



<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Oppiaine	Liiketaloustiede, laskentatoimi	Päivämäärä	7.7.2011
Tekijä(t)	Meri Kukkonen	Matrikkelinumero	
		Sivumäärä	86 s.
Otsikko	Laatu, kustannus ja aika terveydenhuollon prosessissa asiakkaan näkökulmasta Case: Lonkan tekonivelleikkaus Satakunnan sairaanhoitopiirissä		
Ohjaaja(t)	KTT Arja Lemmetyinen, KTT Esa Puolamäki		

Tiivistelmä

Terveydenhuollon kulut ovat jatkuvassa kasvussa, ja silti resursseista on pulaa. Ratkaisuja voidaan hakea nykyisten resurssien tehokkaammasta käytöstä. Tehokkuutta voidaan arvioida yksittäisissä prosesseissa terveydenhuollon kokonaisuutta helpommin. Tässä tutkimuksessa perehdytään lonkan tekonivelleikkaukseen, koska lonkan ja polven tekonivelleikkaukset ovat yksittäinen suurin kuluerä erikoissairaanhoidossa. Tekonivelleikkaus on vakiinnuttanut asemansa tehokkaana lonkan vaikean nivelrikon hoitomuotona.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää laatua, aikaa ja kustannuksia lonkan tekonivelleikkauksessa asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuskysymys on: Miten lonkkaleikkauspotilas kokee leikkauksen laadun, ajallisen pituuden ja kustannukset? Tutkimuksen teoreettinen lähestymistapa on prosessijohtamisen laskentatoimi. Tutkimuksessa analysoidaan Satakunnan keskussairaalan teemahaastatteluaineiston perusteella lonkkaleikkauksen hoitoprosessia. Tutkimuksessa keskitytään erikoissairaanhoidon osuuteen hoitoketjussa. Tutkimus on luonteeltaan kuvaileva tapaustutkimus. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Lonkan tekonivelleikkausprosessi jaetaan tutkimuksessa kolmeen vaiheeseen: preoperatiivinen vaihe eli aika ennen leikkausta, operatiivinen vaihe eli leikkaus ja postoperatiivinen vaihe eli toipumisaika. Päätöksen leikkauksesta tekee ortopedi sairaalan poliklinikalla. Leikkaus tehdään Satakunnan keskussairaalassa, ja potilas kotiutuu keskimäärin viidentenä päivänä leikkauksesta.

Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että potilaat arvioivat hoitoon pääsyä hoitotakuun kuuden kuukauden määräajan perusteella ja kokevat tyytyväisyyttä hieman lyhyemmästä odotusajasta. Potilaat kuvailivat, että heille tärkeää oli kivunhallinta ja hoidon saatavuus. Satakunnan sairaanhoitopiirin lonkan tekonivelleikkausprosessissa ei ole sovellettu prosessijohtamista. Kuitenkin laatu, kustannus ja aika eli prosessijohtamisen peruselementit ovat olemassa ja niihin on kiinnitetty huomiota. Prosessijohtaminen sopii erityisen hyvin lonkan tekonivelleikkauksen kaltaisiin prosesseihin, jotka voidaan suunnitella ennalta tarkasti, joissa muutoksia tulee vähän ja joiden prosessi pysyy aina samanlaisena. Terveydenhuollossa kannattaa rakentaa ratkaisuja, joissa hyödynnetään prosessijohtamista, mutta terveydenhuollon kompleksisen luonteen vuoksi sovelletaan myös muita ratkaisuja.

Asiasanat	sairaala, terveystalous, lonkantekonivelleikkaus, laatu, kustannus, aika, prosessijohtaminen
Muita tietoja	



Turun yliopisto
University of Turku

LAATU, KUSTANNUS JA AIKA TERVEYDENHUOLLON PROSESSISSA ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA

Case: Lonkan tekonivelleikkaus Satakunnan sairaanhoitopiirisä

Liiketaloustiede, laskentatoimen pro
gradu -tutkielma

Laatija:
Meri Kukkonen

Ohjaajat:
KTT Arja Lemmetyinen
KTT Esa Puolamäki

7.7.2011
Pori



Turun kauppakorkeakoulu • Turku School of Economics

Sisällys

1	JOHDANTO	7
1.1	Taustaa tutkimukselle	7
1.2	Tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset	8
1.3	Tieteenfilosofiset valinnat ja tutkimuksen metodologia.....	9
1.4	Tutkimuksen toteuttaminen	11
1.5	Tutkimusasetelma	14
1.6	Tutkimuksen teoreettinen tausta	15
1.7	Aikaisempi tutkimus.....	19
1.8	Tutkielman rakenne	20
2	TERVEYSTALOUSTIEDE JA JULKINEN TERVEYDENHUOLTO	22
2.1	Prosessijohtaminen terveydenhuollossa	22
2.2	Kustannukset terveydenhuollon prosesseissa	23
2.3	Laatu terveydenhuollon prosesseissa.....	24
2.4	Aika terveydenhuollon prosesseissa	26
2.5	Kustannus-vaikuttavuusanalyysi	28
2.6	Vaikuttavuuden arviointi terveydenhuollossa	29
2.7	Terveydenhuollon valinnat	30
2.8	Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä	31
2.9	Julkisen terveydenhuollon talouden ohjaus	32
2.10	Terveydenhuollon rahoitus.....	34
2.11	Julkisen terveydenhuollon erityispiirteitä	35
2.12	Terveydenhuollon kysyntä	37
2.12.1	Hoitotakuu	38
2.12.2	Terveydenhuollon tilaaja-tuottajamalli.....	39
2.13	Julkisen terveydenhuollon haasteita ja tulevaisuuden visioita.....	40
2.14	Lonkan nivelrikon hoitosuositus	43
2.15	Lonkan tekonivelleikkaus	44
3	LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPUIRISSÄ.....	46
3.1	Lonkkaleikkausprosessi.....	46
3.2	Laatu lonkan tekonivelleikkausprosessissa	50
3.3	Kehitystyö lonkan tekonivelleikkausprosessissa.....	51
3.4	Ajallinen pituus lonkan tekonivelleikkausprosessissa.....	52
3.5	Lonkkaleikkauksen kustannukset	54
3.6	Lonkkaleikkauksen hyödyt asiakkaan näkökulmasta	57

3.7 Potilaiden odotukset	60
3.8 Toimintakyky	61
4 LOPUKSI.....	63
4.1 Yhteenveto ja johtopäätökset	63
4.2 Tutkimuksen uskottavuus	69
4.3 Jatkotutkimusmahdollisuudet	72
LÄHTEET.....	73
LIITE 1 JONOHOITAJAN TEEMAHAASTATTELURUNKO.....	78
LIITE 2 ORTOPEDIN TEEMAHAASTATTELURUNKO	79
LIITE 3 LASKENTA EKONOMIN TEEMAHAASTATTELURUNKO	80
LIITE 4 SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN PALVELUHINNASTO 2011, HINNOITTELUPERUSTEET	81
LIITE 5 SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN PALVELUHINNASTO 2011, KIRURGIA.....	82
LIITE 6 SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN POTILASMAKSUT	83
LIITE 7 TUTKIMUKSEN ESITTELY POTILAALLE.....	84
LIITE 8 POTILASHAASTATTELUIDEN TEEMAT JA APUKYSYMYKSET.....	85

Kuvioluettelo

Kuvio 1 Tutkimusotteet taloustieteessä	10
Kuvio 2 Tilaja-tuottajamallin peruselementit	40
Kuvio 3 Lonkan nivelrikonhoidon mahdollisuudet	43
Kuvio 4 Lonkan tekonivelleikkausprosessi Satakunnan sairaanhoitopiirissä.....	46

1 JOHDANTO

1.1 Taustaa tutkimukselle

Julkisen talouden rahoituspaineeet ovat kasvaneet vuosi vuodelta, ja kuntien täytyy etsiä keinoja suoriutua lain niille määräämistä palvelutehtävistä. Väestön ikääntyminen kasvattaa palveluiden tarvetta, ja samanaikaisesti kuntatalous kiristyy. Suomessa, kuten kaikkialla länsimaissa, terveydenhuollon kustannusten kasvu on ongelma, ja käynnissä on jonkinasteinen kriisi terveydenhuollossa. Kokonaiskustannukset ovat kasvaneet erikoissairaanhoidossa, kun sen sijaan perusterveydenhuollon menojen kasvu on ollut lähes pysähdyksissä. Kuntien rahoituspohja ei salli pidemmälläkään aikavälillä olennaista kustannuskasvua. Siksi paineeet tuottavuuden lisäämiseksi ja maltillisen menokehityksen varmistamiseksi kasvavat. Sairaaloitten täytyy keskittyä tuottamaan tarvittavat palvelut kustannustehokkaasti. (Jousela 2001, 95.)

Terveydenhuollon tila on Suomessa jatkuvan kritiikin kohde. Potilaat ovat yleensä tyytyväisiä hoitoon, mutta hoidon saatavuus aiheuttaa tyytymättömyyttä. Terveydenhuollon kulut ovat jatkuvassa kasvussa, ja silti resursseista on pulaa. Lisää rahaa ei kuitenkaan pystytä antamaan terveydenhuoltoon, koska sitä ei ole. Terveydenhuollossa ratkaisuja voidaan hakea nykyisten resurssien tehokkaammasta käytöstä. Pelkkien kustannusten laskenta ei kerro tehokkuudesta. Tuottavuutta voidaan yksinkertaisesti tarkastella resurssien ja suoritteiden välisellä suhteella. Samalla periaatteella voidaan myös tarkastella suoritteiden ja vaikutusten suhdetta eli vaikuttavuutta. Vaikka terveydenhuollossa tuottavuuden ja vaikuttavuuden tarkastelu ei ole yksinkertaista, on terveydenhuollon organisaatioiden, prosessien ja johtamisen kehittäminen mahdollista ja tarpeellista. (Lillrank – Kujala – Parviainen 2004, 17–22.)

Tehokkuutta voidaan arvioida yksittäisissä prosesseissa terveydenhuollon kokonaisuutta helpommin. Tässä tutkimuksessa perehdytään lonkan tekonivelleikkaukseen, koska lonkan ja polven tekonivelleikkaukset ovat suurin yksittäinen kuluerä erikoissairaanhoidossa. Kuitenkin tekonivelleikkauksen hyödyn ja kustannusten suhteen arvioidaan olevan erinomainen. Tekonivelleikkaus on vakiinnuttanut asemansa tehokkaana lonkan vaikean nivelrikon hoitomuotona, ja leikkauksella potilaat saavat apua elämää rajoittaviin kipuihin ja toimintakyvyn menetykseen. Tekonivelleikkauksien määrä on kasvanut viime vuosina nopeasti. Vuonna 2008 tehtiin Suomessa yli 20 000 polven ja lonkan tekonivelleikkausta. Uusien tekonivelten määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan vuosien 2000 ja 2030 välillä. (Remes – Eskelinen – Huopio – Kettunen – Virolainen 2010, 13.)

Terveydenhuollossa ei ainoana mittarina voida käyttää hoidon kustannuksia, vaan hoitoa arvioitaessa täytyy kustannuksia verrata niiden vaikuttavuuteen: puhutaan leik-

kauksen kustannushyötysuhteesta. Terveysthuollossa laatua voidaan mitata asiakastyytyväisyyskyselyillä. Niiden ongelmana on kuitenkin liiallinen positiivisuus: tyytyväisyyskyselyt antavat liian myönteisen kuvan sairaalan toiminnasta, ja siten kehitystarpeet eivät nouse kyselyissä esiin. (Hiidenhovi 2001, 13.) Asiakastyytyväisyyskyselyt eivät siis yksinään auta sairaanhoitopiirejä ja sairaaloita kehittämään toimintaansa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja arvioida laatua, kustannuksia ja aikaa lonkka-leikkausprosessissa asiakkaan kokemuksen kautta.

Terveysthuoltoa on perinteisesti kehitetty alan ammattilaisten eli lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Lääkäreillä on siten ollut iso rooli tuottavuuden arvioinnissa. Potilaiden näkemysten merkitys palveluiden käyttäjinä ja veronmaksajina on kuitenkin kasvussa. (Williams 2006, 25.) Terveysthuollon kehittämisen kannalta on olennaista tietää, miten asiakas on kokenut hoitoketjun eri vaiheet.

Satakunnan keskussairaala kuuluu Satakunnan sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuuluu 20 kuntaa, ja se tuottaa erikoissairaanhoidon palvelut 226 000 asukkaalle yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Sairaanhoitopiirin sairaalat sijaitsevat Porissa, Raumalla ja Harjavallassa. Näiden lisäksi psykiatrian toimipisteitä on useilla paikkakunnilla.

Ajatus tähän tutkimukseen lähti Satakunnan sairaanhoitopiirin hallinnoimasta kansallisesta Kaste-hankkeen kehittämistoiminnasta. Kaste-ohjelma on valtioneuvoston vahvistama sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, jossa määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008–2011. Toimenpiteitä toteuttavat valtio, kunnat, kuntayhtymät ja järjestöt. (Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisu 2008:6, 3–4)

Tässä tutkimuksessa on tavoitteena tarkastella, miten asiakas kokee laadun, kustannukset ja ajan lonkkaleikkausprosessissa. Satakunnan sairaanhoitopiirin arvoihin on kirjattu tavoitteeksi ”Potilaan / asiakkaan kunnioittaminen ja osaava sekä vaikuttava hoito sekä hyvä palvelu” (Tilinpäätös 2009), eli sairaalan toimintaa halutaan kehittää siten, että potilaalla on mahdollisimman hyvä olla, mutta samalla palvelut tuotetaan kustannustehokkaasti.

1.2 Tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa lonkan tekonivelleikkauksen prosessista. Tavoitteena on selvittää laatua, aikaa ja kustannuksia lonkan tekonivelleikkauksessa asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteet voidaan muotoilla kysymysmuotoon:

- Miten lonkkaleikkauspotilas kokee leikkausprosessin laadun, ajallisen pituuden ja kustannukset?

Tutkimuksessa analysoidaan Satakunnan keskussairaalan haastatteluaineiston perusteella lonkkaleikkauksen hoitoprosessia ja sen kustannuksia. Tutkija on haastatellut teemahaastatteluilla kolmea potilasta ja selvittänyt lonkkaleikkauksen prosessia asiakasnäkökulmasta. Potilaiden lisäksi tutkija on haastatellut yhtä erikoistuvaa ortopedia, lonkkaleikkauksia koordinoivaa hoitajaa ja sairaanhoitopiirin laskentaekonomia lonkkaleikkauksen prosessista ja sen kustannuksista.

Tutkimuksessa keskitytään erikoissairaanhoidon osuuteen hoitoketjussa. Hoitoketjun kustannukset ja kustannusvaikuttavuus muodostuvat erilaisiksi, jos arvioidaan myös yhteiskunnan näkökulmaa. Jos asiakas on sairauslomalla tai työkyvytön, siitä muodostuu yhteiskunnalle kuluja esimerkiksi Kelan sairauspäivärahan muodossa. Mitä nopeammin potilas hoidetaan ja hän palaa töihin, sen vaikuttavampaa hoito on, kun yhteiskunnan kustannuksia säästetään. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan arvioida hoitoketjun kustannusvaikuttavuutta yhteiskunnan tai palvelun tilaajan näkökulmasta vaan keskitytään potilaan ja palvelun tuottajan näkökulmiin.

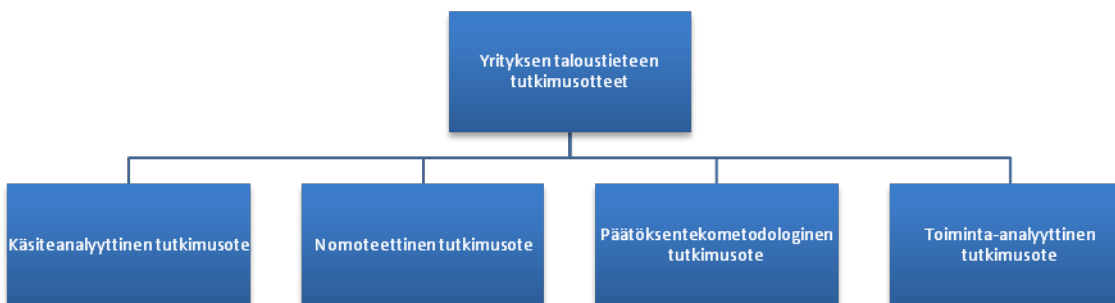
Asiakkaan kokemat hyödyt muodostuvat erilaisiksi tapauksesta riippuen. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan lonkkanivelen kulumasta johtuvia leikkauksia. Jos lonkkaproteesi asennetaan kaatumistapaturman seurauksena, on kustannushyötyä vaikeampi arvioida. Prosessin eri vaiheisiin pystytään mahdollisesti vaikuttamaan enemmän, kun leikkaus pyritään suunnittelemaan etukäteen, verrattuna kiireellisesti hoidettavaan murtumatapaturmaan.

1.3 Tieteenfilosofiset valinnat ja tutkimuksen metodologia

Tieteenfilosofiset taustaoletukset ohjaavat tutkimusnäkökulman valintaa. Tieteenfilosofisia lähtökohtia ovat positivismi ja fenomenologia (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2000, 117). Positivistisella tutkimuksella tavoitellaan yleisiä säännönmukaisuuksia, ja se hyödyntää erityisesti tilastollisia tai muita matemaattisia menetelmiä. Taloustieteessä kriittiseksi liiketaloustieteelliseksi tutkimukseksi kutsutaan tutkimustapoja, jotka eivät nojaa positivistiseen tieteenfilosofiaan (Kakkuri – Knuutila – Heinlahti 2006, 135). Tutkimuksen tuottaessa tietoa syy-seuraussuhteiden avulla katsotaan, että tieto on käytäntöön sovellettavissa vain, jos haetaan samoja seurauksia. Kriittisessä tutkimuksessa halutaan tarjota välineitä arvojen pohdintaan tai antaa mahdollisuus tiedon soveltajalle tietoihin arvovalintoihin. (Kakkuri – Knuutila – Heinlahti 2006, 172.) Fenomenologia on tutkimuksen suunta, joka pyrkii kuvaamaan esimerkiksi yhteisön kulttuurisia sääntöjä. Tarkoituksena ei ole selittää ilmiön syitä, vaan kuvata ilmiö. (Kakkuri ym. 2006, 214.) Induktiivinen lähestymistapa liittyy fenomenologiaan. Induktiivisessa lähestymis-

tavassa tutkimukseen lähtökohtana ei ole teorian testaaminen vaan aineiston monitahoisen ja yksityiskohtainen tarkastelu (Hirsjärvi ym. 2000, 155).

Tutkimus voi olla kartoittava, kuvaileva, selittävä tai ennustava. (Hirsjärvi ym. 2000, 127.) Kartoittavan tutkimusongelman selvittämiseksi tutkitaan, mitä tapahtuu. Sen kautta pyritään tutkimaan vähän tunnettuja tapahtumia. Tavallisimmin kartoittavan tutkimusongelman ratkaisemiseksi käytetään kvalitatiivista strategiaa sekä kenttä- tai tapaus-tutkimusta. (Hirsjärvi ym. 2000, 128.) Tapaus-tutkimuksessa kerätään tietoa yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta (Hirsjärvi 2000, 123). Tässä tutkimuksessa tutkimusongelmat ovat kartoittavia, ja on päädytty käyttämään kvalitatiivista tutkimusstrategiaa ja tapaus-tutkimusta. Kuviossa alla Neilimo ja Näsi (1980, 31) esittelevät neljä yrityksen taloustieteiden tutkimusotetta: käsiteanalyttinen, nomoteettinen, päätöksentekometodologinen ja toiminta-analyttinen.



Kuvio 1. Tutkimusotteet taloustieteessä

Kuviosta nähdään tutkimusotteet taloustieteessä. Käsiteanalyttinen tutkimusote on sekä kuvaileva että selittävä (Kasanen – Lukka 1991, 166). Tutkimus rakentuu aina käsitteiden varaan, koska tutkimuksessa asioita pyritään hahmottamaan teoreettisella tasolla (Hirsjärvi ym. 2000, 137).

Toiminta-analyttisen tutkimusotteen tarkoituksena on ymmärtäminen. Empiria perustuu tavallisesti harvojen yksilöiden tutkimiseen. (Neilimo – Näsi 1980, 35.) Toiminta-analyttinen tutkimus perustuu tutkimuskohteen subjektiiviseen ymmärtämiseen ja tulkittamiseen empiriaa hyväksikäyttäen. Tutkimuksen empiria-osiossa käsitellään vain yhtä tutkimuskohdetta eikä sen avulla pyritä tekemään laajoja yleistyksiä. Toiminta-analyttinen tutkimusote on tyypillisimmillään deskriptiivistä, mutta se saattaa sisältää

myös normatiivisia piirteitä, jolloin siitä käytetään yleisesti nimitystä toimintatutkimus (Lukka 1991, 167). Tutkimuksessa syvennyttään yhden kohteen prosessiin ja korostetaan empirian asemaa.

Tämä tutkimus on luonteeltaan kuvaileva tapaustutkimus. Tässä tutkimuksessa voi olla myös normatiivisia piirteitä. Tutkimus on toteutettu kvalitatiivisena tutkimuksena, koska lähtökohtana oli induktiivinen logiikka. Tutkija on kiinnostunut lonkkaleikkauksen hoitopisodista ja erityisesti asiakkaan hoitopisodia koskevista näkemyksistä.

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tutkimuskysymykset tarkentuvat sitä mukaa, kun aineiston tarkastelussa edetään ja alkaa näkyä, mitkä asiat nousevat aineistossa tärkeiksi. Aineisto määrää, mikä on tärkeää – ei tutkija. Lisäksi tutkimusjoukko on valittu tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisesti. (Hirsjärvi ym. 2000, 155.) Tässä tutkimuksessa haastateltavat on valittu siten, että lääketieteellinen diagnoosi sopii mahdollisimman tarkasti tutkimuskysymyksiin. Tutkija on tehnyt haastattelut teemahaastatteluina ja analysoinut aineistoa teemoittelemalla. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista ja luontevaa elää tutkimuksen kuluessa (Hirsjärvi ym. 2000, 155).

1.4 Tutkimuksen toteuttaminen

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen aineiston keruu ja analysoinnin vaiheet. Lisäksi perustellaan ja kuvataan aineistonkeruuseen liittyviä valintoja.

Tapaustutkimus on liiketaloustieteessä usein käytetty menetelmä, jossa tutkimuksen kohteena on yritys tai sen osa. Tutkimuksen kohteena voi olla myös prosessi. Usein tutkimuksen kohteeksi riittää yksi tapaus. (Koskinen – Alasuutari – Peltonen 2005, 155.) Tässä tutkimuksessa tapaus ja haastateltavat valittiin tarkoituksenmukaisesti eli tutkijan asettamien kriteerien mukaan. Tutkimukseen haastateltaviksi valittaville potilaille kriteereinä oli, että heillä oli tarkoituksenmukainen diagnoosi eli heille oltiin tekemässä suunnitellusti lonkan tekonivelleikkaus kulumasta johtuen eikä heillä saanut olla muistisairautta. Henkilökunnan kohdalla tutkija pyrki löytämään haastateltaviksi prosessin kannalta keskeisiä henkilöitä.

Ennen tutkimuksen aloittamista oli haettava kohdeorganisaatiolta tutkimuslupa ja lupaa varten oli kuvattava, minkälaista tutkimusta tutkija on tekemässä. Lupamenettely on kohdeorganisaation standardoitu käytäntö, ja luvan tutkimukselle myöntää keskussairaalan operatiivisen alueen toimialuejohtaja. Tarvittaessa sairaalassa toteutettavaan tutkimukseen on myös haettava lupa eettiseltä toimikunnalta.

Aineiston keruu toteutettiin haastattelututkimuksena. Haastattelun etu menetelmänä on mahdollisuus sijoittaa teemat laajempaan kontekstiin. Haastateltava voi siten kertoa itsestään ja aiheestaan laajemmin kuin tutkija pystyy ennakoimaan (Hirsjärvi ym. 2004,

192). Teemahaastattelu valittiin haastattelumenetelmäksi, koska asiakkaiden omaa näkökulmaa haluttiin tuoda laajasti esiin. Tämän vuoksi haastateltavien oma kerronta oli avainasemassa. Haastattelija oli valinnut etukäteen teemat, joista oli tarkoitus keskustella. Teemoja ei kerrottu haastateltaville etukäteen, koska tutkija halusi välttää tilanteen, että haastateltavat olisivat valmistelleet vastaukset etukäteen. Teemahaastattelu on parhaimmillaan, kun haastateltavat kertovat ajatuksensa spontaanisti. Tällöin ajatukset eivät ole yhtä viimeistelyä ja siten kieli sujuvaa, mutta toisaalta tällaiset vastaukset näyttävät aidosti haastateltavan ajatuksen kulun ja sen, minkälaisia asioita teemoista ensisijaisesti ilman harkintaa nousee mieleen.

Haastateltaviksi valittiin kohdeorganisaatiosta yksi erikoistuva lääkäri, yksi hoidon varaaja ja yksi laskentaekonomi. Tutkija halusi kartoittaa kohdeorganisaatiosta eri avainhenkilöiden näkökulman keskussairaalan hoitoketjuun.

Potilaista haastateltiin kolmea ihmistä ensin heidän ollessaan sairaalassa leikkauksen jälkeen ja uudestaan noin kuuden viikon kuluttua leikkauksesta heidän jo kotiuduttuaan. Seurantahaastattelu haluttiin tehdä tutkimuksen aikataulun kannalta mahdollisimman pian, mutta toisaalta asiakkaan toipumiselle haluttiin varata riittävä aika, jotta he olisivat olleet uuden lonkan kanssa jo jonkin aikaa.

Potilashaastatteluista ensimmäiset toteutettiin heidän ollessaan sairaalassa toisena päivänä leikkauksen jälkeen. Potilashuoneissa on kahdesta neljään potilasta, eli tilanne ei ollut täysin häiriötön. Paikalla oli haastattelijan ja haastateltavan lisäksi myös muita potilaita, mikä saattoi vaikuttaa negatiivisesti tilanteen rauhallisuuteen ja luottamuksen syntymiseen. Yhdessä haastattelutilanteessa läsnä oli myös potilaan omainen. Ennen kuin tutkija haastatteli potilaita, varmistettiin henkilökunnalta, että heidän vointinsa on riittävän hyvä. Tutkija kysyi haastateltavilta heidän suostumustaan tutkimukseen, kuvaili lyhyesti tutkimusta ja kertoi heille tutkimuksen eettisyyteen vaikuttavista tietosuojatekijöistä. Alkuinfon jälkeen haastattelu suoritettiin siten, että potilaat saivat kertoa mahdollisimman vapaasti kokemuksistaan, mutta keskustelun ylläpitämiseksi tutkija teki kysymyksiä ja haastattelun teemojen mukaisesti. Tutkijan ja haastateltavien suhde muodostui hyväksi lyhyissä haastattelutilanteissa. Haastattelun positiivinen tekijä oli myös se, että aikaa oli periaatteessa riittämiin, koska potilailla ei ollut osastolla ollessaan muita kiireitä. Myös sillä, että jonohoitaja oli keskustellut osan potilaista kanssa etukäteen tutkimuksesta tai esitteli tutkijan potilaille, oli positiivinen vaikutus tutkijan uskottavuuteen.

Henkilökunnan haastatteluista kaksi tehtiin heidän työhuoneissaan ja yksi sairaalan kanttiinissa. Henkilökunnalla on työssään kiire, joten haastatteluihin tuli muutamia keskeytyksiä. Lisäksi tutkijan täytyi pitää kiinni sovituista aikatauluista. Henkilökunnan jäsenet olivat keskusteluissa omalla maaperällään paitsi fyysisesti myös asiamielessä, mikä tutkijan mielestä vapautti tunnelmaa haastatteluissa.

Potilaiden seuranta haastattelu tehtiin puhelimitse, sillä puhelimella on helpointa tavoittaa eri puolilla Satakuntaa asuvat potilaat. Puhelinhaastattelu lisää väärinymmärrysten mahdollisuutta, mutta oli tässä tapauksessa ajankäytöllisesti ja taloudellisesti tehokas tapa toteuttaa haastattelu. Puhelinhaastattelun voidaan kuitenkin katsoa mahdollisesti supistavan kerätyn aineiston määrää, koska kasvokkain tapahtuva keskustelu on usein runsaampaa. Puhelinhaastatteluiden hyviä puolia ensimmäisiin haastatteluihin verrattuna oli, että potilaat olivat jo tavanneet tutkijan aiemmin, keskustelu oli yksityistä (toisin kuin sairaalassa) ja potilaat olivat toisella kertaa hyvävointisia. Nämä tekijät vaikuttivat tutkijan mielestä haastattelun kulkuun siten, että haastateltavat olivat rennompia ja puheliaampia. Kaikki haastattelut nauhoitettiin, mihin tutkija pyysi haastateltavilta luvan keskustelun alussa.

Tutkija keräsi keskussairaalaista myös muuta aineistoa mahdollisimman paljon. Tutkijalla oli käytössään sama materiaali, joka lonkan tekonivelleikkauspotilaille annetaan ennen leikkausta ja kotiutumisvaiheessa. Potilaalle annettava materiaali käsittää keskussairaalan esitteitä, ohjeita ja esittely-dvd:n. Lisäksi tutkijalla oli käytössään sairaanhoidopiirin hinnastomateriaali tekonivelleikkauksesta. Tutkimuksessa on siis käytetty aineiston triangulaatiota eli tutkimuksessa käytetään useita eri aineistoja: haastatteluja, tilastoja ja kirjallisia dokumentteja.

Analyysin tekemisessä suuntaa antaa tutkimuskysymys. Analysointia määrittelee myös se, ollaanko kiinnostuneita sisällöstä vai ilmaisusta ja kielenkäytöstä. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.) Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ensisijaisesti sisällöstä, mutta tutkimuksessa on myös hermeneuttisia piirteitä siltä osin, miten potilaat kokevat ajallisen pituuden, laadun ja kustannukset. Tutkija haluaa ymmärtää, millaisen merkityksen nämä termit saavat asiakkaiden puheessa. Haastatteluaineisto litteroitiin sanasta sanaan ja tulostettiin paperille. Tutkija teemoitteli värikoodeilla aineistosta teemahaastattelurungon mukaisia teemoja eli lonkkaleikkauksen prosessin vaiheita. Haastattelurungossa oli kolme teemaa: preoperatiivinen vaihe eli aika ennen leikkausta, operatiivinen vaihe eli leikkaus ja sairaalassaoloaika ja postoperatiivinen vaihe eli aika leikkauksen jälkeen, toipuminen ja kuntoutuminen.

Tutkija kävi samoin läpi muut kirjalliset dokumentit ja etsi niistä teemoihin sopivaa materiaalia. Ensin tutkija laati haastatteluaineiston perusteella prosessikaavion lonkan tekonivelleikkauksen kulusta. Prosessikaavion työversioon tutkija merkitsi teemat. Toisena analyysitapana tutkija keskittyi aineistoon ajan, kustannusten ja laadun näkökulmasta. Tutkija kävi aineiston uudestaan läpi ja teemoitteli värikoodeilla aineiston teemoilla: aika, laatu ja kustannukset. Ensin tutkija kuvasi lonkkaleikkauksen prosessin haastattelurunkojen teemojen analyysin perusteella. Sen jälkeen tutkija kävi aineiston uudestaan läpi tutkimuskysymyksen teemoilla aika-, kustannus- ja laatu näkökulmasta. Värikoodaaminen tarkoittaa tekstikappaleen merkitsemistä värillä. Tärkeää on, että tutkija tunnistaa ja määrittelee eri värikoodit. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.) Kai-

kille teemoille oli valittu oma väri, jonka tutkija merkitsi koodien selityksen työpapereihin, jottei sekaannuksia tapahdu. Lisäksi jokaiselle haastateltavalle oli annettu oma koodi, joka koostuu numerosta ja H-kirjaimesta, jotta haastateltavat voidaan erottaa toisistaan, mutta ei tunnista. Haastateltavien sitaatteja on käytetty tässä tutkimuksessa runsaasti, ja niillä halutaan kuvata havainnollisia esimerkkejä haastateltavien kokemuksista.

1.5 Tutkimusasetelma

Tässä luvussa kuvailen tutkimusasetelmaa ja esittelen tutkimuksen tapauksen. Lisäksi kuvailen valintojani tutkimuksen näkökulmaksi. Tässä tutkimuksessa tapauksena on lonkan tekonivelleikkaus Satakunnan sairaanhoitopiirissä.

Tapaukseksi on valittu lonkan tekonivelleikkaus, koska lonkan tekonivelleikkaukset ovat yhteen laskettuna suurin yksittäinen kuluerä erikoissairaanhoidossa. Tekonivelleikkauksia kannattaa tutkia, koska niitä tehdään paljon. Uusien tekoniveliä määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan vuosien 2000 ja 2030 välillä. (Remes ym. 2010, 13.) Jos prosessissa pystytään saavuttamaan parannuksia, saadaan hyödyt ja säästöt moninkertaisina juuri tekonivelleikkauksien kalleuden ja suuren määrän vuoksi. Tekonivelleikkaukset muodostavat merkittävän osan erikoissairaanhoidon kustannuksista. Tekonivelleikkausten määrän ja laadun seuranta on tärkeä osa terveydenhuollon laadun ja tuottavuuden seuranta. (Forsström – Perälä 2009, 2.)

Tekonivelleikkauksista tähän tutkimukseen on valittu etukäteen suunnitellut leikkaukset. Lonkan tekonivel asennetaan suunnitellusti potilaille, joiden oman nivelen pinta on sairastunut ja on syntynyt nivelrikko. Tekoniveliä asennetaan myös lonkkamurtuman korjaamiseksi, mutta murtumasta johtuvia leikkauksia ei voida etukäteen suunnitella ja ne on siksi rajattu tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Suunnitelluissa leikkauksissa sairaalalla on äkillisiä leikkauksia paremmat mahdollisuudet vaikuttaa prosessiin, ja siksi tähän tutkimukseen on valittu case-tapaukseksi suunnitellut tekonivelleikkaukset.

Lonkan tekonivelleikkaukset ovat myös Satakunnan sairaanhoitopiirille kiinnostava alue. Vuonna 2009 Porissa sijaitsevassa Satakunnan keskussairaalassa tehtiin 877 kappaletta lonkan tekonivelleikkauksia (haastattelu H6). Sairaanhoitopiiri tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja 20 jäsenkunnan asukkaille. Tekonivelkirurgia kuuluu sairaanhoitopiirissä Operatiiviseen toimialueeseen. Operatiivinen toimialue tuottaa pääosin leikkauspalveluita. Operatiivinen työllistää 750 henkilöä. (Operatiivinen tulosalue.)

Tässä tutkimuksessa on keskitytty asiakasnäkökulmaan terveydenhuollossa. Näkökulmavalinta ei tarkoita, että aineisto koostuisi pelkästään potilashaastatteluista vaan, että koko tutkimuksessa halutaan keskittyä asiakkaan kokemukseen hoitoketjussa. Asia-

kaskeisyys terveydenhuollossa tarkoittaa potilaita ja heidän omaisiaan korostavaa näkökulmaa: asiakkaan arvoja ja kokemuksia pidetään tärkeinä. Terveydenhuollossa asiakasnäkökulma tahtoo jäädä keskustelun asteelle, eikä se ole ohjannut toimintaa riittävästi. Asiakaskeskeisyys on kirjattu sairaaloiden arvoihin ja tavoitteisiin, joten asiakaskeskeisyys mutta se ei ole vielä arkipäivää joka paikassa terveydenhuollossa vaan tavoitte johon pyritään. Potilaspalautteen avulla voidaan luoda strategioita, sääntöjä ja normeja sekä toimintaa, joka perustuu asiakkaiden arvoihin. Terveydenhuollossa toimitaan perinteisesti asiantuntijalähtöisesti, jolloin asiakas on toiminnan ja vallankäytön kohde. Asiakaskeskeisessä toimintamallissa asiantuntija tarjoaa osaamistaan asiakkaan käyttöön ja asiakas käyttää kuluttajan valtaa. Lähtökohtana asiakaskeskeisessä toimintamallissa on, että asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Hyvä vuorovaikutus asiakkaan kanssa edellyttää vastavuoroista ja luottamuksellista kumppanuutta. (Hiidenhovi 2001, 25–26.)

1.6 Tutkimuksen teoreettinen tausta

Tässä luvussa tarkastelen tutkimuksen laskentatoimen teoreettista taustaa eli prosessi-johtamisen laskentatoimea. Luvussa selvitän laskentatoimen prosessijohtamisen keskeisiä käsitteitä eli tuotannonohjaus- ja johtamisideologioita. Valtaosa johtamis- ja tuotannonohjausopeista on kehitetty ja ne ovat tulleet tunnetuksi 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa. Osan opeista juuret ovat Japanin autoteollisuudessa, osan taas Yhdysvalloissa. On myös oppeja, jotka ovat kehittyneet molempien vaikutuksesta.

JIT-Just-In-Time on tuotantotapa, joka on saanut alkunsa Japanin autoteollisuudesta. JIT:n peruseriaatteita on tuottaa juuri asiakkaan tarvitsema määrä tuotteita halutussa eräkoossa ja oikeaan aikaan. JIT-toimintatavassa on tärkeää luoda yhteistyöverkosto asiakkaiden ja toimittajien kanssa, koska koko toimintaketjun on toimittava JIT-periaatteiden mukaisesti. JIT-tuotantotavassa pyritään minimoimaan keskeneräiseen tuotantoon sitoutuva pääoma. Tuotteita ei varastoida väli- tai loppuvarastoissa, vaan tuotteet valmistetaan, kun niille on jo tilaaja olemassa. Jotta tuotteita ei tarvitse valmistaa varastoon, on tuotantoajan oltava erittäin lyhyt. Tärkeää tuotantotavassa on myös se, että kaikissa vaiheissa tuotetaan virheetöntä laatua, sillä varastoja ei ole. JIT-tuotannon tehokas soveltaminen edellyttää käytännössä myös tuotesuunnittelua siten, että tuotantomenetelmä on otettava huomioon jo tuotetta suunniteltaessa ja pyrittävä yksikertaisuuteen. Yleensä JIT-tuotantoon liittyy hierarkkisesti matala organisaatio, ja organisaatiolle on luotava edellytykset toimia joustavasti ja muutosvalmiisti. JIT:n hyötynä on tehotuotannon eliminointi: ei tehdä mitään turhaa ja toimitaan asiakaskeskeisesti. (Horngren – Datar – Foster 2003, 693–694.)

Kapeikkoajattelu, Constraint Theory, on Israelilaisen Eliyahu M. Goldrattin kehittämä tuotannonohjausmalli, joka perustuu kapeikkojen hallintaan. Kapeikot ovat asioita, jotka estävät tuotantojärjestelmää saavuttamasta päämääriä tai korkeampaa tehokkuutta. Kapeikkoajattelussa läpivirtaus on tahti, jolla järjestelmä tuottaa rahaa. Tavoitteena kapeikkomallissa on kasvattaa läpivirtausta ja pienentää sitoutuvaa käyttöpääomaa ja varastoja. Kapeikkoajattelun mukaan koko prosessin läpivirtaus määräytyy kapeikkojen mukaan. Siksi on tärkeää keskittyä kapeikkojen avartamiseen: jos muita prosessin osia tehostetaan, varastot kasvavat mutta läpivirtaus ei kasva. Kapeikkomalli oli alun perin tuotannonohjausmalli, mutta siitä on kehittynyt kokonainen johtamisfilosofia. Jos ajatellaan johtamisfilosofian mukaan koko yritystä, kapeikko voi olla mikä tahansa yrityksen toiminto, jolloin parannustoimet on suunnattava kapeikkoon koko prosessin kehittämiseksi. Kapeikkoajattelu johtamisfilosofiana ei ulotu organisatorisiin ulottuvuuksiin, mutta organisaatioissa painotetaan tuloskeskeisyyttä. Kapeikkoajattelu on jatkuvien parannustoimien suuntaamista tuotantoprosessissa tai organisaatiossa sinne, missä kapeikko rajoittaa parempien tulosten saavuttamista. Parannustoimien suuntaaminen kapeikkoihin parantaa yrityksen kannattavuutta, kun samoilla resursseilla saadaan valmistettua enemmän tuotteita, joita myydään. Kapeikkoajattelussa on tärkeintä löytää kapeikot ja suunnata kehitystoimet juuri niihin. (Goldratt – Cox 1986, 179.)

TQM eli Total-Quality-Management on Japanissa kehitetty laatujohtamistapa. TQM-ajattelun mukaan laadun parantuessa kustannukset laskevat, tuottavuus kasvaa ja myynti paranee. Laatu tarkoittaa yrityksen kaikkien toimintojen laatua tuotannosta hallintoon ja johtamiseen. Laadun parantuessa yrityksen kannattavuus paranee, kun laaduttomuuden kustannukset pienentyvät ja myynti kasvaa. TQM-ajattelussa laadulla tarkoitetaan sitä, että asiakkaan tarpeet täyttyvät. Kuitenkin kustannusten tulee olla hyväksyttävät eli laatua ei ole tarkoitus parantaa rajattomasti. TQM:n soveltamisessa on tärkeää, että organisaatio on TQM:n soveltamiseen sopiva. Tiedon tulee kulkea helposti, organisaation täytyy pystyä toimimaan ryhmissä ja poikittain eri toimintojen läpi ja organisaatiokulttuurin tulee olla asiakasorientoitunut, työntekijöitä osallistava ja aloitteellisuuteen kannustava. Jokainen työntekijä on osaltaan vastuussa laadusta ja työntekijöillä tulee olla myös mahdollisuus parantaa laatua ehdotuksilla ja aloitteilla. TQM on haaste johtamiselle, koska työntekijät täytyy saada motivoitumaan laadunkehittämiseen ja johtamisen täytyy tukea kokonaisvaltaista organisaation sisäisiä rajoja ylittävää toimintaa. Laadun parantamiseksi täytyy olla mittareita ja jatkuvaa koulutusta organisaation kaikilla tasoilla. Kehittämistoiminta ja investoinnit suunnataan TQM:ssa laadun parantamiseen. TQM:n hyötyjä on kasvava liikevaihto, kannattavuuden parantuminen ja parempi tuottavuus. (Jablonski 1992, 7.)

Kaizen on Japanissa kehitetty ongelmanratkaisuprosessi, joka perustuu jatkuvaan parantamiseen. Kaizenin mukaan yrityksen pitäisi parantaa joka päivä jotain, tarkoituksena on jatkuva vähittäinen parantaminen, eivät suuret hyppäykset. Kaizenissa yritys

pyrkii koko ajan nostamaan standardeja eikä vain saavuttamaan ne. Kaizen on ongelmanratkaisukeskeinen toimintatapa. Ongelmakohdat täytyy löytää ja ratkaista, jotta laatu paranee. Kaizen on myös asiakaskeinen toimintatapa. Asiakas on loppukäyttäjä, mutta myös prosessin seuraava vaihe. Kaizeniin liittyy JIT-tuotantotapa. Samoin kuin JIT-tuotannossa myös Kaizenissa koko verkoston alihankkijoista asiakkaaseen kannattaa soveltaa samoja periaatteita. Esimerkiksi alihankkijoita voi palkita parannuksista, jotka tekevät yhteistyöstä saumatonta. Kaizen on koko yrityksen tapa toimia ja edellyttää koko organisaation sitoutumista jatkuvaan parantamiseen. Kaizen edellyttää koko organisaation hyvää kommunikaatiota ja vuorovaikutusta. Kaizen on prosessorientoitunutta toimintaa. Kaizenissa koko organisaation tavoitteena on asiakastyytyväisyys, ja siihen pääsemiseksi täytyy organisaatiolle olla selvää, mitkä asiat asiakastyytyväisyyteen vaikuttavat. Prosessia täytyy mitata prosessiin vaikuttavilla mittareilla ja tuloksia tarkastaa. Koko Kaizenissa on tärkeää palkita työntekijöiden aloitteita ja kannustaa heitä miettimään, miten asiat voitaisiin tehdä vieläkin paremmin. Kaizenissa saadaan parhaimmillaan aikaan sitoutunut, koko ajan kehittyvä organisaatio. (Cooper – Kaplan 1999, 139–140.)

TBM – Time Based Management – aikaperusteinen johtaminen – on aikaan perustuva kilpailu- ja johtamistapa. TBM:ssa aika on tärkein kilpailuperuste kustannusten tai laadun sijaan. Yritys yrittää minimoida prosesseihin kuluvan ajan ja reagoida nopeasti markkinoiden tarpeisiin. TBM-filosofiassa on tarkoituksena, että koko yritys, tuotannosta jakeluun, siirtyy TBM-toimintatapaan. Aikaa toimintaperusteena voidaan soveltaa kaikenlaisiin organisaatioihin eli esimerkiksi tuotannon sijaan myös palveluorganisaatioihin. Organisaation toimintaa kuitenkin helpottaa, jos hallinto on kevyt ja se on järjestetty ydinprosesseihin. Koko organisaation täytyy olla muutosvalmis. Tuotekehitys on hyvin keskeisessä asemassa, jotta uusia tuotteita saadaan nopeasti markkinoille. TBM:ssa kuten useissa muissakin tuotanto- ja johtamismalleissa keskeistä on asiakaskeisyys ja koko toimintaketjun hallinta. TBM:lla on tarkoituksena saavuttaa kustannussäästöjä keskittymällä ydintoimintoihin ja karsimalla turhia vaiheita. Lisäksi yritys saavuttaa suuremman markkinaosuuden, koska asiakkaan tarpeisiin vastataan kilpailijoita nopeammin ja paremmin.

Activity Based Costing – ABC-Toimintolaskenta on 1980-luvun lopulla syntynyt menetelmä kohdistaa välillisiä kustannuksia tuotteille. ABC perustuu prosessiajattelulle eli siinä pyritään ymmärtämään tuotteiden ja palveluiden valmistusprosessi. ABC:n perustana ovat toiminnot, ja kustannukset kohdistetaan toiminnoille. Toiminnot ovat tuotteen tai palvelun valmistuksen vaiheita. Toiminnot kuluttavat resursseja eli esimerkiksi työtä tai koneaikaa. Se, kuinka paljon jotakin resurssia toiminto kuluttaa, muodostaa kustannusajurin eli kustannusten kohdistamisperusteen. Kohdistamisperusteita voi olla yksi tai useita. Tuotekohtaiset kustannukset lasketaan sillä perusteella, minkä verran tuote käyttää eri toimintoja. Toimintolaskenta on perinteistä kustannuslaskentaa tar-

kempi tapa kohdistaa kustannuksia. (Cooper – Kaplan 1999, 395, 208–218.) Toimintolaskennan prosessinäkökulma auttaa johtoa hallitsemaan monimutkaista liiketoimintaa, kun nähdään, mitä missäkin vaiheessa tehdään ja paljonko se maksaa. Siten voidaan analysoida, tehdäänkö jotain ylimääräistä, joka ei tuo hyötyä asiakkaalle. (Brimson 1992, 46–48.) ABC mallintaa yrityksen toiminnan ja resurssien kulutuksen. ABC:ssa luotetaan, että lisääntyneen tarkemman tiedon avulla johto tekee parempia päätöksiä. Toimintolaskennan pohjalta on kehitetty toimintopohjainen johtamismenetelmä Activity Based Management - ABM. Toimintojohtamisen ja toimintolaskennan ero on se, että yrityksen kustannukset eivät laske itsestään sillä, että ne tiedetään entistä tarkemmin, vaan täytyy tehdä prosesseja parantavaa johtamista, jotta kulut laskevat. ABM:n perustana on poistaa turhat toiminnot, parantaa tuotesuunnittelua ja siten tuottaa asiakkaalle enemmän arvoa ja yritykselle enemmän voittoa. (Lumijärvi 1993, 36–39.)

Laskentatoimen perustehtävä on yrityksen suorituskyvyn mittaaminen. Aikaisemmin suorituskyvyn mittaaminen tarkoitti lähinnä rahamääräistä mittaamista, mutta koko ajan yhä tärkeämmäksi ovat nousseet ei-rahamääräiset mittarit eli strategiset mittarit. Strategisen laskentatoimen merkitys on noussut, koska uudet tuotantoprosessit vaativat myös ei-rahamääräisiä mittareita tuekseen. Laadun ja asiakastyytyväisyyden merkitys on kasvanut, ja näitä mitataan pääosin ei-rahamääräisin mittarein. (Vaivio 1999, 409–410.) Tasapainotetut mittaristot, kuten Balanced Scorecard, tukevat yrityksen strategisia valintoja. BSC on Kaplanin ja Nortonin USA:ssa kehittämä strateginen työkalu, joka yhdistää rahamääräisiä ja ei-rahamääräisiä mittareita. Mittaristo sisältää neljä ulottuvuutta. Yksi osa mittaristoa on taloudelliset mittarit, jotka katsovat menneisyyteen ja tarkastelevat yrityksen taloudellista tilaa. Toinen osa on operationaaliset mittarit, jotka mittaavat yrityksen sisäisiä prosesseja. Kolmas mittariston osa on mittarit, jotka mittaavat asiakastyytyväisyyttä, ja neljäs osa mittaa organisaation oppimista ja kasvua. Tasapainotettu mittaristo koostuu tavoitteista ja mittareista, jotka on kytketty toisiinsa. Suorituskykymittariston täytyy korostaa yrityksen kriittisiä menestystekijöitä, ja tarkoituksena on innostaa ja kannustaa ihmisiä saavuttamaan tavoitteet. Mittaamisen ei tule olla negatiivista kontrollointia, joka lisää byrokratiaa. (Neilimo – Uusirauva, 2001, 268–274.)

Yrityksessä erilaisten valintojen tehokkuuden ratkaisee menestys liiketoiminnassa. Julkisessa hallinnossa terveydenhuollossa menestystä ei mittaa liike-tulos, vaan vaikuttavuus eli missä määrin budjettivaroilla pystytään tuottamana hyvinvointia kuntalaisille. Siten julkisen terveydenhuollon mittareita ovat hoidon tulokset. Tasapainotettu mittaristo painottaa johtamisessa strategiaa ja tuo mukaan oppimisen elementin. Koska julkisen sektorin toiminnassa vaikuttavuus on avainasemassa, on tasapainotetun mittariston ohjattava kehitystä siten, että vaikuttavuus paranee. (Lumijärvi 2005, 293–294.) Tasapainotetun mittariston mallia on sovellettu käyttöön terveydenhuollon organisaatioissa Suomessa esim. Seinäjoella, Tampereella, Jyväskylässä ja Oulussa. Käyttöönotoista

voidaan sanoa, että tasapainotettu mittaristo on vienyt laatujohtamisen ajatuksia käytäntöön organisaatioissa. Strategia on tullut lähemmäksi käytäntöä, ja mittaristo on toiminnut kommunikoinnin välineenä. (Lumijärvi 2005, 301.) Tasapainotetun mittariston mallia voidaan pitää jatkeena sille kehittämistyölle, jota laatuajattelu on edustanut. Tarkoituksena on rakentaa laadukkaampi organisaatio ja johtaminen. (Niiranen – Stenvall – Lumijärvi 2005, 31–32.)

Julkisella sektorilla on useita erilaisilla taloudellisilla logiikoilla toimivia organisaatioita. On voiton maksimoivia (for-profit) toimijoita, voittoa tavoittelemattomia (non-profit) toimijoita sekä näiden välimaastossa tappiota kaihtavat (not-for-loss) ja ei maksimoitua voittoa tavoittelevat (for-some-profit) organisaatiot. (Lillrank ym. 2004, 199.) Terveystieteiden alalla merkittävässä roolissa ovat non-profit-organisaatiot eli julkiset sairaalat, jotka muodostavat suurimman osan koko terveydenhuollosta. Non-profit-organisaatiot ovat voittoa tavoittelemattomia. Suurin ero muihin yrityksiin verrattuna on, että ne eivät jaa voittoa omistajille. Kilpailun kiristyminen terveydenhuollossa ja julkisen terveydenhuollon resurssipula aiheuttavat sen, että yksityisen ja julkisen sektorin sairaaloiden toimintatavat lähestyvät toisiaan. Molemmista tarvitaan kustannus- ja laatuajattelua. (Sloan 2000, 1141–1147.) Tässä luvussa on käsitelty prosessijohtamisen laskentatoimeja ja esitelty keskeiset teoriat ja käsitteet, joiden valossa tarkastellaan prosessijohtamista terveydenhuollossa.

1.7 Aikaisempi tutkimus

Aiempiin aiheeseen liittyvää tutkimusta löytyy niin tuotantotalouden, terveystaloustieteen kuin kauppatieteidenkin alueelta. Merkittävää tutkimusta terveydenhuollon tuotantotalouden sektorilta on tehnyt Teknillisen korkeakoulun tutkijaryhmä Healthcare, engineering, management and architecture (HEMA). Tutkijaryhmän tapaustutkimusten pohjalta Lillrank, Kujala ja Parvinen (2004) ovat kirjoittaneet kirjan *Keskeneräinen Potilas*, Peltokorpi, Kujala ja Lillrank (2004) kirjan *Keskeneräisen potilaan kustannukset* (2004) ja Parvinen, Lillrank ja Iivonen (2005) kirjan *Johtaminen terveydenhuollossa*.

Peltokorven, Kujalan ja Lillrankin (2004) tutkimus perustuu ajatukseen, että terveydenhuolto on palveluntuotantoa, johon voidaan soveltaa teollisuuden alalta hyväksi havaittuja käytäntöjä tuotannon johtamiseen. Tutkimuksen perusteella tekijät ehdottavat ajan nostamista terveydenhuollon prosessien tehokkuuden mittariksi. Mittaria voidaan käyttää hoitoketjun tilan kuvaajana ja kehitystoiminnan tuloksellisuuden mittaamisessa.

Silvennoinen-Nuoran (2010) tutkimuksen kohteena oli reumapotilaan, sydänpotilaan ja tekonivelpotilaan hoitoketju. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa kokonaisvaltaiseen vaikuttavuuden arviointiin, joka kattaa sekä asiakasvaikuttavuuden että yhteiskunnallisen vaikuttavuuden. Silvennoinen-Nuora havaitsi, että eri hoitoketjuille on ra-

kennettävä omat vaikuttavuuden arviointijärjestelmänsä, jotka perustuvat tavoitteisiin. Tasapainotettu mittaristo on Silvennoinen-Nuoran mielestä soveltuva työkalu vaikuttavuuden arviointiin. Tekonivelpotilaan hoitoketjun keskeisiä menestystekijöitä ovat Silvennoinen-Nuoran mukaan hoitohenkilökunnan kehitysmuotoisuus, ennen leikkausta olevat käytännöt, leikkausten oikea-aikaisuus, kotiutumisen ja fysioterapian onnistuneisuus, asiakkaan toipuminen ja asiakaspalautteen antamisen mahdollisuus. Nykyisellään vaikuttavuuden arvioinnissa on lukuisia haasteita tai jopa esteitä, eikä kokonaisvaltaista terveydenhuollon palvelujen, hoitoketjujen ja palveluprosessien vaikuttavuuden arviointia ole tehty, koska arviointijärjestelmiä ei ole olemassa. Koska julkisten palvelujen resurssit ovat yhä niukkenemassa, on tarve vaikuttavuuden arvioimiseksi kasvamassa. (Silvennoinen-Nuora 2010.)

Hiidenhovi (2001) on tutkinut asiakastyytyväisyyden käyttöä sairaalan toiminnan kehittämässä. Hiidenhovin tulosten perusteella poliklinikan palvelun vahvuuksia olivat ammattitaito, palveluhenkisyys, salassapito ja potilaan kokema hyöty. Negatiivisena potilaat kokivat aikaan ja tiedonsaantiin liittyvän epävarmuuden. Tässä tutkimuksessa tutkijan taustaoletuksena on HEMA-tutkimusryhmän ajatus, että terveydenhuoltoa voidaan kehittää muun elinkeinoelämän hyväksi havaittuja menetelmiä hyödyntäen. Tutkija on Hannele Hiidenhovin tapaan kiinnostunut asiakastyytyväisyyden käytöstä terveydenhuollon kehityksessä, ja siksi tämän tutkimuksen näkökulmaksi on valittu asiakasnäkökulma. Lonkan tekonivelpotilaiden hoitoketjua on tutkittu sen verran (Silvennoinen-Nuora 2010, Lillrank ym. 2004), että tutkimuksen johtopäätöksissä voidaan verrata, onko tämän tutkimuksen tuloksissa löydettävissä samoja elementtejä, kuin aiemmissä tutkimuksissa.

1.8 Tutkielman rakenne

Tämä tutkimus on rakennettu siten, että tutkimuksessa on neljä päälukua. Ensimmäisessä luvussa kuvataan tutkimuksen tavoitteet ja rajaukset. Tutkija kuvaa taustaa, jonka pohjalta tutkimus on tehty ja esittelee laskentatoimen prosessijohtamisen laskentatoimen teoreettista viitekehystä. Tutkija kuvaa myös aikaisempia tutkimuksia aiheeseen liittyen. Lisäksi ensimmäisessä luvussa esitellään kohdeorganisaatio ja kuvataan metodologiset valinnat ja tutkimuksen toteutus.

Toinen luku on tutkimuksen teoriaa. Johdannossa ensimmäisessä luvussa alaluvussa 1.6 käsitellään keskeisiä laskentatoimen prosessijohtamisen malleja ja käsitteitä, joita käytetään myös terveydenhuollon prosessijohtamisessa, jota käsitellään luvussa 2. Toisessa luvussa kuvataan prosessijohtamista ja sen keskeisiä elementtejä: laatua, kustannuksia ja aikaa. Sen jälkeen käsitellään vaikuttavuutta ja valintoja terveydenhuollossa.

Luvussa käsitellään julkista terveydenhuoltoa järjestelmänä, sen erityispiirteitä ja sen kehityssuuntia. Toisen luvun loppupuolella tutkija käsittelee lonkan kuluman hoitoa.

Kolmas luku on tutkimuksen empiirinen osuus. Tutkija kuvaa lonkan tekonivelleikkausprosessin Satakunnan keskussairaalassa. Sen jälkeen tutkija kuvaa, miten asiakkaat kokevat prosessissa laadun, kustannukset ja ajan. Luvussa käsitellään myös henkilökunnan näkemyksiä prosessista.

Neljäs pääluku kokoaa yhteen tutkimuksen. Lopussa tutkija esittelee johtopäätökset ja yhteenvedon tutkimuksesta. Sen jälkeen tutkija pohtii tutkimuksen uskottavuutta ja jatkotutkimusmahdollisuuksia.

2 TERVEYSTALOUSTIEDE JA JULKINEN TERVEYDENHUOLTO

2.1 Prosessijohtaminen terveydenhuollossa

Tässä luvussa tarkastellaan prosessijohtamista julkisessa hallinnossa ja erityisesti terveydenhuollossa. Luvussa käsitellään prosessijohtamisen keskeisiä käsitteitä laatua, kustannuksia ja aikaa terveydenhuollossa. Lisäksi kuvataan terveydenhuollon järjestämisestä Suomessa, terveydenhuollon erityispiirteitä ja tulevaisuuden visioita. Luvun loppupuolella kuvataan lonkan tekonivelleikkauksen kulkua ja nivelrikon hoitoa.

Prosessijohtaminen julkishallinnon organisaatiossa tarkoittaa, että organisaation johtamiskäytäntöjä, toimintatapoja ja seurantajärjestelmiä pohditaan ja muutetaan tarkastelemalla erityisesti toiminnassa olevia pullonkauloja. Prosessilähtöinen ajattelutapa mahdollistaa organisaation kehittämisen tehokkaammaksi ja asiakaslähtöisemmäksi huomioiden olemassa oleva toiminta ja uudet ideat. (Virtanen – Wennberg 2005, 14.) Terveydenhuollon palveluissa kiinnitetään yhä enenevässä määrin huomiota prosessuaaliseen sujuvuuteen, ja on organisaatioita, jotka nimittävät itseään prosessiorganisaatioiksi. Opeja prosessimaiseen toimintatapaan haetaan tuotantotaloudesta. Sairaaloiden leikkaustoiminnan prosesseja ovat arvioineet ja kehittäneet muun muassa Lillrank, Kujala ja Parvinen (2004) teoksessaan Keskeneräinen potilas.

Prosessiajattelu tarkoittaa perinteisesti panosten ja aktiviteettien tarkastelua. Julkisessa hallinnossa täytyy sen lisäksi nostaa esiin kysymys ulkoisen asiakkaan tarpeiden huomioimisesta. 1980-luvulla julkinen talous oli panosohjattua. Resursseja oli tarjolla ja vaikka alettiin puhua tehostamisesta, todellinen ulkoinen paine puuttui. 1990-luku muutti kuitenkin tilanteen täysin, ja raju lama toi tulosajattelun julkiselle sektorille. Tulosohejausajattelu merkitsi huomion kiinnittämistä panosten sijaan tuloksiin. 2000-luvun alussa oltiin jälleen uudessa tilanteessa. Vaikka tulosohejaus on tuonut paljon hyvää, on se myös osoittautunut riittämättömäksi keinoksi julkisen hallinnon parantamiseen. Julkishallinnon taakkana ovat edelleen jäykät rakenteet, huono asiakaspalvelu, keinotekoiset tulosindikaattorit sekä resurssien ja toimenpiteiden vaikuttavuuden huono yhteensopivuus. Muutosprosessi julkisessa hallinnossa on ollut käynnissä jo kymmeniä vuosia, ja nyt tulosohejauksen jälkeen seuraava vaihe on prosessilähtöiset organisaatiot, jotka tähtäävät vaikuttavuuteen ja asiakastyytyväisyyteen. (Virtanen – Wennberg 2005, 26–30.)

Tehokkuudella on usein huono kaiku terveydenhuollon henkilökunnan ja käyttäjien korvissa. Se voi olla jopa synonyymi huonolle palvelulle, joten tehokkuus ei ole paras tapa markkinoida prosessilähtöisyyttä julkisessa hallinnossa. Prosessilähtöinen organisaatio tähtää kuitenkin menestykseen. Terveydenhuollon organisaatiossa menestys voi

tarkoittaa esimerkiksi parantuneita työolosuhteita ja asiakkaiden tyytyväisyyttä. Organisaatioissa joudutaan tulevana vuosina pohtimaan yhä enemmän, miten saada asiakkaat osallistumaan toiminnan kehittämiseen ja miten heidän mielipiteensä saataisiin näkyviin toiminnan suunnittelussa ja palveluntuotannossa. (Virtanen – Wennberg 2005, 148–149.)

Sairaalaorganisaatiot ovat tyypillisesti suuria ja monimutkaisia organisaatioita, mikä tekee prosessilähtöisen toimintatavan lähtökohtaisesti varsin haastavaksi. (Tevameri – Kallio 2009, 29–30.) Organisaation menestys ei synny yksin, vaan sen edellytyksenä on, että kaikki henkilöstöryhmät ja asiakkaat ovat osallisina kehitystyössä, sillä prosessilähtöisen organisaation kehittäminen vaatii ennakkoluulottomuutta ja uudenlaista yhteistyötä. (Virtanen – Wennberg 2005, 149.) Toimintatavoissa on paljon parantamisen varaa, mutta tavoitteena ei saisi olla repivä revoluutio, vaan määrätietoinen kehitys, jolla rakennetaan uutta toimintakulttuuria. (Laitinen 2010, 39.) Prosessilähtöisyydellä ei Suomessa tähdätäkään hallinto-organisaatioiden rakenteiden romuttamiseen, vaan hallittuun siirtymiseen linjaorganisaatioista prosessiorganisaatioihin. Prosessiorganisaatioon siirtyminen edellyttää muutosjohtamista, jossa muutosta on suunniteltu ja keskitytty ongelmien ratkaisuun ja hyvään johtamiseen. (Virtanen – Wennberg 2005, 151, 153.)

2.2 Kustannukset terveydenhuollon prosesseissa

Terveydenhuollossa kustannukset voidaan luokitella muuttuviin, kiinteisiin ja vaihtoehtoihin kustannuksiin. Kiinteiden ja muuttuvien kustannusten luokitteluperuste on se, muuttuuko kustannusten määrä lyhyellä tähtäimellä, jos potilaiden määrä muuttuu. Kiinteitä kustannuksia ovat esimerkiksi tilojen kulut ja vakituisen henkilökunnan palkat. Muuttuvia kustannuksia terveydenhuollossa ovat potilasmäärän mukaan muuttuvat kustannukset eli esimerkiksi lääkkeet ja tarvikkeet tai tilapäistyövoiman kustannukset. Kiinteitä kustannuksia jaetaan potilaskohtaisiksi kustannuksiksi sairaaloiden kustannuslaskennassa eri perustein. Jakoperusteena voidaan käyttää esimerkiksi vuodepaikkojen määrää. Terveydenhuoltoon liittyy myös vaihtoehtoiskustannuksia. Vaihtoehtoisia kustannuksia ovat esimerkiksi laaduttomuuden aiheuttamat kustannukset tai kustannukset, jotka syntyvät potilaan ollessa sairauden takia työkyvytön. (Lillrank ym. 2004, 128.)

Kustannusrakenne on terveydenhuollossa asiantuntijapalveluille tyypillinen. Noin 80 prosenttia kustannuksista syntyy henkilökunnan palkoista, 15 prosenttia laitteista ja tarvikkeista ja 5 prosenttia tiloista ja kiinteistöistä. (Lillrank ym. 2004, 128.) Esimerkkinä vaihtoehtoiskustannuksista työikäinen lonkan tekonivelleikkauspotilas saa Kelan sairauspäivärahaa keskimäärin 80 vuorokautta ennen leikkausta työkyvyttömyyden vuoksi ja 123 vuorokautta leikkauksen jälkeen toipumisaikana. (Turunen – Vehviläinen – Vohlonen – Kröger 2004, 669–672.)

Terveydenhuollossa kustannukset jakaantuvat monelle eri alueelle, joten kokonaiskustannukset ovat vaikeasti laskettavissa koko yhteiskunnan näkökulmasta. Kustannuksia syntyy perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, Kelan päivärahoista ja sosiaalitoimen palveluista sekä potilaan maksettavista kustannuksista. Erityisen vaikeita laskettavia ovat vaihtoehtokustannukset. Esimerkiksi tilanne, jossa potilas jonottaa hoitoa vuoden ja on tämän ajan työkyvytön: Tästä sairausajasta syntyy yhteiskunnalle kustannuksia, kun potilas käyttää lääkkeitä, on pois töistä ja saa Kelan sairauspäivärahaa. Jos potilas pääsisikin hoitoon puolen vuoden kuluessa vuoden sijaan, jäisivät vaihtoehtokustannukset pienemmiksi, vaikka hoidonjärjestämiskustannukset olisivat korkeammat. Tällaista laskelmaa on kuitenkin vaikea suorittaa, ja toinen vaikeus on se, että kustannukset jakaantuvat eri laitoksille ja syntyvä säästö jakaantuu eri tavalla kuin kustannukset. (Lillrank ym. 2004, 128–129.)

Sairaaloiden välillä on eroja siinä, millä kustannuksilla ne pystyvät palvelunsa tuottamaan: puhutaan tuottavuudesta. Tuottavuudella tarkoitetaan toiminnan tuotoksen ja sen aikaansaamiseksi käytettyjen panosten suhdetta. Panokset ovat sairaalan tai sen erikoisalun hoitotoiminnasta aiheutuvia kokonaiskustannuksia. Yliopistollisten sairaaloiden väliset suurimmat tuottavuuserot vuonna 2009 olivat 11 % episodeilla mitattuna ja 7 % hoitotaksoilla mitattuna. Keskussairaaloissa ja muissa sairaaloissa tuottavuuserot olivat vielä yliopistosairaaloitakin korkeammat. (Häkkinen 2009, 3.)

2.3 Laatu terveydenhuollon prosesseissa

Laatu on vanha käsite. Niin kauan, kun ihminen on käynyt kauppaa, ovat laatu, hinta ja voitto olleet läsnä. Arkikielessä laatu tarkoittaa milloin mitäkin hyväksi koettua asiaa. Laatu viittaa ihmisten erilaisiin arvostuksiin asioita arvioitaessa: jotakin pidetään parempana kuin toista. Laatua voidaan käsitellä myös rahan vastineena. Tämä on kuitenkin huono määritelmä, koska silloin laatua voitaisiin parantaa laskemalla hintaa. (Järvinen – Lemetti – Virtanen – Lillrank – Malmi 2001, 4–5.)

Laatua terveydenhuollossa on pohdittu läpi koko lääketieteen historian, ja ensimmäiset maininnat laadusta terveydenhuollossa on 2000 eaa Hammurabin laeissa, joissa kuvataan, miten lääkäriä tulee rangaista jos hän vahingoittaa potilastaan. Nykyisen terveydenhuollon laadun alku voidaan nähdä 1900-luvun alussa, jolloin lääketieteen koulutus muodostui akateemiseksi ja lääkärin ammatista tuli säännelty. Samalla perustettiin lääkäriliitot, jotka tarttuivat laatutyöhön. (Berwick – Bisognano 1999, 32.4)

Eurooppalainen ISO-standardi määrittelee laadun vaatimusten täyttymisenä. Laatu on ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, joka täyttää sille asetetut vaatimukset. Tämän määritelmän ongelma on se, että vaatimukset voivat olla miten mielettömiä tahansa. Jos yhdistetään kaksi edellistä määritelmää, päästään parempaan määritelmään

laadusta. Laatua tulee tarkastella jokaisen hintasegmentin kohdalla erikseen: hinta vaikuttaa odotuksiin. Esimerkiksi ihmisen odotukset Ladan tai Mersun laadusta ovat erilaiset. (Järvinen ym. 2001, 5.)

Terveydenhuollossa laadussa on kyse palvelujen laadusta. Palvelun laadulla on erityispiirteitä verrattuna tavaran laatuun. Palveluita kuvataan usein kolmen erityispiirteen avulla: palvelu on aineetonta, heterogeenistä ja erottamatonta. Aineettomuus tarkoittaa, että palvelu ei ole käsin kosketeltavissa. Koska palvelu on aineetonta, sitä ei voida varastoida. Heterogeenisyys tarkoittaa, että palvelu vaihtelee eri tilanteiden ja ihmisten ollessa kyseessä. Erottamattomuus tarkoittaa, että asiakas voi vaikuttaa palveluun. Palveluun liittyy aina vuorovaikutus ihmisten välillä. (Grönroos 2000, 47).

Berwickin ja Bisognanon mukaan (1999, 32.4) terveydenhuollon palveluilla on eroja muiden toimialojen palveluihin:

- Odotusaika – potilaat odottavat, että he saavat ajan vastaanotolle ja he odottavat vastaanotolla, että lääkäri tapaa heidät. Odotusajat terveydenhuollossa venyvät usein pitkiksi. Terveydenhuollossa pitkät odotusajat ovat jatkuvasti potilaiden ja omaisten valitusten aiheena.
- Tietojärjestelmät ovat terveydenhuollossa monimutkaisia. Tietojärjestelmiä ei ole hyödynnetty terveydenhuollossa yhtä tehokkaasti kuin muilla teollisuuden aloilla. Terveydenhuollon tietojärjestelmien ongelmana on, että aina kaikki tärkeä tieto ei ole terveydenhuollon avainhenkilöiden käytettävissä oikeaan aikaan.
- Terveydenhuollon korkeat kulut. Kulut ovat karanneet käsistä erityisesti Yhdysvalloissa. Vakuutusperusteinen järjestelmä on luonut mallin, jossa kuluilla ei ole kattoa. Tämä on johtanut terveydenhuollon kulujen kohtuuttomaan kasvuun ja voidaan, sanoa, että Yhdysvaltain terveydenhuoltojärjestelmä ei toimi kustannustehokkaasti. Vaikka Yhdysvalloissa käytetään runsaasti rahaa terveydenhuoltoon, osa kansalaisista jää hoidon ulkopuolelle.

Terveydenhuollossa laatu voidaan jakaa prosessin ja tulosten tarkasteluun. Laatua tarkastellaan terveydenhuollossa perinteisesti asettamalla tilastolliset standardit, joihin toimintaa verrataan. Laadulle asettuja vaatimuksia voivat olla henkilökunnan pätevyysvaatimukset (oikea koulutus) ja tiloille ja toimintatavoille asetetut laadun kriteerit. Laatustandardien lisäksi tilastollisen tarkastelun kohteena ovat epätyypilliset tilanteet eli virheet ja komplikaatiot. (Berwick – Bisognano 1999, 32.7)

Laajasti ymmärrettynä laatu tarkoittaa asiakkaan tyytyväisyyttä suoritteeseen tai prosessiin. Laatu terveydenhuollossa on kuitenkin ongelmallinen käsite. Esimerkiksi vaikka leikkaus sujuisi erinomaisesti ja kaikkien sääntöjen mukaan, potilas voi silti kuolla. Terveydenhuollossa ihmisten tarpeiden, halujen ja kysynnän moninaisuus tekee laadun määrittämisestä haasteellista. Laajojen laatukriteerien määrittäminen on hyvin vaikeaa, ja laadun arviointi aiheuttaa mittausongelmia. (Lillrank ym. 2004, 108.)

Terveydenhuollon laadun parantaminen on tärkeää, koska yksi kymmenestä potilaasta Euroopassa kokee epäsuotuisan tapahtuman sairaalassa ollessaan. Laaduttomuuden kustannukset muodostuvat korkeiksi, koska ylimääräinen hoito maksaa paljon. Laadun parantaminen terveydenhuollossa ei aina tarkoita, että tarvitaan lisää rahaa, vaan olemassa olevia resursseja voidaan käyttää paremmin ja tehokkaammin. (Øvretveit – Klazinga 2008, 9.)

Laadun parantamista varten on kehitetty lukuisia eri tekniikoita. Laatumalleja voidaan kuitenkin arvostella siitä, että ne on kehitetty kulutustavaramarkkinoilla toimivien suuriyritysten tarpeisiin. Tämä tarkoittaa sitä, että laadun parantamisen tekniikat olettavat, että toimintaympäristö on ennustettavissa, asiakkaat tietävät tarpeensa ja johtajat voivat merkittävästi vaikuttaa organisaatioon. (Järvinen ym. 2001, 7.) Laadun kehittämisen menetelmä riippuu kehityskohteesta ja näkökulmasta. On tärkeää, että kaikki prosessiin osallistuvat työntekijät ovat mukana kehittämässä laatua. Käytännön tieto on tärkeää prosessin parantamisessa, ja laatutyössä mukana olo sitouttaa henkilöstöä laadun parantamiseen. (Järvinen ym. 2001, 9.)

Julkisella sektorilla ja terveydenhuollossa on erityispiirteitä, jotka täytyy ottaa huomioon laatuajattelussa. Julkisella sektorilla laatu on nähtävä yksityistä sektoria laajemmin, eivätkä laadun markkinapiirteet voi julkisella sektorilla syrjäyttää kansalaisten yhdenvertaisuuden, oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon toteutumisen arviointia. Julkisella sektorilla on kuitenkin edellytykset tehdä laatutyötä ja parantaa laatua laatujohtamisella. Laatujohtaminen tulisi nähdä uudistuksina tukevana piirteenä. (Lumijärvi – Jylhäsaari 2000, 35.)

2.4 Aika terveydenhuollon prosesseissa

Terveydenhuollon prosesseissa on käsitelty paljon tuottavuutta ja jonkin verran laatua, mutta ei juurikaan aikaa. Teollisuudessa ajan tärkeyteen kilpailutekijänä on herätty jo parikymmentä vuotta sitten. Teollisuudessa on itsestään selvää, että kalliita tuotannon-tekijöitä ei kannata seisottaa: puhutaan resurssien hyötykäytön maksimoinnista. Resurssien maksimoiminen ei kuitenkaan ole yksinään hyvä mittari. Keskeneräiseen tuotantoon sitoutuu paljon rahaa, sillä tuotteita ei voida myydä ennen kuin ne ovat valmiita. Resurssien maksimoiminen ei mittaa sitoutuvaa käyttöpääomaa, ja käyttöpääoma on kallista. Keskeneräisen tuotannon ja resurssien maksimoinnin välillä vallitsee optimointiongelma, sillä molemmat tulisi saada toimimaan mahdollisimman hyvin. (Lillrank ym. 2004, 110–112.)

Julkisessa hallinnossa ei ole ollut tapana laskea ajalle arvoa. Asiakkaan tai oman ajan arvoa ei osata huomioida. Rahaa menee hukkaan, kun aikaa ei huomioida prosesseissa. Esimerkiksi katutyöprojekti aloitetaan, mutta katu on auki ja työ kesken useita kuukau-

sia tai potilas makaa leikkausjonossa. Asiakkaat eivät halua tai edes voi odottaa, jos vaiva tuottaa kipua tai vie työkyvyn. Ihmiset ovat tulleet herkäksi ajalle: jos laatu on sama, valitaan se tuote, jonka saa nopeammin. Aika vaikuttaa tuotannon tehokkuuteen, mutta myös asiakkaan kokemaan arvoon. (Lillrank ym. 2004, 111–112.) Terveysthuollossa vallitsee henkilöstöpula. Kuntaliiton mukaan erikoislääkäreistä on pulaa erityisesti keskussairaaloissa, ja koska resurssit ovat niukat, aiheutuu henkilökunnalle kiirettä ja paineen tuntua. Tämä synnyttää helposti tilanteen, jossa asioita ei ole koskaan aikaa tehdä kunnolla, mutta on kuitenkin aikaa tehdä samat asiat monta kertaa uudestaan. Yleensä ajatellaan resurssien lisäämisen olevan ainoa ratkaisu, mutta usein voitaisiin muuttaa palvelujen rakennetta ja toimintatapoja, joiden takia tehdään päällekkäistä, palveluja tarvitsevan asiakkaan kannalta tarpeetonta ja kustannuksia lisäävää työtä. (Hupli – Kaarna – Kauppinen – Kärri 2006, 59.)

Aikaa voidaan tarkastella terveydenhuollossa useista eri näkökulmista. Kliininen näkökulma tarkoittaa, että aikaa tarkastellaan siten, että se olisi lääketieteellisesti optimi. Potilas ei joutuisi odottamaan hallinnon tai muiden syiden takia vaan saisi hoitoa silloin, kun sitä lääketieteellisesti tarvitsee. Odottaminen on mahdollista vain, jos se ei pahenna potilaan tilaa. Potilaan kannalta on tärkeää, että kaikki aika on hoidon kannalta vaikuttavaa. Potilas tarvitsee aikaa parantua, eli hoitoa ei voi olla kaiken aikaa. Optimaalista on kuitenkin se, että potilas ei joudu odottamaan enempää kuin on hyödyllistä. Ylimääräinen odotus tarkoittaa potilaalle ylimääräistä kipua ja epävarmuutta. Työntäjän näkökulmasta työntekijän sairauden aiheuttama työkyvyttömyys aiheuttaa kustannuksia. Työntäjän kannalta on parasta, jos työntekijä saa hyvää hoitoa oikeaan aikaan, jotta työkyvyttömyys jäisi mahdollisimman lyhyeksi. Työkyvyttömyys voi olla myös vain osittaista. Tällöin työntekijän tehokkuus on alentunut esimerkiksi huolien tai kipujen vuoksi. (Lillrank ym. 2004, 116–117.) Työkyvyttömyys on kallista myös yhteiskunnan kannalta, ei vain työntäjän. Kela maksaa sairauspäivärahaa, eikä verotuloja kerry. (Peltokorpi ym. 2004, 30.) Tuotannonohjauksen ja kustannusnäkökulman kannalta terveydenhuollossa pitäisi optimoida resurssien käyttö ja minimoida potilaan kannalta hyödytön aika. (Lillrank ym. 2004, 117.) Asiakkaan kokemus hoidon laatu paranee prosessin nopeutuessa ja turhien viiveiden poistuessa. Laadun parantaminen toimintaa tehostamalla tarkoittaa nimenomaan prosessissa esiintyvien ongelmakohtien ja turhien viiveiden selvittelyä ja seuraamista, ei itse tutkimus- tai hoitotoimintojen nopeuttamista. (Hupli ym. 2006, 11.)

2.5 Kustannus-vaikuttavuusanalyysi

Kustannusvaikuttavuus on keskeinen käsite terveydenhuollossa. Kustannusvaikuttavuus on erityisesti terveystaloustieteen käsite. Taloustieteiden soveltamista terveydenhuoltoon pidetään tärkeänä, sillä terveydenhuoltoon tehtävät taloudelliset panostukset ovat jatkuvasti kasvaneet. Ei kuitenkaan ole näyttöä siitä, että vaikka terveydenhuoltoon on käytetty enemmän rahaa, terveys olisi parantunut samassa suhteessa. Terveydenhuollossa vallitsee voimavarojen niukkuus: aina on enemmän kysyntää kuin pystytään tuottamaan tarjontaa. Voimavarojen kohdentaminen onkin yksi isoista kysymyksistä. Minne raha kannattaa kohdentaa, jotta saadaan aikaan mahdollisimman suuri vaikutus? Terveydenhuollossa joudutaan tekemään valintoja resurssien kohdentamisesta eri potilasryhmien välillä kunnallisella ja valtiollisella tasolla. Jotta pystyttäisiin valitsemaan eri vaihtoehtojen välillä tehokkaimmat toimenpiteet, täytyy selvittää niiden vaikuttavuutta ja kustannuksia. (Sintonen – Pekurinen 2006, 16–18.)

Kustannus-vaikuttavuusanalyysissä hyötyjä ei arvoteta rahamääräisinä. Jos hyötyjä muutetaan rahamääräisiksi ja hyötyjä ja kustannuksia verrataan keskenään samassa yksikössä, on kyse kustannus-hyötyanalyysistä. Kustannus-vaikuttavuusanalyysissä ei voida yksinään sanoa, onko kustannus-vaikuttavuus hyvä vai huono. Tuloksia täytyy aina verrata johonkin. (Sintonen – Pekurinen – Linnakko 1997, 206–207.)

Vaikuttavuuden arvioiminen edellyttää terveyshyödyn seuraamista. Terveyshyödyn arvioimiseen on kehitetty luokituksia ja indikaattoreita. Ne mahdollistavat hoidon hyödyn systemaattisen seurannan. (Liukko 2002, 100–110.)

Kustannus-vaikuttavuusanalyysissä on ongelmana sairaaloiden kustannuslaskennan epätarkkuus. Sairaanhoidon kustannukset muodostuvat monista eri lähteistä, ja vaikka sairaaloissa harjoitetaan kustannuslaskentaa, voidaan sen tarkkuus yksittäisten toimenpiteiden kohdalla kyseenalaistaa, koska kustannuslaskennassa joudutaan tekemään yleistyksiä. (Vohlonen – Vehviläinen – Palmunen – Kinnunen 2002, 46)

Kustannusten lisäksi hyöty on ongelmallinen käsite terveydenhuollossa. Hyöty on vaikeasti mitattavissa. Toimenpiteiden vaikutuksia ei tunneta, pystytään ennustamaan tai mittaamaan tarkasti. Toimenpiteisiin liittyy aina myös riskejä ja ennalta arvaamattomia muuttujia. Siksi terveystaloustieteessä on alettu käyttää vaikuttavuuden määrittelyssä elämänlaatua kuvaavia mittareita. (Sintonen ym. 1997, 212–224). Elämänlaatumittarit mittaavat ihmisen fyysistä, toiminnallista, sosiaalista ja henkistä terveydentilaa ja elämänlaatua. Lisäksi mittareissa on mukana subjektiivinen elementti, jossa potilas arvioi omaa terveydentilaansa. (Koivukangas – Ohinmaa – Koivukangas 1995, 7.) Terveysteen liittyvä elämänlaatu (HRQoL), laatu painotetut elinvuodet (QALY) ja hoidon kustannus-vaikuttavuus ovat keskeisiä tekijöitä, kun arvioidaan tämän päivän terveydenhuollon tuloksellisuutta. Suomessa on laajasti käytössä elämänlaatumittareista D15, joka on myös kehitetty Suomessa. Elämänlaatumittareita on useita, ja niitä verrattaessa on huo-

mattu, että ne tuottavat erilaisia tuloksia. (Vainiola 2010.) Elämänlaatumittarit ovat standardoituja mittareita, joilla voidaan mitata hyötyjä tai haittaa terveydenhuollosta. (Koivukangas 1995, 7.)

Terveydenhuollossa hyötyjä ja vaikuttavuutta mitataan usein yksinkertaisilla mittareilla, kuten verenpaineen muutos, lisäelinvuosien määrä tai kivittomien päivien lukumäärä. Nämä mittarit kuvaavat terveysvaikutuksia karkealla tasolla, ja vertailtavuus eri hoitomuotojen välillä on huono. (Sintonen ym. 1997, 206–207.)

2.6 Vaikuttavuuden arviointi terveydenhuollossa

Vaikuttavuutta on perinteisesti perusteltu ja tutkittu talouden näkökulmasta. Vaikuttavuus määritetään usein rinnakkaiseksi käsitteeksi tehokkuudelle ja tuottavuudelle. Kunnan toiminnassa tärkeää on se, mitä verorahoilla saadaan aikaan. Kyse on suoritteista ja niiden vaikutuksista. (Meklin 2001, 105–107.) Terveydenhuollossa on tärkeää, tuottavatko kustannukset tavoiteltua terveyshyötyä. Vaikuttavuutta voidaan tarkastella terveydenhuollossa normaali- tai ihanneolosuhteissa. Ihanteellisissa olosuhteissa ja suunnitelluissa tilanteissa tapahtuvaa muutosta nimitetään tehoksi (efficacy). (Sintonen ym. 1997, 40–42.)

Vaikuttavuutta voidaan tarkastella kahdella eri tavalla. Ensiksi vaikuttavuutta voidaan ilmaista tavoitteiden saavuttamisen asteena. Tässä tavassa vaikutuksille asetetaan tavoitteita, ja vaikuttavuus on sitä, kuinka hyvin nämä tavoitteet saavutetaan. Tällöin vaikuttavuuden analysointi edellyttää tavoitteita ja toteutumaa, johon tavoitteita verrataan. Toiseksi vaikuttavuutta on kuvattu palveluprosessien tai palvelujärjestelmien kykyinä aikaansaada haluttuja vaikutuksia. Eli kyse on kyvystä ja mahdollisuudesta saada aikaan vaikutuksia, ei niinkään vaikutuksista. Lisäksi vaikuttavuus voidaan rinnastaa vaikutuksiin. Jos rinnastetaan vaikutus vaikuttavuuteen, se tarkoittaa, että verrataan keskenään tilanteita, joissa toimitaan tai ei toimita. Esimerkiksi jos kuntataloudessa halutaan rinnastaa vaikutus vaikuttavuuteen lonkan tekonivelleikkauksessa, verrataan, millaisia vaikutuksia sillä on, että potilaalle laitetaan tai ei laiteta tekoniveltä. (Meklin 2001, 107–108.)

Terveydenhuollon prosessit ovat olemassa potilasta varten. Välillä kuitenkin potilas on vaarassa unohtua, kun itse prosessit ja niiden johtaminen muodostuvat tärkeiksi. Potilas kuitenkin tuntee hoidon prosessit ja niiden vaikutuksen. Potilas käyttää palveluita ja arvioi palvelun saatavuutta, hoidon oikea-aikaisuutta, sujuvuutta, tehokkuutta, omia tuntemuksiaan, tervehtymistään sekä ammattilaisten kohtaamista eli palvelua ja ammatitaitoa. Näistä asioista koostuu asiakasvaikuttavuus eli vastaus siihen, mikä on palvelujärjestelmän kyky toteuttaa sille asetetut vaikuttavuustavoitteet ja saada aikaan haluttuja vaikutuksia. (Silvennoinen-Nuora 2006, 16–17.)

2.7 Terveydenhuollon valinnat

Terveydenhuollossa on aina tehtävä valintoja: mitä hoitoja järjestetään, milloin ja kenelle. Terveydenhuollon resurssit ovat aina olleet rajalliset, ja monet yhteiskunnan trendit kuten tekniikan kehitys, väestön ikääntyminen ja medikalisaatio ovat vahvistaneet tarvetta miettiä, mihin rahat riittävät ja mitä hoitoja ja palveluja voidaan tuottaa. Tätä kutsutaan priorisoinniksi. Priorisoinnilla on leima, että se tarkoittaa jostakin tinkimistä tai leikkaamista. Kaikki priorisointi ei ole negatiivisuuden sävyttämää, vaan priorisoinnista on kyse myös silloin, kun resursseja lisätään. (Vuorenkoski – Kaila 2010, 2795–2796.)

Potilaskohtainen priorisointi on laissa kielletty. Suomessa vaikuttava hoito on aina annettava, hoitoa ei voida evätä kustannusten vuoksi. Ongelma kuitenkin on, että kunnat rajoittavat terveydenhuollon budjetteja ja kuntien vastuulla on muitakin tärkeitä tehtäviä, joten rahaa ei ole käytettävissä rajattomasti. Budjettivaje ja se, että vaikuttavaa hoitoa täytyy tarjota kaikille, muodostavat vaikean yhtälön, ja siksi käytännössä priorisointia täytyy tehdä. Joku joutuu aina päättämään, milloin hoito on tarpeeksi vaikuttavaa ja kustannukset siedettävät. (Mäkelä – Saarni 2011, 636–637.) Priorisoinnissa kyse on siitä, että resurssit jaetaan oikeudenmukaisesti ja järkevästi siten, että ne tuottavat mahdollisimman paljon terveyshyötyä. Priorisointia tarkasteltaessa täytyy ottaa huomioon, että raha ei ole ainoa resurssi, vaan kyse on myös esimerkiksi koulutustasosta ja henkilöstön riittävyydestä. Priorisoinnin pitäisi perustua avoimuudelle, yhteisille arvoille ja läpinäkyvyydelle. Sen ydinasioita ovat terveys ja vaikuttavuus. (Vuorenkoski – Kaila 2010, 2795–2796.)

Priorisoinnista ei mielellään puhuta, vaan sitä pitää kutsua esimerkiksi hoidon lääketieteellisen hyväksyttävyyden arvioinniksi. Priorisointi tapahtuu siis piilossa ilman avointa keskustelua. Usein käytännön työssä priorisointikysymykset jäävät lääkärille, ja piilopriorisointi heikentää terveydenhuollon työhyvinvointia ja oikeusturvaa. Nyt priorisointi jää piilopriorisoinniksi asiantuntijoille ja lääkäreille, mutta vaihtoehtona olisi avoin keskustelu arvoista ja priorisoinnista. Esimerkiksi Norjassa ja Iso-Britanniassa on priorisointineuvostot, joissa yhdistyvät poliittinen päätöksenteko, lääketieteellinen asiantuntemus ja avoin kansalaiskeskustelu. Avoimen priorisoinnin ominaisuuksia ovat päätöksenteon avoimuus, perustelujen hyväksyttävyys ja mahdollisuus korjata tehtyjä ratkaisuja. (Mäkelä – Saarni 2011, 636–637.)

Priorisointi ei saa olla kiertoilmaus huonosti perustellulle laiminlyönnille. Priorisointia pitäisi tehdä suunnitellusti, koska priorisointi tapahtuu muuten terveydenhuollon sisällä kuntien talouden pettäessä ja silloin usein osataan toimia vain leikkaamalla palvelujen laatua ja tarjontaa. Priorisointi ei voi olla kuitenkaan ainoa toimi resurssien puutteessa. Terveydenhuoltoa täytyy kehittää monella tapaa, ja varmistaa, että terveydenhuollon rahoitus kannustaa järkevään toimintaan. (Pälve 2009, 3913.)

2.8 Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä

Suomessa terveydenhuolto on järjestetty pääasiassa verorahoitteisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö valmistelee, ohjaa ja seuraa terveydenhuollon lainsäädäntöä. Toiminta- ja tavoitesuunnitelma laaditaan vaalikausittain, ja sen hyväksyy valtioneuvosto. Talouden kehys eli sosiaali- ja terveydenhuollon voimavarapäätös tarkistetaan vuosittain. Terveydenhuollon alalla toimii useita laitoksia, jotka hoitavat tutkimus-, kehitys-, valvonta- ja tilastointitehtäviä. (Terveydenhuolto Suomessa 2004, 6.)

Kunnat huolehtivat Suomessa terveydenhuollon järjestämisestä. Kunnat tuottavat perusterveydenhuollon palvelut yksin tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa, jolloin kunnat muodostavat kuntayhtymiä. (Terveydenhuolto Suomessa 2004, 7.) Laki ei määrää, että kuntien täytyisi tuottaa palvelut itse, vaikka palveluiden järjestämisvastuu on kunnilla. Kunnat voivat myös ostaa palveluita yksityisiltä palveluntuottajilta tai järjestöiltä. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 10§.)

Kunnan on osoitettava valtionosuuden lisäksi riittävästi voimavaroja terveyden edistämiseen ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseen. Kunnalla tai kuntayhtymällä on oltava käytettävissä riittävä määrä terveydenhuollon ammattihenkilöitä terveydenhuollon tehtävien toimeenpanoa varten. Lisäksi on oltava riittävä määrä moniammatillista asiantuntemusta toimiyksiköiden johtamisessa. Terveydenhuoltoa varten kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on oltava käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 4§.) Laissa määritellään terveydenhuollon peruseriaatteet, mutta ei yksityiskohtaisesti palvelujen laatua, määrää tai järjestämistapaa. Koska kunnat ovat erikokoisia ja erilaisia, voi palvelujen laatu ja määrä olla eri kunnissa erilainen. (Terveydenhuolto Suomessa 2004, 7.)

Manner-Suomessa on vuonna 2011 20 sairaanhoitopiiriä, joihin kuuluu 320 jäsenkuntaa (Sairaanhoitopiirit jäsenkunnittain 2010). Jokaisen kunnan on kuuluttava johonkin kuntayhtymistä, joiden avulla ylläpidetään sairaanhoitopiirejä. (Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062, 3§.) Sairaanhoitopiireissä järjestetään kuntalaisille erikoissairaanhoidon palvelut. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia, sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan ja kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja.

Sairaanhoitopiirit ovat erikokoisia. Niiden jäsenkuntien ja väestöpohjien määrä vaihtelee. (Terveydenhuolto Suomessa 2004, 16.) Erikoissairaanhoidon suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Myös aluehallintovirastoille kuuluu niiden toimialueilla erikoissairaanhoidon suunnittelu- ja valvontatehtäviä. (Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.)

Sairaanhoitopiirit ovat uudistuneet merkittävästi koko niiden olemassaolon ajan. Tulevaisuudessa erikoissairaanhoidonpalveluja organisoidaan yhä enemmän yliopistosairaaloitten ympärille. Myös asiakkaiden valinnan mahdollisuuksia yritetään lisätä. Kun-

nan ja sairaanhoitopiirin rajat muodostavat vastedes nykyistä pienemmän esteen asiakkaiden palvelujen käytölle.

Julkinen terveydenhuolto rahoitetaan verovaroin ja asiakasmaksuin. Vuonna 2009 Suomen terveydenhuoltomenot olivat 15,7 miljardia euroa. Rahamääräisesti suurimmat menoerät koostuivat erikoissairaanhoidon (5,2 mrd. €) ja perusterveydenhuollon (2,8 mrd. €) palveluista. Nämä muodostivat noin kaksi kolmasosaa vuoden 2009 terveydenhuoltomenoista. (Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009.)

2.9 Julkisen terveydenhuollon talouden ohjaus

Julkisessa taloudessa toiminnan taloudellinen ohjaus on perustunut perinteisesti talousarvioon ja tilinpäätökseen (Linnakko 2007, 317). 1990-luvulla valtion valtionosuusjärjestelmää uudistettiin, ja samalla kustannuspaineet kasvoivat. Vielä 1990-luvun alussa sairaalat saivat pääosan rahoituksestaan valtiolta ja kunnilta. Vuonna 1993 lakimuutoksen myötä erotettiin palvelujen järjestäminen ja rahoitus. Samalla valtion rahoitusosuus kuntien terveystoimien pieneni kymmenessä vuodessa 40 prosentista 20 prosenttiin, lisäksi valtion suoria investointitukia vähennettiin. (Linnakko 2007, 317.) Aikaisemmin valtionosuudet maksettiin suoraan palveluntuottajille. Uudistuksessa valtionosuudet siirryttiin maksamaan kunnille, jotka ostavat palvelut palveluntuottajilta. Uudistuksen myötä valtion osuuksia ei korvamerkitty terveydenhoitoon, vaan kunnat saivat toteuttaa palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla. Samalla kun rahoitus uudistettiin, siirrettiin käytännössä myös erikoissairaanhoidolaissa määritelty järjestämisvastuu kunnille. (Jousela 2001, 91.)

Kun rahoitus ja järjestämisvastuu eriytettiin, samalla siirryttiin tilaaja–tuottaja-malliin, jossa kunta ostaa palvelut joko itse omistamiltaan laitoksilta tai ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Tilaaja–tuottaja-mallin tarkoituksena on luoda todellista kilpailua julkiseen talouteen niin, että palveluntuottajat kilpailisivat keskenään kuntien palvelujen tuottamisesta. (Linnakko 2005, 318.) Kilpailuttamisella haetaan palvelujen tuottamisen tehostumista. Kuitenkin palvelujen ostaminen on osoittautunut monessa kunnassa hankalaksi. Osto-osaamista puuttuu vielä laajalti, ja voi myös olla, ettei kilpailua ole todellisuudessa syntynyt. Tilaajan tulisi määrittää ostoprosessissa oston ehdot ja tuottajan tehdä tarjous kriteerit täyttävästä toiminnasta. Keskeinen käytännön ohjauskeino on tilaajan ja tuottajan välinen palvelusopimus, jossa määritellään palveluntuotannon ehdot (Jousela 2001, 97). Kunnan tulee valita tarjouksista kokonaistaloudellisesti edullisin, mutta kokonaistaloudellinen tarkoittaa sitä, että hinta ei yksin ratkaise vaan myös palvelun laadulle voidaan asettaa määriteltyjä kriteerejä.

Pirkanmaan mallia voidaan tarkastella esimerkkinä tilaaja–tuottaja-mallista ja sitä yksityiskohtaisemmasta sopimusohjausmenettelyn soveltamisesta. Pirkanmaan sairaan-

hoitopiirin alueella siirryttiin vuoden 1999 alusta sopimusohjausmalliin. Sopimusohjaus on toimintatapa erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseksi. Ensin prosessissa määritellään palvelujen tarve ja sovitaan palvelujen hinnoista. Palvelujen tarpeen pohjana on kolmen edellisen vuoden käyttö. Muusta sovitaan erikseen tilaajan ja tuottajan välillä. Palvelujen tilaamiseksi käydään neuvotteluja palvelujen järjestäjien eli sairaanhoitopiirin ja tilaajien eli yksittäisten kuntien tai kuntayhtymien välillä. Palvelut tilataan sairaaloittain ja erikoisaloittain. (Jousela 2001, 96–97.) Neuvotteluissa sovitaan myös laskutuksesta. Sopimusohjauksessa sovitaan yksityiskohtaisesti palveluiden järjestämisestä, mutta tilaajan ja tuottajan roolien lisäksi kunnat ja palveluiden järjestäjät pyrkivät aktiiviseen yhteistyöhön. Erityisesti kuntien tavoitteena on aktiivinen terveyspolitiikka ja kulusäästöt (Jousela 2001, 98).

Sairaanhoitopiirien neuvottelut tilaajakuntien kanssa ovat ensimmäinen askel sairaaloiden budjetoinnissa. Palveluiden tarve perustuu aina arvioon, ja palveluiden tuottajat näyttävät pystyvän arvioimaan tarvetta jopa tilaajia paremmin (Aaltonen – Jaatinen – Talvinko – Virtanen – Vohlonen 2007, 11). Palveluiden arvioiminen on sitä vaikeampaa, mitä pienemmän yksikön tasolla arviointia yritetään tehdä. Yksittäinen kunta on historiallisesti osoittautunut liian pieneksi yksiköksi arvioida luotettavasti palvelujen käyttöä yhden vuoden aikana (Aaltonen ym. 2007, 11). Kuitenkin kokonaisuutena palveluiden tarve pystytään ennakoimaan hyvinkin tarkasti. Kunnat ja palveluntuottajat sopivat palveluiden laskutuksesta arvioidun tarpeen ja hinnaston mukaisesti. Kuntien erikoissairaanhoidon budjettien summan ja sairaanhoitopiirin budjetin loppusumman ei tarvitse olla sama. Kunnat arvioivat ja suunnittelevat menonsa itse, sairaanhoitopiiri itse. Sopimusinstrumenttina on hinnasto. (Aaltonen ym. 2007, 11.)

Rahoitusuudistus 1990-luvun alussa pakotti miettimään terveydenhuollossa toiminnan tehostamista ja kulusäästöjä. Terveydenhuoltoon tuotiinkin uusia johtamisoppeja erityisesti 1990-luvulla. Monet johtamismallit oli kopioitu yritysmaailmasta. Siirryttiin massatuotannosta kohti yksilöidympää tuotantotapaa, eli prosesseja suunniteltiin paremmin kohti tehokkaampia suunnittelu-, tuotanto- ja hallintoprosesseja. Yritysmaailman johtamismalleja on kritisoitu myös laajalti siitä, että ne eivät ole sopivia terveydenhuoltoon. (Linnakko 2005, 318.) Ensimmäisiä terveydenhuoltoon tuotuja oppeja 1980-luvulla oli tulosjohtaminen. Tulosjohtamisessa aikaisemmin byrokraattisen hallintotavan tilalle tuodaan malli, jossa yksiköitä arvioidaan taloudellisin mittarein. Yksiköiden tulosta arvioidaan, ja samalla yksiköille tuodaan tulosvastuu eli ylilääkärit ovat vastuussa myös taloudesta kliinisen vastuun ohella. Sairaaloissa alettiin tehdä rahoituksen suunnitelman eli talousarvion lisäksi hoitojen oletettuun kysyntään perustuvia tuotantosuunnitelmia, joissa suunnitellaan sairaalan toimintaa (Linnakko 2005, 321). Tulosjohtaminen on koettu julkisessa terveydenhuollossa hankalaksi, ja se onkin saattanut muodostua vitsiksi tai kirosanaksi. Tulosjohtaminen laaja-alaisesti ajateltuna kuitenkin sopii myös julkiseen terveydenhuoltoon, sillä julkisessa terveydenhuollossakin on tarpeen

lisätä asiakaslähtöistä ajattelua. (Jousela 2001, 116.) Käytännössä sairaalassa tulosjohtaminen tarkoittaa, että kliiniselle tulosityksikölle, esimerkiksi kirurgiselle yksikölle, luodaan kokonaisbudjetti, joka kattaa kaikki yksikön käyttämän panokset, kuten lääkkeet, siivouksen, ravintohuollon jne. (Linnakko 2005, 320). Yksikön ylilääkärit ovat kuluvasuussa yksikkönsä kokonaisuudesta.

2.10 Terveydenhuollon rahoitus

Suomessa terveydenhuoltolakiin on säädetty kaksi julkista rahoituskanavaa. Suomessa on käytössä sairausvakuutusjärjestelmä, jota hallinnoi Kela. Sairausvakuutuksesta on säädetty laissa, ja sairausvakuutus korvaa sairauksien ja tapaturmien aiheuttamia lääkemenkuluja, yksityisten palvelujen maksuja, välillistä ansionmenetystä sairasajalta ja matkakustannuksia. Kelaa valvoo eduskunta. Terveyspalvelut rakentuvat kuntien järjestämistä vastuun varaan, ja valtio rahoittaa palveluiden järjestämistä valtionosuuksilla. Valtionosuudet eivät pääosin ole korvamerkittyä rahaa, vaan kuntien hallinnot saavat itsenäisesti päättää, miten käyttävät rahat palveluiden järjestämiseksi. (Kekomäki 2009, 1450–1451.)

Rahoituksen järjestäminen vaikuttaa terveydenhuollon tehokkuuteen, kun aina pyritään saamaan vastapeluri maksajaksi. Leikkauksella ja lääkkeillä on kaksi eri maksajaa. Siksi hoitoa ei aina valita järkevästi, vaan sen mukaan kuka on maksaja. Maksajan vaihtuminen on myös ongelma hoitoketjuissa. Hoitoketjut katkeavat, kun maksaja vaihtuu kesken ketjun. (Kekomäki 2009, 1450–1451.) Esimerkiksi lonkan tekonivelleikkauksen hoitoketjussa preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe hoidetaan perusterveydenhuollossa, operatiivinen vaihe eli leikkaus erikoissairaanhoidossa ja postoperatiivinen vaihe eli hoito ja kuntoutus leikkauksen jälkeen perusterveydenhuollossa.

Rahoituksen monikanavaisuus johtaa osaoptimointiin, kun yksi rahoittaja yrittää siirtää kustannuksia toiselle. Ongelmaksi osaoptimointi muodostuu, kun valitaan huonompi hoito rahoituksen vuoksi. Esimerkiksi leikkaus saattaa olla tehokkaampi, mutta valitaan lääkehoito, koska sen kustannukset maksaa potilas ja Kela. Leikkauksen maksaa potilaan kotikunta. Toinen esimerkki on leikkausjono: jonotusajan pituudella ei ole merkitystä sairaanhoitopiirille,¹ koska odotusajalta päivärahan potilaalle maksaa Kela. Tämän takia pieni ja halpa leikkaus voi tulla kalliiksi. Hoitotakuu muodostuisi tarpeettomaksi, jos hoidon ja päivärahojen maksaja olisi sama. (Ryynänen 2009, 1960.)

¹ Hoitotakuu määrittää, että hoito on järjestettävä kuudessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. (Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 31§.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on esittänyt rahoitusraportissaan (2010) Suomeen mallia, jossa rahoitus yhdistyisi yhdeksi kanavaksi. Suomeen syntyisi 12–15 alueellista sosiaali- ja terveystalouden tuottajaa, joiden asukaspora olisi vähintään 200 000 ihmistä. Näillä terveystalouksilla olisi valta ja varat päättää, millaisilta palveluntuottajilta sosiaali- ja terveystaloudet ostetaan. THL:n työryhmä esittää sairausvakuutuskorvauksen poistamista yksityisiltä lääkäripalveluilta – sekä tutkimuksilta että hoidolta. (Pekurinen – Erhola – Häkkinen – Jonsson – Keskimäki – Kokko – Kärkkäinen – Widström – Vuorenkoski 2010, 72–73.)

Terveydenhuollon rajoitusmalliin esitetään hyvin suuria muutoksia, ja THL:n raportissa esitetään useampia vaihtoehtoja rahoituksen järjestämiseen. Kyse on kuitenkin vain rahoituksen uudistamisesta, ei terveydenhuollon integraatiosta laajemmin. (Pekurinen ym. 2010, 77.) Monirahoitusmalli on tuonut mukanaan joukon ongelmia, joita on ratkottu yksitellen ja hitaasti. Sairausrakuutuksen etuuksien ja rahoituksen suhdetta on selkeytetty, mutta uudistukset on rajattu sairausrakuutusjärjestelmän piiriin. Monirahoitusmallin purkamisen toisi terveydenhuoltoon parempaa ohjattavuutta, kun vastuu potilaan hoitoprosessista siirtyisi yhdelle taholle. Yksirahoitusmallille on kuitenkin esitetty kritiikkiä, että päätöksenteko siirtyisi kauas palveluja käyttävistä ihmisistä, ja markkinoille syntyisi ostomonopoli, kun palveluita ostaisi yksi valtakunnallinen taho. Siksi yksirahoitusmallia ei pidetä ensisijaisena vaihtoehtona tulevaisuuden rahoitusmalliksi, mutta alueellisten kokeilujen kautta on nähty lupaavana eteneminen siihen suuntaan. (Pekurinen ym. 2010, 81.)

2.11 Julkisen terveydenhuollon erityispiirteitä

Palveluiden erityispiirre on, että niitä ei voida varastoida vaan ne tilataan ja käytetään samanaikaisesti. Terveydenhuollon palvelut ovat palveluita, mutta luonteeltaan erilaisia kuin tavanomaiset palvelut. Sairastuminen tai loukkaantuminen on äkillinen tapahtuma, jonka aiheuttamat kustannukset voivat tuhota perheen talouden. Terveydenhuollon asiakkaat saattavat olla hätäntyneitä eivätkä silloin toimi rationaalisesti. Terveydenhuollossa palvelut kohdistuvat ihmisen perustarpeisiin: hengissä säilymiseen ja fyysiseen toimintakykyyn. Näistä syistä useimmissa maissa terveystaloudet ovat julkisesti järjestettyjä ja ainakin osittain yhteiskunnan varoin maksettuja. (Lillrank – Kujala – Parviainen 2004, 25.) Terveystalouksista puhuttaessa on huomioitava eettinen näkökulma. Yleisesti katsotaan, että kaikkien ihmisten tulee saada hoitoa maksukyvyistä riippumatta. Lääkärien eettinen ja ammatillinen säännöstö suojaa potilasta, jotta potilaan etu menee aina taloudellisen edun edelle. (Clewer – Perkins 1998, 10.) Yrityksen toimintaa voidaan mitata suoraan sillä, “mitä viivan alle jää”. Julkiset terveydenhuoltoyritykset eivät kuitenkaan toimi samalla tavalla kuin yritykset, jotka tuottavat voittoa. Voiton tavoittelu

ei voi olla johtajan toiminnan määrittäjä julkisessa terveydenhoidossa, vaikka puhutaankin *tuloksesta*. Julkinen terveydenhuolto on kompleksinen ympäristö johtaa taloutta. Talouden täytyy olla hallinnassa, mutta talouden mittareilla on vaikea mitata sairaalan toimintaa. (Virtanen 2010, 14.)

Suomessa julkinen terveydenhuolto on järjestetty verorahoitus pohjaisesti (Erikoissairaanhoitolaki 3§). Laki takaa Suomessa pysyvästi asuville henkilöille oikeuden terveydenhoitoon. Julkinen terveydenhuolto ei voi näin ollen valita asiakkaitaan. Julkinen terveydenhuolto on kuitenkin rajannut toimintansa ulkopuolelle lääketieteellisiä palveluita, joita ei katsota olevan perusteltua maksaa julkisista varoista. (Jousela, 2001, 116.) Tällainen palvelu on esimerkiksi kosmeettinen kirurgia eli palvelu, jota ei voida perustella lääketieteellisellä tarpeella. Erikoissairaanhoitoon ohjautuminen tapahtuu useita reittejä pitkin. Erikoissairaanhoidosta ei ole oikeutta käännyttää potilaita tutkimatta (Erikoissairaanhoitolaki 31§).

Erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan Suomessa toistaiseksi pääosin julkisesti sairaanhoitopiirien kuntayhtymien toimesta (Aaltonen ym. 2007, 6). Suomessa jaottelu erikoissairaanhoitoon ja perusterveydenhuoltoon on erilainen kuin useimmissa muissa maissa. Perusterveydenhuoltoon sisältyy Suomessa useita sellaisia palveluita, jotka muissa maissa luokitellaan erikoissairaanhoitoon, esimerkiksi polikliiniset toimenpiteet sekä röntgen- tai laboratoriotutkimukset. (Lehto – Kananoja – Kokko – Taipale 2003, 120.) Erikoissairaanhoidon erityispiirre on se, että se toimii jakautuneena lääketieteellisesti erityisaloittain, kun taas perusterveydenhuollossa näin ei ole, vaan asiakkaat tutkitaan ja hoidetaan yleislääkärin toimintaperiaatteiden mukaisesti. Erikoissairaanhoidossa hoidosta vastaa kunkin alan erikoislääkäri.

Suomessa sairaanhoitoon kuuluu hoidon porrastus. Porrastus tarkoittaa sitä, että alemman tason yksikön tulee hoitaa mahdollisuuksien mukaan kaikki sinne hoitoon hakeutuvat potilaat. Portaikossa ylempänä oleviin yksiköihin hakeudutaan hoitoon vasta alemman portaan kautta lähetettyinä. Erikoissairaanhoidon akuutin tarpeen päätyttyä potilaille etsitään hoitopaikka alemman portaan sairaalasta. (Lehto ym. 2003, 123.) Porrastuksella on tarkoitus toimia kustannustehokkaasti ja järjestää hoito aina mahdollisimman edullisesti.

Julkisen sektorin ominaispiirteenä on toiminnan suunnittelu siten, että palveluiden käyttö pyritään ennakoimaan mahdollisimman tarkasti. Toiminta ja velvoitteet ovat lakisääteisiä. Toimintaa ohjaa kysyntä, mutta palveluiden kysyntä ei ohjaa palveluiden järjestämistä samoilla mekanismeilla kuin yksityisessä terveydenhuollossa. (Jousela 2001, 116.) Julkisella sektorilla tavoitteena ei ole lisätä palveluiden kulutusta. Kunnallisessa palvelutuotannossa pääosa palveluista luovutetaan käyttäjälle korvauksetta. Näin ei voida osoittaa tuottoa, jonka perusteella voitaisiin arvioida kannattavuutta. Kunnan palvelutuotannon tarkoituksena on saada aikaan myönteisiä vaikutuksia kuntalaisten hyvinvoinnissa, kuten parantaa terveyttä. (Myllyntaus 2002, 50.) Terveydenhuollon

kysynnän ennustaminen on tärkeää, koska palveluita ei voida varastoida. Kysynnän vaihteluihin voidaan reagoida tarjontaa muuttamalla. Tarjontaa voidaan kasvattaa tehostamalla toimintaa tai kasvattamalla kysyntää. (Lillrank ym. 2004, 42.) Tarjontaa ei kuitenkaan ole järkevää kasvattaa loputtomasti, koska silloin se seisoisi kysyntähuippujen välillä käyttämättömänä. Kysyntää on tärkeä ymmärtää, jotta sitä voitaisiin ohjata ja reagoida tilanteisiin myös kysyntähuippujen välillä (Lillrank ym. 2004, 43).

Julkisen terveydenhuollon taloudenohjauksessa erityispiirteenä on tavoitteenasetannan vaikeus. Yksityisellä puolella haasteena on asiakkuuden luominen, mutta julkisella puolella kysyntä ylittää tarjonnan kaiken aikaa. Käytävissä olevat varat rajoittavat palveluiden tarjontaa. Julkisen hallinnon suunnittelun täytyy lähteä tuotteiden ja palveluiden sisällön ja määrän suunnittelusta. Kun tämä on tehty, pystytään helposti määrittämään palveluiden tuottamiseen sallittavat kustannukset. (Åkerberg, 2006, 51.) Åkerbergin (2006, 52) mukaan terveydenhuolto on alue, jossa nykymuotoinen budjetointi on vähintäänkin kyseenalaista. Tulevaisuus tulee asettamaan terveydenhuollon toiminnan suunnitteluun entistä enemmän paineita, koska palvelujen kysyntä kasvaa tarjontaa nopeammin. Sairaalassa tulisi ensin määritellä palvelujen ja toiminnan taso, jota aiotaan ylläpitää, ja määritellä toiminnan ylläpitämiseen tarvittava määräraha vasta sen jälkeen. Muutoin operatiivinen henkilöstö joutuu jatkuvasti ruohonjuuritasolla päättämään priorisoinnista eli siitä, mihin toimintaan on käytännössä varaa. Suunnittelun järjestyksen pitäisi olla se, että ensin määritetään palvelut ja toiminnot ja vasta sitten määrärahat. (Åkerberg 2006, 52.)

2.12 Terveydenhuollon kysyntä

Terveydenhuollon palveluissa kysyntä on aina suurempaa kuin tarjonta. Yksityisellä sektorilla asiakas joutuu priorisoimaan halua ja tarpeitaan, koska hän maksaa niistä ja kaikkeen ei yleensä ole varaa. Ihminen punnitsee haluja ja tarpeita ja valitsee, mihin rajansa käyttää. Julkisella sektorilla ihmiset voivat vaatia kaikkien halujen ja tarpeiden täyttämistä. Ei kuitenkaan ole mahdollista, että kaikki saisivat haluamansa ja palveluiden kysyntää joudutaan rajoittamaan. Yksityisellä sektorilla kysyntää rajoittaa hinta ja palvelun taso. Julkisessa terveydenhuollossa kumpikaan ei ole mahdollinen keino rajoittaa kysyntää, joten kysyntää rajoittavat jonot ja säännöt. Jonot vähentävät kysyntää siten, että potilaat kyllästyvät odottamaan tai he parantuvat odotusaikana. (Lillrank ym. 2004, 40.)

Jonoista aiheutuu kuitenkin paljon haittaa, sillä ne sitovat resursseja ja haittaavat tehokkuutta. Jonot ovat verrattavissa teollisen tuotannon pullonkauloihin. (Lillrank ym. 2004, 41.) Työkyvyttömyys on yhteiskunnalle äärettömän kallista. Aika, jonka ihminen

viettä jonossa työkyvyttömänä maksaa yhteiskunnalle, työnantajalle ja potilaalle itselleen. Peltokorpi ym. 2004, 30.) Jonojen hallintaan otettiin vuonna 2005 Suomessa käyttöön hoitotakuu.

Terveydenhuollon palvelujen suuri kysyntä ja jonot voidaan ratkaista kasvattamalla tarjontaa. Tarjontaa voidaan kasvattaa lisäämällä resursseja tai käyttämällä nykyisiä resursseja tehokkaammin. (Lillrank ym. 2004, 42.) Terveydenhuollossa on kolme toimijaryhmää: potilaat, maksajat ja palvelun tuottajat. Kaikki painottavat terveydenhuollon perustekijöitä, saatavuutta, hintaa ja laatua eri tavoilla. Myös eri terveydenhuoltomalleissa painotetaan näitä tekijöitä eri tavoilla. Esimerkiksi amerikkalaisessa mallissa hoidon saatavuus ja laatu ovat hyviä, mutta kustannukset ovat valtavat. Pohjoismaisessa mallissa kustannukset ja laatu ovat hallinnassa, mutta saatavuus on suuri ongelma. Terveydenhuollossa palveluiden valitseminen ja maksaminen irtoavat palveluiden käyttämisestä. Tilaaja–tuottaja-malli liittyy tähän eroon. Perusajatuksena on, että palveluiden tilaaminen ja tuottaminen eriytetään hallinnollisesti toisistaan. (Lillrank – Haukkapää-Haara 2006, 9.) Terveydenhuollon kysyntä ja kustannukset ovat kasvaneet hallitsemattomasti. Nykyisellä tuotanto- ja rahoitusrakenteella edessä on väistämättä kriisi. Muutoksia tarvitaan siis välttämättä ja tilaaja–tuottaja-malli on keino toteuttaa terveydenhuollon rakennemuutoksia. (Lillrank – Haukkapää-Haara 2006, 33.)

2.12.1 Hoitotakuu

Suomessa astui voimaan 1.3.2005 hoitoon pääsyä koskevat säädökset terveydenhuoltoa sääteleviin lakeihin eli hoitotakuu. Kansanterveyslakia ja erikoissairaanhoidolakia muutettiin siten, että kiireettömille hoidoille ja tutkimuksille säädettiin määräajat. Laki koskee kiireettömien sairauksien hoitoa. Kiireellisestä hoidosta on säädetty, että esimerkiksi onnettomuuksissa, sydäninfarkteissa hoitoon täytyy päästä heti, ja vakavissa sairauksissa, kuten syövässä, hoitoa täytyy saada mahdollisimman pian. Hoitotakuu on laadittu, koska hoitoon pääsyssä on ollut suuria alueellisia eroja. Hoitotakuun tavoitteena on, että koko maassa potilaat pääsevät hoitoon yhtenäisillä kriteereillä. (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010, 3.)

Lonkan tekonivelleikkauksen tarvetta ja hoitoon pääsyä arvioidaan pisteytyksellä 0–100 pistettä. Hoitoon pääsyn raja on 50 pistettä. Pisteytystä lasketaan kivun, rajoitusten, kliinisten löydösten sekä sairauden etenemisen mukaan. Leikkaushoidon tarve perustuu aina yksilölliseen arvioon. Leikkaushoitoa pohdittaessa täytyy varmistaa, että hyödyt ylittävät haitat eli pelkkä pisteytys ei ratkaise leikkauspäätöstä. (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010, 90.)

Laissa säädetään, että erikoissairaanhoidon on päästävä kuuden kuukauden kuluessa. Hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. (Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 31§.) 1.5.2011 voimaan astunut uusi terveydenhuoltolaki täsmentää hoitotakuuta. Lain voimaan astumisen jälkeen erikoislääkärin arviot hoidon tarpeesta on aloitettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaalaan (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 §52.) Tekonivelleikkauksissa hoitoon pääsy tarkoittaa sitä, että kun leikkaustarve on todettu, hoito on järjestettävä kuuden kuukauden kuluessa. Mikäli sairaanhoitopiiri ei pysty itse järjestämään hoitoa, on hoito hankittava joltain muulta palvelun tuottajalta (Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 31§).

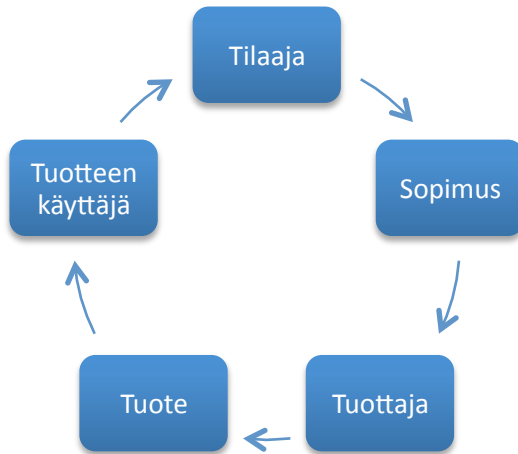
Hoitotakuu pakottaa sairaanhoitopiirit kiinnittämään huomiota potilaalta kuluvaan aikaan. Hoitotakuulaki parantaa potilaiden yhdenvertaisuutta ja takaa palveluiden saataavuuden. Sairaaloitten on parannettava prosesseja siten, että potilaalle järjestyy hoito säädettyssä ajassa. (Peltokorpi ym. 2004, 15.)

Hoitotakuuta voidaan kritisoida siitä, että se on ratkaisu, joka ei poista ongelmaa. Hoitotakuu ei poista terveydenhuollon ongelmia, sillä kaikkia yksityiskohtia ei voida säädellä laissa. Vaikka jonot poistuvat yhdestä kohtaa, ne siirtyvät toisaalle, tai syntyy joku muu ongelma. Toinen vaihtoehto olisi tunnistaa ongelmat ja kehittää ratkaisu ja ajaa se päättäväisesti läpi. (Parvinen – Lillrank – Ilvonen 2005, 19.)

2.12.2 Terveydenhuollon tilaaja-tuottajamalli

Tilaaja–tuottaja-mallilla tarkoitetaan julkisten palvelujen tuotannon organisoimista niin, että palvelun tilaajan ja tuottajan roolit erotetaan hallinnollisesti toisistaan. Perinteisesti kunnat ovat tuottaneet palvelut itse. Kunnilla on palveluiden järjestämisvastuu, mutta tilaaja–tuottaja-mallissa palveluiden järjestäminen eli tilaaminen ja tuottaminen erotetaan toisistaan. (Kallio – Martikainen – Meklin – Rajala – Tammi 2006, 23.)

Kunnat ovat joutuneet kamppailemaan palveluntuotannon rahoitusongelman kanssa erityisesti 1990-luvulta lähtien. Erityisen äkillinen tilanne on ollut sosiaali- ja terveyspalveluissa, joissa kysyntä on kasvanut, mutta samalla ne muodostavat suurimmat menot kuntien taloudessa. Säästötoimien ohella kunnat ovat siirtyneet palvelujen omasta tuotannosta markkinasuuntautuneisiin toimintatapoihin. Tilaaja–tuottaja-mallissa toimijoiden roolit muodostuvat niin, että on tilaajia ja tuottajia, jotka käyvät kauppaa keskenään. (Kallio ym. 2006, 14.) Seuraava kuvio osoittaa tilaaja–tuottaja-mallin peruselementit (Kallio ym. 2006, 22).



Kuvio 2 Tilaaja-tuottaja -mallin peruselementit

Tilaaja–tuottaja-mallissa perusta on se, että kunnilla on järjestämisvastuu palveluista. Kuntalaisten siis täytyy saada heille kuuluvat palvelut. Kuntien ei kuitenkaan tarvitse tuottaa palveluita itse, vaan ne voivat tilata ne sopimusten avulla palveluiden tuottajilta. Tilaaja-tuottaja-mallissa asiointi tapahtuu tilausten ja niihin liittyvän kilpailuttamisen välityksellä (Lillrank – Haukkapää-Haara 2006, 23). Toimijoiden välisten sopimusten avulla kunnat ohjaavat palveluiden tuotantoa. Palveluiden tuottajina voivat olla kuntien omat tuotantoyksiköt tai yksityisen tai kolmannen sektorin palveluiden tuottajat. Sopimusten kohteena ovat tuotteet. Kunta toimii tilaajana tuotteille, joita kuluttavat ensisijaisesti kuntalaiset. (Kallio ym. 2006, 23.)

Vaikka malli on yksinkertainen, on sen soveltaminen käytännössä hankalaa. Roolit eivät aina ole selviä, esimerkiksi kuka on tilaaja ja kuka palvelun käyttäjä. Käyttäjä voi olla esimerkiksi kuntalainen tai kunnan oma yksikkö. (Kallio ym. 2006, 23–24.) Tilaaja–tuottaja-mallin käyttö vaatii laajaa asiantuntemusta niin tilaajalta kuin tuottajaosapuoleltakin. Tilatessa laajat ja yksityiskohtaiset sopimukset, joissa eritellään tuote ja otetaan kantaa myös laatuun, auttavat pitämään toiminnan laajuuden ja kustannukset kurissa. (Kokko – Heinämäki – Tynkkynen – Haverinen – Kaskisaari – Muuri – Pekurinen – Tammelin 2005, 11.) Tilaajan ja tuottamisen erottaminen on terveydenhuollon parantamiseen tähtäävä työkalu, jolla voidaan saavuttaa joustavuutta, kun palveluiden tuotannon hierarkkista jäykkyyttä karsitaan ja mukaan tulee kilpailun elementti, joka tähtää kustannustehokkaaseen toimintaan. (Kokko ym. 2005, 10.)

2.13 Julkisen terveydenhuollon haasteita ja tulevaisuuden visioita

Terveydenhuollossa on ollut merkittäviä uudistuksia ja haasteita 1990-luvun alusta 2000-luvulle. Kuitenkin tulevaisuuden haasteet näyttävät vielä aikaisempiakin suuremmilta. Terveydenhuolto onkin eräänlaisen murroskauden alussa, ja visiot tulevaisuudes-

ta ovat esillä ajankohtaisessa keskustelussa. Väestön ikärakenteen muutos, teknologian kehitys, maailman globalisoituminen ja talouden haasteet pakottavat terveydenhuollon muutoksiin. Toimintaympäristö on moniulotteinen ja tarvitaan uusia tapoja toimia. (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, 5.)

Terveydenhuollon menojen kasvu on ongelma Suomessa, kuten kaikkialla maailmassa. (Jousela 2001, 95.) Väestö ikääntyy lähivuosina nopeammin Suomessa kuin muissa maissa. Samalla palvelut täytyy pystyä tuottamaan, vaikka palveluiden tuottamiseen ei ole tiedossa lisää rahaa. Väestön ikääntymisessä on useita puolia. Ennen kaikkea se asettaa terveydenhuollon kovien taloudellisten paineiden alaiseksi. Heikkokuntoisia, hoitoa tarvitsevia ihmisiä on aiempaa suurempi osuus kansalaisista. Työikäisiä taas on entistä pienempi osuus, mikä tarkoittaa kansantalouden kasvumahdollisuuksien heikkenemistä. Samalla elintapoihin liittyvät krooniset sairaudet yleistyvät Suomessa. Positiivista on, että kun väestö elää entistä vanhemmaksi, kasvaa myös terveiden elinvuosien määrä, ja se avaa uusia mahdollisuuksia. (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, 2010, 5–6.)

Teknologian kehitys on viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana ollut mullistavaa, ja lääketieteen tekninen kehitys näyttää kiihtyvän jatkuvasti. Voidaan odottaa, että seuraavan kymmenen vuoden aikana muutos on vähintään yhtä suuri kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Uusi tietotekniikka tekee mahdolliseksi sen, että kansalaiset voivat aivan uudella tavalla ottaa vastuun omasta terveydestään (Kuusi – Ryyänen – Kinnunen – Myllykangas – Lammintakanen 2006). Teknologia ja tietovarantojen hyödyntäminen tulevat muuttamaan sosiaali- ja terveydenhuoltoalaa. Uusi teknologia tarjoaa valtavasti mahdollisuuksia. (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, 2010, 5.) Informaatioteknologiaa pitäisi hyödyntää hyvinvointipalveluissa koko voimallaan. Kuitenkaan ei voida olettaa, että tietojärjestelmät ratkaisevat kaikki terveydenhuollon tuottavuusongelmat. (Pentikäinen – Tuomaala – Lith – Mursu – Forsström 2009, 151.) Uuden teknologian käyttöönotto tulee olemaan julkisektorille iso haaste, mutta samalla mahdollisuus luoda kokonaan uusia palveluita ja tapoja toimia.

Teknologian kehitys ja väestön ikääntyminen mullistaa myös työelämää. Yhtäältä työntekijöitä ei ole yhtä paljon kuin ennen, mutta toisaalta tehokkuuden täytyy kasvaa myös taloudellisen kestävyuden parantamiseksi. Terveydenhuoltoalalla ollaan huolissaan ammattitaitoisen henkilöstön riittävydestä. Työvoimapulan arvioidaan koskettavan erityisesti terveydenhuoltoalaa, sillä arvioidaan, että seuraavan kymmenen vuoden aikana noin puolet sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä jää eläkkeelle. Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto kasvaa, samoin työllisten määrä, koska ikääntyvä väestö tarvitsee enemmän palveluita. (Pentikäinen ym. 2009, 17.) Työurien pidentäminen on yksi ratkaisu työvoimapulan helpottamiseksi. Koska työikäisten määrä vähenee, on työuria pidennettävä alku- ja loppupäästä. Jotta ihmiset jaksavat työelämässä entistä pidempään, on hyvinvointia ja työelämän vetovoimaa kasvatettava. Hyvä johtaminen on tärkeää. Terveydenhuollon pitäisi kehittää vuoropuhelua ammatti-

johtajien ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Jos arvovaltakiistat eri ammattien välillä pystytään unohtamaan, voidaan uudistuksia viedä paremmin läpi julkisessa terveydenhuollossa. (Pentikäinen ym. 2009, 151.) Työurien pidentämiseksi työviihtyvyyden parantaminen ei ole ainoa asia, vaan myös mahdollisuuksia tehdä työtä pidempään täytyy vahvistaa. Eläkejärjestelmiä on muutettava niin, että se vastaa paremmin elinajan pidentymisen, työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen, muuttuvien työolojen ja rajat ylittävän muuttoliikkeen vaatimuksiin. Tarpeet uudistuksille ovat mittavia, joten työelämä tulee muuttumaan tulevaisuudessa. (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, 2010, 7).

Yhteiskunta on jo muuttunut globaaliksi. Kuitenkin Euroopan Unionin myötä kehitys johtaa siihen, että ihmiset liikkuvat yhä enemmän maiden rajojen yli eli vapaa liikkuvuus kasvaa. Samoin Suomen sisällä ihmiset elävät yli kuntarajojen. Suomalaista hyvinvointivaltiota voidaan pitää esteenä kilpailukyvyille, koska työvoimakustannukset ovat suomessa korkeita. Suomessa työnantajat maksavat korkeita palkkoja ja sen lisäksi sosiaalikuluja ja veroja. Vaikka katsottaisiin, että hyvinvointivaltio ei ole este kilpailukyvyn säilyttämiselle, täytyy tunnistaa globaalit paineet. Palvelujen tuotantoa voidaan tehostaa ja näin parantaa Suomen kilpailukykyä. Hyvinvointipalvelujen tuotantoympäristö muuttuu niin nopeasti, että joustavuutta ja uusia toimintatapoja täytyy kehittää, jotta globaalin toimintaympäristön haasteisiin pystytään vastaamaan. (Möttönen-Niemelä 2005, 113.) Terveydenhuollon täytyy sopeutua globaaliin maailmaan, ja sosiaali- ja terveystaloudet muovautuu kansainvälisessä maailmassa. (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, 2010, 5.)

Ekologisuus on globaalissa maailmassa välttämätön kehityssuunta. Ympäristön hyvinvointi vaikuttaa ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Jokaisen sukupolven pitää jättää jälkeensä elinkelpoinen ympäristö. Globaalit väestörakenteen muutokset, talouden häiriöt, köyhyys ja eriarvoisuus koettelevat yhteiskuntien yhtenäisyyttä, mutta samalla hyvinvointi pitää turvata kaikille. Maapallon ekologinen kehitys kaventaa hyvinvoinnin mahdollisuuksia (Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020, 2010 5). Ekologisuus täytyy ottaa huomioon kaikissa valinnoissa, eikä luonnonvaroja voida kuluttaa kohtuuttomasti. Ekologisuus voidaan nähdä talouskasvun rajoitteena, mutta teknologian kehitys tuo myös tehokkuutta ja uusia mahdollisuuksia.

Terveydenhuollossa on eletty murroskautta jo 1990-luvulta asti, eivätkä muutoksen tarpeet ainakaan näytä vähenevän. Terveydenhuollon kehitystarpeet näyttävät tulevaisuuden visioiden kautta. Haasteet näyttävät vähän erilaisilta, riippuen miltä tasolta niitä tarkastellaan. Kansallisesti on käynnissä useita kehityshankkeita esimerkiksi kuntatalouden kehittämiseksi. Nämä kaikki vaikuttavat terveydenhuoltoon, mutta on myös isompia globaaleja kehityssuuntia, joiden mukana terveydenhuollonkin on muututtava.

2.14 Lonkan nivelrikon hoitosuositus

Lonkan nivelrikko on yleinen sairaus. Suomessa yli 30-vuotiasta miehistä 5,7 % ja naisista 4,6 % sairastaa lonkan nivelrikkoa. Iän myötä nivelrikko yleistyy ja yli 75-vuotiasta neljänneksellä on lonkan nivelrikko. (Käypä hoito -suositus 2007, 602–603).

Nivelrikon perimmäistä syytä ei tiedetä. Vaaratekijöitä ovat ylipaino, raskas työ, ikä, perimä ja lonkan kehityshäiriöt. Lonkan nivelrikossa koko nivel on sairastunut: Nivelesä ruston välittäjäaines tuhoutuu ruston korjaavista prosesseista huolimatta. Niveltä suojaava rustopinta rikkoutuu ja nivelrusto häviää nivelpinnoilta. Lonkan nivelrikossa nivelen rustopinta ei pysty uusiutumaan, ja sairaus yleensä etenee vuosien kuluessa. (Käypä hoito -suositus 2007, 602–603.)

Lonkan nivelrikon oireena on yleensä jomottava kipu, joka pahenee liikuttaessa ja lievenee levossa. Kipu syntyy luun muutosten ja niveltulehduksen vuoksi. Nivelet saattavat tuntua jäykiltä ja liikkeelle lähteminen voi olla vaikeaa pitkällisen paikallaan olon jälkeen esimerkiksi aamuisin. (Käypä hoito -suositus 2007) Nivelrikon luonteeseen kuuluu oireiden vaihtelu, ja alkuvaiheessa oireet vielä häviävätkin välillä, mutta ajan myötä kivut pyrkivät vähitellen lisääntymään. (Pajamäki ym. 1994, 135).

Lonkan nivelrikon hoidot tulee valita yksilöllisesti. Ensisijaisena hoitona käytetään lääkkeetöntä hoitoa. Nivelrikkopotilaille annetaan tietoa sairaudesta sekä terveys- ja liikuntaneuvontaa. Ylipainoisille potilaille suositellaan painon pudottamista. Ohjattu liikuntaharjoittelu mahdollisesti vähentää kipuja. Kuitenkin kipua ja niveloireita lisäävää liikuntaa tulisi välttää. Fysikaalisesta hoidosta lonkan nivelrikossa on hyvin vähän tutkimustietoa. Kylmä- tai lämpöhoitoa voidaan kuitenkin käyttää esimerkiksi itsehoitona kivun ja turvotuksen lieventämiseen. (Käypä hoito -suositus 2007, 610.) Kuvio alla kuvaa nivelrikon hoidon mahdollisuuksia.



Kuvio 3 Lonkan nivelrikonhoidon mahdollisuudet

Kuvio yllä kuvaa nivelrikon hoitovaihtoehtoja niiden yleisyyden mukaan. Nivelrikon lääkehoito on kivun hoitoa. Lonkan nivelrikkoa ei voi parantaa lääkehoidolla. Ensisijaisesti lonkan nivelrikon hoitoon suositellaan parasetamolia, ja jos se ei vähennä kipua, siirrytään reseptillä saataviin tulehduskipulääkkeisiin. Tulehduskipulääkkeillä on kuitenkin enemmän haittavaikutuksia kuin parasetamolilla. Tulehduskipulääkkeitä voidaan käyttää myös paikallisesti voiteina. Mikäli tulehduskipulääkkeistäkään ei ole apua, lääkäri voi määrätä potilaalle opioideja. (Käypä hoito -suositus 2007, 612–614.)

Jos muu hoito ei ole auttanut ja potilaan toimintakyky on oleellisesti heikentynyt, voi kirurgi ehdottaa yksilöllisesti kirurgista leikkaushoitoa. Leikkauksen avulla pyritään poistamaan kipua ja palauttamaan sekä lonkan nivelliikkuvuutta että potilaan liikkumis- ja toimintakykyä. Tekonivelleikkaukset onnistuvat yleensä hyvin: tulehduksen aiheuttama tuho pysähtyy, potilaan kokemat kivut lievittyvät merkittävästi tai poistuvat kokonaan ja liikeala säilyy ennallaan tai paranee.

Tekonivelleikkaus parantaa potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Käypä hoito -suositus 2007, 618.) Tekonivelkirurgia on nivelrikon ainoa parantava hoito (Pajamäki 2005: 21). Vasta-aiheita leikkaukselle on vähän. Mahdollisia vasta-aiheita leikkaukselle ovat kuitenkin vaikea tulehdus, tai muu merkittävä sairaus potilaan kuntoutusta tai jatkohoitoa haittaava huono toimintakyky. Kaiken kaikkiaan leikkausta punnitessa pitäisi hyötyjen muodostua haittoja ja riskejä suuremmiksi. (Remes ym. 2010, 7.)

2.15 Lonkan tekonivelleikkaus

Lonkan tekonivelleikkauksessa asennetaan lantion puolelle kuppiosa ja reisiluun puolelle ydinonteloon tukeutuva varsiosa. Lonkan tekoniveliä on sementillisiä ja sementittömiä. Sementilliset mallit kiinnitetään luuhun sementillä, ja niitä käytetään pääasiassa yli 75-vuotiaille. Sementittömässä mallissa tekonivel kasvaa kiinni luuhun, ja niitä käytetään alle 75-vuotiaille. (Remes ym. 2010, 25.) Lonkan tekonivelen liukuparien materiaaleja on useita, ja tekonivel valitaan potilaan mukaan. Liukuparivaihtoehtoja ovat esimerkiksi metalli-muovi, metalli-metalli ja keraami-keraami. Kaikkia liukupintoja käytetään, ja niillä on omat hyvät ja huonot puolensa. (Remes ym. 2010, 44.) Käytettävissä olevien tekonivelten valikoima on runsas, ja tekonivelet ovat kehittyneet paljon. Uusimmat tekonivelet ovat kalliimpia, mutta niiden käyttöominaisuudet ja kestävyys ovat perinteisiä tekoniveliä parempia. Nuorilla potilailla, jotka käyttävät tekoniveltä pitkään ja palaavat työelämään, kalliimmat mutta kestävämmät tekonivelet tulevat pitkällä aikavälillä kokonaiskustannuksiltaan halvemmiksi. (Moilanen 2007, 149–151.)

Tekonivelkirurgian tulokset ovat parantuneet kaiken aikaa, mutta silti 3–6 % leikkauksista joudutaan uusimaan kymmenen vuoden kuluttua ensimmäisestä leikkauksesta. Syitä uusintaleikkaukseen ovat komponenttien irtoaminen, infektio, muoviosien kulu-

minen ja proteesin sijoiltaan meno. (Lehto – Jämsen – Rissanen 2005, 896.) Tekonivel-leikkauksia tarvitaan vuosi vuodelta enemmän, ja siksi leikkausmääriä ja tekonivelen käyttöajan pituutta on pyrittävä lisäämään. Jos uusintaleikkausten määrää pystytään vähentämään, pystytään keskittämään resursseja tarvittavien ensileikkausten lisäämiseen. (Lehto ym. 2005, 900.)

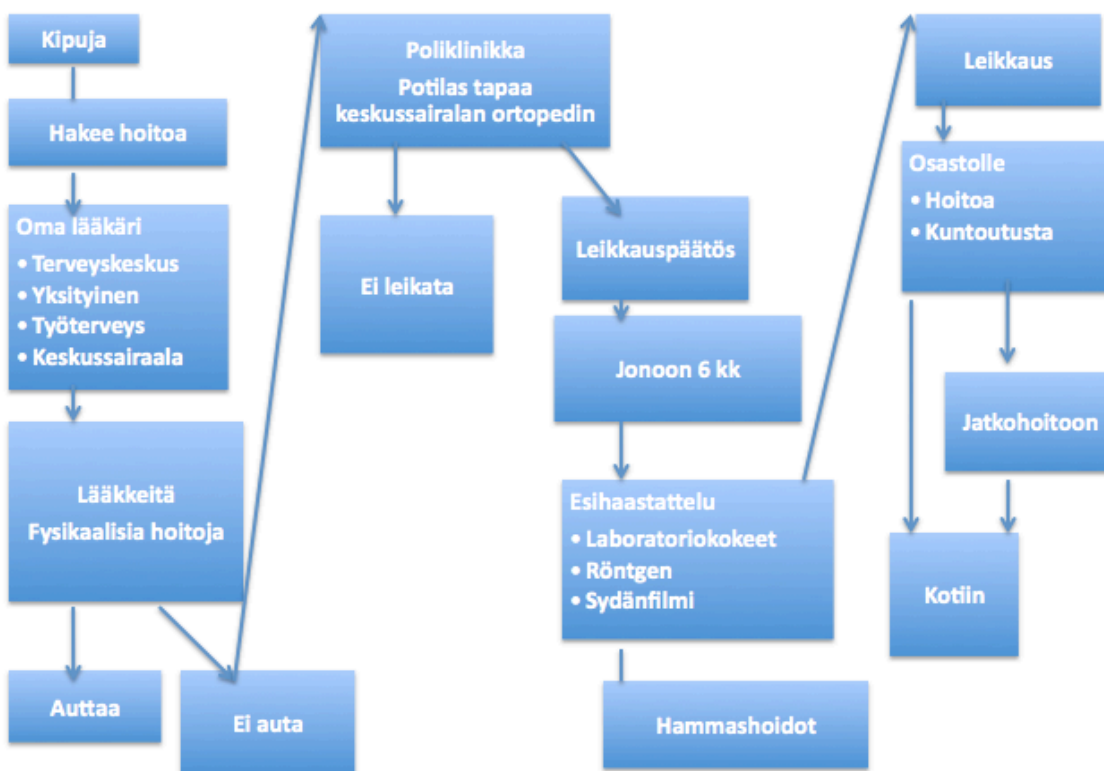
Nivelrikon hoitomahdollisuudet ovat parantuneet viime vuosina. Markkinoille on tullut uusia lääkkeitä, ja kirurgia kehittyi. Saman kehityksen uskotaan jatkuvan myös tulevaisuudessa. Uusien proteesimallien kehittelyn lisäksi pyritään nykyisiä niveliä muovaamaan ja korjaamaan. Tulevaisuudessa kudosteknologian avulla tuotettua nivelrustoa voidaan ehkä käyttää korvaamaan nivelrikon tuhoamaa rustokudosta. (Konttinen – Lindroos – Ruuttila – Lähdeoja – Lassus – Nordström – Santavirta 2003, 1542–1543.)

3 LONKAN TEKONIVELLEIKKAUS SATAKUNNAN SAIRAANHOITOPIIRISSÄ

Tässä luvussa kuvataan, miten tekonivelleikkausprosessi etenee Satakunnan sairaanhoitopiirissä Satakunnan keskussairaalassa. Sen jälkeen perehdytään tutkimukseen kerätyn empiirisen haastatteluaineiston perusteella asiakkaan näkökulmaan lonkan tekonivelleikkauksesta. Haastateltaville on annettu koodit H1–H6, jotta heidät voidaan erottaa toisistaan. Luvun lopussa esitetään yhteenveto tutkimuksen empiirisestä osuudesta.

3.1 Lonkkaleikkausprosessi

Lonkan nivelrikon hoitoketju ulottuu perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Kuviossa alla esitetään, miten potilaan hoito etenee lonkan nivelrikossa Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Lähtötilanteessa potilas kärsii kivuista ja hakee vaivaan hoitoa.



Kuvio 4 Lonkan tekonivelleikkausprosessi Satakunnan sairaanhoitopiirissä

Lonkan artroosissa eli kulumassa potilaan ongelma on kipu. Lonkka saattaa kipuilla vuosia ennen kuin potilas varsinaisesti hakeutuu hoitoon. Kun kipu alkaa olla häiritsevää, potilaat hakutuvat terveyskeskuslääkärille, työterveyslääkärille tai yksityislääkäril-

le. Ensimmäiseksi kokeillaan kipuja lievittävää lääkehoitoa ja fysikaalisia hoitoja. Lonkka on saattanut tässä vaiheessa oireilla jo vuosia tai vuosikymmeniä. Kun lääkkeitä ei ole enää apua kivun hoidossa, potilaan täytyy hakeutua keskussairaalan poliklinikalle tapaamaan ortopedia. Poliklinikka-aikaa voi joutua jonottamaan Satakunnan keskussairaalaan jopa puolitoista vuotta.² Jonotusaikana jatketaan lääkehoitoa ja fysikaalisia hoitoja.

Lähele menee tonne kirurgian poliklinikalle, jossa se käsitellään. Sit jos päädytään, että tää olis mahdollisesti sellainen, että ortopedin pitää katsoa ja mahdollisesti leikattava, niin sit se potilas menee jonottamaan ortopedin aikaa. Ja siellä saa aika pitkäänkin jonottaa, että tällä hetkellä alkuvuodesta jono oli puolitoista vuotta. Siis se aika, että jonotettiin, että päästiin ortopedille. Ja sit taas siellä poliklinikalla, kun lääkäri tutkii, hän tekee leikkauspäätöksen. (H1)

Tähän asti hoitotakuun soveltaminen ei ole ulottunut poliklinikkajonoon. Tilanne poliklinikkajonon osalta on kuitenkin muuttumassa, mutta vielä ei tiedetä, miten hoitotakuuta tullaan soveltamaan poliklinikkajonoon.

Siinä poliklinikkajonossa ei oo ollu, mutta siihen on nyt tulossa hoitotakuu. (H1)

Keskussairaalan poliklinikalla lääkäri tutkii potilaan ja päättää, leikataanko potilas. Jos lääkäri päättää, ettei potilasta leikata, jatketaan lääkehoitoa. Jos taas lääkäri katsoo, että leikkauksen hyödyt ylittävät haitat ja potilas on syytä leikata, lähettää lääkäri potilaan tiedot hoidonvaraajalle, joka laittaa potilaan leikkausjonoon. Poliklinikalla potilas saa esitteiden ja tietoa lonkan tekonivelleikkauksesta. Esitteessä on myös hoidonvaraajan yhteystiedot potilaan mahdollisia kysymyksiä varten. Maanantaisin hoidonvaraaja vastaa potilaiden kyselyihin puhelimitse eli neuvoo ja konsultoi potilaita heidän kysymyksissään. Esitteessä on jumppaohjeita eli kuvia ja ohjeita liikkeistä, joilla potilas voi vahvistaa lihastensa kuntoa leikkauksen jälkeen. Ohjeissa on kuvat ja ohjeteksti jokaista liikettä varten. Kuntouttavien liikkeiden lisäksi ohjeissa neuvotaan, miten potilas voi toimia arkielämässä liikerajoitusten kanssa eli miten laittaa sukat jalkaan, nousta sängystä tai kiivetä portaita.

² Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty ennen uuden terveydenhuoltolain voimaan tuloa 1.5.2011, jossa hoitotakuuta koskevia epäselviä ja tulkinnanvaraisia hoitopäätösten aikarajoja hoidon tarpeen arvioinnista on pyritty selkiyttämään tarkennetuilla säädöksillä. Sairaanhoitopiiri on tarkistanut ohjeistustaan jonoon asettamisen ja tutkimuksiin pääsyn määräajoista uusien asetusten tultua voimaan.

Leikkausjonoaikana potilaiden on tärkeää pitää itsensä hyvässä kunnossa. Lihaskunta voidaan vahvistaa liikunnalla ja fysikaalisilla hoidoilla. Infektoriskin takia leikkauspotilaan hampaiden täytyy olla hyvässä kunnossa, joten jonotusaikana potilas hoidattaa hampaansa ja tuo tästä hammaslääkärintodistuksen leikkaukseen tullessaan. Noin puoltatoista viikkoa ennen leikkausta potilas tulee Satakunnan keskussairaalaan esihaastatteluun. Esihaastattelussa potilas tapaa hoidonvaraajan tai hoitajan ja fysioterapeutin. Haastattelussa käydään läpi anestesiahaastattelu, tulohaastattelu ja luupankkikysely. Lonkantekonivelleikkauksessa potilas voi luovuttaa luuta,³ koska reisiluun päästä poistetaan proteesia varten osa. Tulohaastattelussa keskustellaan lääkityksestä ja ruokavaliosta ja merkitään potilaan antamat tiedot ylös. Haastattelussa suunnitellaan jo myös leikkauksen jälkeistä kotiutumista ja kartoitetaan jatkohoidon tarvetta. Tekonivelleikkauspotilaiden ihon tulee olla terve, joten hoitaja tarkastaa ihon kunnan. Jos iholla olisi infektio, se ehdittäisiin vielä hoitaa ennen leikkausta. Fysioterapeutti neuvoo ja keskusteleo kuntoutuksesta ja apuvälineistä. Ennen leikkausta potilaat käyvät sydänfilmissä, laboratoriokokeissa ja röntgenissä joko oman paikkakuntansa terveyskeskuksessa tai esihaastattelun yhteydessä Satakunnan keskussairaalaissa.

Leikkauspäivänä asiakas saapuu Satakunnan keskussairaalaan LEIKO-yksikköön etukäteen sovittuna aikana. LEIKO-yksikössä asiakas vaihtaa potilasvaatteet ja saa esilääkityksen. Potilas tapaa leikkaavan lääkärin, ja leikkaussalihenkilökunta hakee hänet LEIKO:sta leikkaussaliin. Suurin osa tekonivelleikkauksista tehdään selkäydinpuudutuksessa, ja potilas on hereillä. Leikkaus kestää pari tuntia, jonka jälkeen potilas siirretään heräämöhön. Heräämössä henkilökunta seuraa potilaista tarkasti, ja siellä odotetaan, että puudutus lakkaa ja säädetään kipulääkitys sopivaksi. Potilas viettää heräämössä muutamasta tunnista päivään. Kun asiakas voi riittävän hyvin pärjätäkseen ilman intensiivihoitoa, hoitajat hakevat potilaan vuodeosastolle.

Lääkäri valmistautuu leikkaukseen tutkimalla asiakkaan potilaspaperit ja suunnittelemalla leikkauksen. Hän myös harkitsee, millainen proteesi on potilaalle sopivin.

Kyllähän sen itse proteesi suunnitellaan, et sen voi tietokoneohjelmilla mallintaa, et minkä kokoinen. Kun niitä on erikokoisia niveliä et minkälaiset palaset sinne käytännössä mahtuu, minkälaiset on kaikkein par-

³ Luupankkitoiminta on, kuten verenluovutus, laeilla ja direktiivillä säänneltyä toimintaa. Sopivaksi todettu luovuttaja saa itse päättää, luovuttaako luuta ja luovutuksesta laaditaan huolellisesti dokumentit. Luovutettua luuta säilytetään erikoispakastimessa ja sitä voidaan käyttää toiselle ihmiselle ortopedisissä leikkauksissa. Mäkelä – Uusitalo – Kivelä – Papp (2004) Kudossiirteet ihmisen varaosina. Duodecim 11/2004.

haimmat. Voihan ne sit vähän siinä leikkauksessa muuttua, mut et tietää suurin piirtein ja lasketaan oikeat kulmat. (H4)

Lääkäri tekee yleensä kaksi tekonivelleikkausta päivässä. Lääkäri tapaa potilaan ennen leikkausta LEIKO-yksikössä. Eräs haastateltavista (H3) kertoo, että keskustelu lääkärin kanssa jäi lyhyeksi, ja että potilaan näkökulmasta tuntuisi paremmalta, että henkilökohtaista kohtaamista lääkärin kanssa olisi enemmän ja potilas kuulisi lääkäriltä omasta toimenpiteestään enemmän.

Että siinä kun lähtee sairaalasta tai ennen leikkausta, kun lääkäri tapaa, hän vois vähän sanoo, että miksi lääkäri on päätenyt tämmöseen tilanteeseen. Mullekin hän sanoi siinä aamulla, että ilmeisesti tällanen pistetään. (H3)

Potilas (H3) kuvailee haastattelussa, että hän olisi halunnut tietää enemmän, millainen proteesi hänelle on asennettu ja miksi. Jälkitarkastuksessa potilaalla on vielä mahdollisuus kysyä lääkäriltä mieltään askarruttavista asioista, mutta hän ei välttämättä tapaa samaa lääkäriä, joka teki leikkauksen.

Vuodeosastolla potilaan hoito keskittyy alkuun lepäilyyn ja kivun lievitykseen. Kuitenkin viimeistään leikkausta seuraavana päivänä fysioterapeutit auttavat potilaan seisomaan, ja aletaan harjoitella liikkumista. Potilas viettää vuodeosastolla kolmesta viiteen päivään, ja hänen siellä ollessaan fysioterapeutit jatkavat kuntoutusta. Osa potilaisista menee kotiin vuodeosastolta. Ikääntyneemmät ja huonokuntoisemmat potilaat tarvitsevat jatkohoitoa, jos he eivät pärjää kotona. Tällöin heille varataan jatkohoitopaikka omasta terveyskeskuksesta. Jos potilas menee jatkohoitopaikkaan, hän siirtyy sinne yleensä kolmantena päivänä leikkauksesta. Kotiin menevät potilaat kotiutuvat aikaisintaan neljä vuorokautta leikkauksen jälkeen. Ennen kuin potilas kotiutuu, fysioterapeutit opastavat häntä liikkumisessa ja kuntoutuksessa, ja potilas saa mukaansa kattavan ohjepaketin.

Siinä on hoito-ohjeita, siinä on kuntoutus-, jumppaohjelmat, kaikki kuvin ja sanoin selviteltyinä. Ne käydään kaikki läpi, varmistetaan et potilas osaa ne. Hän saa haavanhoito-ohjeet, lääkitysohjeet, jälkitarkastusajan, kaikki tämmöset. Ja sit tietystä hänel on se meidän puhelinnumero johon hän voi soittaa, jos kotona tulee jotain ihmeellistä. Et semmosella ohjauksella mennään kotiin. (H1)

Kotiin tai jatkohoitoon siirrytään paritaksilla, koska kotiutumisvaiheessa asiakas ei voi vielä istua. Potilas saa sairaalasta ohjeet, koska haavahakaset pitäisi poistaa, mutta hän varaa itse ajan haavahakasten poistoon omaan terveystieteiskeskukseensa.

Ensimmäinen jälkitarkastus on kuuden viikon kuluttua leikkauksesta, ja tällöin potilas tapaa lääkärin. Ensimmäisen kuuden viikon aikana on liikkumisessa rajoituksia, ja esimerkiksi autossa ei saisi matkusta istumisasennossa. Lääkärintarkastuksen jälkeen tämä rajoitus poistuu. Sairausloma jatkuu potilailla kolme kuukautta leikkauksen jälkeen, ja tänä aikana potilas kuntouttaa itseään fysioterapeutin ohjeiden mukaan. Tämän jälkeen tekonivelpotilaita seurataan määrävuositarkastuksissa.

3.2 Laatu lonkan tekonivelleikkausprosessissa

Sairaanhoitopiirissä ei ole käytössä erillistä laatujärjestelmää. Potilasvahingot sekä potilaiden tekemät valitukset ja kantelut käsittelee johtajaylilääkäri yhdessä toimialuejohtajien kanssa. Meneillään on laatujärjestelmän käyttöönoton valmistelu ja potilasturvaa parantavia hankkeita. (Toiminta- ja taloussuunnitelma 2011, 15.) Laatu työstä ei ole kirjattuja suunnitelmia, mutta käytännössä laatuasiat on läsnä jokapäiväisessä työssä.

Joskus sitä (laatu keskustelua) oli enemmänkin mutta ei ainakaan nyt ole sellaista mikä näkyisi jossain toimintasuunnitelmassa. (H1)

... kyl sitä keskustelua on vähän väliä et mitä vois tehdä eri tavalla. (H1)

Haastateltavat (H1 ja H4) kertovat, että laatu työssä on saavutettu tuloksia, ja tekonivelleikkausprosessi on parantunut viime vuosien aikana. Helpointa parannukset on tunnistaa alueilla, jotka ovat selkeästi mitattavissa, kuten virheet leikkauksissa. Vaikka aina ei voi onnistua, sattuu virheitä vähän.

Mutta niitäkin (että joku menee pieleen) on kyllä tosi vähän suhteessa siihen määrään mitä leikkauksia tehdään. (H4)

No kyllä se et ne on keskitetty tekijälähtöisesti, et ketkä niitä tekee on pääasiassa tietyt ihmiset. Niin kun täällä keskussairaالاتasollakin ne leikkaa aika paljon noita proteeseja. Tulee paljon toistoja niin laatu taantuu. (H4)

Henkilökunta kokee tekonivelleikkauksen prosessin toimivaksi, ja yhteistyö eri henkilöiden ja hoitoketjun osien välillä sujuu hyvin.

Kyllä se ainakin tuolla ortopedisen saleissa on vahvuus, et kaikki tietää mitä pitää tehdä ja pystyy luottamaan siihen mitä muut tekee. Ja kyllä se helpottaa sitä työskentelyä ja varmaan parantaa sitä kustannustehokkuutta, kun hommat menee nopeampaa ja sujuvammin. (H4)

...hoitoketju on hioutunut paremmaksi ja kaikki välineet on parantunu. (H4)

Koko hoitoketjun laatutyöllä on merkitystä prosessin sujuvuudelle. Lääkärit korostavat perusterveydenhuollon toimivuuden tärkeyttä (Pälve 2009a, 1964), ja perusterveydenhuollon merkitys on myös tekonivelleikkauksissa suuri. Terveyskeskuslääkäreiden ammattitaito potilasvalinnassa on tärkeää, ja fysioterapeuttien kuntoutustyö tekonivelpotilaiden kanssa ennen leikkausta on olennaisessa osassa leikkausten tulosten onnistumisessa.

3.3 Kehitystyö lonkan tekonivelleikkausprosessissa

Keskussairaalassa ei ole omaa henkilökuntaa kehitystehtäviin, mutta henkilökunta on kehitysmyönteistä. Sairaanhoidopiirin arvoihin on kirjattu kehitysmyönteisyys. Henkilöstöä kannustetaan oman toiminnan jatkuvaan kehittämiseen ja oman ammattitaidon kasvattamiseen. Kehitysmyönteisyys ja ammattitaito ovat laadukkaan työn edellytyksiä. Keskussairaala tunnistaa tarpeen toiminnan jatkuvuuden turvaamiseksi ja kehittää uusia palveluita ja yhteistyösuhteita. (Toiminta- ja taloussuunnitelma 2011, 21.)

...kun jostain tulee joku idea niin kyl niistä keskustellaan. Et ei me ihan olla jämähdetty siihen samaan. (H1)

Kehittämällä prosessia voidaan parantaa kustannustehokkuutta, kun turhia kustannuksia pystytään karsimaan eikä aikaa kulu turhaan. Tehokkaista uudistuksista esimerkkinä on Satakunnan sairaanhoidopiirissä esihaastattelun käyttöönotto. Aikaisemmin potilaat saapuivat sairaalaan leikkausta edeltävänä päivänä, ja esihaastatteluun liittyvät asiat hoidettiin silloin. Tällöin saatettiin havaita, että potilaalla on infektio, iho on rikki tai että potilas on huonossa kunnossa jonkin kroonisen sairauden vuoksi, ja leikkaus jouduttiin perumaan viime hetkellä.

Potilas ei ollut leikkauskelpoinen siinä kohdassa, sit jouduttiin perumaan se leikkaus, eikä saatukaan enää siihen ajalle uutta potilasta tilalle. Eli leikkausosasto kävi tyhjällä siinä kohdalla. Et ne on kyl pystytty hyvin eliminoimaan, viimehetken peruutuksia tulee tosi vähän. (H1)

Terveydenhuollossa vallitsee jatkuva resurssipula: kysyntää on aina enemmän kuin tarjontaa. Siksi on tärkeää hyödyntää olemassa olevat resurssit mahdollisimman hyvin ja pyrkiä karsimaan prosesseista syyt, jotka aiheuttavat resurssien tyhjäkäyttöä.

3.4 Ajallinen pituus lonkan tekonivelleikkausprosessissa

Lonkan tekonivelleikkauspotilaiden kivut ovat usein alkaneet jo vuosia tai jopa kymmeniä vuosia ennen leikkausta. Potilaat ovat yleensä hakeneet hoitoa kipuihin ja käyttäneet kipuja lievittävää lääkehoitoa ja fysikaalisia hoitoja. Varsinainen hoitoprosessi keskussairaalassa lähtee käyntiin, kun potilas tapaa ortopedin poliklinikalla ja tämä tekee mahdollisesti leikkauspäätöksen. Tällöin potilas ilmoitetaan leikkausjonoon. Tällä hetkellä potilas saattaa joutua odottamaan jopa puolitoista vuotta aikaa poliklinikalle. Kun leikkauspäätös on tehty, takaa hoitotakuu, että potilaan on päästävä leikkaukseen kuuden kuukauden kuluessa.

Nythän on se hoitotakuu eli lakihan määrittää et se leikkausaika pitää puolen vuoden aikana järjestyä, siitä päivästä kun potilas on jonoon laitettu. (H1)

Me ollaan nyt aika hyvin siinä hoitotakuuajassa. Et tällä hetkellä meidän tekonivelpotilaat odottaa sellaiset neljä-viis kuukautta. (H1)

Aika lonkkaleikkausprosessissa on odottamista. Ensin odotetaan, että pääsee leikkaukseen, sen jälkeen odotetaan, että pääsee sairaalasta kotiin. Kotona odotetaan, että lonkka olisi taas kunnossa. Jälkitarkastuksen jälkeen potilas saa taas istua autossa ja pääsee elämään normaalia elämää. Kun potilaat laitetaan leikkausjonoon, heille kerrotaan, että hoito järjestetään kuudessa kuukaudessa. Leikkausta odottaessa potilailla on usein runsastikin kipuja.

No se on ku... se on kivulias toi, ku särkee lonkkaa. Ni se särkee sillai, et-tä melkein saa tabletilla elää etiäppäin. Et sillai saa mennä etiäppäin päivä kerrallansa. (H2)

Tietysti se oli pitkä, kun mä olin kipee, mutta ku tiesi, että se tulee sen puolen vuoden päästä kun oli lääkärissä käyny, että se tuli ihan sovittuun aikaan. (H3)

Tieto odotusajan pituudesta määrittelee odotusajan tunnelmia. Potilaat ovat tyytyväisiä, kun etukäteen mainittu kuuden kuukauden odotusaika alittuu. He ovat henkisesti valmistautuneet kuuden kuukauden odotukseen, ja jos odotusaika onkin vain neljä tai viisi kuukautta, tulee leikkausajankohta yllättävänkin nopeasti. Mikäli odotusajan pituus ei olisi etukäteen tiedossa, voisi odotusaika tuntua erilaiselta. Hoitotakuu asettaa takarajan, ja siten odottaminen on ehkä potilaille helpompaa. Kuuden kuukauden odotusaika vaikuttaa myös niin, että potilaat ovat suunnitelleet leikkausajankohdan sen mukaan. Jos aikaa tarjotaan aikaisemmin, voi valmistautuminen leikkaukseen olla kesken.

Mä sanoin, että en mä niin äkkiä tuu kun se yleiskuntokin oli huono. Mutta nyt mä pääsin sitten vielä kumminkin kuukautta ennen, kun paperiin oli merkitty. (H5)

Aika sairaalassa kuluu hitaasti, mutta päällimmäisenä potilaiden mielessä on, että kivut pysyvät kohtuullisena ja toisaalta, että itse leikkaus on ohi.

Kyllä se on niin pitkä aika, ku tässä vuorokauden makaa paikoillaan sitte. (H2)

Ensin oli kipee ja sai aina sitte sitä kipulääkettä heti. Ja kyllä se sitte, kun ei siellä tarvinut sen kauempaa olla, kun siellä viidettä päivää olin. (H3)

Hyvin se kului, kun telkkaria katteltiin päivät pitkät ja oli kivaa porukkaa. Se meni oikein mainiosti. Mä en ollu, kun neljä päivää siellä vaan. (H2)

Potilaille etukäteen annettavissa ohjeissa kerrotaan, että vuodeosastolla vietetään keskimäärin 5-7 vuorokautta. Sairaalassaoloaikaa ei voi etukäteen tietää varmasti, mutta potilaat arvioivat vietettävää aikaa etukäteen annetulla viiden vuorokauden tiedolla. Etukäteisodotukset vaikuttivat ajankulun arvioissa, ja jos aika oli odotettua lyhyempi, kokivat asiakkaat (H2, H3, H5) sen positiivisesti.

Kyllä se oli sopiva hetki lähteä, että tulla kotio sitte. (H2)

Kaikki haastatellut arvioivat, että heidät kotiutettiin sairaalasta juuri sopivaan aikaan eivätkä he olisi halunneet viettää sairaalassa pidempää aikaa. Tässä tutkimuksessa kaikki haastateltavat siirtyivät sairaalasta kotiin toipumaan, eikä heillä ollut tarvetta jatko-
hoitopaikkaan terveyskeskuksessa.

Kotiuduttuaan potilaat eivät saa istua autossa, ja lonkan liikkeissä on rajoituksia. Liikkua kuitenkin saa jo ensimmäisestä päivästä lähtien. Asiakkaat (H2, H3) kokivat ajan kuluvan kotona toipumisaikana hitaasti.

Kyllä täytyy sanoo, että todella pitkältä kun ihan tässä, kun ei voi mihinkään mennä. Ihan tässä kotona saa liikkuu, kun ei voi autoon mennä. (H3)

Kotona tää aika on tullu pitkäksi on, kun ollu neljän seinän sisässä, et mökkihöperöks tulee pian. (H2)

Etukäteen potilaiden odotukset ja suunnitelmat ovat keskittyneet itse leikkaukseen, mutta kotona vietetään kolme kuukautta toipuessa. Potilaat saavat enemmän vapauksia jälkitarkastuksen jälkeen noin kuuden viikon kuluttua leikkauksesta, kun he voivat jälleen istua autossa ja liikkua enemmän. Normaalisti sairausloma päättyy kolmen kuukauden kuluttua leikkauksesta, jolloin potilaat palaavat töihin, mikäli eivät ole eläkkeellä.

Potilaiden käsitystä ajasta voidaan kuvata odottamiseksi, ja kokonaan odotus päättyy, kun sairausloma päättyy ja uuden lonkan kanssa voidaan viettää normaalielämää. Potilaat jäsentävät aikaa kipujen kautta. Aikana, jolloin kipuja on paljon, kuluu aika hitaasti, ja jälkikäteen arvioituna aika säilyy kirkkaasti mielessä. Lonkkaleikkauksen prosessissa potilaiden näkökulmasta on keskeistä kipujen määrä ja odotusaika suhteessa etukäteen luvattuun odotusaikaan.

3.5 Lonkkaleikkauksen kustannukset

Tämä luku perustuu tutkimusta varten tehtyyn haastatteluun ja julkiseen Satakunnan keskussairaalan palveluhinnastoon (liite 5) sekä haastatteluaineistoon. Teemahaastattelun kysymysrunko on nähtävissä liitteessä 3. Tutkimukseen haastateltiin yhtä sairaanhoitopiirin laskentaekonomia.

Satakunnan keskussairaalassa on käytössä hinnasto, joka on julkinen dokumentti. Hinnaston mukaan laskutetaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntia tehdyistä toimenpiteistä.

Sairaanhoitopiirihän on siitä hassu, et me tehdään omakustannushintaan näitä juttuja. (H6)

Hinnaston mukaan 1.1.2011 lonkan tai polven tai nilkan tekonivelleikkaus, ei uusinta-
leikkaus, maksaa 8490 euroa per hoitajakso. Vuoden 2009 hinnaston mukaan leikkaus
maksoi 9156 euroa. Summa laskutetaan kunnalta potilaasta riippumatta. Todellisen kus-
tannuslaskenta-aineiston mukaan lonkan tekonivelleikkauksen kulut sairaalalle voivat
olla vähän suuremmat tai pienemmät kuin hinnaston mukainen summa.

*Kustannukset vaihtelee, mut laskutus on aina sama. Hinnaston mukaises-
ti me ollaan aina laskutettu toi 9156, mut se voi olla et jossain tapaukses-
sa kustannukset on ollu kymppitonnin, jossain kahdeksan tonnia. Tätä
tää tuotteistaminen tarkoittaa, et se on se keskiarvohinta. (H6)*

Keskimääräiset lonkan tekonivelleikkauspotilaan kulut ovat kuitenkin hyvin lähellä
laskutettua summaa. Hinnaston idea on laskuttaa kuntia keskiarvosummalla, ja tarkoitus
on, että vaikka joistakin leikkauksista tulee tappiota, tulee toisista voittoa ja laskutus
meniisi siten yhteensä tasan. Hoitotakson kustannukset sisältävät itse leikkauksen lisäksi
laboratoriokokeita, röntgenkuvia sekä vuodeosastohoitotakson. Vuodeosastolla oleske-
luun sisältyy kuntoutusta ja täysihoito.

Lonkan tekonivelleikkauksen kustannuksissa on kolme näkökulmaa: asiakkaan, pal-
velun tuottajan ja palvelun maksajan. Asiakkaan näkökulmasta tärkeintä on tietenkin se,
mitä lonkan tekonivelleikkaus hänelle maksaa. Päiväkirurgisesta toimenpiteestä maksu
on 89,90 euroa. Toimenpidettä seuraavilta hoitopäiviltä vuodeosastolla vuorokauden
potilasmaksu on Satakunnan sairaanhoitopiirissä 32,50 euroa. Poliklinikkamaksu on
27,40 euroa. Lisäksi on olemassa maksukatto 633 euroa, jonka jälkeen peritään vain 15
euroa per vuorokausi. Maksukatto ei kuitenkaan normaalisti täyty lonkan tekonivelleik-
kauksessa. (Potilasmaksut 2010.) Kaikki haastatellut potilaat (H2, H3, H5) olivat pohti-
neet leikkauksen teettämistä yksityisellä sektorilla, mutta leikkauksen korkea hinta vai-
kutti päätökseen.

*Eihän tää oo ku 34 euroo vuorokausi. Itte maksaa 35 euroo, että kun yk-
sityiselle puolelle mennään, puhutaan tuhansista euroista. (H2)*

Harkitsin, mutta se on aika kallista. (H3)

Tää oli mun toinen vaihtoehto. (H3)

Joo kyllä minä harkitsin ja sanoin, että tehdään ne molemmat kerralla, mutta lääkäri sanoi, että ei tuu mittään. Että tekee ne joskus, mutta ne parempi kuntoisia ja sillee. Lääkäri sanoi mulle sitte, että ei sun kannata tästä jonosta enää mennä yksityiselle, että se on niin arvokasta sulle.
(H5)

Potilaat olivat harkinneet yksityisen sektorin palveluja, koska hoito oli usein ensin aloitettu yksityislääkärillä. Leikkauksen kallis hinta yksityissairaalassa ja se, että potilaat pääsivät hoitoon julkiselle sektorille, vaikuttivat päätökseen hakeutua julkisen terveydenhuollon piiriin. Potilaalle lonkan tekonivelleikkauksesta aiheutuu vähintään kolmen kuukauden sairausloma leikkauksen jälkeen, jolloin potilas saa Kelan päivärahaa. Vaikka leikkaus tehtäisiin julkisella sektorilla eikä siitä aiheutuisi kuluja potilaalle kuten yksityisesti tehdystä leikkauksesta, voi sairausloma-aika keikuttaa potilaan henkilökohtaista taloutta.

Et jos potilas odottaa puol vuotta leikkaukseen ja sit se on kolme kuukautta ja sitä ennen (työkyvyttömänä), jos se on ollu kolme kuukautta ennen kuin pääsee lääkäriin, niin siitä tulee äkkiä vuosi kun on ollu työkyvyttömänä. Et sit hänen oma taloutensa on kyllä aika heikoilla kantimilla jos hän on suunnitellut elämänsä sen mukaan et saa normaalin ansion.
(H1)

Palvelun tuottajan näkökulmasta kustannuksia täytyy seurata ja palvelu tuottaa mahdollisimman tehokkaasti.

Kyllähän niistäkin keskustellaan kaikkienensa, et mitä mikäkin maksaa.
(H1)

Kun on toimenpide on katsottu aiheelliseksi ja päätetty tehdä, niin kyllähän se täytyy mahdollisimman hyvin tehdä. (H4)

Kustannuksiin ei käytännön työssä jouduta kiinnittämään paljon huomiota, mutta ylilääkäreillä on taloudellinen vastuu. On tärkeää, että ylilääkärit tietävät toiminnan kustannusrakenteen, jotta he voivat päätöksillään vaikuttaa syntyviin kuluihin. Käytännössä priorisointi koskettaa ylilääkäreitä, kun he joutuvat miettimään, miten budjetin määrärahat riittävät suunnitellun toiminnan toteuttamiseen. Lonkkaleikkausprosessia on uudistettu, ja samalla on saavutettu myös tehokkuutta.

Usein kuulee ihmisten sanovan, et säästetään jonkun tietyn toiminnan kustannuksella, mut ei se ihan kyl aina niinkään mee. (H1)

Esimerkki uudistuksesta, joka säästää, mutta on myös potilaille mukavampi tapa toimia on LEIKO-yksikkö ('leikkaukseen kotoa'). Aikaisemmin potilaat tulivat leikkausta edeltävänä iltana vuodeosastolle, kun taas nykyisin potilaat saapuvat leikkaukspäivänä LEIKO-yksikköön, jossa heidät valmistellaan leikkaukseen. Näin säästyy yhden vuodeosastovuorokauden kulut. Toisaalta koetaan, että niukkuus henkilöstöresursseista on hoitotyössä arkipäivää.

Mulle tulee jatkuvasti ylitöitä ja sit on semmosta, et se työnpainne on kova. Et jos tässä olis jonku päivän vaan joku muuki tai vähän sais apuja, niin helpottais kyllä. (H1)

Kustannusten kaksi näkökulmaa tulee esiin henkilökunnan ja potilaiden haastattelussa. Haastateltavat (H1, H2, H3, H5) ovat pohtineet lonkkaleikkauksen kalleutta palvelun tuottajalle, mutta myös sen vaikutusta potilaiden henkilökohtaiseen talouteen. Asiakkaat ovat tyytyväisiä saadessaan palvelun julkisen sektorin tuottamana, mutta sitä ei pidetä itsestänselvyytenä vaan kaikki olivat vähintään harkinneet mahdollisuutta, että lonkkaleikkaus olisi teetetty yksityisesti. Kustannukset käsitteenä herättävät asiakkaissa ensimmäisenä vertailun juuri yksityisen ja julkisen sektorin erosta.

Niinhän se on, että samat työt tehdään, mutta siihen tulee vähän yhteiskunta matkaan. (H5)

Haastatteluaineistossa potilaat eivät pohtineet juurikaan leikkauksen vaikutusta omaan henkilökohtaiseen talouteensa. Pääosin he ilmaisivat juuri lonkan tekonivelleikkauksen kalleuden ja tyytyväisyytensä, että ovat saaneet julkiselta sektorilta hoitoa. Potilaille on selkeä käsitys siitä, että yksityisellä puolella sama toimenpide olisi tullut heille hyvin kalliiksi.

3.6 Lonkkaleikkauksen hyödyt asiakkaan näkökulmasta

Edellisessä luvussa kuvasin, mitä asioita sairaalan henkilökunta näkee laadun elementteinä lonkan tekonivelleikkausprosessissa. Tässä luvussa kuvaan asiakkaan kokemuksia laadusta. Kun haastateltavilta kysyttiin prosessista tai laadusta, oli heistä kokemusten erittely vaikeaa.

En mä ossaa sillai sannoo, et mikä oli se neljän päivän aikana hyvää tai huonoa. Se oli sitä makailua vaan se neljää päivää siinä sitte ja ylösno-usua ja vessassa käyntiä. Ja kävin kävelyllä vähän sitte. (H2)

Ihan hyvin, että ei mittää, että kyllä kaikki hyvin on menny. Vähän kun et-tä kun ton särkytabletin saa ni sitte sujuu. (H2)

Potilaille tärkeintä oli kipujen pysyminen hallinnassa sairaalassa ollessa. Prosessissa on monia osia, henkilöitä ja organisaatioita. Asiakkaiden kokemusten kautta voidaan kuitenkin tarkastella laatua ja laaduttomuutta, vaikka laadun erittely prosessista on potilaille hankalaa. Kokemuksien kuvaksessa haastateltavat keskittyivät leikkaukseen ja sairaalassa vietettyyn aikaan. Muusta prosessista heillä ei ollut yhtä paljon kerrottavaa.

Laajasti ajateltuna laatu voidaan käsittää asiakkaan tyytyväisyytenä. Tyytyväisyyttä ei voi mitata objektiivisesti, koska asiakas voi olla tyytymätön, vaikka prosessi olisi sujunut juuri niin kuin pitääkin. Tarkastellaan esimerkkinä tyytyväisyydestä matkailua: Asiakas voi olla tyytymätön matkaansa, koska koko matkan ajan satoi vettä. Tämä tyytymättömyys ei kuitenkaan liity matkanjärjestäjän toimintaan. Terveystieteiden tutkimuksissa tarkastellaan asiakkaan subjektiivisia kokemuksia, joten tyytyväisyyttä voidaan tarkastella laadun kuvaajana. Asiakkaiden tyytyväisyyteen vaikuttavat odotukset. Laadun käsitettä voidaan kuvata myös sillä, että asiakkaan odotukset ovat täyttyneet. Asiakkaat kuvailivat tyytyväisyyttään lonkan tekonivelleikkauksen prosessiin Satakunnan keskussairaalassa.

On mun mielestä sujunut ei ole mitään moittimista. (H3)

Ei mikään paina mieltä, että kyllä kaikki on menny ihan kivasti. Kyllä ihan hyvin on menny kaikki. (H2)

Kaikki meni niin kuin pitikin. (H3)

Tähän tutkimukseen haastatellut potilaat olivat tyytyväisiä lonkan tekonivelleikkauksen prosessiin. Laatua voidaan tarkastella myös laaduttomuuden kautta. Aina ei voida kaikessa onnistua, mutta laadun tulisi olla tasaista. Virheet aiheuttavat kustannuksia. Vaikka asiakkaat olivat hyvin tyytyväisiä, kuvasivat he muutamia tilanteita, joissa kaikki ei sujunut niin kuin pitäisi. Toinen potilas kuvasi aikaa keskussairaalassa, toinen taas ennen leikkausta kotikunnassa otettavia laboratoriotutkimuksia, joihin on tullut ohje keskussairaalasta.

Mulla oli siellä (sairaalassa) kyllä ongelmia.. ensiksi se on semmosta se lääkitys. Se nukkuminen on huonoa, kun aina täytyy herätä koviin särkyihin. Mä menin sitten vessaan ja sieltä oli se koroke otettu pois, nostettu johonkin sivuun. Mä en sitte sitä huomannu. Siitä mä en sitte oikein tykänny. Kai sitä semmosta sattuu. Se on ikävää. (H5)

Toinen tapaus oli se tukisukkajuttu. Mä sanoin että on liian kova pakotus jalassa. Mä sanoin, että pitäiskö se ottaa pois se sukka. Sitten tuli se toinen hoitaja ja se sanoi, että sukan pitää olla jalassa... Mä sanoin, että mun mielestä se tukisukka on liian kiiree, että valtavaa poltetta jalassa. Siihen kyllä tarttis kiinnittää pikkasen enemmän huomioo, mitä potilas sanoo. (H5)

*Ne laboratoriossa sanoi, että paljon ihmisiä tulee vaan, että mulle on varattu aika ja ei oo varattu mitään aikaa, vaan se täytyy itte varata.
... siinä lapussa sanotaan, että teille on varattu aika, mutta siellä ei ole mitään aikaa varattu, vaan ihminen joka luulee, että sinne voi vaan mennä, että laboratoriossa sanottiin, että teidän täytyy itse varata niille päville se aika. (H3)*

Ensimmäinen ongelma liittyi asiakassuuntautuneisuuteen organisaatiossa. Asiakas koki, että hänen tuntemuksensa ja palautteensa sairaalassa sivuutettiin. Hiidenhovin (2001, 25–26) mukaan asiakaskeskeisyys edellyttää hyvää vuorovaikutusta potilaan ja henkilökunnan välillä. Molemminpuolinen hyvä vuorovaikutus edellyttää sen seikan kunnioitusta, että asiakas on oman elämänsä asiantuntija. Toinen epäonnistuneista tilanteista oli hoitoketjussa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnassa. Sisäiset prosessit on helpompi hioa kuntoon, mutta rajapinnat ovat vaativampia, kun kyseessä voi olla useamman yksikön toimijat. Asiakkaat kuitenkin ymmärtävät, että inhimillisiä virheitä sattuu.

Kyllä sitä aattelee ja just arvostaa paljon enemmän tätä hoitotyötä ja kaikkea, kun itte on täs tilanteessa. (H3)

Ennen kaikkea potilaat kuvasit onnistumisia ja tyytyväisyyttään laatuun.

Palvelu oli erinomaista sillai, että täytyy antaa kymmenen plussa ja papukajamerkki niille hoitajille. (H2)

Haastateltavat kokivat laadun käsitteen hankalaksi eivätkä olleet halukkaita erittelemään käsityksiään laadusta. Kokemukset laadusta olivat kuvauksia onnistuneista ja epäonnistuneista tilanteista. Asiakkaan oikeus arvioida julkista palvelua voi tuntua potilaista kyseenalaiselta, koska asiakkaan oikeudet saadaan perinteisesti palvelusta maksamalla. Julkiset palvelut on kuitenkin rahoitettu verorahoilla, ja siten asiakas on maksanut niistä ja hänellä on asiakkaan oikeudet. Haastateltavat kuitenkin korostivat ymmärrystään ja sympatiaansa hoitohenkilökunnan työtä kohtaan ja halusivat tuoda esiin negatiivisten kokemusten lisäksi positiivisia kokemuksia. Potilaiden kokemus laadusta on hyvin realistinen. Haastateltavat myös ilmaisivat, että odotukset julkisen sairaalan laadulle eivät lähtökohtaisesti ole yhtä korkeat kuin yksityisesti järjestetyille palvelulle.

3.7 Potilaiden odotukset

Potilaat odottavat leikkausta kuusi kuukautta. Tänä aikana ehtii pohtia mitä tulossa on, ja pelkojakin voisi olla.

Oikein oli hyvä mieli. Odottaminen on aina pahin, odottaa mitä hyvänsä.
(H5)

Mä en kyllä osannu pelätä sitä yhtään kun toiset pelkään ihan kauheesti. Täytyy kyllä sanoa, että mä en jännittänyt en yhtään. Mä tietysti odotin siltä leikkaukselta niin paljon, että mä en osannut jännittää. (H3)

Potilaat kertoivat kuitenkin odottaneensa leikkausta hyvillä mielin. Leikkausta odottaessa potilaat saavat materiaalia lonkan tekonivelleikkauksesta sairaalasta poliklinikakäynnin yhteydessä. Lisäksi potilaat voivat soittaa hoidonvaraajalle, mikäli heillä herää kysymyksiä.

Prosessia kohtaan potilaat eivät kertoneet mitään odotuksia. Sairaalan poliklinikakäynnin yhteydessä jaettava materiaali sisältää ohjeita leikkaukseen valmistautumisesta, esimerkiksi lihaksia vahvistavasta liikunnasta, hammashoidon ja terveellisen ravinnon tarpeellisuudesta. Asiakkaat saavat halutessaan myös info-dvd:n lonkan tekonivelleikkauksesta Satakunnan keskussairaalassa. Dvd-levy sisältää samat tiedot kuin esitekin, mutta lisäksi kuvataan suhteellisen tarkasti, miten tapahtumat sairaalassa etenevät potilaan saapuessa sinne leikkaukseen. Yksityiskohtainen kuvaus tapahtumien kulusta helpottaa asiakkaan stressiä ja pelkoja, kun asiakas tietää mitä sairaalassa tapahtuu ja hän voi henkisesti valmistautua siihen. Vaikka itse prosessia kohtaan potilailla ei ollut

nimettyjä odotuksia, kuvasivat he odottaneensa leikkausta paljon. Odotukset lopputuloksesta olivat korkealla.

Mä toivon, että kivut jää tänne, jos tanssia saa viel polkkaa. Mut se rajoittaa aika paljon elämääki sitten, ku ei saa 25 kiloo enemää nostaa sitte. Joo et toivon mukkaa kivut jää pois. (H2)

No pelkoja ei oikeastaan ollut mitään ja odotin tietysti ettei jäisi mitään. Prosessia kohtaan ei ollut mitään odotuksia.

Ihan toivon, että paranen samanmoiseksi kun joskus on ollutkin. (H3)

Suurin toive lonkkaleikkauspotilailla oli, että lonkka olisi kuten oma lonkka terveenä. Kivut ovat hallinneet heidän elämänsä vuosia tai jopa vuosikymmeniä, ja odotuksena potilailla on, että kivut jäävät jo sairaalaan. Vaikka leikattuun lonkkaan liittyy rajoituksia loppuelämäksi, kuten 25 kilon rajoitus nostamisessa, on potilaiden toiveissa normaali elämä ilman kipuja ja huolta omasta jaksamisesta.

3.8 Toimintakyky

Potilaita haastateltiin toisen kerran noin kuusi viikkoa leikkauksen jälkeen eli juuri jälkitarkastuksen aikoihin, jolloin he saavat alkaa liikkua normaalisti. Se, millaiseksi arki uuden lonkan kanssa muotoutuu, ei ole tässä vaiheessa vielä varmaa, mutta ensimmäiset kokemukset potilailla jo on elämästä uuden lonkan kanssa.

Kaikki haastateltavat kertoivat odotustensa täyttyneen leikkauksen suhteen.

Kyllä on toiveet toteutunu, et mullahan toinen puoli sit leikataan vielä jossain vaiheessa. (H2)

Kyllä kannatti ehdottomasti. Särky jäi tonne Satakunnan keskussairaalaan. (H2)

Kyllä on sille täyttyneet, että ei tartte koko ajan syödä niitä särkylääkkeitä ja miettii jaksanko mä nytte tehdä sen homman ja ettei mulla oo jalka kipee. Ja tämmöstä. Kyllä mä nyt ainakin kuvittelen, että kun mä menen töihin, niin mä pysty olee ja ei oo sellaisia rajoitteita, että täytyy miettiä pystynkö mä lähtee lenkille. (H3)

On se (leikattu lonkka) hyvä ja aina paranee. (H5)

Kaikki potilaat (H2, H3, H5) kertoivat, että ennen leikkausta heillä oli elämää haittaavia kipuja. Kuusi viikkoa leikkauksesta he kertoivat, että kivut ovat poissa, ja tämä oli suurin elämää muuttava asia. Tässä tutkimuksessa lonkkaleikkauksen hyötyjä ei ole mitattu elämänlaatumittareilla, vaan asiakkaat ovat itse nostaneet heille tärkeitä asioita lonkkaleikkauksen hyödyistä. He eivät olleet suunnitelleet tulevaisuutta kovin tarkasti, mutta tärkeimpänä teemana oli kivuton elämä. Ilman jatkuvia kipuja asiakkaat voivat liikkua, tehdä työtä ja elää normaalia elämää.

4 LOPUKSI

Tässä luvussa esitetään tutkimuksen johtopäätökset ja verrataan empiirisen osan tuloksia tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Sen jälkeen luvussa 4.2 tutkija arvioi tutkimuksen uskottavuutta ja omaa rooliaan. Lopuksi esitetään jatkotutkimusmahdollisuuksia.

4.1 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa lonkan tekonivelleikkauksen prosessista. Tavoitteena oli selvittää laatua, aikaa ja kustannuksia lonkan tekonivelleikkauksessa asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteet voidaan muotoilla kysymysmuotoon:

- Miten lonkkaleikkauspotilas kokee leikkausprosessin laadun, ajallisen pituuden ja kustannukset?

Tutkimuksen kohdeorganisaationa oli Satakunnan keskussairaala, jossa tutkija tarkasteli tapauksena lonkan tekonivelleikkausprosessia. Tutkimus rajattiin suunniteltuihin, lonkan kulumasta johtuviin tekonivelleikkauksiin.

Tässä tutkimuksessa aineisto on kerätty teemahaastatteluilla. Tutkija haastatteli kolmea potilasta kahteen kertaan: ensin päivä leikkauksen jälkeen ja uudestaan puhelimitse noin kuuden viikon kuluttua leikkauksesta. Potilaiden lisäksi tutkimukseen haastateltiin sairaalan henkilökunnasta hoidon varaajaa, erikoistuvaa ortopedia ja sairaanhoitopiirin laskentaekonomia. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhat litteroitiin sanasta sanaan eli mahdollisimman tarkasti. Aineisto luokiteltiin tutkimuskysymyksen mukaisiin teemoihin. Haastatteluaineiston ja muun kirjallisen aineiston perusteella tutkija kuvasi lonkan tekonivelleikkausprosessin Satakunnan keskussairaalassa ja sen, miten asiakas kokee laadun, kustannukset ja ajallisen pituuden lonkan tekonivelleikkauksessa.

Tutkimus on rakentunut siten, että ensimmäisessä luvussa tutkija esittelee tutkimuksen taustoja, kohdeorganisaation, metodologisia valintoja ja tutkimuksen toteutuksen. Toinen luku käsittelee tutkimuksen teoriaa eli prosessijohtamisen keskeisiä elementtejä: laatua, kustannuksia ja aikaa terveydenhuollossa. Tutkimuksen empiirinen osuus koostuu prosessinkuvauksesta ja potilaiden kokemuksista, joita tutkija on kuvannut haastatteluaineiston perusteella.

Jotta voidaan ymmärtää asiakkaiden kokemuksia lonkan tekonivelleikkauksen prosessista, täytyy prosessi määritellä ja kuvata. Lonkan tekonivelleikkausprosessi jaetaan tässä tutkimuksessa kolmeen vaiheeseen: preoperatiivinen vaihe eli aika ennen leikkausta, operatiivinen vaihe eli leikkaus ja postoperatiivinen vaihe eli toipumisaika, jolloin

potilas kotiutuu sairaalasta. Nivelrikon hoitoprosessi lähtee liikkeelle siten, että ensin kivuista kärsivä potilas hakee vaivaansa hoitoa perusterveydenhuollon puolelta eli terveyskeskuksesta, työterveyslääkäriltä tai yksityiseltä lääkäriltä. Alkuun lonkan nivelrikkoa hoidetaan särkyä lievittäville kipulääkkeillä ja fysikaalisilla hoidoilla. Kun lääkkeitä ei ole enää potilaalle apua kivunhoidossa, voidaan harkita leikkaushoitoa. Tällöin hoitava lääkäri kirjoittaa lähetteen keskussairaalan poliklinikalle. Poliklinikka-aikaa potilas voi joutua odottamaan tällä hetkellä jopa puolitoista vuotta, ja jonotusaikana jatketaan lääkettä. Päätöksen leikkaamisesta tekee ortopedi keskussairaalan poliklinikalla. Potilas tutkitaan, ja lääkäri tarkastelee röntgenkuvia potilaan lonkasta ja arvioi, ylittävätkö hyödyt leikkauksen haitat.

Kun leikkauspäätös on tehty, potilas ilmoitetaan leikkausjonoon. Leikkaus on hoitotakuun mukaan järjestettävä kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteamisen jälkeen, mutta Satakunnan keskussairaalassa keskimääräinen jonotusaika on neljästä viiteen kuukautta. Viikkoa ennen leikkausta potilas käy keskussairaalassa esihaastattelussa, sekä laboratoriokokeissa ja röntgenkuvissa joko keskussairaalassa tai oman paikkakuntansa terveyskeskuksessa. Leikkauspäivän aamuna asiakas saapuu keskussairaalaan LEIKO-yksikköön, jossa hänet valmistellaan leikkaukseen. LEIKO:sta potilas haetaan leikkaukseen, joka kestää muutaman tunnin. Leikkauksen jälkeen potilas siirretään heräämöhön, josta hänet siirretään vuodeosastolle, kun potilas voi riittävän hyvin.

Potilas viettää vuodeosastolla 4–7 vuorokautta, ja tänä aikana häntä kuntouttaa fysioterapeutti. Jalkeille nousee leikkausta seuraavana päivänä. Potilaat kotiutuvat noin viidentenä päivänä leikkauksesta. Osa potilaista siirtyy jatkohoitoon oman kuntansa terveyskeskukseen. Lonkkaleikkattua potilasta seurataan kuuden viikon kuluttua jälkitarkastuksessa ja tämän jälkeen vuosittain. Sairausloma kestää kolme kuukautta. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että potilaat käsittävät lonkan tekonivelleikkausprosessin pikemmin operatiiviseksi vaiheeksi, eivätkä niinkään kokohoitoketjun kattavaksi prosessiksi. Henkilökunta sen sijaan ajattelee koko hoitoketjua lonkan tekonivelleikkausprosessista puhuttaessa, vaikka heidän työpanoksensa on erikoissairaanhoidon osuudessa hoitoketjua.

Potilaat kuvasivat haastatteluissa ajan käsitettä odottamisena. Aikaa jäsenettiin odotusajan pituutena, ja potilaat vertasivat odottamaansa aikaa etukäteen kerrottuun aika-tauluun. Tämä oli nähtävissä haastatteluaineiston perusteella esimerkiksi preoperatiivisessa vaiheessa siten, että potilaat arvioivat päässeensä nopeasti hoitoon, jos he jonottivat neljästä viiteen kuukautta, koska he arvioivat etukäteen odottavansa leikkausta hoitotakuun maksimiajan eli kuusi kuukautta. Operatiivisessa vaiheessa oli nähtävissä sama ilmiö: potilaat suhteuttivat aikaa odotusarvoon eli he kokivat tyytyväisyyttä, jos vuodeosastolla vietetty aika alitti etukäteisarvion eli seitsemän vuorokautta.

Toinen ajalliseen pituuteen liittyvä elementti on kivun hallinta. Mitä enemmän kipua potilaat joutuivat kärsimään, sen hitaammaksi ajan kuluminen koettiin. Kaikki haastattel-

tavat kuvasivat kivun tuntemuksia prosessin ajallisesta pituudesta kysyttäessä. Kaikki haastatellut potilaat kuvasivat postoperatiivisessa vaiheessa toipumisajan kotona tuntu-
neet todella pitkältä. Ajallinen pituus kotona vietetystä ajasta koettiin pitkänä ja hitaana,
koska potilaat eivät pystyneet poistumaan kotipiiristään. He kuvasivat tuntemuksiaan
mökkihöperyydeksi ja pitkästyminen tunteiksi. Prosessin ajallista pituutta potilaat kuva-
sivat siten, kauanko he olivat odottaneet toimenpidettä tai kotiutumista ja miten he oli-
vat kokeneet kipua tuona aikana.

Kustannusten käsitettä potilaat jäsensivät vertailemalla leikkauksen kustannuksia jul-
kisen ja yksityisen sektorin välillä. Kaikki haastatellut kertoivat leikkauksen korkeista
kustannuksista, mikäli he olisivat teettäneet sen yksityisessä sairaalassa. Leikkauksen
kustannusvaikutuksia heidän omaan elämäänsä potilaat eivät juurikaan kuvanneet. Kus-
tannuksista keskusteltaessa haastateltavat toivat esiin tyytyväisyyttään siihen, että he
olivat saaneet kalliin hoidon julkiselta sektorilta.

Laadun käsite oli haastateltaville vaikeasti määriteltävä. He eivät mielellään kuvan-
neet laadukkaiksi tai laaduttomiksi koettuja asioita. Potilaat kuvailivat, että heille tärke-
ää oli kivunhallinta ja hoidon saatavuus. He eivät halunneet eritellä prosessin eri vaihei-
ta, vaan keskittyivät keskustelussa pääosin sairaalassa vietettyyn aikaan. Potilaat toivat
kuitenkin esiin yksittäistapauksia virhetilanteista, joissa prosessi ei ollut sujunut ongel-
mattomasti. Samalla haastateltavat ilmaisivat tyytyväisyyttään saamaansa hoitoon ja
erityisesti hoitajien palveluhenkisyteen. Henkilökunta arvioi organisaation olevan ke-
hitysmuuntoinen ja lonkan tekonivelleikkausprosessin kehittyneen viime vuosien aika-
na. Henkilökunta kuvasi koko hoitoketjun laatua ja sujuvuutta edellytyksenä hyvälle
laadulle lonkan tekonivelleikkausprosessissa.

Peltokorpi, Kujala ja Lillrank (2004) ovat tutkineet lonkan tekonivelleikkauksen pro-
sessia Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Tulokset on raportoitu teoksessa Keskenikäisen
potilaan kustannukset. Leikkausprosessi on hyvin samankaltainen molemmissa sairaa-
loissa, mutta Päijät-Hämeen keskussairaalassa ei ole vuonna 2004 vuonna ollut käytössä
vielä LEIKO-yksikköä eikä esihaastattelukäyntiä. Potilaat ovat saapuneet sairaalaan
leikkausta edeltävänä päivänä, jolloin on otettu tarvittavat kokeet. LEIKO-yksikkö ja
esihaastattelukäynti ovat molemmat parantaneet leikkausprosessia Satakunnan keskus-
sairaalassa, sillä suunniteltuja leikkauksia joudutaan perumaan vähemmän. Mahdolliset
esteet leikkaukselle pystytään karsimaan jo puolitoista viikkoa ennen sovittua leikkaus-
ta. Lisäksi vuodeosastovuorokausia kertyy potilaille yksi vähemmän, kun he viettävät
leikkausta edeltävän vuorokauden kotona. Peltokorpi ym. (2004) raportoivat tutkimuk-
sessaan, että lonkan tekonivelleikkausprosessi on hyvin samanlainen kaikilla potilailla
ja poikkeuksia eri potilaiden välillä on vähän. Sama asia tuli ilmi myös tässä tutkimuk-
sessa. Potilaiden prosessit olivat hyvin samanlaisia, ja he kuvasivat jopa kokemuksiin
hyvin samoilla tavoilla. Peltokorpi ym. pohtivat tutkimuksessaan, että erityisesti te-
konivelleikkauspotilaiden kohdalla täytyisi ottaa huomioon, että vaikka erikoissairaan-

hoito on kallista, saattavat potilaat aiheuttaa monikertaisesti kuluja esimerkiksi perusterveydenhuollossa ilman leikkausta. Suomessa käytössä oleva monirahoitusmalli ei kannusta kokonaiskustannuksiltaan edullisimpaan vaihtoehtoon, vaan usein sorrutaan osaoptimointiin, koska kulut jakaantuvat eri instituutioiden välille.

Silvennoinen-Nuora (2010) on kuvannut tekonivelpotilaan hoitoketjua tekonivelsairaala Coxa Oy:ssä väitöskirjassaan Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Coxassa leikkausprosessi etenee siten, että kun potilas on saanut lähetteen Coxaan, hän pääsee leikkausarviokäynnille poliklinikalle noin 1–2 kuukauden kuluttua lähetteen saapumisesta. Leikkauspäätöksen ollessa myönteinen, potilas ohjataan omaan terveystakeskukseensa preoperatiiviseen ohjaukseen eli hän saa oman yhteyshenkilön. Potilas saa odotusaikana fysioterapiaa ja terveystalvammennusta, jotta hän on hyvässä kunnossa ja valmistautunut leikkaukseen tulemaan. Myös Coxassa, kuten Satakunnan keskussairaalassakin, potilas tulee esihaastattelukäynnille noin kaksi viikkoa ennen leikkausta. Tapaamisessa hän tapaa fysioterapeutin ja hoitajan, kuten Satakunnan keskussairaalassa, mutta Coxassa potilas tapaa lisäksi leikkaavan lääkärin ja anestesia lääkäriin. Potilaat kotiutuvat Coxasta kolmantena päivänä leikkauksesta, jos he menevät jatkohoitoon. Kotiin menevät potilaat voivat lähteä sairaalasta vointinsa mukaan kolmantena tai neljäntenä päivänä leikkauksesta. (Hankela 2007, 115–117.)

Prosessi tekonivelsairaala Coxassa on siis hyvin samankaltainen kuin Satakunnan Keskussairaalassa. Tutkimuksissa on todettu, että laadun kannalta on tärkeää, että leikkaukset keskitetään suurin yksiköihin, jollainen Coxa on, joissa tehdään leikkauksia riittävän paljon. Kokemus tuo hoitajille ja lääkäreille varmuutta ja komplikaatioiden määrä vähenee. (Remes ym. 2008, 268.) Leikkausten keskittäminen laadun parantamiseksi tiedostetaan myös Satakunnan keskussairaalassa, ja tekonivelleikkauksia keskitetään tietyille lääkäreille. Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että laadun parantamiseksi keskittäminen koetaan tärkeäksi ja että Satakunnan keskussairaalassa prosessin ja laadun koetaan parantuneen kehityksen myötä. Silvennoinen-Nuoran mukaan potilaille on tärkeää, että heille leikkaus tulee sopivaan elämäntilanteeseen. Leikkaukseen valmistautumiseen tarvitaan myös aikaa. Liian nopea leikkausaikataulu johtaa leikkausten peruutuksiin, koska potilaat eivät ole valmiita tulemaan leikkaukseen. Tässä tutkimuksessa selvitettiin, että potilaat odottavat leikkausta Satakunnan keskussairaalassa noin viisi kuukautta ja peruutuksia suunniteltuihin leikkauksiin tulee suhteellisen vähän. Aineistossa tuli ilmi kuitenkin sama asia, että leikkaukseen valmistautumiseen tarvitaan aikaa: yksi haastatelluista potilaista oli kieltäytynyt tarjotusta leikkauksesta, koska tarvitsi enemmän valmistautumisaikaa.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että potilaat arvioivat hoitoon pääsyä hoitotakuun kuuden kuukauden määräajan perusteella ja kokevat tyytyväisyyttä hieman lyhyemmästä odotusajasta. Kuitenkin, jos leikkauksen odotusaika on merkittävästi odotuksia lyhyempi, esimerkiksi vain muutama kuukausi, asiakkaat kokevat ajan valmistau-

tumiseen liian lyhyeksi. Leikkausta odottaessaan potilaiden täytyy hoidattaa hampaansa, parantaa lihaskuntoaan ja tehdä valmisteluita kotiin palaamiseksi leikkauksen jälkeen, joten kovin lyhyt valmistautumisaika voi jäädä konkreettisesti liian lyhyeksi.

Silvennoinen-Nuora on tutkimuksessaan todennut asiakasvaikuttavuudesta, että osa asiakkaista pelkää antaa negatiivista palautetta. Potilaiden palaute on arvokasta, mutta siinä on rajoitteita asiakasvaikuttavuuden arvioimisessa. Myös tässä tutkimuksessa tutkija huomasi, että haastateltavien on vaikea arvioida laatua ja että he kokevat arkuutta negatiivisten asioiden arvioimisessa. Silvennoinen-Nuoran tutkimuksessa todettiin, että potilaat pelkäsivät negatiivisen palautteen vaikuttavan hoitoonsa. Tässä tutkimuksessa tutkija arvioi, että kyse ei ole samasta ongelmasta, koska toinen haastattelu tehtiin potilaiden jo kotiuduttua. Tässä tutkimuksessa potilaat toivat runsaasti esiin myös tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja henkilöstön palveluhenkisyteen. Negatiivisten kokemusten kuvaamisen yhteydessä potilaat toivat esiin myös positiivisia kokemuksia, ja tutkijan mielestä arkuudessa antaa negatiivista palautetta on kyse siitä, että asiakkaat eivät halua leimata kokemuksiaan negatiiviseksi palautteeksi ja haluavat siksi tuoda esiin myös positiivisia kokemuksia.

Tämä tutkimus on tehty asiakasnäkökulmasta. Asiakasnäkökulma terveydenhuollon kehittämisessä yleistyy kaiken aikaa sillä nähdään, että asiakas ei ole vai passiivinen palveluiden vastaanottaja vaan aktiivinen toimija joka vaikuttaa palveluihin. Asiakkaalla on aktiivinen rooli ja hän on oman elämänsä asiantuntija. Asiakas myös osallistuu palveluiden rahoittamiseen. Julkiset terveydenhuoltopalvelut ovat verorahoitettuja, mutta eivät silti asiakkaalle ilmaisia. Asiakas on maksanut palveluista verojen muodossa merkittävästi. Yksityisellä sektorilla, jossa asiakas maksaa palvelun samalla hetkellä kun se kulutetaan, on asiakkaan kuluttajan oikeudet helpompi tunnistaa kuin julkisella sektorilla. Tästäkin huolimatta asiakkuutta tulisi ottaa enemmän huomioon julkisella sektorilla ja siksi asiakasnäkökulma on kehitystyössä olennainen.

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu prosessijohtamista terveydenhuollossa. Prosessijohtamisen kolme elementtiä eli laatu, kustannus ja aika ovat olleet lonkan tekonivelleikkausprosessin tarkastelun lähtökohtina. Prosessijohtamisessa prosessi tulee tunnistaa ja määritellä. Prosessissa tulee olla yksi omistaja, ja prosessia kehitetään kokonaisuutena. Myös organisaation tulisi olla prosessimuotoinen perinteisen funktionaalisen organisaation sijaan. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että prosessijohtamista ei ole sovellettu Satakunnan sairaanhoitopiirin lonkanteikonivelleikkausprosessissa. Kuitenkin laatu, kustannus ja aika eli prosessijohtamisen peruselementit ovat olemassa ja niihin on kiinnitetty huomiota, vaikka prosessilla ei ole prosessijohtamisen mukaista omistajaa.

Perinteinen funktionaalinen organisaatio rakentuu siten, että eri osastot osallistuvat asian hoitamiseen omalta osaltaan. Sairaalamailmassa sairaalat ovat (myös fyysisesti) rakentuneet funktionaalisesti, eli kaikki erikoissalat ovat erillään ja potilas siirtyy paikas-

ta toiseen samaan hoitoa tai toimenpiteitä (Parvinen – Lillrank – Iivonen 2005, 185,). Lonkkaleikkauksessa hoitoketju etenee perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja taas takaisin perusterveydenhuoltoon. Sairaalassa ollessaan potilas tapaa eri ammattilaisia. Prosessiin liittyy runsaasti raja-aitoja esimerkiksi eri professioiden tai eri organisaatioiden välillä. Kaikkiin näihin raja-aitoihin liittyy mahdollisuus informaatiokatkokseen tai muuhun hidasteeseen tai esteeseen. Hoitavatko ammattilaiset potilasta tiiminä vai jokainen omalta osaltaan? Prosessin mukaan rakennetussa organisaatiossa toimitaan yhtenäisesti ja prosessi etenee sujuvasti. Esimerkiksi lonkan tekonivelleikkauksessa ei ole odotusaikoja tai tietokatkoja organisaatioiden raja-aitojen vuoksi. Ihmistä hoidetaan hoitoketjuissa. Tarvitaan useita ammattilaisia ja useita tapahtumia, jotta esimerkiksi lonkan nivelrikko tulee hoidettua. Prosessijohtamisessa yhdelle prosessille on yksi omistaja eli esimerkiksi lonkan tekonivelleikkausta tarkastellaan kokonaisuutena. Parvisen, Lillrankin ja Iivosen (2005, 209) mukaan funktionaalisessa mallissa sorrutetaan helposti osaoptimointiin, jolloin jokainen erikoisala tai osasto tavoittelee etuja ja tarkastelee ainoastaan omaa osuuttaan hoitoketjussa, mutta kukaan ei katso kokonaisuutta. Potilaan etu on prosessin maksimaalinen sujuvuus. Ihminen on kokonaisuus, jota täytyy hoitaa. Potilasta ei auta yhtään, että pieni osuus prosessista hoituu hyvin, jos prosessi ei suju loppuun asti. Esimerkiksi lonkan tekonivelleikkauksessa hyvä terveyskeskuslääkäri auttaa toki potilasta paljon, mutta jos tämä ei pääse tarvitsemaansa leikkaukseen, jää lonkka kipeäksi. Prosessijohtaminen on hyvä ja ehdottoman tarpeellinen väline terveydenhuollossa.

Lonkan tekonivelleikkausprosessin tarkastelu on hyvä esimerkki hoitotakuusta ratkaisumallina jonoihin. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että hoitotakuu ei ratkaise jono-ongelmaa. Lonkan tekonivelleikkauksiin on säädetty hoitotakuu eli leikkaus on järjestettävä kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun potilas on ilmoitettu jonoon. Potilas joutuu kuitenkin jonottamaan ortopedian poliklinikalle jopa puolitoista vuotta.⁴ Potilas voidaan ilmoittaa leikkausjonoon vasta poliklinikkatapaamisen perusteella. Potilas siis jonottaa aikaa poliklinikalle puolitoista vuotta, jonka jälkeen leikkaus järjestyy kuudessa kuukaudessa. Lainsäätäjän tarkoitus hoidon järjestämisestä kuudessa kuukaudessa ei toteudu, koska jono vain muodostuu toiseen kohtaan prosessia. Kysymys on siitä, miten hoitotakuuta käytännössä sovelletaan. Prosessin kaikkia vaiheita ei voida säädellä hoitotakuulla. Paras ratkaisu on ohjata lonkan tekonivelleikkausprosessia ko-

⁴ Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty ennen uuden terveydenhuoltolain voimaan tuloa 1.5.2011, jossa hoitotakuuta koskevia epäselviä ja tulkinnanvaraisia hoitopäätösten aikarajoja hoidon tarpeen arvioinnista on pyritty selkiyttämään tarkennetuilla säädöksillä. Sairaanhoidopiiri on tarkistanut ohjeistustaan jonoon asettamisen ja tutkimuksiin pääsyn määräajoista uusien asetusten tultua voimaan.

konaisuutena siten, että tarkastellaan kokonaisläpimenoaikaa ja laatua ja ratkaistaan prosessiin liittyvä ongelmat eli sovelletaan prosessijohtamista.

Prosessijohtaminen ei ole kuitenkaan aina toimiva ratkaisu terveydenhuollossa. Useat terveydenhuollon prosessit ovat monimutkaisia tai ennalta arvaamattomia. Voidaan tarvita useita eri ammattilaisia eikä edes välttämättä etukäteen tiedetä, minkä erikoisalan lääkäri pystyy potilaan hoitamaan. Esimerkiksi potilas, joka kärsii epämääräisistä kivuista, voi tarvita hoitoa hyvin laaja-alaisesti. Traumapotilaan ollessa kyseessä lääkäreille voi tulla eteen melkein mitä tahansa potilaan tilan ennalta-arvaamattomuudesta johtuen. Tällaisissa tapauksissa prosessia voi olla mahdoton suunnitella etukäteen, eikä prosessijohtaminen ole tällöin paras tapa toimia. Prosessijohtamista voidaan kuitenkin silloinkin soveltaa osittain esimerkiksi ensiapupoliklinikan toimintaan, vaikka yksittäiset potilaat hoidettaisiin moninaisesti ja esimerkiksi perinteisen funktionaalisen mallin mukaan eri osastoja ja ammattilaisia hyödyntäen.

Parvisen, Lillrankin ja Iivosen (2005, 190) mukaan prosessijohtaminen sopii erityisen hyvin prosesseihin, jotka voidaan suunnitella ennalta tarkasti, joihin muutoksia tulee vähän ja joissa prosessi pysyy aina samanlaisena. Lonkan tekonivelleikkaus on tämän tyyppinen prosessi, eli se on yleensä hyvin samanlainen kerrasta toiseen. Voidaan siis todeta, että prosessijohtaminen sopii esimerkiksi lonkantekonivelleikkausten järjestämiseen.

Tulevaisuudessa terveydenhuollon järjestämiseen tarvitaan innovatiivisia ratkaisuja, ja kustannustehokkuuden kannalta erikoistuminen on tärkeää. Erikoistuvissa organisaatioissa, joissa tehdään kapealaista työtä suurilla volyyymeillä, on prosessijohtaminen erinomainen työkalu. Kun prosessit hiotaan huippuunsa esimerkiksi tekonivelleikkauksiin erikoistuneessa sairaalassa, syntyy hyötyjä kaikille. Potilaat ovat tyytyväisempiä hoitoonsa, terveydenhuollon työntekijät ovat huippuosaajia, jotka viihtyvät työssään ja rahaa kuluu mahdollisimman vähän.

Prosessijohtamista kannattaa soveltaa terveydenhuollossa, sillä nykyisessä mallissa on paljon ongelmia, joihin prosessijohtaminen on ratkaisu. Sitä ei voida soveltaa kuitenkaan yksipuolisesti, vaan kehitystyössä kannattaa rakentaa ratkaisuja, joissa hyödynnetään prosessijohtamista, mutta joissa terveydenhuollon kompleksisen luonteen vuoksi sovelletaan myös muita ratkaisuja.

4.2 Tutkimuksen uskottavuus

Tutkimuksen uskottavuuden arvioinnissa puhutaan reliabiliteetista ja validiteetista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa näitä termejä käytetään, kun halutaan arvioida voidaanko tutkimukseen luottaa. Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Sisä-

nen validiteetti tarkoittaa tulkinnan loogisuutta ja ristiriidattomuutta. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, onko tukinta yleistettävissä muihin kuin tutkimuksessa esitettyyn tapaukseen. Kvalitatiiviseen tutkimukseen käsitteet reliabiliteetti ja validiteetti sopivat monilta osin huonosti, ja molempien käsitteiden mielekkyyttä laadullisessa tutkimuksessa on epäilty metodilähteissä. (Koskinen ym. 2005, 253–256.) Validiteetilla on kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteettia enemmän painoarvoa, koska sen voidaan katsoa tarkoittavan tutkimuksen laadun arviointia. Lukijalle on luotettavuuden lisäämiseksi näytettävä, miten aineisto on kerätty. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.)

Tutkijan rooli on kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeinen. Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa on, että tutkija on tutkimusväline. Kvalitatiiviset tutkimusraportit sisältävät yleensä subjektiivista pohdintaa ja ovat paljon henkilökohtaisempia kuin kvantitatiivisen tutkimuksen raportit. (Eskola – Suoranta 1998, 210.) Laadun arvioinnissa on olennaista se, että tutkija on kuvannut tutkimusraportissa riittävän yksityiskohtaisesti, miten tutkimus on tehty eli miten aineisto on kerätty ja miten tutkija on analysoinut aineistoa. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa haastattelujen nauhoittaminen (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006.) Tässä tutkimuksessa aineiston kerääminen ja käsittely on kuvattu luvussa 1.4, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida tutkijan tekemiä valintoja.

Tutkimusta tehdessä on järkevää ottaa huomioon se, että tutkimukseen osallistuvat eivät välttämättä puhu kaikissa tilanteissa yhdenmukaisesti, eli kielenkäyttö ja puhutavat ovat tilannesidonnaisia. (Saaranen-Kauppinen – Puusniekka 2006) Tässä tutkimuksessa tutkija on ollut kiinnostunut siitä, miten haastateltavat käyttävät kieltä eli miten he kuvaavat kokemuksiaan ja tutkija on analysoinut kuvausta myös käsitteiden kautta.

Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä ei ole yleistettävyyys samalla tavalla kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Laadullisessa tutkimuksena tausta-ajatuksena on se, että aineiston perusteella voidaan saada osviittaa muita samanlaisia tapauksia varten. Ainutlaatuisessakin on jotain yleistä. Yleistettävyyden yksi kriteeri on aineiston valinta: Aineisto tulisi kerätä tarkoituksenmukaisesti ja olisi suotavaa, että haastateltavat suhtautuvat myönteisesti tutkimukseen. Lisäksi heillä tulisi olla samanlainen kokemusmaailma aiheeseen liittyen ja ensikäden tietoa tutkimuksen aiheesta. (Eskola – Suoranta 1998, 66.) Tässä tutkimuksessa yksi haastateltavien valinnan kriteereistä oli myönteinen suhtautuminen tutkimukseen. Ei voida ajatella, että haastateltavat antaisivat tutkijalle tietoa, jos he eivät suhtaudu tutkimukseen positiivisesti. Haastateltavat valittiin siis myönteisyytensä perusteella, mutta myös siten, että heidän kokemusmaailmansa lonkan tekonivelleikkauksesta on yhteinen eli he olivat olleet suurin piirtein samaan aikaan samassa sairaalassa ja heidän diagnoosinsa olivat samanlaiset.

Tutkimuksen aihe on haastateltaville potilaille henkilökohtainen ja mahdollisesti arkaakin, koska tutkimuksen aihe liittyy terveyteen ja elämänlaatuun. Tämä on otettava huomioon haastateltavien vastauksissa, eli heille kerrottiin haastattelun alussa, että hei-

dän ei tarvitse vastata kysymyksiin, joihin he eivät halua vastata. Eettisyyden kannalta on olennaista, että tutkija ei salaa rooliaan. (Koskinen ym. 2005, 279.) Tutkija pyrki kertomaan luottamuksellisen suhteen saavuttamiseksi haastateltaville tutkimuksesta. Tutkija antoi potilaille esittelyn tutkimuksesta (Liite 7), jossa oli tutkijan yhteystiedot ja lyhyt kuvaus tutkimuksesta ja sen eettisistä periaatteista. Tutkija pyrki luomaan hyvän suhteen haastateltavien kanssa, jotta he kokisivat olonsa mahdollisimman rennoksi. Eettisyyttä eli mahdollisuutta kieltäytyä haastattelusta tai vastaamasta kysymyksiin pyrittiin korostamaan jokaisessa haastattelussa. Asiakkaat ja henkilökunta suhtautuivat kuitenkin positiivisesti tutkimukseen ja halusivat auttaa tutkimuksen tekemisessä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa yksi luotettavuuden merkki, mutta myös eettinen ongelma on tunnistettavuus. Jotta tutkimus olisi luotettava, haastateltavan pitäisi pystyä tunnistamaan itsensä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että haastateltaville annetaan raportti etukäteen luettavaksi. Tämä menetelmä on kuitenkin ongelmallinen, koska tyyppillistä on, että maallikko katsoo tutkimusta eri näkökulmasta kuin tutkija ja kritiikki on helposti triviaalia. (Koskinen ym. 2005, 259–261.) Tässä tutkimuksessa materiaalia ei ole annettu haastateltavien luettavaksi etukäteen lukuun ottamatta kahta henkilökuntaan kuuluvaa haastateltavaa, joille on annettu mahdollisuus kommentoida omaa haastatteluaan koskevia faktoja. Tällä menettelyllä on haluttu varmistaa, että tutkija on ymmärtänyt asiat oikein. Vaikka tässä tutkimuksessa tekstiä ei ole annettu haastateltavien korjattavaksi etukäteen, on tutkija pohtinut tutkimuksen mahdollisesti aiheuttamaa haittaa haastateltaville. Suurin eettinen ongelma liittyy potilaiden yksityisyyteen. Tämän turvaamiseksi tutkijalla ei ole ollut tutkimuksen missään vaiheessa käytettävissään heidän potilastietojaan. Tutkija ei ole saanut heistä etukäteistietoja, vaan tutkija on esittänyt hoidonvaraajalle tietoja haastateltavien valintakriteereistä ja tämä on ehdottanut sopivia haastateltavia tutkijalle. Tämä jälkeen tutkija on tavannut haastateltavat ensimmäisen kerran sairaalassa ja tiedustellut haastateltavien halukkuutta osallistua tutkimukseen. Tutkija ei ole saanut haastateltavien hoidosta muita tietoa kuin mitä he ovat itse kertoneet. Näin on voitu varmistaa, ettei tutkija ole saanut potilaista sellaisia henkilökohtaisia tietoja, joita he eivät olisi halunneet tutkijalle antaa. Satakunnan keskussairaalassa tehdään vuosittain noin 800 lonkan tekonivelleikkausta, joten yksittäisen potilaan tunnistaminen edes hänen kuvaamiensa tilanteiden kautta on vaikeaa, koska potilasmassa on suuri.

Tässä tutkimuksessa ei ole tavoiteltu laajasti yleistettäviä tuloksia, mutta kuten johdopäätöksissä on todettu, on tässä tutkimuksessa löydetty samankaltaisuuksia muiden tutkimusten kanssa. Voidaan siis arvioida, että tämä tutkimus voi tuoda yksityiskohtia lonkantekonivelleikkauksen hoitoketjun tarkasteluun, erityisesti asiakkaan subjektiivisina kokemuksina.

4.3 Jatkotutkimusmahdollisuudet

Lonkan tekonivelleikkauksen tutkimusmahdollisuudet ovat paljon laajemmat kuin tässä tutkimuksessa voitiin toteuttaa. Tekonivelleikkauksen kustannuksia voitaisiin analysoida toisessa tutkimuksessa tarkemmin siten, että verrattaisiin toteutuneita kustannuksia sairaalan kustannuslaskentajärjestelmästä kunnilta laskutettavaan hinnaston hintaa. Kustannusanalyysiä olisi mielenkiintoista laajentaa koskemaan 3–5 sairaalaa, jolloin voitaisiin verrata sairaaloiden välisiä kustannuseroja. Tässä tutkimuksessa ei ole voitu verrata kustannuksia, koska kustannuslaskenta-aineisto ei ollut tutkijan käytettävissä eikä tutkimusta voitu laajentaa useampaan sairaalaan.

Toinen mielenkiintoinen alue olisi tarkastella lonkan tekonivelleikkausten vaikuttavuutta tarkemmin. Tarkastelussa voitaisiin käyttää elämänlaatumittareita ja mitata asiakkaiden kokemuksia kvantitatiivisesti. Koska tämän tyyppisiä tutkimuksia on jo tehty, olisi kuitenkin mielekästä ottaa mukaan kvalitatiivinen osio, jossa vaikuttavuutta voitaisiin tutkia asiakasnäkökulmasta. Vaikuttavuustutkimus vaatii toteutukseen pitkän aikajänteen, jotta asiakkaat voivat arvioida muutoksia elämänlaadussa esimerkiksi vuoden kuluttua leikkauksesta.

LÄHTEET

- Berwick, D. M. – Bisognano, M. (1999) *Quality in Healthcare services*. Mc Graw-Hill Professional Publishing. New York.
- Brimson, J. A. (1992) *Toimintolaskenta*. Weilin+Göös. Jyväskylä.
- Clewer, A. – Perkins, D. (1998) *Economics for health care management*. Prentice Hall Europe, Hertfordshire.
- Cooper, R. – Kaplan, R. (1998) *The Design of cost management*. Prentice Hall. Upper Saddle River. New Jersey.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.
- Glodratt, E. M. – Cox, J (1989) *The Goal*. Aldershot. Gower.
- Grönroos, C. (2000) *Service Management and Marketing. A Customer Relationship Approach*. John Wiley & Co. Chichester.
- Forsström, J. – Perälä, A. (2009) *Lonkka- ja polviproteesit Suomessa. Tilasto raportti*. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettavissa: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr06_11.pdf. Haettu 11.4.2011.
- Hankela, S. (2007) Tekonivelpotilaan hoito- ja palveluketjun verkostoprojekti Pirkanmaalla (VERCOX). Teoksessa Hankela, S. (toim.) *Tekonivelpotilaan hoidon kehittäminen on tuottanut tulosta*. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 8, 31–40. Tampere.
- Hiidenhovi, H. (2001) *Palvelunmittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.
- Hirsjärvi, S. – Remes, P. – Sajavaara, P. *Tutki ja kirjoita*. (2000) Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Horngren, C. – Datar, S. – Foster, G. (2003) *Cost Accounting A Managerial Emphasis*. Pearson Education. Pearson Education Inc. Upper Saddle River. New Jersey.
- Hupli, M. – Kaarna, T. – Kauppinen, R. – Kärri, T. (2006) *Sairaalan ohjausmallit: Potilas kannattavaksi*. Tutkimusraportti. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Luettavissa: http://www.lut.fi/fi/technologymanagement/industrial_management/research/research_areas/MAinIE/ma_models_hospitals/potka/Documents/LTYT_utkimusrap173.pdf. Haettu 3.5.2011.
- Häkkinen, P. (2009) *Sairaaloiden tuottavuus 2009*. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettavissa: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr03_11.pdf. Haettu 14.4.2011

- Jablonski, J. R. (1992) *Implementing TQM: Competing in the Nineties Through Total Quality Management*. Pfeiffer & company. Albuquerque.
- Järvinen, P. – Lemetti, P. – Virtanen, T. – Lillrank. P. – Malmi. T. (2001) *Laatukustannuslaskenta: käyttötarkoitus ja menetelmät. Käytännön työkirja yrityskäyttöön ja opiskehuun*. Otavamedia Oy. Espoo.
- Kakkuri-Knuutila, M-L. – Heinlahti, K. (2006) *Mitä on Tutkimus? Argumentointi ja tieteenfilosofia*. Gaudeamus kirja. Yliopistokustannus University press Finland Ltd. Helsinki.
- Kallio, O. – Martikainen, J-P. – Meklin, P. – Rajala, T. – Tammi, J. (2006) *Kaupungit tilaajina ja tuottajina. Kokemuksia ja näkemyksiä Jyväskylän, Tampereen ja Turun toimintamallien uudistushankkeista*. Tampereen yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.
- Kaplan, R. S. – Norton, D. P. (1996) *Translating Strategy into Action. The Balanced Scorecard*. Harvard Business School Press. Boston.
- Kasanen, E. – Lukka, K. – Siitonen, A. (1991) Konstruktiivinen tutkimusote liiketaloustieteessä. *Liiketaloudellinen aikakauskirja*, 3/1991, 301–329.
- Kekomäki, M. (2009) Miksi uusi terveydenhuoltolakiin ei korjaa rahoituksen monikanavaisuutta? *Duodecim* 2009/125:1450–1451.
- Koivukangas, P. – Ohinmaa, A. – Koivukangas, J. (1995) *Nottinghamn health profilen (NHP) suomalainen versio*. Stakes, raportteja 187,1995. Helsinki
- Kokko, S. – Heinämäki, L. – Tynkkynen, L-K. – Haverinen, R. – Kaskisaari, M. – Muuri, A. – Pekurinen, M. – Tammelin, M. (2009) *Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen järjestämisestä ja tuottamisesta*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 36/2009. Yliopistopaino. Helsinki. Luettavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/eaf43d23-6dd0-4e42-b4f6-5b8243c3386e>. Haettu 20.4.2011.
- Koskinen, I. – Alasuutari, P. – Peltonen, T. (2005) *Laadulliset menetelmät kauppatieteissä*. Gummerrus kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kuusi, O. – Ryyänen, O-P. – Kinnunen, J. – Myllykangas, M.– Lammintakanen Johanna (2006) *Terveydenhuollon tulevaisuus*. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. http://www.eduskunta.fi/fakta/vk/tuv/suomen_terveydenhuollon_tulevaisuudet.pdf. Haettu 13.3.2010.
- Käypä hoito -suositus (2007) Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediayhdistys ry:n asettama työryhmä. Polvi- ja lonkkanivelrikon hoito. *Duodecim* 2007, 123(5), 602–620. Luettavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50054.pdf>. Haettu 12.12.2010.
- Laitinen, L. A. (2010) *HUS Siunatkoon. Kannanottoja terveydenhuollon johtamisesta*. Kustannusyhtiö Duodecim. Helsinki.

Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 856/17.9.2004.

Lehto, M. U. K. – Paavolainen, P. – Seitsalo, S. – Konttinen, Y. T. (2006) Tekonivelkirurgian haasteet – nyt ja tulevaisuudessa. *Suomen Lääkärilehti* 45/2006, 4725–4728.

Lillrank, P. – Kujala, J. – Parvinen, P. (2004) *Keskeneräinen potilas*. Terveydenhuollon tuotannonohjaus. Talentum Media. Helsinki.

Lillrank, P. – Liukko, M. (2004) Standard, routine and non-routine processes in health care. *International Journal of Healthcare Assurance*. 17 (1), 39–46.

Lumijärvi, I. (2005) Laatujohtaminen ja tasapainotettu mittaristo terveydenhuollossa. Teoksessa Vuori, J. (toim.) *Terveys ja Johtaminen*. WSOY. Helsinki.

Lumijärvi, I. – Jylhäsaari, J. (2000) *Laatujohtaminen ja julkinen sektori*. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. Gaudeamus. Helsinki.

Lumijärvi, O-P. (1993) *Toimintojohtaminen*. Weilin+Göös. Jyväskylä.

Meklin, P. (2001) Tavoitteiden saavuttamisen arviointi kuntataloudessa. Teoksessa Myllymäki, A. – Vakkuri, J. (toim.) *Tulos, normi, tilivelvollisuus*. Tampere University Press. Vammala.

Möttönen, S. – Niemelä, J. (2005) *Kunta ja kolmas sektori, yhteistyön uudet muodot*. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Mäkelä, M. – Saarni, S. (2011) Kohti avointa priorisointia Suomessakin? *Duodecim* 2011; 127, 636-637.

Niiranen, V. – Stenvall, J. – Lumijärvi, I. (2005) *Kuntapalvelujen tuloksellisuuden arviointi. Tasapainotettu mittaristo kunnallisessa organisaatiossa*. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Operatiivinen tulosalue. Operatiivisen tulosalueen kotisivut. Luettavissa:

http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=116,1&_dad=wportal&_schema=WPORTAL. Haettu 29.5.2011.

Parvinen, P. – Lillrank, P. – Ilvonen, K. (2005) *Johtaminen terveydenhuollossa*. Tammerpaino Oy. Helsinki.

Pekurinen, M. – Erhola, M. – Häkkinen, U. – Jonsson, P. M. – Keskimäki, I. – Kokko, S. – Kärkkäinen, J. – Widström, E. – Vuorenkoski, L. (2010) *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 17.11.2010. Luettavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0fde485f-a347-40de-96b7-7e77656276bb>. Haettu 29.5.2011.

Peltokorpi, A. – Kujala, J. – Lillrank, P. (2004) *Keskeneräisen potilaan kustannukset*. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.

- Pentikäinen, L. – Tuomaala, M. – Lith, P. – Mursu, A. – Forsström, J. (2009) *Hyvinvointialan kehittäminen – peruskartoitukset*. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Edita Publishing Oy. Helsinki.
- Potilasmaksut (2010) Potilasmaksut 1.1.2010 alkaen. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Luettavissa:
http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=105,110271&_dad=wportal&_schema=WPORTAL. Haettu 19.5.2011.
- Pälve, H. (2009) Priorisoinnin vuokaavio. *Suomen Lääkärilehti* 46/2009 vsk 64, 3919.
- Pälve, H. (2009a) Terveyskeskus on keino eikä päämäärä. *Suomen Lääkärilehti* 18/2009 vsk 64.
- Remes, V. – Eskelinen, A – Huopio, J – Kettunen, J. – Virolainen, P (2010) *Hyvä hoito polven ja lonkan tekonivelkirurgiassa 2010*. Suomen Artroplastia yhdistys. Punamusta Oy. Joensuu.
- Ryynänen O-P. (2009) Rahoituksen monikanavaisuus estää terveydenhuollon kehittämisen. *Suomen Lääkärilehti* 21–22/2009 vsk 64.
- Saaranen-Kauppinen, A. – Puusniekka, A. (2006) *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Luettavissa:
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Haettu 20.4.2011.
- Sairaanhoitopiirit jäsenkunnittain 2010. Kuntaliitto.
<http://www.kunnat.net/fi/kunnat/sairaanhoitopiirit/jasenkunnat/Sivut/default.aspx>. Haettu 7.4.2011.
- Silvennoinen-Nuora, L. (2010) Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Tampere.
- Sintonen, H. – Pekurinen, M. (2006) *Terveystaloustiede*. WSOY. Helsinki.
- Sintonen, H. – Pekurinen, M. – Linnakko, E. (1997) *Terveystaloustiede*. WSOY. Porvoo.
- Sloan, F. A. (2000) Not-for-profit ownership and hospital behavior. Teoksessa Culyer, A. J. & Newhouse, J. P. (toim.) *Handbook of Health economics*. Elsevier B.V. 1141-1174.
- Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 (2010) Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettavissa:
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1550874. Haettu 7.4.2011.
- Tammi, J. (2006) *Toimintolaskennan käyttömahdollisuudet ja hyödyt kunnan johtamistyössä*. Acta Universitatis Tamperensis 1152. Tampere University Press. Tampere.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

- Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2009. Terveyden ja Hyvinvoinninlaitos.
<http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Terveyspalvelut/terveysmenot.htm>. Haettu 7.4.2011.
- Tevameri, T. – Kallio, T. J. (2009) *Matriisi- ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä*. Hallinnon tutkimus 28 (1) 2009, 15–32.
- Tilinpäätös 2009. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Luettavissa:
http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=112,90273&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1. Haettu 23.11.2010.
- Toiminta ja taloussuunnitelma 2011-2013 ja tilinpäätös 2011. Luettavissa:
<http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TILASTOT/TOIMINTA/TALOUSARVIO2011.PDF>. Haettu 19.5.2011.
- Turunen, V. – Vehviläinen, A. – Vohlonen, I. – Kröger, H. (2004) Työikäisten potilaiden lonkan tekonivelleikkausten sairaalahoito- ja päiväraha-kustannukset. *Lääkärilehti* 7/2004.
- Vainiola, T. (2010) *EQ-5D- ja 15D mittareissa on eroja*. FINOHTA. Terveydenhuollonmenetelmien arviointiyksikön julkaisuja. Luettavissa:
<http://finohta.stakes.fi/FI/julkaisut/impakti/Uutiskirjeet2010/04elama.htm>. Haettu 19.4.2011.
- Vaivio, J. (1999) Exploring a 'non-financial' management accounting change. *Management Accounting Research*, Vol 10, 409-437.
- Virtanen, J. V. (2010) *JOHTAJANA SAIRAALASSA Johtajan toimintakenttä julkisessa erikoissairaalassa keskijohtoon ja ylimpään johtoon kuuluvien lääkäri- ja hoitajataustaisten johtajien näkökulmasta*. Uniprint. Turku
- Virtanen, P. – Wennberg, M. (2005) *Prosessijohtaminen julkishallinnossa*. Edita Publishing Oy. Helsinki.
- Vohlonen, I. – Vehviläinen, A. – Palmunen, J. – Kinnunen, J. (2002) Sairaanhoidon kustannukset ovat vain osa kokonaiskustannuksia. *Sairaala* 9/2002.
- Vuorenkoski, L. – Kaila, M. (2010) Oikeudenmukainen ja vaikuttava terveydenhuolto. *Duodecim* 2010;126, 2795-2796.
- Williams A. (2006) Health and Healthcare. Teoksessa toim. Smith, P. *Measuring outcomes in the public sector*. Taylor & Francis.
- Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2010:31. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Øvretveit, J. – Klazinga, N. (2008) *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. World Health Organization. Luettavissa:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf. Haettu 5.5.2011.

LIITE 1 JONOHOITAJAN TEEMAHAASTATTELURUNKO

Jonohoitajan teemahaastattelurunko

Aika:

Paikka:

Haastateltava:

Koodi:

Teemat

1. Taustat

- oma työ

2. Lonkkaleikkausprosessi

- Aika
 - Miten etenee
 - Mitkä on vaikeudet
 - Mikä sujuu hyvin
- Laatu
 - Mikä toimii
 - Mikä ei toimi
- Kustannus
 - Mitä ajattelet, onko jotain mitä pitäisi tehdä toisin
 - Mikä toimii erityisen hyvin tai tuottaa hyötyä asiakkaalle/sairaalalle

3. Omat ajatukset prosessista

LIITE 2 ORTOPEDIN TEEMAHAASTATTELURUNKO

Ortopedin teemahaastattelurunko

Aika:

Paikka:

Haastateltava:

Koodi:

Teemat

1. Taustat

- oma työ

2. Lonkkaleikkausprosessi

- Aika
 - Miten etenee
 - Mitkä on vaikeudet
 - Mikä sujuu hyvin
- Laatu
 - Mikä toimii
 - Mikä ei toimi
- Kustannus
 - Mitä ajattelet, onko jotain mitä pitäisi tehdä toisin
 - Mikä toimii erityisen hyvin tai tuottaa hyötyä asiakkaalle/sairaalalle

3. Omat ajatukset prosessista

LIITE 3 LASKENTA EKONOMIN TEEMAHAASTATTELURUNKO

Laskentaekonomien teemahaastattelurunko

Aika:

Paikka:

Haastateltava:

Koodi:

Teemat

1. Sairaalan hinnoittelu
 - Miten hinnasto rakentuu
 - Miten hinnastoa käytetään

2. Sairaalan kustannuslaskenta
 - Miten lonkan tekonivelleikkauksen hinta muodostuu
 - Mitä laskutetaan kunnilta
 - Mitä asiakas maksaa

3. Materiaali
 - Mitä materiaalia tutkija voi saada käyttöönsä

LIITE 4 SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN PALVELUHINNASTO 2011, HINNOITTELUPERUSTEET

Hinnasto 2011

Satakunnan sairaanhoitopiiri: Hinnoitteluperusteet

Hinnoitteluperusteet

Yleistä

Kuntalaskutuksen perusteena ovat avohoidon osalta käynnit ja vuodeosastohoidon osalta hoitopäivät, hoitopaketit ja NordDRG -jaksot. Edellä mainitut tuotteet on ryhmitelty hintaryhmiin, joiden lukumäärä vaihtelee erikoisaloittain. Hinnat perustuvat talousarvion 2011 mukaisiin kustannuksiin ja hinnaston valmistelussa tarkistettuihin suoritearvioihin.

Hoitopäivä -, hoitopaketti -, NordDRG-jakso- ja poliklinikkahinnat sisältävät laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sekä leikkaustoimenpiteiden kustannukset.

Jäsenkuntalaskutus tapahtuu kahden viikon välein ja perustuu toteutuneisiin käynteihin, hoitopäiviin, hoitopaketteihin ja NordDRG – jaksoihin. Eräpäivät ovat kuukauden 12. ja 29. päivä.

Vuoden 2011 palveluhinnastossa Satakunnan keskussairaalan ja Rauman aluesairaalan somaattisen hoidon palvelut (sisätaudit, kirurgia ja päiväkirurgia) hinnoitellaan erikseen sairaaloittain.

LIITE 5 SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN PALVELUHINNASTO 2011, KIRURGIA

Hinnasto 2011

Satakunnan sairaanhoitopiiri: Opera

SK KIRURGIA...

Erikoisala	DRG	Tuotekuvaus	Hinta 1.1.2010	Hinta 1.1.2011
Vuodeosastohoito (DRG)			€/hoitajakso	
Tuki- ja liikuntaelinten ja sidekudoksen sairaudet	209A	Lonkan tai polven tai nilkan tekonivelleikkaus, ei uusintaleikkaus	8 497	8 490
	209B	Lonkan, polven tai nilkan tekonivelen uusintaleikkaus tai alaraajan uudelleenkiinnittäminen	10 590	10 590
KIR VOSPAK 29		Molempien Lonkkien tai polvien tai nilkkojen samanaikainen tekonivelleikkaus, ei uusintaleikkaus	15 295	15 290

Hinnasto 2009

Satakunnan sairaanhoitopiiri: Operatiivisen hoidon toimial

KIRURGIA...

Erikoisala	DRG	Tuotekuvaus	Hinta 1.1.2008	Hinta 1.1.2009
Vuodeosastohoito (DRG)			€/hoitajakso	
Tuki- ja liikuntaelinten ja sidekudoksen sairaudet	209A	Lonkan tai polven tai nilkan tekonivelleikkaus, ei uusintaleikkaus	7 210	9 156
	209B	Lonkan, polven tai nilkan tekonivelen uusintaleikkaus tai alaraajan uudelleenkiinnittäminen	9 565	11 512

LIITE 6 SATAKUNNAN KESKUSSAIRAALAN POTILASMAKSUT

Potilasmaksut 1.1.2010 alkaen

Poliklinikkamaksut

(Valtioneuvoston asetus 464/2008/19.6.08, Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta 387/2008/19.6.08/Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta 26.11.2009/958)

Poliklinikkakäyntimaksu on 27,40 €.

Psykiatrian poliklinikkakäynti on maksuton.

Sarjahoitomaksu on 7,50 €. Maksu saadaan periä enintään 45 hoitokerralta kalenterivuodessa. Sarjahoitomaksua ei saa periä alle 18-vuotiailta.

Päiväkirurgisesta toimenpiteestä peritään 89,90 €. Jos toimenpiteen jälkeen potilas joutuu jäämään hoidettavaksi vuodeosastolle, peritään häneltä lisäksi 32,50 € / hoitopäivä toimenpidettä seuraavilta hoitopäiviltä.

Jos potilas poliklinikalla suoritetun tutkimuksen jälkeen otetaan välittömästi vuodeosastolle, poliklinikkamaksua ei peritä, tai se hyvitetään hoitopäivälaskussa. Jo peritty maksu voidaan palauttaa myös kuittia vastaan.

LIITE 7 TUTKIMUKSEN ESITTELY POTILAALLE

Hyvä lonkan nivelrikkoleikkauspotilas,

Satakunnan sairaanhoitopiirissä kehitetään kotiutumiskäytäntöjä ja lonkan nivelrikkopotilaiden hoitoa. Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää lonkan nivelrikkopotilaan hoitoketjun tapahtumia erikoissairaanhoidossa kotiutumisvaiheessa. Tavoitteena on saada tietoa potilaiden hoidon vaikuttavuudesta ja kustannuksista asiakkaan näkökulmasta. Tutkimus on pro gradu -tutkielma Turun Kauppakorkeakouluun.

Haastatteluun vastaaminen tapahtuu nimettömänä eikä henkilöllisyytenne paljastu missään vaiheessa. Tutkija ei näe potilastietojanne ja haastatteluun vastaaminen on vapaaehtoista. Halutesanne voitte pitäytyä vastaamasta haastattelijan esittämiin kysymyksiin tai keskeyttää haastattelun.

Tutkija haluaisi haastatella teitä ollessanne osastolla ja seurantahaastattelun kotiuduttuanne noin 2-3 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Haastattelu vie noin 30 -60 minuuttia. Haastattelu on vapaata keskustelua tutkijan valitsemista teemoista hoitoprosessiinne ja hoidon hyötyihin liittyen. Tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään.

Kiitos avustanne.

Tutkijan yhteystiedot:

Meri Kukkonen

040-7651653

meri.kukkonen@tse.fi

Turun Kauppakorkeakoulun Porin Yksikkö

Hyvinvointialan liiketoimintaosaamisen maisteriohjelma

Tutkimusta ohjaa:

Esa Puolamäki, kauppatieteiden tohtori

Turun kauppakorkeakoulun Porin yksikkö

Haastatteluiden teemat

Ensimmäinen haastattelu:

- Hoitoon hakeutuminen
- Miten hoitoprosessi on edennyt ja miten asiakas on sen kokenut
- Kuntoutuminen

Seurantahaastattelu 2-3 kk kuluttua leikkauksesta:

- Elämä leikkauksen jälkeen, miten asiakas on kuntoutunut leikkauksen jälkeen
- Asiakkaan kokemat hyödyt tekoniivelleikkauksesta

LIITE 8 POTILASHAASTATTELUIDEN TEEMAT JA APUKYSYMYKSET

Haastattelun teemat ja apukysymyksiä

Elämä ennen leikkausta

Tarkoituksena selvittää miksi asiakas on hakeutunut hoitoon.

- Miten lonkan nivelrikko vaikutti elämäänne ennen leikkausta?
- Minkälaisia ongelmia teille aiheutui lonkasta? Oliko teillä kipuja?
- Milloin hakeuduitte hoitoon?
- Miten ja mihin hakeuduitte hoitoon?
- Odotitteko leikkaushoitoa kauan?
- Harkitsitteko vaihtoehtoisia tapoja saada leikkaushoitoa esim. yksityisellä sektorilla?
- Miten arvioisitte hoitoon pääsyä?
- Millaista ohjausta ja hoitoa saitte ennen leikkausta? oliko siitä apua?
- Havaitteko tilanteenne paranevan lainkaan ennen leikkausta annetusta hoidosta?
- Mitä odotuksia, toivomuksia tai mitä pelkäsitte etukäteen ennen leikkausta?

Hoidon kulku sairaalassa

Tarkoituksena selvittää miten hoitoprosessi on edennyt ja miten asiakas on sen kokenut:

- Miten prosessi eteni?
- Minkälaisia ohjeita ja kuntoutusta olette saaneet sairaalassa?
- Miten arvioisitte hoidon sujuvuutta?
- Millaisia onnistuneita tai epäonnistuneita asioita hoidossanne on ollut mielestänne tähän mennessä?

Kuntoutuminen

Tarkoituksena selvittää miten asiakas on toipunut sairaalassa ollessaan, välittömästi leikkauksen jälkeen

- Millaista hoitoa arvelette tarvitsevanne leikkauksen jälkeen?
- Miten arvioitte pärjääväanne kotona?
- Minkälaiset asiat saattavat muodostua vaikeiksi?
- Miten odotatte toipuvanne?
- Millaisia odotuksia teillä on elämästä terveen lonkan kanssa?

Seurantahaastattelu 2-3 kk kuluttua leikkauksesta

Elämä leikkauksen jälkeen

Tarkoituksena selvittää miten asiakas on kuntoutunut leikkauksen jälkeen

- Miten olette toipuneet?
- Millaista kuntoutusta olette saaneet?
- Millaisia hyötyjä olette havainneet, onko saamistanne ohjeista ja neuvoista ollut apua?

- Miten elämä on muuttunut?
- Millaisia ongelmia on jäljellä?
- Tekisittekö jälkikäteen ajateltuna jotain toisin?
- Paljonko hoito on tullut teille maksamaan?

Asiakkaan kokemat hyödyt

Miten asiakas on kokenut lonkkaleikkauksen? Millaisia hyötyjä hän näkee lonkkaleikkauksesta koituneet? Onko hoito vaikuttavaa?

- Miten arvioisitte hoidon vaikutuksia tai hyötyjä?
- Mitkä olivat mielestänne suurimmat hyödyt?
- Kannattiko leikkaus?
- Mikä sujui hyvin?
- Mikä sujui huonosti?
- Osaatteko nimetä asioita joita voisi parantaa?
- Olisitteko halunneet enemmän tai vähemmän kuntoutusta? Entä ohjeita?