhteiskunnallinen- ja monikulttuurien osaaminen
- tutkimus-, kehittämis- ja johtamis osaaminen. (TVA 2013.)

Teoreettinen, eettinen ja arvo-osaaminen sekä hoitotyön päätöksenteko, endoproteesihoidaja vastaa omasta ammatillisesta kehittymisestään ja tuntee vastuunsa hoitotyön kehittäjänä. Osallistuu Endoproteesihoidaja Yhdistyksen järjestämiin koulutuksiin ja mahdollisuuksien mukaan PHKS:n ortopedisiin viikoittaisiin koulutuksiin. Endoproteesihoidajalta vaaditaan taitoa tiedon soveltamiseen ja muokkaamiseen tilannetta vastaavaksi, kriittisesti arvioiden. Vahva teoretieto edesauttaa ongelmanratkaisussa ja päätöksenteossa. Endoproteesihoidajan tulee hallita potilaan kokonaisuhoitoa ja hoitotyön auttamismenetelmät sekä toimia eettisesti kunnioittaen ihmisoikeuksia että noudattaa potilaiden oikeuksia koskevaa lainsäädäntöä. (TVA 2013.)

Kliininen osaaminen ja lääkehoito sekä informaatioteknologia, endoproteesihoidajan itsenäisellä vastaanotolla käyvät määräaikaikontrolleissa lonkka-, polvi- ja olkapääproteesipotilaat. Hoitaja toimii itsenäisesti hoitotyön asiantuntijana, sekä tunnistaa ja kunnioittaa toisten asiantuntemusta. Työ edellyttää ajantasaista hoitotieteen, lääketieteen ja farmakologian tuottamaa tutkimustietoon perustuvaa teoreettista osaamista. (TVA 2013.)

Endoproteesihoidajalla on mahdollisuus tarvittaessa välittömään keskusteluun ja konsultaatioon ortopedin kanssa potilaan tilanteen sitä vaatiessa. Ortopedin määräysten mukaisesti endoproteesihoidaja huolehtii potilaiden jatkohoitosuunnitelmiensa toteutuksesta, jotka ovat määräaikaikontrollien tai ajanvarausten ohjelmointi. Endoproteesihoidajan antama puhelinneuvonta mahdollistaa potilaille sekä tervey-

denhuollon eri yksiköille välittömän kontaktimahdollisuuden asiantuntijaan matalan kynnyksen yhteydenoton toimintaperiaatteella. (TVA 2013.)

Informaatioteknologia on keskeisen työväline endoproteesihoidajille, Tekoset-seurantajärjestelmä ja sähköinen sairauskertomus (Effic) toimivat tiedonsiirron välineinä ortopedin ja endoproteesihoidajien välillä. Informaatioteknologian nopea kehittyminen ja hyödyntäminen työn eri osa-alueilla edellyttävät hyvää ja monipuolista tietoteknistä osaamista. (TVA 2013.)

Terveyden edistämisen osaaminen. Endoproteesihoidaja tukee potilaita ja hänen lähipiiriänsä määrittämään potilaan käsitystä omasta terveydentilastaan, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä muuttuvissa olosuhteissa ja eri toimintaympäristöissä. Potilaiden kanssa keskustellaan hänen lähiympäristönsä tarjoamista mahdollisuuksista ylläpitää ja parantaa omaa terveydentilaansa huomioiden tekonivelestä johtuvia mahdollisia erityishaasteita, esimerkiksi painonhallintaryhmät ja lähiympäristön tarjoamat liikuntamahdollisuudet. Endoproteesihoidaja tiedostaa yhteiskunnallisten muutosten vaikutukset omassa työssään, esimerkiksi ikääntyvien potilaiden määrän kasvu tai eri kulttuureista tulevat potilaat ja näiden ryhmien tuomat yksilölliset erityispiirteet hoitotyöhön. Tekonivelpotilaiden ohjaus ja neuvonta on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. (TVA 2013.)

Opetus- ja ohjausosaaminen, endoproteesihoidaja toimii oman klinikan sisäisenä sekä ulkopuolisena proteesipotilaiden asiantuntijakonsulttina. Endoproteesihoidaja huolehtii sisäisestä ja alueellisesta koulutuksesta sekä tekonivelpotilaiden informaatiomateriaalin saatavuudesta kirurgian poliklinikalla. Potilaiden vastaanotolla ohjaus- ja neuvontatyö ovat keskeisiä elementtejä potilaiden sopeutuessa uuteen elämäntilanteeseen. Endoproteesihoidaja tukee potilasta ja hänen lähipiiriä potilaan itsehoitovalmiuksien lisäämiseen. (TVA 2013.)

Uuden työntekijän perehdyttäminen ja eritasoisten hoitotyön opiskelijoiden ohjaaminen kuuluvat endoproteesihoidajan työnkuvaan, tuoden esille asiantuntijasairaanhoitajan ammattikuvan ja asiantuntijuuden merkityksen potilaan hoitoprosessissa. Endoproteesihoidaja käyttää omaa asiantuntemustaan moniammatillisessa työyhteisössä ja konsultoi tarvittaessa muiden ammattiryhmien ja hoitotyön asian-

tuntijoita. Endoproteesihoitajat ovat rakentaneet tekonivelpotilaiden hoitotyöhön osallistuvien eri ammattiryhmiä sisältävän yhteistyöverkoston oman sairaalan sisällä ja avoterveydenhuollon kanssa, molemmat yhteistyöryhmät tapaavat useamman kerran vuodessa. Endoproteesihoitajat ja sairaalan tekonivelpotilaiden yhteistyöryhmä järjestävät tekonivelpotilaille ensitietokurssin kaksi kertaa vuodessa PHKS:n luentosaleissa. Endoproteesihoitaja käy aktiivisesti luennoimassa nivelrikosta ympäristökunnissa ja toimii yhteistyössä Nivelyhdistyksen kanssa. Yhtenä yhteistyön tuloksena on Päijät-Hämeen keskussairaalan ensitietokurssilla kuvattu Nivelrikko -DVD potilaille. (TVA 2013.)

Yhteistyö-, yhteiskunnallinen- ja monikulttuurinen osaaminen, endoproteesihoitajalta vaaditaan joustavaa ja luovaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä organisaation sisällä sekä muiden organisaatioiden kanssa, jotta tekonivelpotilaiden saumaton hoitoketju toteutuu. Tekonivelpotilaiden jatkohoidosta vastaavien yksiköiden kanssa pidetään säännöllisesti yhteistyöpalavereja potilaiden hoitoprosessin sujuvuuden ja yhdenmukaisten hoitokäytänteiden varmistamiseksi. Endoproteesihoitaja vastaanotto toiminnalla vapautetaan ortopedille vastaanottoaikoja kirurgian poliklinikalla ja pyritään mahdollistamaan potilaiden (nivelrikko- ja tekonivelpotilaat) hoitoonpääsy hoitotakuun määrittämässä ajassa. (TVA 2013.)

Yksi endoproteesihoitajista toimii kansainvälisten opiskelijoiden vastaavana ohjaajana kirurgian poliklinikalla, tämä mahdollistaa hyvin suomalaisen asiantuntijasairaanhoidajan ammattikuvan markkinoinnin. Tekonivelpotilaita on erilaisista sosiaalisista- ja kulttuuritaustoista, heillä on mahdollisesti erilainen käsitys terveydestä ja sairaudesta. Endoproteesihoitajan tulee soveltaa ohjausta ja neuvontaa huomioiden potilaan yksilöllinen elämäntilanne ja -katsomus. (TVA 2013.)

Tutkimus-, kehittämis- ja johtamisosaaminen. Endoproteesihoitaja tunnistaa ja tuo esille hoitotyöhön liittyviä tutkimus- ja kehittämistarpeita työyhteisössä sekä sen ulkopuolella. Oman työn ja toiminnan kriittinen tutkiminen, arvioiminen ja kehittäminen ovat tärkeä osa jokapäiväistä toimintaa sekä itsensä johtamista. Endoproteesihoitaja suunnittelee ja kehittää itsenäistä vastaanotto toimintaa vastaamaan potilaiden tarpeita ja organisaation tavoitteita. Asiantuntijuuden ylläpito ja kehittäminen vaativat aktiivista oman ammattitaidon ylläpitoa, laajentamista ja syven-

tämistä ulkopuolisen sekä sisäisen koulutuksen avulla. Uuden opitun tiedon jakaminen ja antaminen työyhteisön kollektiiviseen käyttöön lisää koko työyhteisön tietotaitoa tekonivelpotilaiden hoidosta. Tekoset-rekisteri mahdollistaa erilaisten tilastotietojen kokoamisen liittyen tekonivelpotilaisiin ja tekoniveleihin, yhtenä endoproteesihoidajien vastuualueena on rekisteritietojen ylläpitäminen, muun henkilökunnan käyttäjäkoulutuksesta vastaaminen sekä rekisterin käyttäjien motivoiminen rekisterin käyttöön. (TVA 2013.)

4.4 Endoproteesihoidajan työnkuvaus kirurgian poliklinikalla

Kirurgian poliklinikalla toimii tällä hetkellä kolme endoproteesihoidajaa. Tekonivelpotilaiden määräaikaikontrollien vastaanotto on kolme kertaa viikossa, jokainen endoproteesihoidaja on vastuullinen vuoroviikoin itsenäisestä vastaanototoiminnasta. Muina työpäivinä endoproteesihoidaja työskentelee kirurgian poliklinikalla lääkärin työparina ortopedian ja kirurgian muiden erikoisalojen vastaanotoilla sekä muissa yksikön sairaanhoitajan työtehtävissä. Syyskuusta 2013 alkaen tekonivelpotilaiden vastaanottoja lisätään viiteen kertaan viikossa, jotta potilaille pystytään tarjoamaan määräaikaikontrollit oikea-aikaisesti. Endoproteesihoidajan vastaanotolla käy yhdeksän potilasta yhden vastaanottopäivän aikana ja jokaiselle potilaalle on varattu vastaanottoaika 30 minuuttia. Ennen endoproteesihoidajan vastaanottoa potilas käy tarvittaessa ortopedin määräyksen mukaisesti radiologisissa tutkimuksissa tai laboratoriokokeissa.

Endoproteesihoidajan vastaanottokäynnillä käsiteltävien asioiden sisältö on yhdenmukainen, koska endoproteesihoidajat käyttävät Tekoset-seurantalomaketta (Tekoset 2013) ja endoproteesihoidajien luomaa kirjallista ohjetta. Ohje sisältää tekonivelpotilaalle tärkeät aihealueet, jotka keskustellaan potilaan kanssa yhteisesti vastaanotolla ja pyritään löytämään yksilöllisiä ratkaisuja potilaan ohjaamiseen sekä itsehoitoon motivoitumiseen. Keskeisiä aihealueita ovat esimerkiksi tulehdusten välttäminen, liikkuminen ja tarvittavat apuvälineet, painon- ja kivunhallinta sekä pyrkimys ymmärtää potilaan subjektiivisia kokemuksia ja tunteita. Endoproteesihoidaja sanelee vastaanottokäynnin tekstin kirurgian erikoisalalehdelle ja lähettää potilaalle tekstikopion, josta ilmenee potilaalle tekoniveleen liittyvä jatkohoitosuunnitelma.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata uudenlaista toimintamallia tekonivelpotilaiden vastaanottoiminnassa Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian poliklinikalla vuosina 2005–2012. Tavoitteena on tuoda esille asiantuntijasairaanhoitajan eli endoproteesihoidajan toiminnan taloudellinen vaikutus organisaatiossa.

Kvantitatiivisen eli määrällisen opinnäytetyön tarkastelunäkökulma on taloudellinen ja tutkimuskysymys:

Minkälainen taloudellinen merkitys on endoproteesihoidajan vastaanottoiminnalla kirurgian poliklinikalla tekonivelpotilaan hoitoprosessissa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö on toteutettu osana Lahden ammattikorkeakoulun (LAMK) fysioterapian, hoitotyön ja sosiaali-alan opistoasteen tutkinnon täydentäminen koulutukseen kuuluvana osana. Opinnäytetyön tekijät ovat noudattaneet LAMK:n opinnäytetyön ohjeistusta ja ovat osallistuneet LAMK:n ohjeiden mukaiseen opinnäytetyön prosessiin. Opinnäytetyön kliinisen osuuden havaintopaikkana on ollut PHKS kirurgian poliklinikka. Opinnäytetyössä on kaksi tekijää, molemmilla on hoitotyön ammattitutkinto ja omaavat yli kahdenkymmenen vuoden kokemuksen hoitoalalta.

6.1 Aineiston keruu

Aihepiiriin ja aineistoon tutustuminen aloitettiin toukokuussa 2013. Opinnäytetyön teoreettinen tietopohja kerättiin kansallisista terveydenhuollon suosituksista, terveydenhuollon talouskirjallisuudesta ja sairaanhoitajan asiantuntijuuteen liittyvästä kirjallisuudesta. Kansallisia suosituksia terveydenhuollon suuntalinjoista ja taloudellisuudesta löytyi hyvin. PHKS:n internet-sivuilta löytyi sairaalan oma strategia ja tavoitteet, nämä sisältävät taloudellisen näkökulman organisaation, henkilökunnan ja asiakkaan näkökulmasta. Terveystaloustiede on huomionut terveydenhuollon taloudellisen rajallisuuden ja tarjosi hyvän näkökulman opinnäytetyöhön.

Sairaanhoitajan asiantuntijuudesta löytyy materiaalia runsaasti, mutta tehtävänsiirtoja ja asiantuntijuutta on käsitelty enemmän laadullisesta näkökulmasta. Tästä hyvänä esimerkkinä Nisulan (2010) YAMK -opinnäytetyö, joka on tehty päivystävän sairaanhoitajan toiminnan kehittämiseksi. Kuitenkin Nisulan (2010) työssä tuodaan esille terveyskeskuksissa saatuja säästöjä hoitajavastaanottokäynneistä. (Nisula 2010, 22 – 23.) Alanderin (2013) YAMK- opinnäytetyössä on kehitetty hammashoitoon pääsyä ja hoitotakuun toteutumista. Hänen opinnäytetyön näkökulma vastaa hyvin tämän työn taloudellista näkökulmaa ja uudenlaista innovatiivista työn uudelleen järjestelyä. (Alander 2013, 26 – 27.) Kansainvälisissä artikkeleissa esiintyi samoin toiminnan ja hoitotyön laadun kehittäminen mutta taloudellista näkökulmaa on käsitelty vähemmän. Tätä tukee osaltaan Getzenin (2007, 48)

näkemyksinä kuinka vaikeaa on määrittellä terveyden hinta ja kuinka määrittelemme terveyden sekä ekonomistin ja lääkärin näkemysro terveydestä.

OECD (2011, 1 – 17) on tehnyt tutkimuksen sairaanhoitajien laajennetuista tehtävänkuvista neljästätoista Euroopan ja ei-Euroopan maassa. Tehtäväkuvien laajentamisen syiksi esitetään resurssien riittävyyden turvaaminen ja palvelutason parantaminen. Lääkäreiltä sairaanhoitajille siirrettyjen tehtävien todettiin tuovan säästöjä, hoidon saatavuus ja potilastyytyväisyys nousivat.

Kanadan Halifaxissa sijaitseva College of Registered Nurses of Nova Scotia (2011, 1 – 41) tekee säännöllisesti kirjallisuuskatsauksen hoitotyön tuloksista tehdyistä tutkimuksista. Vuoden 2011 katsauksessa todettiin useiden otoksien olevan pieniä ja näin ollen eivät ole yleistettäviä. Katsausten tarkoituksena on tuoda sairaanhoitajien näkymätöntä työtä esille ja osoittaa esimerkiksi hoitotyön tuottamia taloudellisia säästöjä.

Tutkimuslupahakemus ja potilastietojen luovutus- ja käyttöluopahakemus toimitettiin syyskuussa 2013 PHKS:n tutkimushoitajalle, jonka toimesta lupaprosessi käynnistyi. Eettistä tutkimuslupahakemusta tähän opinnäytetyöhön ei tarvinnut hakea, koska potilaiden henkilötietoja ei käsitelty. Ylilääkäri Jussi Haapala on mainittu tutkimuslupahakemuksessa hankkeen paikalliseksi vastuuhenkilöksi, mikä osoittaa hänen puoltaneen kyseistä opinnäytetyötä ja sen tekemistä. (Liite 2)

Tutkimusluvan ja potilastietojen luovutus- ja käyttöluopahakemuksen myönteisen päätöksen saavuttua syyskuussa 2013 opinnäytetyön tekijät olivat yhteydessä tilastojen käsittelijöihin PHKS:ssa. Tapaamisella haluttiin varmistaa, minkälaisia tilastoja on mahdollista saada ja kuulla tilastoasiantuntijan mielipide pyydytyistä tilastoista. Tapaamisella tarkennettiin tilastokoodistoa, jotta saatava aineisto vastaisi opinnäytetyöntekijöiden ennalta määrittelemää aineistoa. Tilastoasiantuntijoilta saatiin arvio tilastojen valmistumisesta ja opinnäytetyöntekijät saivat pyydytyn aineiston kahden viikon sisällä tapaamisesta ja aineisto oli käytettävissä Excel-tilaukoina syyskuussa 2013. Potilastietojärjestelmän vaihtumisen vuoksi (2008) on tilastoaineisto kerätty kahdesta eri sähköisestä potilastietojärjestelmästä eli vanhasta SAPO-potilastietojärjestelmästä ja Effic Raportoinnista. Molemmista järjestelmistä oli mahdollista saada pyydytyt tilastot mutta osittain tiedot olivat

vajavaiset erityisesti vuoden 2004 ja 2008 kohdalla. Järjestelmissä on eri tilastoasiantuntijat, joten tilastohaut suorittivat kaksi tilastoasiantuntijaa. Tilastoaineisto saatiin Excel-taulukkoaineistoina, joista on Excel-taulukkolaskennan ja Pivot-taulukoinnin avulla poimittu numeraaliset tiedot opinnäytetyön tuloksiin. Leikkausmäärien tiedot kerättiin Tekoset-seurantajärjestelmästä SAPO-potilastietojärjestelmän leikkaustietojen vajavaisuuden vuoksi.

Metsämuurosen mukaan (2006, 48 – 51) voidaan aineistosta mitata määriä ja verrata kahden ryhmän eroavaisuuksia. Aineisto voi koostua ei-satunnaisesta perusjoukosta ja sitä voidaan ajallisesti tarkastella jälkikäteen. Opinnäytetyössä tarkastelun lähtökohtana on uusi toimintamalli, jossa ortopedeilta on siirretty potilaita endoproteesihoitajan vastaanotolle, joten aineisto koostuu näistä endoproteesihoitajalle siirretyistä potilaista sekä kokonaistoiminnan hahmottamiseksi ortopedien vastaanotoilla käyneistä potilaista.

Ortopedioiden vastaanotoilla käyneet potilaat on jaettu ryhmiin perustuen potilaan lääketieteellisestä diagnoosista, jotka ovat lonkan- ja polven nivelrikko, nivelreuma ja lonkan murtumat. Uudella toimintamallilla pyritään lisäämään ortopedeille lähetekäyntiaikoja. Tämän asian tarkastelua varten on ortopedien käynneistä eroteltu potilaiden käyntityyppi eli onko kyseessä lähete- vai kontrollikäynti. Aineiston vertailua varten on kerätty ortopedien kokonaiskäyntimäärät.

Ortopedioiden lukumäärä eri vuosilta ja tiedot ortopedien sekä endoproteesihoitajien keskiansiosta on saatu PHKS:n henkilöstöhallinnosta syyskuussa 2013. Endoproteesihoitajien lukumäärä PHKS:ssa on saatu kirurgian poliklinikan esimieheltä syyskuussa 2013. Henkilöstön lukumäärä ja keskiansio ovat oleellisia tietoja tarkasteltaessa taloudellista merkitystä. Taulukoissa palkat ja kuntalaskutus perustuvat vuoden 2013 tietoihin, joten panos-tuotos vertailussa ei voida suoraan verrata vuosia keskenään, vaikka palkka- ja kuntalaskutustiedot eivät ole tarkkoja antavat ne kokonaiskäsitteen tuloista ja menoista.

Aineiston haussa käytetyt diagnoosit on varmennettu Ylilääkäri Jussi Haapalalta PHKS:sta. Uuden toimintamallin kehityssuunnan ja taloudellisten vaikutusten esiintuomiseksi on valittu useiden vuosien aineisto. Aineistojen keruussa hyödyn-

simme opiskelun muilla kursseilla esille tullutta materiaalia ja PHKS:n tieteellisen kirjaston palveluja.

6.2 Aineiston analyysi

Kahden määrätyn ryhmän vertailu keskenään on yleinen tapa käsitellä aineistoa, tarkoituksena löytää kahden ryhmän keskinäisiä eroavaisuuksia (Metsämuuronen 2006, 376 – 377). Aineiston analyysissä verrataan uuden toimintamallin ja entisen toimintamallin panoksia ja tuotosta sekä kuvataan tuotantoprosessi ja pohditaan vaikuttavuutta. Getzenin (2007, 48 – 49) näkemyksen mukaan jokainen ihminen tekee mielessään päivittäin kustannus-hyöty analyysiä (CBA eli Cost-Benefit analysis) mutta tiedostamattaan. Terveystieteissä koetaan kustannus-hyöty ajattelu vieraaksi, vaikka juuri terveydenhuollossa voitaisiin kustannus-hyötyanalyysin avulla suunnitella toimintaa kustannustehokkaaksi. Toiminnan hyödyt ja kulut voidaan määrittellä kustannus-hyöty ja kustannus-tehokkuus analyyseillä, jonka jälkeen ekonomisen ajattelu ohjaa rationaaliseen ajatteluun ja päätöksentekoon. Sintosen, Pekurisen ja Linnakon (1997, 15) mukaan Suomessa on huomattu terveystaloustieteen merkitys, mistä osoituksena on lisääntynyt tutkimus- ja koulutus-toiminta. Kansallisen tason ohjeistuksen ja suuntaviivat sekä paikallisen tason strategiat ovat osoituksena taloustieteen voimakkaasta roolista sosiaali- ja terveydenhuollon alueella.

Kustannus-hyöty analyysin tarkoituksena on arvioida eri vaihtoehtoja ja niistä syntyviä kustannuksia ja hyötyjä. CBA perustuu aina parhaaseen saatavilla olevaan arvioon ja riskinä on liian vähäinen hyöty mutta terveydenhuollossa päätöksenteossa joudutaan usein tekemään kompromissi kaikkia osapuolia tyydyttävän ratkaisun löytämiseksi. Maksimaalisen hyödyn löytämiseksi on suotavaa tehdä pieniä muutoksia kerrallaan ja analysoida muutosten merkitys eri osapuolille, näin marginaalinen hyöty saada pidettyä suurempana kuin marginaaliset kulut. (Sintonen ym. 1997, 42 – 44; Getzen 2007, 52 – 54.)

Tässä opinnäytetyössä vertailtavina kustannuksina ovat palkkamenot ja tuloina kunnilta laskutettavat kuntalaskut. Tarkastelun kohteena ovat potilaan saamat marginaaliset hyödyt, mitkä tarkoittavat esimerkiksi potilaan saama yksilöllistä

terveysneuvontaa. Getzenin (2007, 58) näkemyksen mukaan nämä edellä mainitut marginaaliset hyödyt jäävät usein huomioimatta, koska nämä ovat pieniä muutoksia verraten dramaattiseen parantumiseen. Yhden määritelmän mukaisesti hyvä terveys on tarkoittanut tuotteliasta työväkeä työnantajalle ja työntekijälle ansiotason nousua.

Sintonen ym. (1997, 33) kuvaavat marginaalista eli rajahyötyä potilaille muodostuvana hyvinvoinnin lisäyksenä, jonka he ovat valmiit maksamaan kyseisestä tuotteesta. Kysyntäkäyrä osoittaa kuinka paljon potilaat ovat valmiita maksamaan terveystuotteesta. Tekonivelpotilaiden kohdalla tulisi näkyä vastaanottokäynneissä vähentymistä endoproteesihoitajan vastaanotolla jos potilaiden saamat rajahyödyt eivät korvaa ortopedillä tapahtuvaa kontrollikäyntiä.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan uuden toimintamallin taloudellista merkitystä, jossa resurssien uudelleen jakamisella on pyritty taloudellisempaan toimintaan. Sintosen ym. (1997, 46 – 47) tuo esille kysynnän ja tarjonnan tasapainotuksen, siinä yhtenä keinona on terveydenhuollon tuottavuuden parantaminen eli nykyisillä voimavaroilla nostetaan tuotosta. Tuotantotavan muuttaminen vaatii seurantaa ja analysointia, jotta tehokkuuden maksimointi löydetään mutta vaikuttavuus ei laske (Sintonen ym.1997, 163).

Saadusta Excel-aineistosta on teorian ja opinnäytetyön pohjalta poimittu tarkasteltavia tietoja Excel-taulukoihin jatkotarkastelua varten. Tehtyjä taulukoita on aineiston tiivistämiseksi jatkokäsitelty Excel-taulukkolaskennan ja Pivot-taulukoinnin avulla. Esille nousseet tulokset on esitetty sanallisena tulkintana ja graafisina kuvioina, joiksi on valittu pylväs- ja viivakuvio. Nämä tuovat tulokset selkeästi ja tiiviisti esille sekä osoittavat aineistossa olevaa vaihtelua. Aineiston analyysissä on eri tuloksia verrattu keskenään ja pyritty löytämään tuloksia selittäviä tekijöitä sekä yhteyksiä tekijöiden välillä. Tulosten yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia on verrattu keskenään. Tulosten analyysistä tehtyjä johtopäätöksiä on verrattu teoriaan ja muiden tutkimusten tuloksiin sekä pohdittu tulosten vertailukelpoisuutta. Aineiston taulukointi ja analyysi on tehty syys- ja marraskuussa 2013 opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Graafisten taulukoiden luomisessa on hyödynnetty Kuuselan (2000) Tilastografiikan perusteet kirjaa.

6.3 Tulokset

Opinnäytetyön keskeiset tulokset esitetään sanallisesti sekä taulukoina. Aineistosta on poimittu ortopedien (ortop.) ja endoproteesihoitajien (proth.) käyntitilastot sekä potilaiden diagnoosi-, ikä- ja sukupuolijakauma. Tarkastelun kohteena ovat ortopedien ja endoproteesihoitajien palkkamenot sekä tulona kuntalaskutus. Aineiston analysointi tapahtuu vertailemalla vuosien 2005 ja 2012 välillä tapahtuneita muutoksia toiminnassa, menoissa ja tuloissa.

6.3.1 Nivelrikko, nivelreuma ja lonkkamurtumapotilaiden käyntimäärät ortopedien vastaanotoilla

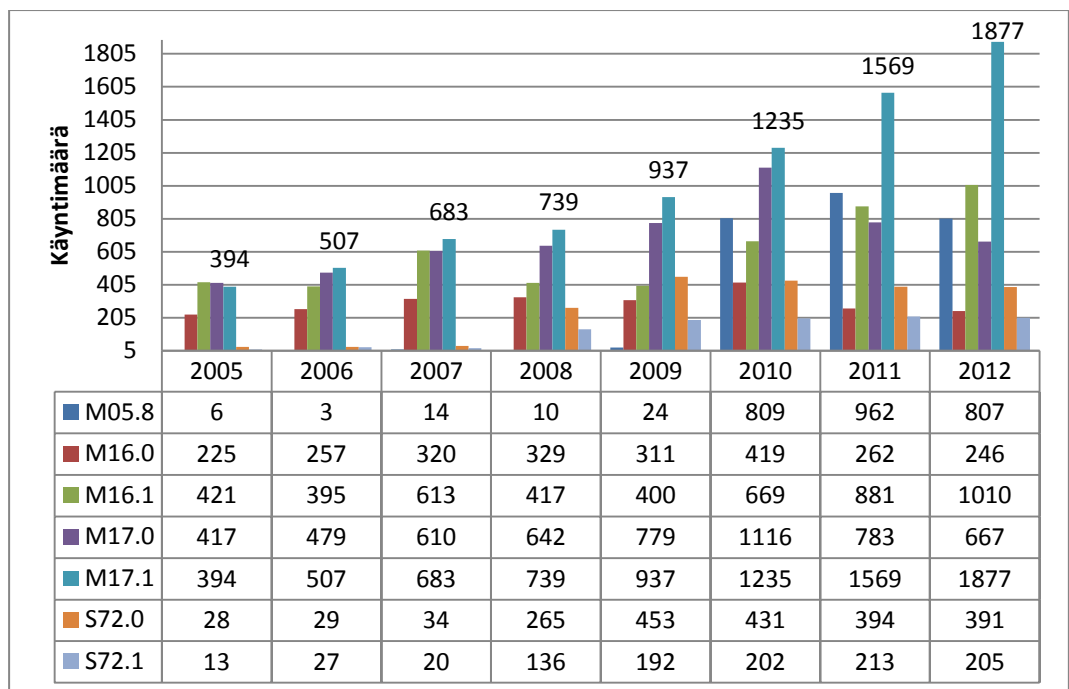
Taulukossa 1 on potilaiden käyntimäärät ortopedien vastaanotoilla vuosien 2005 ja 2012 välisenä aikana, käyntimäärien hakuperusteina olivat nivelrikon, nivelreuman ja lonkkamurtuman diagnoosit. Vuodesta 2008 vuoteen 2012 on nähtävissä selkeä kasvu käyntimäärissä, tähän on vaikuttanut myös ortopedien määrän kasvu. Vuosien 2005 ja 2012 välisenä aikana polven nivelrikon (M17.0, M17.1) diagnoosilla käyneitä potilaita ortopedien vastaanotoilla on ollut eniten verraten taulukon muihin potilasryhmiin. Vuonna 2005 polven nivelrikkopotilaita kävi ortopedien vastaanotoilla 811 ja vuonna 2012 kävijöitä oli 2 544, joten kasvua on ollut 1 733 potilasta eli 32 %, mikä tarkoittaa vuositasolla noin 216 potilaskäyntiä enemmän. Vastaavasti lonkan nivelrikkopotilaiden (M16.0, M16.1) vastaanotokäyntien lisääntyminen on tapahtunut vuoden 2009 jälkeen ja lisäys on 1 031 potilasta, mikä tarkoittaa vuositasolle laskettuna 128 potilasta. Lonkan nivelrikkopotilaiden käyntimäärien nousu painottuu vuosien 2009 ja 2012 välille. Vuoden 2008 jälkeen on nähtävissä lonkkamurtumapotilaiden (S72.0, S72.1) käyntimäärien nousu ja nivelreumapotilaiden (M05.8) hoidon siirtyminen Päijät-Hämeen keskussairaalaan, mikä näkyy tilastoissa voimakkaana käyntimäärien lisäyksenä vuoden 2010 kohdalla.

Lonkkamurtumapotilaiden käyntimäärien nousun syitä voi tarvittaessa analysoida tarkemmin vertaamalla lonkkamurtumien esiintyvyyden nousua kansallisella tasolla aineiston tilastoihin. Yhtenä mahdollisena syynä voi olla yhteys eliniän nousun ja lonkkamurtumien esiintyvyyden välillä. Toisena selittävänä tekijänä voi

olla murtuman hoitomenetelmien muutos eli kuinka usein leikkausmenetelmäksi valitaan kokotekonivel perinteisten leikkaus- ja hoitomenetelmien sijaan.

Hirvensalo ym. (2012, 390 – 395), Harilainen ym. (2012, 396 – 419) ja Hyvinvointi 2015 (2015, 17) tuovat esille terveydenhuollon haasteen tuottaa riittävästi terveyspalveluita kansalaisille. Pajamäen ja Puolakan (2002, 20 – 21) määritelmän mukaan tekonivelkirurgia on tehokkain hoitomuoto nivelrikon hoitoon, joten Sintosen ym. (1997, 44 – 45) näkemyksen mukaan palveluiden tarjoaminen ja terveystarpeen tyydyttäminen on perusteltua tarjonnan lisäämisellä. Terveyspalveluiden kysynnän kasvu ortopedian alueella oli syynä uuden toimintamallin kehittämiseen ja toimintamallin tavoitteena on tukea organisaation kykyä tarjota terveyspalveluita alueellisesti (Projektikuvaus 2004).

Taulukko 1. Nivelreuma-, nivelrikko- ja lonkkamurtumapotilaiden käyntimäärät ortopedien vastaanotoilla vuosina 2005–2012



Diagnoosinumerot Hoitoportaalin mukaisesti: M05.8 -muu seropositiivinen nivelreuma, M16.0 -primaarinen lonkkanivelten nivelrikko, M16.1 -muu primaarinen lonkan nivelrikko, M17.0 -primaarinen molempien polvien nivelrikko, M17.1 -muu primaarinen polven nivelrikko, S72.0 -reisiluun kaulan murtuma ja S72.1 -reisiluun sarvennoisten kautta kulkeva (pertrokanteerinen) murtuma. Diagnoosi

M17.1 on suurin diagnoosiryhmä ja merkitty arvopisteillä pylvästaulukkaan lukemisen helpottamiseksi. Nämä edustavat suurinta ryhmää nivelrikko diagnooseissa ja aineiston rajaamiseksi valittiin opinnäytetyöhön vain nämä suurimmat diagnoosiryhmät tarkasteltaviksi. Tekonivelen uusintaleikkauksen jälkeen potilaiden tietokantaan merkitään diagnoosi T84.0 eli sisäisen nivelproteesin aiheuttama mekaaninen komplikaatio. Näitä potilaita on vuosien 2005–2012 välisenä aikana ollut ortopedien vastaanotoilla 1836 potilaskäyntiä. Edellä mainittuna ajanjaksona käyntimäärät olivat matalimmillaan 141 ja korkeimmillaan 310 potilaskäyntiä vuodessa.

6.3.2 Tekonivelpotilaiden ikä- ja sukupuolijakauma endoproteesihoitajan vastaanotoilla

Taulukossa 2 kuvataan tekonivelpotilaiden ikäjakaumaa ja taulukoksi on valittu muista poiketen viivakuvio, jolla saatiin kuvattua selkeämmin ikäjakauman tasaisuutta ja kehityssuuntaa. Todellisen ikäjakauman saamiseksi ikä-aineisto on poimittu endoproteesihoitajien vastaanoton tilastoista, koska se kuvaa parhaiten tekonivelpotilaiden ikäjakaumaa. Ortopedien vastaanottokäynneillä käy nivelrikon ja reuman diagnooseilla myös nuorempia potilaita esimerkiksi tekonivelleikkaus arvioinnissa mutta heille ei hoitomenetelmäksi valita vielä tekonivelleikkausta. Laajasta aineistosta johtuen ja teoriaosuuden perusteella endoproteesihoitajan vastaanotoilla käyneet eri-ikäiset potilaat on jaettu ikäryhmiin.

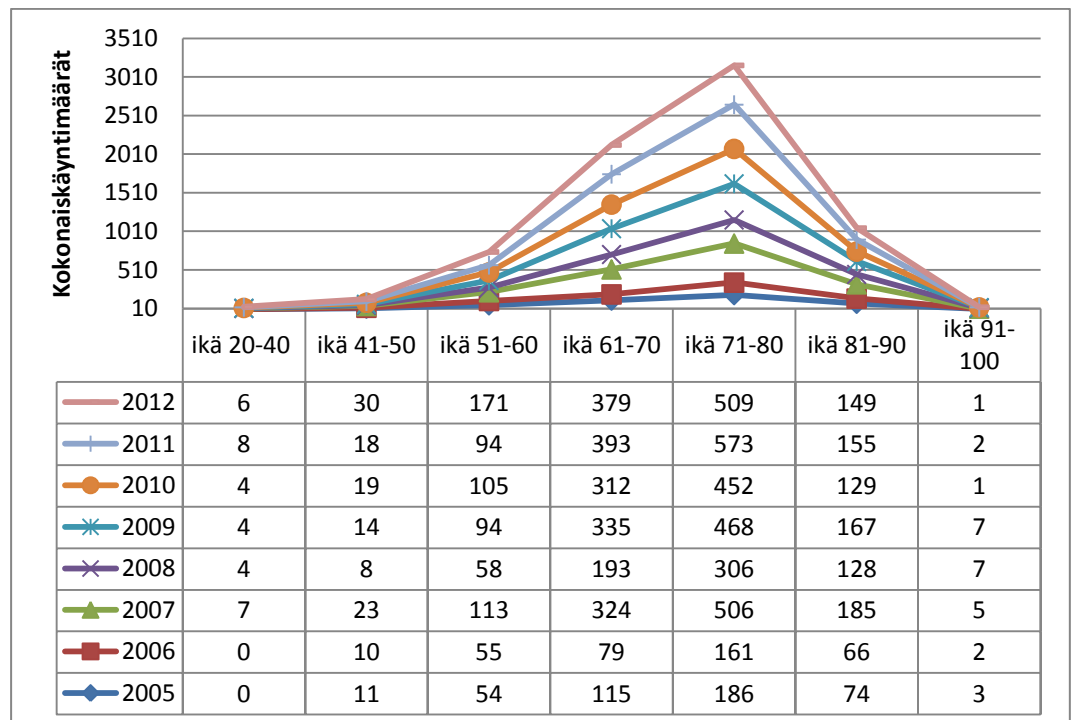
Kahdeksan vuoden seurannassa suurin potilasryhmä on sama eli 71–80-vuotiaat mutta ikäjakaumassa on muutosta seurantavuosien aikana hyvin vähän. Ikäryhmissä 20–40-vuotiaat ja 51–60-vuotiaat on nähtävissä pientä nousua seurantavuosien aikana vuoden 2009 jälkeen. Yhtenä tekijänä näiden ryhmien kasvuun voi olla nivelreumapotilaiden hoidon siirtyminen PHKS:aan vuonna 2010, sillä nivelreumapotilaille valitaan hoitomenetelmäksi tekonivel nuoresta iästä huolimatta. Lisätiedon saamiseksi tulisi selvittää valitaanko tekonivelkirurgia hoitomenetelmäksi varhaisemmassa vaiheessa kuin aikaisempina vuosina. Vuoden 2011 jälkeen on PHKS:n ortopedi Markku Ruuskasen (2011) ohjeen mukaisesti vähennetty yli 80-vuotiaiden tekonivelpotilaiden kontroleja, joten tämä vähentää osittain

kyseisten ikäluokkien lukumäärää vuositasolla endoproteesihoitajan kontrollikäynneissä.

Opinnäytetyön teoriaosan tietopohja tukee tuloksissa havaittua nuorempien potilaiden lisääntyntä käyntimäärää sekä ikäjakaumaa. Hirvensalo ym. (2012, 390 – 395) tuovat esille väestön ikärakenteen muutoksen, joka vaikuttaa tekonivelpotilaiden ikäjakaumaan ja lisää tekonivelkirurgian kysyntää. Nuorempien tekonivelpotilaiden määrän lisääntymisen syiksi ovat Hirvensalo ym. (2012, 390) ja Harilainen ym. (2012, 396 – 419) tuoneet esille lievempi oireisten potilaiden tekonivelleikkaukset ja potilaiden toimintakykyisyyden ylläpitämisen, sillä tekonivelkirurgian varhaisempina vuosina tekonivelkirurgia oli vaikean nivelrikon hoitomuoto.

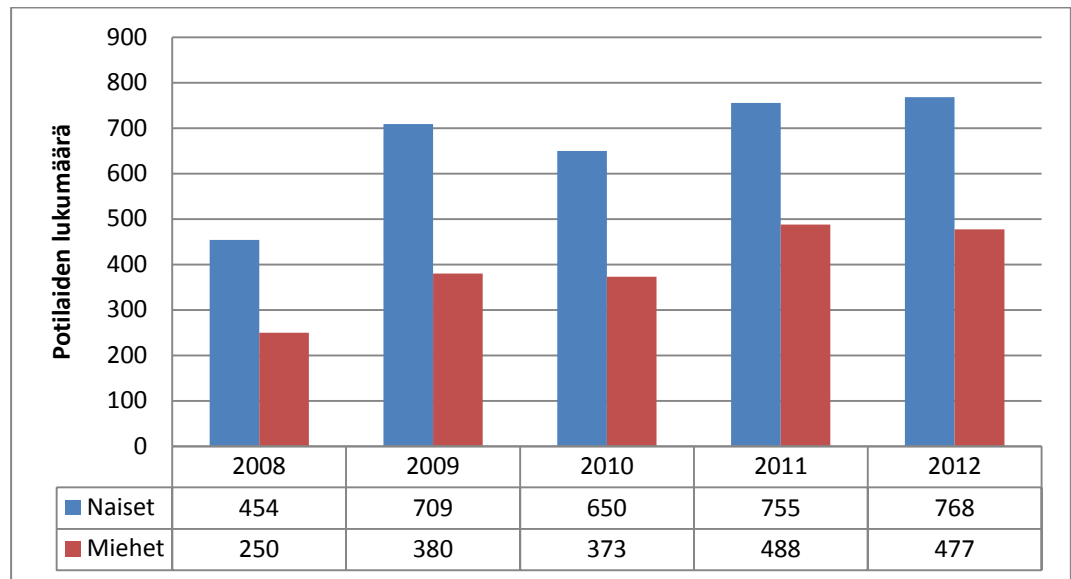
Suuri ikäjakauma tuo omat haasteensa endoproteesihoitajan antamaan opetus- ja ohjausosaamiseen, sillä eri ikäryhmissä painottuvat erilaiset terveys- ja hyvinvointinäkökulmat. Tavoitteena on antaa potilaille yksilöllistä ohjausta ja tukea terveyttä edistävää käyttäytymistä. (TVA 2013.) Endoproteesihoitajan vastaanotolla ohjaus- ja neuvontatyö ovat keskeisiä elementtejä, jotka muodostavat marginaalisen hyödyn potilaalle. Getsenin (2007, 58) näkökulman mukaisesti marginaaliset hyödyt jäävät usein huomioimatta. College of Registered Nurses of Nova Scotia:n (2011, 1 – 4) tuottamien tutkimusten ja raporttien tavoitteena on osoittaa näkyväksi hoitotyön tulokset ja hoitotyön tuottamat säästöt. Hoitotyön tuloksien mittaamisen avulla mahdollisesti voidaan arvioida ohjauksen- ja neuvonnan tuottamia säästöjä eri ikäryhmissä, esimerkiksi ohjauksen vaikutusta infektioiden esiintyvyyteen tai liikunnanohjauksen vaikutusta tekonivelpotilaiden toimintakykyyn.

Taulukko 2. Tekonivelpotilaiden ikäjakauma endoproteesihoitajan vastaanotoilla vuosina 2005–2012



Taulukko 3 kuvaa tekonivelpotilaiden sukupuolijakaumaa vuosien 2008–2012 välillä endoproteesihoitajan vastaanotoilla. Tarkastelujakson valintaan vaikutti aikaisempi tieto sukupuolijakaumasta ja kerätty aineisto ei osoittanut poikkeamaa ennakkotiedoista. Naispotilaita on ollut kyseisenä seuranta-aikana selkeästi enemmän kuin miehiä ja sukupuolijakauman vaihtelevuus on vähäinen. Taulukossa 3 vuoden 2008 kohdalla kahden potilaan sukupuolistatus puuttuu tilastotiedoista, mutta sillä ei ole oleellista merkitystä tulokseen.

Taulukko 3. Tekonivelpotilaiden sukupuolijakauma endoproteesihoitajan vastaanotoilla vuosina 2008–2012



Taulukoista 1, 2 ja 3 nousee esille suurimpina ryhminä polven nivelrikko, potilaat ikäryhmässä 71–80 ja naiset. Taulukossa esitetty sukupuolijakauma vastaa Käypä hoidon (Käypä hoito) sukupuolijakaumaa sekä taulukon 2 mukaista ikäjakaumaa, sillä nivelrikko yleistyy yli 65-vuotiailla naisilla ja miehillä mutta naisilla polven nivelrikko on yleisempää kuin miehillä. (Käypä hoito.)

6.3.3 Ortopedien vastaanotto- ja tekonivelleikkaustoiminta

Taulukko 4. Vuodesta 2005 alkaen maaliskuuhun 2008 tekonivelleikkausten tietoja ei ollut mahdollista saada teknisistä syistä SAPO-potilastietojärjestelmästä tämän opinnäytetyön aineistoon. Vuoden 2008 tekonivelleikkausmäärät oli mahdollista saada Effic raportoinnista huhtikuu 2008 alkaen, joten alkuvuoden leikkausmäärät olisivat puuttuneet kokonaan. Tämän vuoksi tekonivelleikkausten eli proteesileikkausten määrät on kerätty Tekoset-tietorekisteristä yhtenäisen leikkausmäärätilaston saamiseksi. Opinnäytetyöhön valittujen seurantavuosien tekonivelleikkausmäärien saamiseksi, tiedot taulukkoon 4 on poimittu poikkeavasti verraten muihin taulukoihin.

Taulukossa 1 kuvattu diagnooseihin perustuvien käyntimäärien kasvu ilmenee samassa suhteessa ortopedien lähete- ja vastaanottokäyntien sekä leikkausmäärien kasvussa. Vuositason lähetekäyntimäärät tarkasteltuna kuukausitasolla helpottavat

toiminnan hahmottamista suhteessa henkilöstömäärään. Toteutuneet lähetekäynnit vuonna 2005 ovat yhteensä 2 688 mikä tarkoittaa 224 lähetekäyntiä kuukaudessa. Vastaavasti vuonna 2012 lähetekäyntimäärä on 4 091 vuodessa mikä tarkoittaa 341 lähetekäyntiä kuukaudessa eli lisäystä on 117 lähetekäyntiä kuukaudessa. Ortopedien määrän lisäyksellä 7,5:stä 11,5:een on saatu lisättyä lähetekäyntimääriä, kokonaiskäyntimääriä ja tekonivelleikkausten määriä. Vuoden 2012 lähetekäyntien lukumäärässä on mukana noin 500 lisätyönä tehtyä lähetekäyntiä.

Seuranjakson aikana toteutuneiden lähetekäyntien määrä suhteessa ortopedien määrään on pysynyt samana ollen noin 30 lähetekäyntiä ortopediä kohden kuukaudessa. Vuonna 2012 on tehostettu vastaanottoa, lähetekäyntien määrää on lisätty ja kontrollikäyntien määrää on vähennetty. Näiden muutosten tarkoituksena on vastata hoitotakuun vaatimukseen hoitopääsystä, muutosten tulokset ja riittävyys ovat nähtävissä tulevaisuudessa.

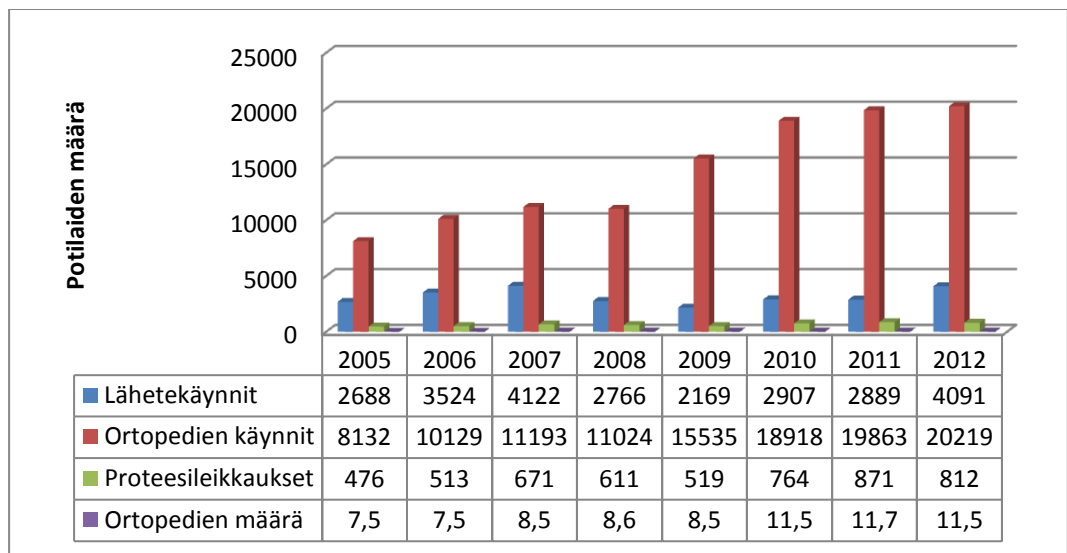
Polven tekonivelleikkausten määrä on PHKS:ssa suurempi kuin lonkkien tai olkanivelten tekonivelleikkausten määrä. Tekonivelleikkausten määrän kasvu näkyy selkeästi lukuina tekonivelleikkauksissa. Vuonna 2005 tekonivelleikkausten kokonaismäärä on 476 ja eritellysti polven tekonivelleikkauksia 219 ja lonkan 257. Vastaavasti vuonna 2012 tekonivelleikkausten kokonaismäärä on 812, tästä aineiston mukaan on polven tekonivelleikkauksia 422, lonkan 366 ja olkanivelen 24. Olkatekoniveliä leikkausmäärät ovat lisääntyneet reumapotilaiden ja reumaortopedien tulon jälkeen, sillä tekonivelet ovat reumapotilaiden kohdalla yleinen hoitomenetelmä. Vuosien 2010 ja 2012 välillä on tehty yhteensä 58 olkanivelen tekonivelleikkausta. Yleisin syy olkapään tekonivelleikkaukseen on nivelreuma (Moilanen 2002, 23).

Taulukossa 4 näkyy ortopedien kokonaispotilasmäärä vastaanotoilla, joten nämä määrät sisältävät käyntejä myös muista ortopedisistä sairauksista johtuen eikä ainoastaan nivelrikko- tai nivelreumapotilaita sisältäen käsikirurgiset potilaat. Valtaosa PHKS:n ortopedeista hoitaa eri ortopedisiä potilaita, tämän vuoksi tarkka tekonivelpotilaiden osuus kokonaismäärästä on haasteellista erotella. Aineiston analysointi osoitti diagnoosipohjaisten tietojen keräämisen haasteelliseksi, koska esiintyi puutteita diagnoosien kirjaamisessa sekä potilastietojärjestelmän tavassa

järjestää diagnooseja. Tämä vaatisikin syvempää ja laajempaa analysointia tarkkojen tilastojen saamiseksi. Taulukko 4 havainnollistaa ortopedien kokonaistyömäärää ja osoittaa, että tekonivelkirurgia on osa kokonaisuutta. Vastaanotto- ja leikkaustoiminnan lisäksi ortopedeilla on osastohoito-, päivystys ja koulutusvastuutoimintaa.

Punnosen (2012, 3) raportissa sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2012 ilmenee kansallisesti haasteita hoitotakuun toteutumisessa, kun taas leikkaustoiminnassa toimintaluvut ovat pääsääntöisesti pysyneet samoina. Raportista ilmenee kunnallisten sairaaloiden kokonaiskysynnän 0,7 %:n lasku, kun vastaavasti vuonna 2011 kasvu oli 2,3 %. Raportin tulos tukee edellä esitettyä ortopedien toiminnan tulosta, erityisesti kykyyn tarjota riittävästi lähetekäyntejä potilaille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilaston (2011a, 11 -19) mukaan PHKS sijoittuu seitsemän eniten tekonivelten ensi- ja uusintaleikkauksia suorittavien sairaaloiden joukkoon. Tämä osoittaa opinnäytetyön aineiston olevan vertailukelpoisen keskussairaaloiden välillä.

Taulukko 4. Ortopedi- ja ortopedien vastaanottotoiminta ja tekonivelleikkaukset vuosina 2005–2012



6.3.4 Endoproteesihoitajan vastaanottotoiminta

Taulukko 5. Endoproteesihoitajan käyntimääriä tarkastellaan vuodesta 2005 alkaen, vaikka toiminta alkoi vuonna 2003 elokuussa. Vuoden 2004 tiedot eivät nousseet tilastohaussa esille ja vuosi 2003 oli vajaa vuosi, joten ne jätettiin pois

tarkastelusta. Vuosi 2008 kohdalla tilastohaku on ilmeisesti tuonut vain tiedot osittain, tähän voi olla syynä kahden tietojärjestelmän yhdistäminen mikä vaikeuttaa koodipohjaista tietojen hakua. Tätä epäilyä tukee osaston sisäinen potilasmäärien seuranta, sillä vuoden 2007 jälkeen endoproteesihoidajan käyntimäärät ovat olleet joka vuosi yli tuhat potilasta.

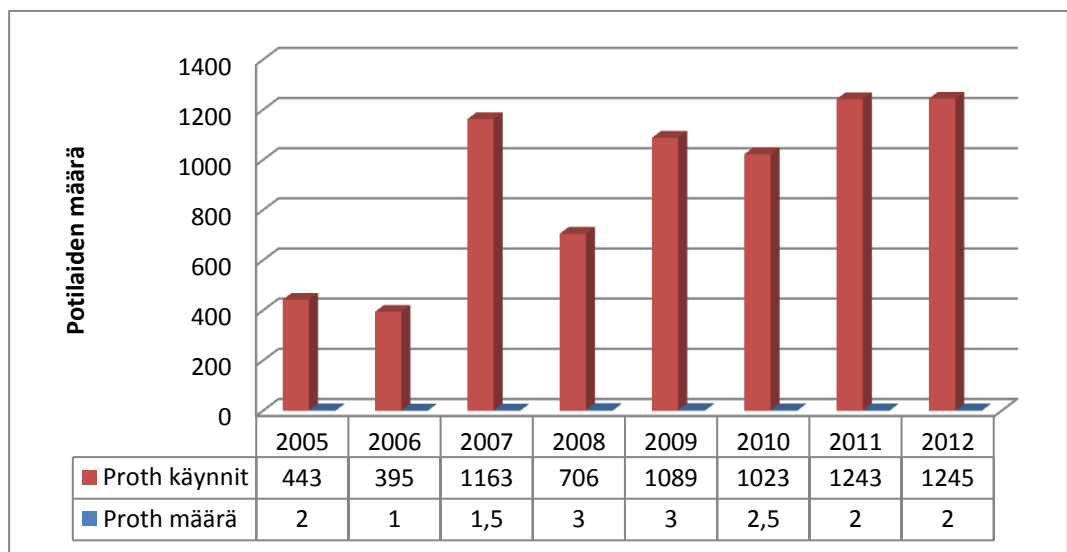
Endoproteesihoidajien määrä on vaihdellut yhden ja kolmen välillä toiminnan alusta asti, mutta potilasmäärä vuositasolla on vakioitunut endoproteesihoidajien määrästä huolimatta. Vastaanottojen kokonaismäärä on vaihdellut yhdestä kuuheen viikossa riippuen endoproteesihoidajien lukumäärästä ja kirurgian poliklinikan henkilöstö- ja työresursseista, sillä endoproteesihoidajat toimivat oman vastaanotto toiminnan lisäksi kirurgian poliklinikan sairaanhoitajan tehtävissä.

Taulukossa 5 näkyy endoproteesihoidajan käyntimäärät vastaanotolla eli potilasmäärät, nämä käyntimäärät ovat uudella toimintamallilla siirretty ortopedeilta endoproteesihoidajalle. Tämä muutos on vapauttanut käyntimääriä ortopedeille 2005 vuonna 443 käyntiä ja 2012 vuonna 1 245 käyntiä. Tämä tarkoittaa vuoden 2012 tarkastelussa noin 103 käynnin lisäystä kuukaudessa ja 25 käynnin lisäystä viikossa ortopedeille. Vertailtuna ortopedien toteutuneisiin lähetekäynteihin vuonna 2012 voidaan todeta endoproteesihoidaja toiminnalla olevan merkitystä. Jos ortopedien käyntimääriin lisättäisiin endoproteesihoidajan vastaanotoilla käyneet potilaat, tämä loisi haasteen tarjota riittävästi lähetekäyntejä potilaille ja hoitotakuun toteutuminen olisi uhattuna. Tätä ajatusta tukee vuonna 2012 lisätyönä tehdyt lähetevastaanotot hoitotakuun toteutumiseksi.

Endoproteesihoidajien resursointia on pyritty muokkaamaan tekonivelkontrollien kysyntää vastaavaksi, mikä näkyy selkeänä potilasmäärien nousuna vuoden 2006 jälkeen. Vuonna 2007 nousu potilasmäärissä johtuu osittain primäärikontrollien eli tekonivelleikkauksen jälkeisen ensimmäisen kontrollin siirtäminen ortopedien vastaanotoilta endoproteesihoidajan vastaanotolle, tämän muutoksen tavoitteena oli vapauttaa ortopedien vastaanotoille lähetekäyntiaikoja. Taulukko 4 tietojen mukaan toiminnan uudelleen järjestelyllä vuonna 2007 verraten vuoteen 2006. Ortopedien lähetekäyntimäärät lisääntyivät 598 käynnillä ja kokonaiskäyntimäärän lisäystä oli 466 käyntiä vuonna 2007. Samoina vertailuvuosina endoproteesi-

hoitajan kokonaiskäyntimäärä nousi 768 potilaalla. Tämä tarkoittaa ortopedien toiminnan tehostusta tarkoittaen 296 potilaskäynnin lisäystä mutta tulee huomioida yhden ortopedin lisäys miehitykseen ja endoproteesihoidajalle siirretyt potilaat. Kuten aikaisemmin on todettu, tällä toiminnan muutoksella ei kuitenkaan ole saatu riittävästi nousua ortopedien lähetekäynteihin. Endoproteesihoidajan vastaanotto toiminnan hyötynä voidaan pitää lisääntyneitä lähetekäyntimääriä ortopedien vastaanotolla, mikä on osatekijänä edesauttanut hoitotakuun toteutumista.

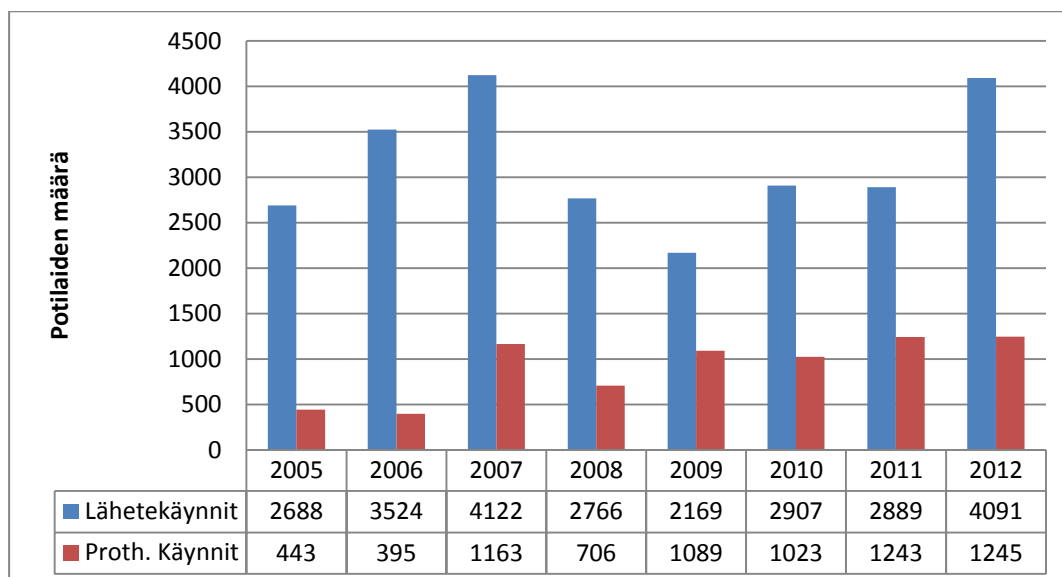
Taulukko 5. Endoproteesihoidajan vastaanotoilla käyneiden potilaiden käyntimäärät ja endoproteesihoidajien lukumäärät vuosina 2005–2012



Taulukossa 6 on tuotu esille ortopedien lähetekäynnit ja endoproteesihoidajan käyntimäärät, koska uudella toimintamallilla on ensisijaisesti tarkoitus vaikuttaa lisäävästi ortopedien mahdollisuuteen kasvattaa lähetekäyntien osuutta vastaanotoilla. Endoproteesihoidajalle siirrettyjen potilaiden määrä seurantajakson aikana on keskimääräisesti vuoden 2009 jälkeen lähes yksi kolmannes lähetekäynneistä. Mutta taulukossa 6 nähtävissä oleva ortopedien kokonaiskäyntimäärän ja tekonivelleikkausten määrän nousu pakottaa endoproteesihoidaja toiminnan tehostukseen, jotta tekonivelpotilaille voidaan tarjota suunnitellun mukaisia kontroleja. Syyskuusta 2013 endoproteesihoidaja vastaanottomääriä on lisätty vastaamaan nykyistä tarvetta, aikaisempi käyntimäärä oli noin 25 käyntiä viikossa, mitä on nostettu 18 käynnillä eli noin 44 potilaskäyntiin viikossa. Endoproteesihoidajan

käyntimäärän tehostamiseen tarvittava lisäresursointi tapahtuu osaston sisäisillä organisoinneilla eli tämä ei vaadi lisätyöpanosta.

Taulukko 6. Ortopedioiden lähetekäynnit ja endoproteesihoidettujen vastaanottokäynnit vuosina 2005–2012



Näiden tulosten pohjalta voidaan mahdollisesti löytää Getsenin (2007, 52 – 54) ja Sintosen ym. (1997, 42 – 44) esittämää maksimaalista hyötyä, johon pitäisi pyrkiä pienin askelin ja analysoiden tuloksia säännöllisesti. Tulokset antavat pieniä viitteitä kuinka Alasoinin (2009, 18) ja Hardyn ym. (2013, 1099 – 1103) mukaisesti yhteisten päämäärien ja uudenlaisen innovatiivisen ajattelun sekä muutosjohtamisen avulla voidaan toteuttaa kustannustehokasta toimintaa. Alasoinin (2009, 11 – 12) ja Himasen (2012, 48 – 49) esille tuomat henkilöstön kouluttautumisen tarve vastaamaan työelämän vaatimuksia tulee hyvin esille uudessa endoproteesihoidajan toimintamallissa, jossa on kouluttautumisen ja innovaation avulla muutettu henkilöstöresursointia kustannustehokkaammaksi sekä hyödynnetty olemassa olevaa informaatioteknologiaa henkilöstön keskinäisen dialogin tukemiseksi. Tekoset-seurantajärjestelmä ja potilastietojärjestelmä toimivat ortopedin ja endoproteesihoidajan välisenä informaatioalustana sekä tilastoinnin välineenä.

Endoproteesihoidajan toimintamallissa toteutuu Gruberin ym. (2007, 11 – 16) ja Dewingin (2010, 22 – 26) ajatus työssäoppimisesta, sillä päteväksi asiantuntijaksi kehittyminen Mäkipää ym. (2011, 12 – 22) määritelmän mukaisesti kestää kolmesta viiteen vuotta ja kollektiivinen asiantuntijuus syntyy asiantuntijoiden ryh-

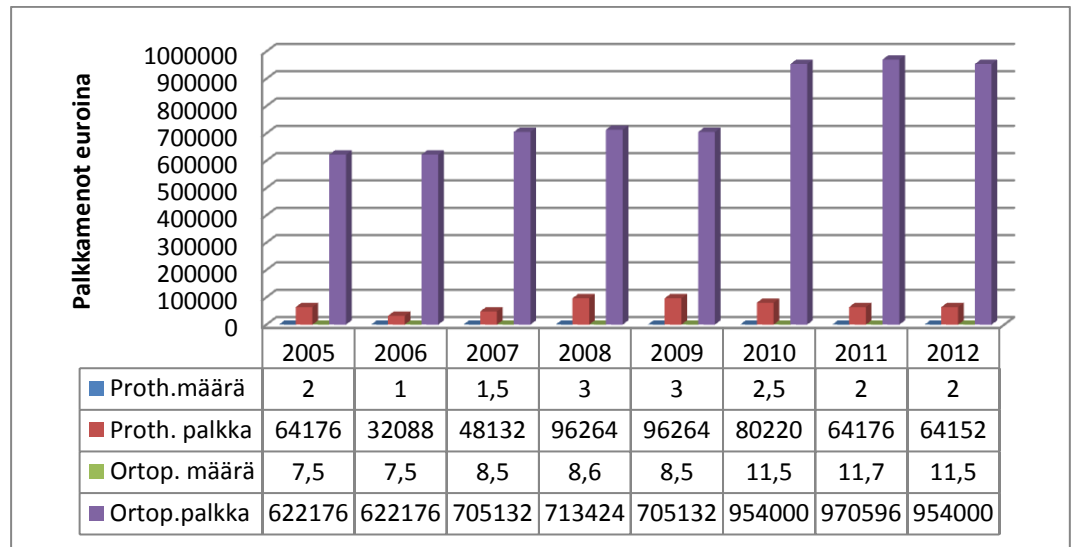
män vuorovaikutuksessa. Työssäoppiminen ja kehittyminen tukee mahdollisuuksia toiminnan uudelleen järjestelyihin sekä kustannustehokkaaseen toimintaan.

6.3.5 Ortopedien ja endoproteesihoitajien kokonaispanos

Taulukoissa 7 ja 8 on tuotu esille kokonaispanosta, missä näkyy suurimpana meno-osuutena palkkamenot. Taulukossa 7 on esitetty endoproteesihoitajien ja ortopedien vuosipalkkamenot. Palkkamenojen laskenta perusteena on käytetty henkilöstöhallinnosta saatuja vuoden 2013 palkkatietoja, koska kuntasektorin palkan muutokset ovat suhteellisen pieniä, tämän vuoksi ei ole hankittu eri vuosien palkkatietoja ja kaikissa taulukoissa on käytetty vuoden 2013 palkkatietoja. Tehtävänsiirroissa mahdollisuudet ovat rajalliset, mutta esimerkiksi kontrollikäyntien osalta tehtävänsiirtojen avulla voidaan pienemmällä panoksella tuottaa suurempia tuloksia. Tekonivelpotilaiden kontrollikäynnit ovat järkevää ja kustannustehokasta tuottaa matalammilla eli endoproteesihoitajien palkkamenoilla.

Kustannus-hyöty arvion mukaisesti tuotosten tulee olla suuremmat kuin kulut ja terveys-tuottavuuden arviointia eli hyötyjen arviointi (Getzen 2007, 52 – 62). Tekonivelpotilaille tuottavuutta on esimerkiksi työkykyisyys ja oikea-aikainen hoito, mikä vähentää potilaiden kuluja esimerkiksi johtuen työkyvyttömyydestä tai myöhäisestä toimenpiteestä aiheutuvasta hitaasta toipumisesta. Uudessa toimintamallissa tuotetaan tekonivelpotilaiden kontrollikäynnit pienemmällä panoksella ja potilaiden marginaaliset hyödyt ovat seurannassa osoittautuneet riittäviksi sekä näillä on vaikutusta yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna. Endoproteesihoitajilla käyneiden potilaiden voidaan olettaa olleen tyytyväisiä uuden toimintamallin kontrollikäynteihin, koska potilaiden kirurgian poliklinikalle palauttamien asiakaspalautteet ovat olleet myönteisiä toiminnan kymmenen vuoden aikana. Vastaavanlainen potilastyytyväisyys hoitajavastaanottoihin ilmenee Nisulan (2010, 22 – 23) työssä, jossa on tutkittu terveyskeskuksissa tehtyjä tehtävänsiirtoja lääkäriltä sairaanhoitajalle.

Taulukko 7. Ortopedioiden ja endoproteesiohittajien vuosipalkkamenot vuosina 2005–2012



Kokonaispanos taulukossa 8 näkyy kuten aikaisemmissa taulukoissa lisääntynyt toimintamäärien kasvu jokaisella sektorilla. Ortopedioiden käyntimäärät olivat 2005 vuonna 8 132 ja vastaavasti 2012 vuonna 20 219 eli lisääntymistä käyntimäärissä oli 12 087. Proteesiohittajien käyntimäärät ovat nousseet lähes kolminkertaisesti vuodesta 2005 vuoteen 2012 eli käyntimäärä vuonna 2012 oli 1 245. Tekonivel-leikkausten määrä on lisääntynyt vuodesta 2005 vuoteen 2012 lähes puolella eli vuonna 2012 oli 812 leikkausta vuodessa. Nivelrikon, nivelreuman ja lonkan murtuman diagnoosilla käyneiden potilaiden käyntimäärät ovat lähes kolminkertaistuneet vertailuajanjaksona eli vuonna 2012 käyntimäärä oli 5 630.

Esitettyjen taulukoiden pohjalta voi mahdollisesti etsiä tarkemman analyysin avulla ideaalista henkilöstö- ja aikaresursointi eli kokonaispanosta vastaamaan nivelrikko- ja nivelreumapotilaiden hoidontarpeeseen. Kokonaispanos taulukossa toiminnan kehitys vaikuttaa tasaiselta eli nousua on havaittavissa vuoden 2009 jälkeen jokaisella tarkasteltavalla alueella. Tarkempi ortopedioiden käyntimäärien analysointi tuo esille diagnoosin perusteella olevien käyntimäärien nousua suhteessa kokonaiskäyntimääriin vuoden 2009 jälkeen, näitä selittäviä tekijöitä voi olla teoriaosassa esille tuotu ikäjakauman muutos ja sen myötä nivelrikon lisääntyminen.

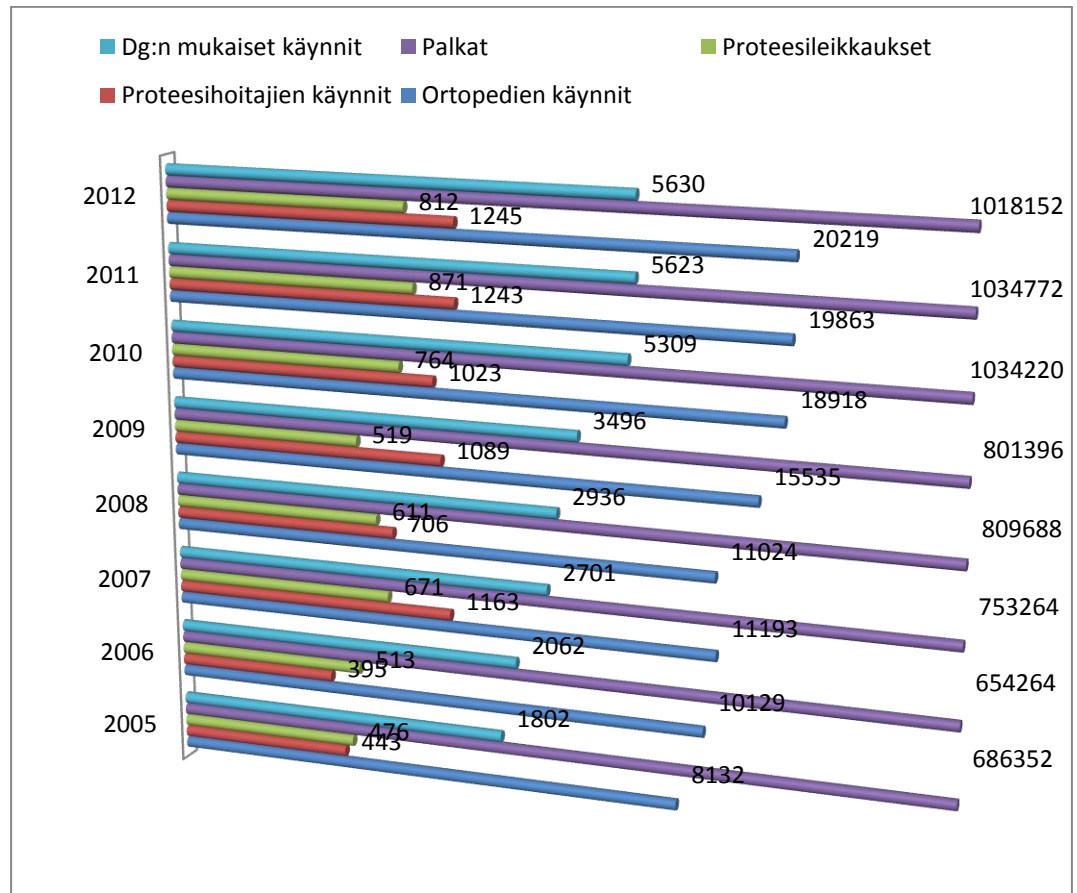
Endoproteesiohittajan käyntimäärien ja tekonivelleikkausten keskinäisessä suhdetuudessa on nähtävissä pientymistä eli endoproteesiohittajan vastaanotot täyttyvät

pääsääntöisesti leikatuista potilaista (primäärikontrolleista). Tämä tarkoittaa määrävuosikontrolliaikojen vähentymistä ja haastetta tuottaa potilaille määrävuosikontrolleja oikea-aikaisesti. Tämä osoittaa aikaisemmin mainitun vuonna 2013 tapahtuneen endoproteesihoitaja toiminnan tehostamisen tarpeellisuuden.

Jatkuvalla kokonaistoiminnan resursoinnin tarkkailulla ja muutoksilla on pyritty tuottamaan oikea-aikaisia kontrolleja, jolloin uusintaleikkaukset pyritään suorittamaan ideaaliseen aikaan ja edullisemmin oikea-aikaisuudesta johtuen. Kokonaishoidon analysoinnissa on nähtävissä, että ortopedien resursoinnissa täytyy huomioida eri sektorien kuten osasto-, vastaanotto- ja leikkaustoiminta, jolloin toiminta kohdentuu tarpeiden mukaisesti. Tämä vaatii toiminnan jatkuvaa tasapainottamista, mikä tarkoittaa henkilöstöresurssien painopisteen siirtämistä esimerkiksi vastaanottotoiminnasta leikkaustoimintaan tai toisinpäin riippuen millä sektorilla on kysynnän kasvua.

Kokonaistoiminnan hallinta edellyttää kysynnän ja tarpeen jatkuvaa tilastointia sekä arviointia että toiminnan suunnittelua, koska toiminnalla on selkeät kustannustavoitteet. Toiminnassa tulee huomioida eri alueiden henkilöstö- ja aikaresurssit, jotta tarkoituksenmukainen toiminta mahdollistuu eri sektoreilla. Ekonomisesti ajateltuna, mahdollisimman monelle pystytään tarjoamaan palveluita, kun kustannukset pysyvät riittävän matalina. (Getzen 2007, 30 – 31.) Kokonaishoidon taulukko 8 ja sen sisältämät numeraaliset arvot ovat esitetty seuraavalla sivulla.

Taulukko 8. Kokonaispanos vuosina 2005–2012



Taulukko 8 numeraaliset arvot

	2005	2006	2007	2008
Ortopedioiden käynnit	8132	10129	11193	11024
Proteesihoidajien käynnit	443	395	1163	706
Proteesileikkaukset	476	513	671	611
Palkat yhteensä	686352	654264	753264	809688
Dg:n mukaiset käynnit	1802	2062	2701	2936
	2009	2010	2011	2012
Ortopedioiden käynnit	15535	18918	19863	20219
Proteesihoidajien käynnit	1089	1023	1243	1245
Proteesileikkaukset	519	764	871	812
Palkat yhteensä	801396	1034220	1034772	1018152
Dg:n mukaiset käynnit	3496	5309	5623	5630

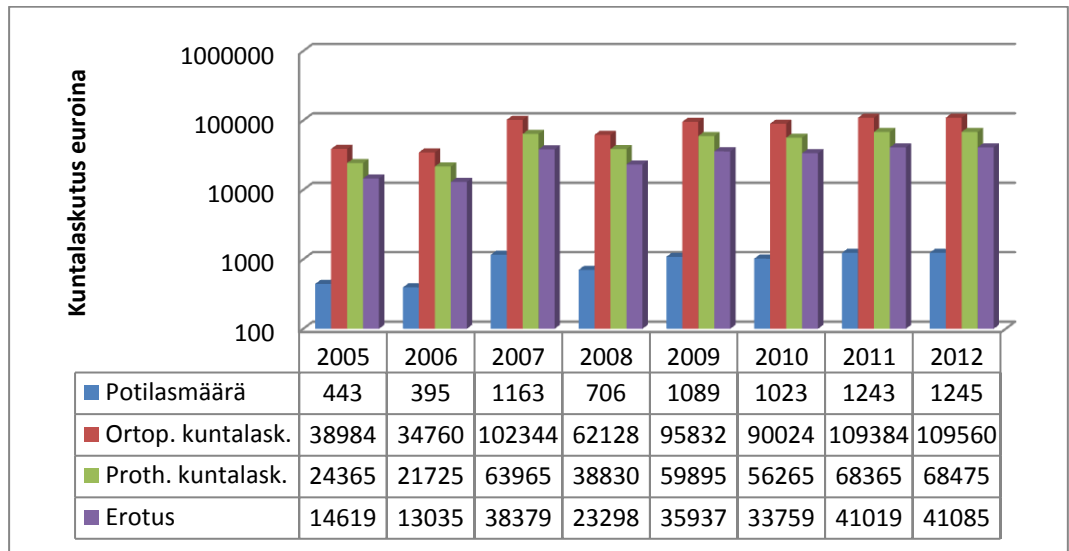
6.3.6 Vastaanottoimintamallin vaikutus kuntalaskutukseen

Taulukossa 9 tuodaan esille uuden endoproteesihoidaja-toimintamallin vaikutus yhteistyökunnille. Potilasmääränä on käytetty endoproteesihoidajan vastaanotolla käyneiden potilaiden käyntimäärää, koska nämä potilaat ovat siirretty ortopedeilta endoproteesihoidajalle. PHKS:ssa on määritelty poliklinikkakäyntiin liittyvä kuntalaskutushinta, joka laskutetaan potilaan kotikunnalta. Ortopedin kuntalaskun määrä on keskimääräisesti 88 euroa käyntiä kohden ja endoproteesihoidajan kuntalaskutuksen määrä on aina 55 euroa käyntiä kohden. Potilaat maksavat molemmista käynneistä 27,50 euron suuruisen poliklinikkamaksun. Potilaiden poliklinikkamaksuun sisältyy ortopedin ja endoproteesihoidajan vastaanotolla tekonivelen röntgenkuvaus.

Vuonna 2012 endoproteesihoidajan vastaanotolla kävi yhteensä 1 245 potilasta. Endoproteesihoidajan vastaanottojen kuntalaskutuksen määrä oli 68 475 euroa, vastaavasti kuntalaskutuksen määrä ortopedien vastaanotolla olisi ollut 109 560 euroa. Kuntalaskutuksessa on nähtävissä eroa kahden eri toimintamallin välillä eli yhteistyökunnille uusi endoproteesihoidaja toimintamalli on 41 085 euroa edullisempi.

Uudenlaisten tehtävänsiirtojen avulla ja tarkoituksenmukaisella henkilöstöresurssien käytöllä voidaan saavuttaa taloudellisia säästöjä eri terveydenhuollon yksiköissä, tämän vuoksi olisi tärkeää löytää uusia tehtävänsiirtoihin sopivia potilasta ja henkilöstöryhmiä. Opinnäytetyön tulosten kanssa vastaavia kustannussäästöjä tulee esille Alanderin (2013, 96 – 98) kehittämistyössä ja asiantuntijoiden oma halukkuus toiminnan uudelleen järjestelyihin ja tehtävänsiirtoihin. Näiden avulla voidaan tarjota tarvittavia palveluja edullisemmin ja oikea-aikaisesti. Nisulan (2010, 21 – 23) työssä on tarkasteltu tehtävänsiirtojen avulla saatuja säästöjä, kuten tässä työssä käyntimaksuja vertailemalla. Hän tuo esille tehtävänsiirroilla saatujen tutkimustulosten ja tilastojen vähäisyyden. Tehtävänsiirroissa toteutuu hyvin Sintosen ym. (1997, 46 – 47) näkemys tuottavuuden parantamisesta nykyisillä voimavaroilla. OECD:n tutkimus (2011, 1 – 17) ja College of Registered Nurses of Nova Scotia (2011, 1 – 41) kirjallisuuskatsaus tuovat esille sairaanhoitajien ja hoitotyön tuomat säästöt, mutta ongelmana on vähäinen tutkimustieto aiheesta.

Taulukko 9. Kuntalaskutuksen summan vertailu ortopedin ja endoproteesihoitajan vastaanottokäyntien välillä vuosina 2005–2012



Tekonivelpotilaiden kontrollikäyntien vertailu (ennen tehtävänsiirtoa ja tehtävän siirron jälkeen) kuntalaskutuksen ja prosessin osalta havainnollistetaan Sintonen ym. (1997, 41) esittämän kaavion mukaisesti: Panokset, Tuotantoprosessi, Tuotos ja Vaikuttavuus. *Kuviossa 1* on kuvattu tekonivelpotilaiden kontrollikäyntiä ortopedin vastaanotolla. Ortopedin työparina on endoproteesihoitaja, sairaanhoitaja tai lähihoitaja. *Kuviossa 2* on kuvattu endoproteesihoitajan tuottamaan tekonivelpotilaiden kontrollikäyntiä. Kuvioihin on valittu yksinkertainen esittämistapa mikä havainnollistaa ja tiivistää selkeästi erot kahden eri toimintamallin välillä.

Panoksiin kuvioissa 1 ja 2 ei ole laskettu toiminnan muita kuluja, koska toiminta tapahtuu samassa organisaatiossa ja samassa yksikössä, sillä esimerkiksi laite- ja tilakulut sekä lääketieteelliset tutkimuskulut ovat samat. Kuvioissa on käytetty vuoden 2013 ortopedien ja endoproteesihoitajien vuosipalkkatietoja sekä endoproteesihoitajan vuoden 2012 potilaiden kokonaiskäyntimäärää.

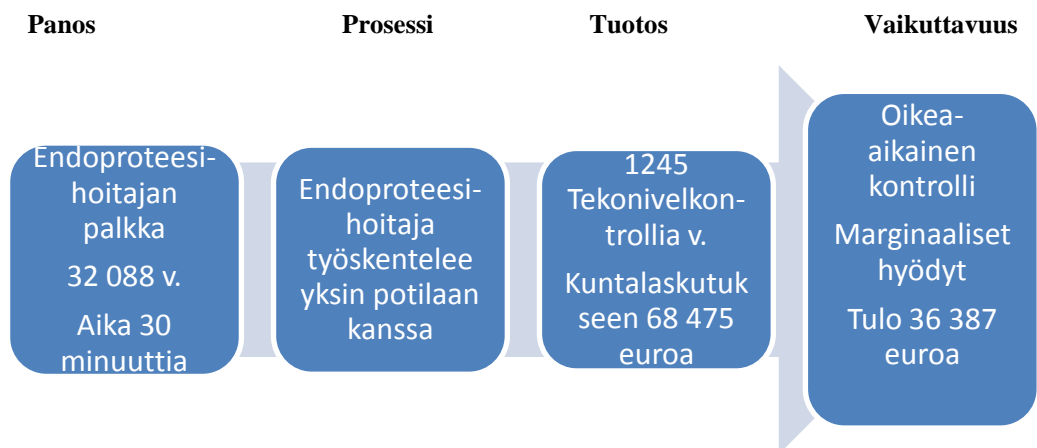
Kuvio 1. Tekonivelpotilaiden kontrollikäynti ortopedin vastaanotolla. Panoksina on kuvattu ortopedin ja endoproteesihoitajan palkka vuositasolla 115 045 euroa. *Prosessissa* molemmat työskentelevät samanaikaisesti ja vastaanotoilla painottuu lääketieteellinen näkökulma. Vastaanottoaika on 15–20 minuuttia potilasta kohden, mutta kahden työntekijän yhteenlaskettu työaika on 30–40 minuuttia. Ortopedi keskittyy tekonivelen toiminnallisuuteen ja röntgenkuviin, nämä antavat oleellista tietoa potilaille tekonivelestä. Ortopedi ja endoproteesihoitaja täydentävät tekonivelen kontrolliin liittyvät dokumentit (potilasasiakirjamerkinnot, jatkohoidon ohjelmointi, röntgenkuvien tulkinta ja Tekoset-seurantalomakkeen täyttö). *Tuotoksena* on 1 245 tekonivelpotilaan kontrollikäyntiä ja kuntalaskutuksesta saatava 109 560 euron suuruinen tulo. Yhteenvetona 115 045 eurolla on tuotettu 1 245 tekonivelpotilaan kontrollikäynnit ja kuntalaskutuksesta saatava tulo on 109 560 euroa. *Vaikuttavuus*, potilaan tekonivelen kontrollikäynti toteutuu ja potilas saa välittömän tulkinnan tekonivelen röntgenkuvista ja jatkokontrolleista. Marginaalisena hyötynä potilas saa esimerkiksi, ortopedin arvion muuhun lääketieteelliseen ongelmaan tai reseptien uusinnan sekä vastaanottokäynti tapahtuu tekoniveliin perehtyneemmän kokeneemman asiantuntijan vastaanotolla. Vaikuttavuutena on panosten ja tuotosten erotus eli 5 485 euron menetys organisaatiolle mutta tulee huomioida, että nämä kontrollit ovat vain yksi osa ortopedien kokonaistoiminnasta. Vaikuttavuudessa tulee huomioida, että potilaan oikea-aikainen kontrolli ei olisi mahdollista toteuttaa ortopedien vastaanotoilla.

Kuvio 2. Tekonivelpotilaiden kontrollikäynti endoproteesihoitajan vastaanotolla. Panokset ovat endoproteesihoitajan palkka vuodessa 32 088 euroa vuodessa. *Prosessissa* endoproteesihoitaja työskentelee yhden potilaan kanssa kerrallaan noin 30 minuuttia. Ortopedi tarkistaa endoproteesihoitajan vastaanotolla käyneen tekonivelpotilaan dokumentit (potilasasiakirjamerkinnot, röntgenkuvat ja Tekoset-seurantalomakkeen) omaan vastaanottopäivään liittyvänä toimintana kirurgian poliklinikalla. Endoproteesihoitaja täydentää tekonivelkontrolliin liittyvät dokumentit normaali työajan puitteissa ja työyksikön resurssien salliessa mahdollistetaan dokumenttien täydentämiseen erikseen varattua aikaa. *Tuotoksena* on 1 245 tekonivelpotilaan kontrollikäynti ja kuntalaskutuksesta saatava 68 475 euron suuruinen tulo. Yhteenvetona 32 088 eurolla on tuotettu 1 245 potilaan tekonivelkontrollia ja kuntalaskutuksen tulona on 68 475. *Vaikuttavuus*, potilaan oikea-aikainen

kontrolli toteutuu ja potilas saa tarvittavat tiedot liittyen elämään tekonivelen kanssa. Potilas saa toiminnallisuuteen liittyvän tiedon eli ortopedin antaman arvi-
on röntgenkuvista jälkikäteen kirjeitse kotiin. *Marginaalisena hyötynä* potilas saa yksilöllistä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää ohjausta ja neuvontaa. Vaikutta-
vuutena on panosten ja tuotoksen erotus eli 36 387 euron positiivinen tulo organi-
saatiolle.



Kuvio 1. Tekonivelpotilaiden kontrollikäynti ortopedin vastaanotolla



Kuvio 2. Tekonivelpotilaiden kontrollikäynti endoproteesihoitajan vastaanotolla

7 TULOSTEN YHTEENVETO

Kokonaiskäyntimäärissä ortopedien ja endoproteesihoidajan vastaanotoilla on nähtävissä vuosien 2005 ja 2012 välisenä aikana selkeää kasvua sekä erityisesti nivelrikon, nivelreuman ja lonkkamurtuma potilaiden kohdalla on nousua käyntimäärissä vuoden 2008 jälkeen. Seurantavuosien suurin potilasryhmä on 71–80-vuotiaat potilaat. Naispotilaita on vuosien 2005–2012 aikana lähes puolet enemmän kuin miehiä. Suuri ikäjakauma luo haasteen potilaiden ohjaukseen sekä opetukseen endoproteesihoidajan vastaanotolla, sillä eri-ikäisillä potilailla painottuvat erilaiset terveys- ja hyvinvointitavoitteet. Ortopedien määrän lisäyksellä vuoden 2007 jälkeen on saatu lisättyä kokonaiskäynti- ja tekonivelleikkausmääriä mutta lähetekäyntimäärät eivät ole nousseet suhteessa kokonaistoimintaan. Uudella endoproteesihoidajamallilla on tuotettu tekonivelpotilaiden kontrollikäynnit pienemmillä panoksilla ja toiminnan marginaaliset hyödyt ovat riittävät potilaiden asiakaspalautteen perusteella. Endoproteesihoidajat ovat toteuttaneet tekonivelpotilaille kontrollikäynnit suunnitellusti ja oikea-aikaisesti, mutta lisäys kokonaistoiminnassa on vähentänyt endoproteesihoidajien määräaikaishälytysten määrää. Endoproteesihoidaja toimintamalli on tekonivelpotilaiden kontrolleissa yhteistyökunnille edullisempi, verrattuna entiseen tekonivelpotilaiden kontrollimalliin. Endoproteesihoidaja toimintamalli on kustannustehokasta ja tuottaa organisaatiolle tuloa eli tällä toimintamallilla on taloudellista merkitystä kirurgian poliklinikalle.

8 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN ARVIOINTI

Tilastojen pyytämisessä on hyödynnetty tilastoasiantuntijoiden näkemystä ja kokemusta, jotta pyydetty tilastot vastaisivat opinnäytetyön kysymyksen asettelua. Tavoitteena on ollut tuoda esille toimintaa kuvaavia lukumääriä ja pohtia niiden merkitystä, sillä syvällisempi tilastojen analysointi vaatisi lisätutkimuksia ja tarkempia kokonaistoiminnan tilastoja sekä kokeneisuutta tutkimustyössä. Luotettavuutta on pyritty lisäämään kuvaamalla mahdollisimman tarkasti aineiston keruuta, taulukoiden muodostamista ja taulukoiden sisältöä. Taulukoissa olevia lukumääriä on ristiinlaskennan avulla varmistettu, että esimerkiksi potilaiden tai leikkauksien lukumäärät vastaavat toisiaan. Aineiston keruussa ilmenneitä haasteita on tuotu esille ja yritetty pohtia niiden syitä ja vaikutusta.

Opinnäytetyön toistettavuus on mahdollista, sillä potilaiden käyntimäärät ovat koodeilla tilastoitu ja sairaalan potilastietojärjestelmään tallennettu, toistettavuuden edellytyksenä on samojen hakukoodien käyttäminen. Pyrkimyksenä on ollut kerätä totuudenmukaista tilastoaineistoa ja sen vuoksi diagnoosien ja leikkauksikoodien varmistus on tehty ortopedian ylilääkäriltä ennen tilastojen pyytämistä. Laajasta tilastohausta johtuen on mahdollisia aineistosta pois pudonneita oikeiden koodien omaavia potilaita. Aineiston keruu kohdassa on selvitetty millä perusteilla tilastoja on pyydetty, mikä lisää opinnäytetyön tilastojen toistettavuutta.

Aineistohaussa opinnäytetyöntekijät ovat pyrkineet löytämään kattavaa ja ajankohtaista aineistoa, mutta taloudellinen näkökulma hoitotyössä ja asiantuntijasairaanhoitajan toiminnassa osoittautui vähän tutkituksi alueeksi Suomessa sekä kansainvälisesti. Tämän vuoksi opinnäytetyössä on käytetty aikaisemmin tehtyjä YAMK-töitä vertailukohteenä.

Toinen opinnäytetyöntekijä työskentelee endoproteesihoitajana ja on ollut toimintamallin kehittämistyössä alusta asti. Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta tämä tuo taustatietoa ja näkemystä tilastojen analysointiin. Aihetta lähestytään retrospektiivisesti ja tarkastellaan jo olemassa olevia tilastoja. Opinnäytetyö esitellään PHKS:ssa, joten opinnäytetyöstä tulee julkinen ja asiaan perehtyneiden asiantuntijoiden arvioitavissa oleva. Opinnäytetyön luotettavuutta heikentävänä tekijänä

voidaan pitää opinnäytetyöntekijöiden kokemattomuutta tilastollisessa tutkimustyössä.

Eettisyys tutkimuksessa tulee parhaiten esille aineiston keruussa ja sen käsittelyssä, sillä potilaiden henkilötietoja opinnäytetyöntekijöillä ei ole käytössä. Opinnäytetyössä esiintyvät työntekijät eivät ole yksilöidysti tunnistettavissa, mutta ryhmänä heidän tunnettavuus tulee esille. Totuudenmukaista aineiston käsittelyä ja objektiivista aineiston analyysiä on pyritty osoittamaan kuvaamalla prosessin etenemistä. Opinnäytetyön ohjausta ja tilastoasiantuntijoiden sekä ortopedian ylilääkärin tietämystä on hyödynnetty opinnäytetyön prosessin eri vaiheissa, jotta aineiston käsittelyssä ei tapahtuisi tahatonta vääristymistä. Opinnäytetyön tilastoaineisto hävitetään PHKS:ssa tietosuojalainmukaisesti.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata asiantuntijasairaanhoitajan eli endoproteesihoidajan tekonivelpotilaiden kontrollien uudenlaista vastaanotto toimintamallia Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian poliklinikalla. Tavoitteena oli osoittaa endoproteesihoidaja vastaanotto toiminnan taloudellinen merkitys vuosien 2005–2012 välisenä aikana. Tarkastelunäkökulmaksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä ja aineisto kerättiin PHKS:n tilastokannasta.

Endoproteesihoidaja toimintamallin taloudellista vaikutusta kokonaistoimintaan oli mahdollista todentaa tilastojen avulla ja näyttää selkeästi toiminnan taloudellinen vaikuttavuus. Tekonivelpotilaiden uusi toimintamalli endoproteesihoidajan vastaanotolla tuotti kustannushyötyä yhteistyökunnille sekä organisaatiolle. Uudella toimintamallilla on pystytty tarjoamaan tekonivelpotilaille oikea-aikaisia kontroleja ja lisähyötynä potilaat ovat saaneet yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa terveyden ja hyvinvoinnin tukemiseksi. Tuloksissa kokonaistoiminta kaikilla sektoreilla on seuranta-aikana kasvanut samassa suhteessa mutta läheteaikoihin on suhteellisen vähän pystytty vaikuttamaan. Tämä luo haasteen hoitakuun toteutumiselle ja vaatii uudenlaista työnsuunnittelua ja organisointia. Tuloksissa oli selkeästi nähtävissä nivelrikon, nivelreuman ja lonkkamurtuma potilaiden kokonaisikäntimäärissä kasvua sekä suurinta ikäryhmää edusti 71–80-vuotiaat, joista oli eniten naisia.

Sosiaali- ja terveysalan kirjallisuudessa on kansainvälisesti ja kansallisesti ajankohtainen aihe toiminnan taloudellinen suunnittelu ja kustannustehokas toiminta. Suomessa kansallisella tasolla annetaan suosituksia ja velvoitteita kustannustehokkaaseen toimintaan sekä erilaisiin uusiin innovatiivisiin toimiin tavoitteiden saavuttamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tehtävänsiirtoja ja toimenkuvien laajentamisia on suositeltu vuosien ajan, mutta tutkimustietoa näiden tehokkuudesta löytyy vähän. Opinnäytetyössä käsitelty toimintamalli on ollut käytössä noin kymmenen vuotta ja vastaavanlaisia tehtävänsiirtoja on tehty useita mutta niiden todellisia kustannusvaikutuksia tai vertailua aikaisempaan toimintamalliin ei ole tehty. College of Registered Nurses of Nova Scotia (2011, 1 – 41) tuottaa säännöllisiä kirjallisuuskatsauksia, niiden tavoitteena on osoittaa hoitotyön tuottamia ta-

loudellisia säästöjä ja tuoda esille sairaanhoitajien näkymätöntä työtä. Nisula (2010, 22 – 23) ja Alander (2013, 26 – 27) ovat tuoneet YAMK-opinnäytetöissään esille tehtävänsiirtojen tuomia taloudellisia säästöjä ja taloudellisten tutkimuksien vähäisyyden liittyen tehtävänsiirtoihin. OECD:n (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajien laajennetuista tehtäväkuvista tuloksina esitettiin tehtävänsiirtojen tuomat säästöt, hoidon saatavuus ja potilastyytyväisyys. Lisäksi perusteena tehtävänsiirtoihin kansainvälisesti oli huolehtia resurssien riittävyydestä. (OECD 2013, 1 – 17.)

Sähköinen tilastointi ja raportointi ovat sosiaali- ja terveysalan normaalikäytänteitä, mutta niiden todellinen hyödyntäminen tulisi olla nykyistä tehokkaampaa ja aktiivisempaa. Tärkeää tilastojen hyödynnettävyyden kannalta on, tilastoidaanko käyttäjiä hyödyntäviä tietoja ja kuinka tilastointijärjestelmän raportit palvelevat loppukäyttäjiä. Nykyiset tilastointikäytännöt tarjoavat hyvän aineiston taloustieteelliselle tutkimukselle mutta esimerkiksi asiantuntijuudesta löytyneitä määrällisiä tutkimuksia on vähän verraten laadullisiin tutkimuksiin. Yhtenä tekijänä voi olla hoitotyössä painotettu laadullinen näkökulma ja määrällinen lähestymistapa koetaan vieraana osana omaa työtä. Oman työn tarkastelu tilastollisesta näkökulmasta laajentaa näkemystä omasta työstä ja tilastojen hyödynnettävyydestä oman työn kehittämiseen ja arviointiin. Luotettavasti täydennettyjä tilastotietoja voidaan hyödyntää toiminnan- ja henkilöstöresursoinnin suunnittelussa, jolloin voidaan paremmin kohdentaa rajallisia voimavaroja. Tilastojen analysoinnin avulla on mahdollista nähdä kokonaistoimintaa uudessa valossa ja löytää uusia kustannustehokkaampia toimintamalleja.

Hoitotyön toimintoja tulisi ilmentää nykyistä enemmän ekonomisilla termeillä, sillä niukkojen taloudellisten resurssien aikana tehtävänsiirtojen muuntaminen euroiksi osoittaa toiminnan vaikuttavuuden. Toiminnan tehostaminen samalla henkilöstömäärällä edellyttää optimaalisen panos-tuotos-vaikuttavuus yhdistelmän löytämistä. Tämä edellyttää organisaatiolta, esimiehiltä sekä henkilöstöltä yhteistä tahtoa löytää uusia toimintamalleja. Proaktiivisen toiminnan merkitys ja tarve todennäköisesti lisääntyy entisestään sosiaali- ja terveydenhuollon alalla tulevaisuudessa. Tämä opinnäytetyö on tuonut uutta tarkempaa tietoa endoproteesihoitajan taloudellisesta merkityksestä kokonaistoimintaan. Opinnäytetyön ja siinä esi-

tettyjen tulosten toivotaan herättävän lukijoissa mielenkiintoa todellisten kustannushyötyjen seurantaan ja uudenlaisten kustannustehokkaiden ratkaisujen kehittämiseen sosiaali- ja terveysalalla.

Opinnäytetyössä esiteltyä toimintamallia voidaan hyödyntää, esimerkiksi tekonivelpotilaiden kontrollien mahdollisessa hajauttamisessa perusterveydenhuoltoon. Tämä edellyttää henkilöstön resursointia ja kouluttautumista sekä seuranta-tietokannan hankkimista. Näiden perusterveydenhuollolta vaadittavien panosten vertailu nykyisen toimintamallin panoksiin ja tuloksiin antaa mahdollisuuden arvioida hajauttamisen kannattavuutta. Getsenin (2007, 52 – 53) kustannus-hyöty analyysi ja marginaalisten hyötyjen huomioon ottaminen tuovat yhden työvälineen tarkastella kontrollien siirtämistä perusterveydenhuoltoon. Suomen Artroplastia yhdistys (2010, 54) suosittelee seurannassa röntgenkuvien tarkastamisen tapahtuvan ortopedien toimesta. Nykyinen toimintamalli mahdollistaa endoproteesihoitajille tarvittaessa välittömän yhteydenoton ortopediin ja potilailla on mahdollisuus nopeaan yhteydenottoon asiantuntijoihin.

Jatkotutkimusaiheena esitetään laajemman kustannusvaikuttavuuden tarkastelua tämän opinnäytetyön aineiston pohjalta ja tarkastella tilastoinnin merkitystä aineistohaussa sekä informaation lähteenä.

Kirurgian poliklinikalla on tehty useita tehtävänsiirtoja. Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla kattavampi tutkimus erilaisten tehtävänsiirtojen taloudellisesta merkityksestä ja sitä kautta luoda uusia työnkuvia sekä toimintakenttiä asiantuntijajäsairaanhoidajille organisaatiossa. Näissä tutkimuksissa olisi mahdollista tarkastella hoitotyön marginaalisten hyötyjen taloudellista merkitystä.

Opinnäytetyön tekijöille matka määrällisen tutkimuksen maailmaan on ollut haasteellinen mutta antanut oppimisen iloa useaan kertaan. Määrällisen tutkimusmenetelmän mahdollisuudet osoittaa hoitotyön taloudellista vaikuttavuutta motivoi opinnäytetyön tekijöitä valitsemaan määrällisen menetelmän. Laadullinen tutkimus oli kummallekin opinnäytetyön tekijälle määrällistä tutkimusta tutumpi, mutta taloudellisen aiheen ja määrällisen menetelmän valinta tarjosi opinnäytetyön tekijöille uudenlaisen ja haasteellisen oppimisprosessin. Taloustieteellinen teoriapohja avasi määrällisen menetelmän merkitystä ja hyödynnettävyyttä sosiaali-

ja terveydenhuollon alalla välineenä vastata globaaliin kustannustehokkuus haasteeseen.

LÄHTEET

Alander, P. 2013. Suun terveydenhuollon palvelujen kehittäminen hoitotakuun näkökulmasta. Turun ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. [viitattu 22.07.2013] Saatavissa:

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/60695/Alander%20Pasi.pdf?sequence=1>

Alasoini, T. 2009. Mitä on uusi työ ja yrittäjyys? Mitä tarvitaan, mikä sen mahdollistaa? Helsinki. [viitattu 15.07.2013] Saatavissa:

<http://www.yhteistoiminta.fi/uutiset/uutisarkisto/getfile.php?file=550>

Ammatillisten aineiden opettajien sekä rehtoreiden kelpoisuusvaatimuksia selvittäneen työryhmän loppuraportti. 2010. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2010:5. Opetusministeriö Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Helsinki: Valtioneuvosto.

Arene. 2006. Ammattikorkeakoulujen osallistuminen eurooppalaiseen korkeakoulutukseen. Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit. [viitattu 04.09.2013] Saatavissa: <http://www.ncp.fi/ects>

College of Registered Nurses of Nova Scotia. 2011. Registered Nurse-Sensitive Outcomes: A Summary Report. Esther Sangster-Gormley PhD, RN.[viitattu 20.10.2013] Saatavissa:

<http://www.crnns.ca/documents/NPSensitiveOutcomes2011.pdf>

Dewing, J., 2010. Moments of movement: Active Learning and practice development. Nurse Education in Practice 10 (2010). [viitattu 17.10.2013] Saatavissa:

<http://www.nelliportaali.fi/V/YRGT82SX23NRXERGKCGKQH1JK7BA9DGPRDD3NIL1C1CRY162LA-01882?func=meta-3>

Getzen, T. E. 2007. Health Care Economics. Temple University. Philadelphia.

Gruber, H. & Palonen, T. 2007. Learning in the workplace: New developments in the relation between working and learning. Teoksessa H. Gruber & T. Palonen

(toim.) Learning in the workplace – new developments. Helsinki: Finnish educational research association, 11 – 16.

Hardy, S., Jackson, C., Webster, J. & Manley, K. 2013. Educating advanced level practice within complex health care workplace environments through transformational practice development. *Nurse Education Today* 33 (2013). [viitattu 17.10.2013] Saatavissa:

http://www.sciencedirect.com/aineistot.phkk.fi/science?_ob=ArticleListURL&_mehod=list&_ArticleListID=400176080&_sort=r&_st=13&_view=c&_acct=C000062624&_version=1&_urlVersion=0&_userid=4246040&md5=0950687637a1a07b440add6cb53de8a5&searchtype=a

Harilainen, A., Kallio, P. & Kettunen, J. 2012. Polvi. Teoksessa I. Kiviranta & M. Järvinen (toim.) *Ortopedia*. Helsinki: Kandidaattikustannus, 396 – 419.

Himanen, P. 2012. Sininen kirja. Suomen kestävän kasvun malli. Luonnos kansalliseksi tulevaisuushankkeeksi. Johtopäätöksiä Suomen tulevaisuusselonteolle Kestävän kasvun malli -tutkimushankkeen pohjalta. [viitattu 10.07.2013] Saatavissa:

<http://valtioneuvosto.fi/tiedostot/julkinen/pdf/2012/sininen-kirja/fi.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajajärvi, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hirvensalo, E., Kallio, P., Kalske, J. & Remes, V. 2012. Lantion, lonkan ja reiden alueen ortopediset sairaudet. Teoksessa I. Kiviranta & M. Järvinen (toim.) *Ortopedia*. Helsinki: Kandidaattikustannus, 390 – 419.

Hoitoportaali. Terve Media Oy 2013. [viitattu 30.08.2013] Saatavissa:

<http://www.hoitoportaali.fi/icd-10>

Hyvinvointi 2015 ohjelma. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalialan pitkänaikavälintavoitteita. [viitattu 22.07.2013] Saatavissa:

<http://pre20090115.stm.fi/ak1171526287050/passthru.pdf>

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. (toim.) 2004. Kohti asiantuntijuutta, oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki:WSOY.

Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J., Martin-Misener, R. & Carter, N. 2013. Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013). [viitattu 20.10.2013] Saatavissa:

<http://www.sciencedirect.com/aineistot.phkk.fi/science/article/pii/S00207489130>

Kupiainen, M., Hasu, M., Käsälä, M., Leppänen, A. & Kovalainen, A. 2011. Osaamisen aika, Kohti osaamisen tasavertaisen kehittämisen uutta käytäntöä asiantuntijaorganisaatioissa. Työympäristötutkimuksen raporttisarja 60.

Työterveyslaitos.Helsinki. [viitattu 22.07.2013] Saatavissa:

http://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-6033.pdf

Kuusela, V. 2000. Tilastografiikan perusteet. Helsinki:Edita.

LAMK. 2011. Reppu: Opinnäytetyön ohje [viitattu 23.07.2013]. Lahden Ammattikorkeakoulu. Saatavissa: Lahden ammattikorkeakoulun sisäisessä verkossa.

<http://reppu.lamk.fi/mod/book/view.php?id=116250>

Leppänen, N. & Puupponen, A. 2009. Hoitotyön asiantuntija- käsitteen määrittelyä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp.

Moilanen, T. 2002. Yläraajan tekonivelleikkaukset. Olkanivelen tekonivelleikkaukset. Teoksessa S. Telaaranta & M. Lehto (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimaterialit. Nro 3. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 23.

Moisio, E-L. 2006. Ammattikorkeakoulujen osallistuminen eurooppalaiseen korkeakoulutusalueeseen. Koulutusohjelmakohtaiset kompetenssit. Hoitotyön koulu-

tusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pori. [viitattu 23.07.2013] Saatavissa: <http://ncp.fi/ects>

Mäkipää, S. & Korhonen, T. 2011. Mistä asiantuntijuus muodostuu? Teoksessa I. Ranta (toim.) Sairaanhoitaja asiantuntijana- Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Edita Prima Oy, 16 – 22.

Nisula, K. 2010. Päivystävän sairaanhoitajan toiminnan kehittäminen Salon terveyskeskuksessa. Turun ammattikorkeakoulu. YAMK-opinnäytetyö. [viitattu 20.10.2013] Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22961/nisula_kaisa.pdf?sequence=1

OECD. OCDE. 2011. Development of advanced nursing roles in European and non-European countries. Gaetan Lafortune, OECD Health Division. DG Sanco Working Group on Health Workforce. Brussels. [viitattu 20.10.2013] Saatavissa: http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/ev_20110207_co03_en.pdf

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24. Opetusministeriö, Helsinki. [viitattu 23.07.2013] Saatavissa: http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2006/Ammattikorkeakoulusta_terveydenhuoltoon.html

Pajamäki, J. 2005. Jälkitarkastusten systematiikka – Coxan malli. Teoksessa M. Lehto & S. Telaranta (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu osa 3. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimaterialit. Nro 7. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 52.

Pajamäki, J. & Puolakka, T. 2002. Tekonivelkirurgian historia ja kehitys. Teoksessa S. Telaranta & M. Lehto (toim.) Tekonivelpotilaan hoito uudistuu. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimaterialit. Nro 3. Tampere: Pirkanmaan ammattikorkeakoulu, 20 – 22.

Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2013. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Käypä hoito. [viitattu 03.11.2013] Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054>

Punnonen, H. 2012. Sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien tammi-joulukuu 2012. Yhteenveto kysynnästä, tuotannosta ja taloudesta. Esh 12 1-12. Helsinki: Kuntaliitto.

Sintonen, H., Pekurinen, M. & Linnakko, E. 1997. Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työryhmämuistioita 2002:3. [viitattu 22.07.2013] Saatavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/terveysprojekti/luku4.htm>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveystaloustiede. [viitattu 05.09.2013] Saatavissa:

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystaloustiede/asiakkaanoikeudet/hoitoon_paasy

Strategia 2009–2015. 2009. Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä. [viitattu 12.09.2013] Saatavissa:

<http://infokanava.ad.phks.fi/yhteisetosit/?cvy=9985&ryhma=717>

Suomen Artroplastiyhdistys. 2010. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa 2010. [viitattu 19.10.2013] Saatavissa:

<http://www.suomenartroplastiyhdistys.fi/files/tekonivelkirurgia.html>

Tekoset. 2013. Tuotteet ja palvelut Tekoset – Advanced Medical Vision [viitattu 22.07.2013] Saatavissa: <http://www.tekoset.com/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2011a. Lonkka- ja polviproteesit. Tilastoraportti- Statistikrapport- Statistical report. Helsinki. [viitattu 18.10.2013] Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/erikoissairaanhoito/lonkka_ja_polviproteesit.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2011b. Tilastot. Tiedonkeruut. Hoitopääsy erikoissairaanhoidossa. [viitattu 05.09.2013] Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tiedonkeruut/erikoissairaanhoidon_hoitopaaasy

Torvi, K. 2007. Maahanmuutto vastauksena työvoiman saatavuuteen. Työministeriö. Analyysiyksikkö. Helsinki. [viitattu 01.11.2012] Saatavissa:

http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/071_analyysit/analy2_maahanmuutto.pdf

Valvira. 2012. Kiireettömään hoitoon pääsy, Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012–2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Valvontaohjelmia 8:2012. Helsinki. [Viitattu 05.09.2013] Saatavissa:

http://www.valvira.fi/files/tiedostot/h/o/Hoitoonpaasyn_valvontaohjelma.pdf

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Laatupalkintohanke 2003. Heikinheimo, A. & Aitamurto, J. Päijät-Hämeen sosiaali ja terveisyhtymä. Operatiivinen tulosryhmä. [Viitattu 22.7.2013]

Projektikuvaus 2004. Naboulsi, H. & Vuorinen, L.M. Endoproteesihoitajakoulutus. Orton. Helsinki.

Ruuskanen, M. 2011. Tekonivelpotilaiden seuranta. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä. Lahti.

Työn vaativuuden arviointi. 2012. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä. [viitattu 19.09.2013] Saatavissa: <http://infokanava.ad.phks.fi/yhteisetosiot/>

TVA. 2013. Tehtäväkuvaus - työn vaativuuden arviointi. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä. Endoproteesihoitajan tehtäväkuvaus.

Tehtävänsiirto. 2012. Haapala, J., Tiihonen, R., Päivärinta, L. Sopimus tehtävien siirrosta 12.03.12. Tehtävänsiirto ortopedeilta endoproteesihoitajalle. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä. Operatiivinen tulosryhmä, kirurgian poliklinikka.

LIITTEET

LIITE 1

Strategiset tavoitteet/ Näkökulmat	Tuottavuus ja vaikuttavuus valtakunnan ykkösluokkaa	Asiakasta arvostava, ennaltaehkäisevä, kuntouttava ja vastuuttava toiminta	Luotettava, aloitteellinen kumppani	Rohkeasti uudistuvat, moniammatilliset osaajat
Vaikuttavuus, talous	Huolehdimme toiminnan ja talouden tasapainosta, asetamme tavoitteet tuottavuudelle ja vaikuttavuudelle ja mittaamme niiden toteutumista.	Palvelumme edistävät alueemme asukkaiden terveyttä, toimintakykyä ja elämän laatua sekä vähentävät väestön syrjäytymistä.	Taloussuunnittelumme ja raportointimme perustuvat kumppanuuteen.	Luomme lisäarvoa ja tuloksellisuutta ottamalla käyttöön koko henkilöstön osaamisen.
Prosessit	Tuotamme palveluita, jotka ottavat huomioon asiakkaan kokonaistilanteen ja asiakkaiden/potilaiden oman vastuun sekä yhteistyökumppaneiden kanssa sovitun työnjaon.	Kaikki työntekijämme sitoutuvat yhdessä kehitettyihin toimintatapoihin.	Olemme innostava kumppani ja sitoudumme yhteiseen tekemiseen toiminnan kehittämisessä.	Toimintamme on asiakaslähtöistä ja johtamisemme vuorovaikutteista sekä henkilöstön osaamista ja työtä arvostavaa.
Asiakkaat (A) potilaat (P), Kunnat (K)	K: Meillä on kunnallisten päättäjien kanssa yhteinen näkemys palveluiden tuottamisesta. A ja P: Palvelumme ovat laadukkaita ja oikeaan aikaan saatavilla. Huolehdimme kilpailukyvästämme potilaiden valinnanvapauden lisääntyessä.	A ja P: Kuulemme asiakkaita ja potilaita sekä motivoimme heitä osallistumaan hoitoon tai heidän elämäntilannettaan tukevaan palveluun.	K ja A: Sovimme miten tehdään ja teemme niin kuin on sovittu. A ja P: Palvelumme ovat joustavia ja turvallisia sekä alueellisesti tasapuolisesti saatavilla.	A ja P: Palvelumme ovat yksilöllisiä, laadukkaita ja asiakkaan näkökulmasta sujuvia sekä eri väestöryhmien tarpeet huomioon ottavia.
Henkilöstö	Varmistamme henkilöstön erityisosaamisen ja moniammatillisen yhteistyön.	Ammattitaitoinen henkilöstömme toimii eettisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen.	Olemme turvallinen ja joustava työnantaja.	Olemme kilpailukykyinen ja kannustava työnantaja.

LIITE 2

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon
kuntayhtymä

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakemus toimitetaan tutkimuskoordinaattorille. Ks. tutkimuslupaohjeet
www.phsotey.fi / kehittämistoiminta / tutkimustoiminta sekä ohjeet tämän lomakkeen lopussa.

Saapumispäivä
29.8.2013

1. Hakemuksen luonne ja merkintä tutkimusdiariin

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa	PHSOTEY Dnro TUTKIMUS 54/2013
<input type="checkbox"/> Tutkimusluvun muutos/täydennys/lisäys, aikaisempi tutkimuslupa PHSOTEY:ssä myönnetty pvm.	PHSOTEY:n sisäisen laskutuksen SL-koodi: H 115

2. Tutkimuksen luonne ja toteutuspaikka

<input type="checkbox"/> Perustutkimus	<input type="checkbox"/> PHSOTEY:n palvelujärjestelmää koskeva järjestelmätutkimus, mikä
<input type="checkbox"/> Kliininen tutkimus	
<input type="checkbox"/> Translationalaalinen (perustutkimusta soveltava) tutkimus	<input type="checkbox"/> PHSOTEY:n muu sisäinen hanke
<input type="checkbox"/> Yhdistelmä tutkimus, johon sisältyy rekisteri- tutkimusosio ja kliininen osio	
<input checked="" type="checkbox"/> Pelkästään rekisteritietoja käyttävä tutkimus	<input type="checkbox"/> Muu hanke, mikä
<input type="checkbox"/> Tutkimuksen muu luonne, mikä	

Tulosyksikkö:

3. Tutkimuksen tieteenala/koulutusala, tarkoitus ja toimeksiantaja

3.1 Tieteenala/koulutusaste	3.2 Tarkoitus	3.3 Toimeksiantaja
<input type="checkbox"/> Lääketieteellinen lääketutkimus	<input type="checkbox"/> Toisen asteen opinnäytetyö	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkijalähtöinen (myös opiskeluun liittyvä)
<input type="checkbox"/> Lääketieteellinen laitetutkimus	<input type="checkbox"/> AMK:n opinnäytetyö tai YAMK:n kehittämishanke	<input type="checkbox"/> Yleishyödyllinen yhteisö, yhdistys, säätiö yms.
<input type="checkbox"/> Muu lääketieteellinen tutkimus	<input type="checkbox"/> YAMK:n opinnäytetyö	<input type="checkbox"/> Lääketeollisuus
<input type="checkbox"/> Hoitotieteellinen tutkimus	<input type="checkbox"/> Kandidaatin tutkielma tai Pro gradu-tutkielma	<input type="checkbox"/> Kaupallinen yritys (markkinointitutkimus)
<input type="checkbox"/> Muu tieteellinen tutkimus (ks.määritelmä), mikä tieteenala:	<input type="checkbox"/> Lisensiaatintutkimus	<input type="checkbox"/> PHSOTEY
<input type="checkbox"/> Toinen aste	<input type="checkbox"/> Väitöskirja	<input type="checkbox"/> Muu, mikä:
<input checked="" type="checkbox"/> AMK	<input checked="" type="checkbox"/> Suunnittelu-/selvitys/-kehittämistyö	
<input type="checkbox"/> YAMK	<input type="checkbox"/> Muu, mikä:	
<input type="checkbox"/> Muut tutkimustyö, mikä:		

3.2.1 Yliopisto/korkeakoulu/oppilaitos sekä ohjaajan nimi ja yhteystiedot

Lahden Ammattikorkeakoulu, Maria Tuominen, maria.tuominen@tamk.fi

3.3.1 Toimeksiantajan nimi, osoite- ja yhteystiedot sekä tiedot yhteyshenkilöstä

Yliääkäri Jussi Haapala

4. Tutkimuksen nimi sekä tutkimuslupa/rekisteritietojen luovutukseen tarvittavat luvat, suostumukset ja selvitykset (ks. tutkimuslupaohjeet ja tietosuojaohjeet tämän lomakkeen lopussa)

Tutkimuksen nimi ja lyhytnimi (englanniksi ja suomeksi, jos ei salainen):

Asiantuntijaisaaraanhoitajan vastaanottotoiminnan taloudellinen merkitys kirurgian poliklinikalla.

Protokolla/Study number -	Lääketutkimuksista EudraCT number -
<input checked="" type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan käsittelyä ei tarvita <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa haetaan/haettu, kansallisen lausunnon antaja: _____	
<input type="checkbox"/> Myönteinen/puoltava kansallinen lausunto annettu (liitteenä): lausuntopäätöspvm, päätöspykälä ja diaarinumero <input type="checkbox"/> Käsittely PHSOTEY:n eettisessä toimikunnassa: PHSOTEY Dnro ETMK: PHSOTEY ETL-/SL-koodi:	
<input type="checkbox"/> Tutkittavien tietoon perustuva suostumus, tiedote/suostumusasiakirja liitteenä	
<input type="checkbox"/> Muu luvat, mitkä	
<input type="checkbox"/> Henkilörekisteriseloste liitteenä, pvm	<input checked="" type="checkbox"/> Ei tarvita (tutkimuksessa ei käsitellä henkilötietoja)

5. Tutkimuksesta/hankkeesta kansallisesti vastaava henkilö

Nimi Helena Naboulsi	Koulutus ja ammattinimike Endoproteesihoitaja
Tutkimuskeskus/vastuualue/-yksikkö Kirurgian poliklinikka, 3201	Osoite
Puhelin 040 559 8805	Sähköposti helena.naboulsi@phsotey.fi

6. Päättökija PHSOTEY:ssä/tutkimuksesta/hankkeesta paikallisesti vastaava henkilö

Nimi Jussi Haapala	Koulutus ja ammattinimike Yliääkäri
Tutkimuskeskus/vastuualue/-yksikkö PHKS	Osoite
Puhelin 044 719 5623	Sähköposti jussi.haapala@phsotey.fi

7. Tutkimusrekisterin pitäjä ja –rekisterin vastuhenkilö (jos eri kuin kohdassa 5)

Rekisterinpitäjän nimi -	Osoite
Puhelin	Sähköposti
Rekisteriasioista vastaavan nimi	Osoite
Puhelin	Sähköposti

8. Muut tutkijat/tietojen käsittelyyn osallistuvat henkilöt PHSOTEY:n keskuksessa

Nimi	Koulutus/ ammattinimike	Tulosyksikkö/ vastuuyksikkö- numero	Puhelin	Osallistuu henk. tietojen käsittelyyn
Tuija Teitto	Opettaja	Koulutuskeskus 5	044 7080685	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

9. Tutkimukseen osallistuvat PHSOTEY:N tulosyksiköt

Tutkimukseen osallistuvat muut (ks. kohta 8) tulosyksiköt, mitkä
 Liitteenä selvitykset käytettävistä PHSOTEY:n lääketieteellisten palvelujen tulosyksiköiden palveluista

10. PHSOTEY:n ulkopuolelta hankittavat tutkimuspalvelut

Palveluntarjoajan nimi	Laskutusosoite ja muut yhteystiedot
-	

11. Tutkimuksen kesto ja aineistoa koskevat tiedot

Tutkimuksen alkamispvm. 08/2013	Tutkimuksen päättämispvm. 05/2014
<input type="checkbox"/> Muutos tutkimusaikaan Uusi alkamispvm.	<input type="checkbox"/> Jatkotutkimus Uusi päättämispvm.
Tutkittavien lukumäärä ja tietojen laajuus (Suomessa/PHSOTEY:ssä)	
Tuhansia, ortopedien vastaanottokäynti- ja leikkausmäärät, Endoproteesihoitajien vastaanottokäynti määrät vuosilta 2004 - 2012.	

12. Tarvittavan rekisteriaineiston määrittely, tarvittavat tiedot / asiakirjat (täytetään vain yhdistelmä tutkimuksissa ja pelkästään rekisteritietoja käytävässä tutkimuksissa; tarvittaessa eri liitteellä)

Asiakirja-aineiston sisällön määrittely				
Käyntimäärät ja operaatiot DG-perusteisesti sekä kokonaismäärä, hoitotakuun toteutuminen.				
Asiakirjat	Mistä rekisteristä/ arkistosta	kpl	Tutustutaan paikan päällä	Valokopioita/tulosteita pyydetään kpl
Sapo				
Effica				
Tietoja kerätään PHSOTEY:n hallinnoimista tutkimuksista (mitä, mistä, luvat liitteenä)				
-				
Tarvittavat sähköiset tiedot: aineisto määritelty (mitä, mistä järjestelmästä, kenen käyttöoikeuksilla)				
Tarvittaessa Helena Naboulsin henkilökohtaisilla tunnuksilla.				
Tarvittavat tietopalvelun tekemät ATK-poiminnat, poimintojen määrittely ja rajaus (tarvittaessa eri liitteellä)				
Effica-raportointi, Sapo				
Uudet käyttöoikeudet em. tietojärjestelmiin haetaan tutkimuksen vastuualueen atk-yhdyshenkilö kautta, ks. Infokanavan lomakkeet.				

13. Tutkimusaineiston hävittäminen tai arkistointi tutkimuksen päätyttyä

Tutkimuksen henkilörekisteri hävitetään tutkimuksen päätyttyä

- rekisteri hävitetään kokonaisuudessaan; arvioitu hävittämisaika ja - tapa;
Tutkimuksen loputtua, PHKS tietosuojajohteiden mukaisesti.
- tutkimusaineisto säilytetään ilman tunnistetietojen; tunnistetietojen hävittämistapa;

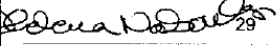
Tutkimuksen henkilörekisteri arkistoidaan tunnistetiedoin tutkimuksen päätyttyä

- Arkistolaisissa tarkoitettuna viranomaisen aineistona arkistolain säännösten nojalla arkistonmuodostus-
tussuunnitelman mukaisesti, mihin;
- Aineiston arkistointiin haetaan Kansallisarkiston lupa

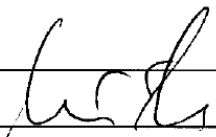
14. Sitoumukset

Hakija vastaa siitä, että tutkijat / tietojen käsittelyyn osallistuvat henkilöt eivät käytä saamia tietoja tutkittavan tai hänen läheisensä vahingoksi tai halventamiseksi tulkka sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus. Hakija vastaa myös siitä, ettei henkilötietoja luovuteta sivulliselle.

15. Allekirjoitukset

	
/ 08 20 13	
Helena Naboulsi	
allekirjoitus ja nimenselvennys	
Endoproteesihoitaja	
arvo/tehtävänimike	
Tutkimuskeskus, rooli tutkimuksessa (jos ei tutkimuksesta vastaava henkilö/pääututkija(ks. kohdat 5 ja 6) täyltä, toimipaikka ja yhteystiedot)	
Toimipaikka	Osoiteyhteystiedot
Puhelin	Sähköposti

16. Luvan myöntäjän (tulosaluejohtaja tai tulosryhmänjohtaja) viranhaltijapäätös

<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty tutkimuslupa	<input type="checkbox"/> Myönnetty lupa salassa pidettävien potilas-/asiakasrekisteritietojen luovutukseen ja käyttöön
<input checked="" type="checkbox"/> Hakemuksen mukaisesti	<input type="checkbox"/> Ehdollinen/rajoitettu lupa
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty/Tutkimus ei käynnisty	
<input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä	
Perustelut/pyydyttävät lisäselvitykset	
Aika ja paikka Lauti 3.9.2013	Allekirjoitus 
Nimenselvennys, arvo/tehtävänimike	Professori Martti Talja keskussairaalan johtaja
Toimipaikka ja yhteystiedot	

Pyydytetyt lisäselvitykset toimitettu:

Aika ja paikka	Allekirjoitus
Nimenselvennys, arvo/tehtävänimike	
Toimipaikka ja yhteystiedot	

17. Liitteet versiopäivätyinä: Tutkimushakemus rekisteröidään sähköisesti skannaamalla, päiväykset merkittävä liiteluetteloon

- Tutkimussuunnitelma/hankesuunnitelma tai sen lyhennelmä
- Tutkimuksen kustannus- ja rahoitussuunnitelma
- Selvitykset Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän lääketieteellisten palvelujen keskuksen käytöstä
- kl. fysiologian ja isotooppilääketieteen tulosyksikkö
- kl. kemian tulosyksikkö
- kl. mikrobiologian tulosyksikkö
- kl. neurofysiologian tulosyksikkö
- radiologian tulosyksikkö
- patologian tulosyksikkö
- Tutkittavien tiedote- ja suostumisasiakirjat
- Eettisen toimikunnan myönteinen lausunto/lausunnot
- Henkilötietolain (523/1999) 10 §:n mukainen Tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste/Henkilörekisteriseloste (kun tutkimuksessa käsitellään henkilötietoja)
- Kopio aiemmasta / meneillään olevasta luvasta/päätöksestä
- Muut liitteet päiväyksineen, mitkä: Potilastietojen luovutus- ja käyttö lupahakemus

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMISEEN LIITTYVÄT TIETOSUOJAOHJEET**Tietojen luovutus ja käyttö lupa viranomaisen salassa pidettävistä rekisteritiedoista**

Tietoja voidaan luovuttaa tieteelliseen tutkimukseen sekä tilastointiin ja viranomaisen suunnittelu- ja selvitystehtäviin viranomaisluvalla, kun aineiston käsittelyssä ja tuloksia julkaistaessa noudatetaan tietosuojaa ja henkilötietoja käsitellään lakien edellyttämällä tavalla koko niiden elinkaaren ajan. Viranomaisluvan edellytyksenä on siis:

A) Tieteellisen tutkimuksen kriteerien täyttyminen:

- 1) objektiivisuus, kriittisyys, autonomisuus, julkisuusperiaate, edistyvyys, yleisyysvaatimus;
- 2) tieteellisen tutkimuksen eettiset perusvaatimukset;
- 3) luvan hakijoiden riittävä tieteellinen pätevyys.

B) Tilastointitarkoitus tai viranomaisen suunnittelu- tai selvitystyö (JulkL 28 §)

Jos haastatteleamalla, kyselemällä tai tieteellisessä tutkimuksessa kerättyjä tietoja halutaan yhdistää rekisteritietoihin, tarvitaan salassa pidettävien rekisteritietojen rekisteritietojen saamiseen tutkimuskäyttötarkoitusta varten tutkimushenkilön tietoon perustuva kirjallinen suostumus.

Pelkästään rekisteritietoja / asiakirjoja käytävissä tutkimuksissa eli nk. puhtaissa rekisteritutkimuksissa tutkittavan omaa suostumusta ei pääsääntöisesti tarvita (vrt. kohta 2. Tutkimuksen luonne).

Lääketieteellinen tutkimus, jossa tutkittavilta kerättyyn aineistoon yhdistetään rekisteritietoja

- tutkimussuunnitelma on arvioitu sairaanhoitopiiriin eettisessä toimikunnassa, missä tutkimussuunnitelmasta on annettu puoltava lausunto
- pyydetään tutkittavan tietoon perustuva suostumus, jossa suostumus myös rekisteritietojen yhdistämiseen muihin tutkimustietoihin
- luvat rekisteriviranomaisilta (esim. STM, kun tarvitaan lupaa tietojen saamiseksi salassa pidettävistä, useamman kuin yhden STM:n alaisen viranomaisen asiakirjoista; Valvira, kun tarvitaan viranomaislupa elimien, kudoksien tai solujen lääketieteelliseen tutkimuskäyttöön)
- Henkilötietolain (523/1999) 10 §:n mukainen tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste (ei ilmoitusvelvollisuutta tietosuojavaltuutetulle)

Pelkästään rekisteritietoja / asiakirjoja käyttävä rekisteritutkimus

- on käsiteltävä eettisessä toimikunnassa, jos tutkimustulokset on tarkoitus julkaista kansainvälisellä foorumilla, missä eettisen toimikunnan käsittely vaaditaan
- luvat rekisteriviranomaisilta (esim. STM, Valvira)
- tutkijan on toimitettava henkilötietolain (523/1999) 10 §:n mukainen tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste tietosuojavaltuutetun toimistoon, postiosoite: PL 315, 00181 Helsinki; www.tietosuoja.fi.

Luvan myöntäjä toimittaa hakemuksen/päätöksen eettisen toimikunnan sihteerille
1.9.2009

Jakelu: Hakija
Vastaava tutkija


POTILASTIETOJEN LUOVUTUS- JA KÄYTTÖLUPAHAKEMUS

versio 1.1

Dnro

SL-koodi

PVM

 Uusi

 Jatkoaika

 Muutos
Tutkimuksen / rekisterin nimi
Potilastietojen käyttöarkeitus

 Väitöskirja

 Esitelmä, meeting tms

 Muu tutkimustyö

 Tutkimuksen taustaselvitys

 Syventävä opinnäyte

Muu, mikä

 Toiminnan kehittäminen

Eettisen toimikunnan myönteinen lausunto pvm -

ETL-koodi

Tutkimusta ei käsitellä eettisessä toimikunnassa, koska potilaiden henkilötietoja ei käsitellä tutkimuksessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön lupa/ Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lupa pvm -

Tutkimuksen/ rekisterin vastuuhenkilö

Nimi Helena Naboulsi	Puhelin 040 559 8805	Sähköposti helena.naboulsi@phsotey.fi
Nimike	Toimipaikka/vastuualue	

Potilastietojen käsittelijät

Nimi	Nimike	Sähköposti	Vastuuyksikkö/ ulkopuolinen tutkija

Tutkimus alkaa (pvm) 08/2013 Tutkimus päättyy (pvm) 08/2014

Kerättävien tietojen käyttötarkoitus

Opinnäyte- ja kehittämistyötä varten, tarkoitus selvittää Asiantuntijasairaanhoidajan taloudellista merkitystä kirurgian poliklinikalla Päijät-Hämeen keskussairaalassa.

Haetaan käyttöoikeutta pyydettyjä tietoja sisältäviin rekistereihin

Tarvitaan tietopalvelujen poimintoja

Potilaiden lukumäärä , tuhansia

Tietoja pyydetään 1 / 1 , 2004 - 31 / 12 , 2012 väliseltä ajanjaksolta

Tutkimustietojen poimintakriteerit

Poimintakriteerit on mietittävä tarkasti, jotta kaikki halutut tapaukset olisivat otoksessa ja turhilta toistuvilta poiminnoilta vältyttäisiin.

Diagnoosit M16, M17 , M05 , M19.0 , T84.0 , T84.5

Toimenpidekoodit NGB10-50 , NFB30-62 , NBB10-20 , ,

Muita muuttujia, joilla otosta rajataan (esim. ikä, syntymävuosi, sukupuoli, erikoisala)
200, 20N, DG S72.0 ja/tai tmp NFB, DG M05 ja M19.0 ja /tai tmp kuten yllä. Kts liite.

Mitä asioita raporttiin halutaan näkyville? (esim. käynti-ikä, käyntipäivien lukumäärä, hoitajaksot)
Ikä, käyntityyppi (0, 1, 2, 6), lukumäärä (käynti, toimenpide), hoitotakuun toteutuminen.

Asiakirjat, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa

Effica-raportointi. Onko mahdollista saada osasto 41-42 (2201) proteesihoidtajalle
varaamien käyntien lukumäärä?

Järjestelmät, joista tietoja halutaan

Sähköiset		Ei sähköiset	
Effica-potilaskertomusjärjestelmä	<input type="checkbox"/>	Potilaskertomukset kpl	<input type="checkbox"/>
Sapo-potilashallintajärjestelmä	<input checked="" type="checkbox"/>	Radiologiset kuvat kpl	<input type="checkbox"/>
Effica-laboratorio/Q-pat	<input type="checkbox"/>	Mikrofilmatut potilaskertomukset	<input type="checkbox"/>
Radiologia	<input type="checkbox"/>	Arkistodiagnoosiluettelo	<input type="checkbox"/>
Anestesia/tehotietojärjestelmä	<input type="checkbox"/>		
Muu, mikä Effica-raportointi	<input type="checkbox"/>		

Potilaslistaus hakemuksen mukana

Potilaslista/ rekisteri kertyy tutkimuksen edetessä tutkimussuunnitelman mukaisesti

Tutkimusrekisterin pitäjä Helena Naboulsi, Jussi Haapala

Tutkimuksessa muodostuva potilasrekisteri perustetaan (mihin?)

PHKS asema J:Nabhe

Tutkimuksesta/tietojen keruusta aiheutuvista kustannuksista ja rahoituksesta vastaa (yhteystiedot)

-

Tutkimuksen/rekisterin vastuuhenkilön päiväys, allekirjoitus ja nimenselvennys

Lahden 29.8.2013

Jussi Hakkarainen

LLIL.

Tulosaluejohtajan hyväksyntä potilasrekisteritietojen käyttöön

Päiväys, hyväksyntä ja nimenselvennys

Lahden 29.8.2013

Jukka Lehto

VA. OPEK. JA. JOHTAJA

Keskussairaalan johtajan päätös

Hyväksytty

Hylätty

Päivämäärä 8.19.2013

Allekirjoitus, nimenselvennys, ja virka-asema

Professori Martti Talja
Keskussairaalan johtaja