

Heikki-Jussi Laine ja Heli Leppikangas

Sujuvoittamista ja parempaa palvelua ilman lisäresursointia

Epämääräisestä jonottamisesta aikataulutettuun toimintaan

Jonot ovat keskeinen mielikuva julkisesta sairaanhoidosta. Sairaalan näkökulmasta varsinaista jonottamista on se, kun potilas on ”varastossa” ilman tietoa hoidon seuraavan vaiheen ajankohdasta. Potilaan kannalta kyse on hoidon tai tutkimuksen enemmän tai vähemmän kiusallisesta odottamisesta, jota mahdollisimman varhain saatu täsmällinen tieto hoidon toteutumisen ajankohdasta oletettavasti helpottaa. Epämääräisestä jonottamisesta on mahdollista hankkiutua eroon, koska hoitotakuulain myötä pääsy erikoissairaanhoidon nopeutunut erityisesti kiireettömien potilaiden hoidossa ja koska kirurgisia tuotantoprosesseja on pystytty tehostamaan (1,2).

Epämääräistä jonottamista esiintyy edelleen. Lähetteen saapuessa potilas asetetaan jonoon. Aika poliklinikkaan annetaan vasta, kun lääkärin työjärjestykset ovat valmistuneet ja ajanvarauspohjat on avattu. Leikkauspäätöksen jälkeen toimintamalli on vastaava. Jononhoitajan aikaa kuluu puhelinkeskusteluihin jonossa olevien potilaiden kanssa – aktiivisimmat soittelijat saattavat puhua itsensä ohituskaisalle.

Taysin TULES-vastuualueella siirryttiin aikataulutettuun toimintamalliin noin kaksi vuotta sitten. Klinikkaan tuleva potilasvirta jaettiin sopivan kokosiin sektoreihin, joilla on omat vastuulliset toimijansa järkevästi resursoituna. Ortopediassa sektorijakomme (yläraaja – selkä – polvi ja lonkka – nilkka ja jalkaterä – tuumori) on ollut olemassa jo pitkään. Kaksi muuta sektoria ovat käsikirurgian ja plastiikkakirurgian erikoisalajakonaisuudet. Tiimiytimme poliklinikan henkilökunnan (hoitajat ja sihtee-

Leikkausaika annetaan poliklinikkakäynnillä toteuttaen mahdollisuuksien mukaan potilaan toive ajankohdasta.

rit) sektoreille. Kaikille sektoreille asetettiin tavoitteeksi, että sektorin vastuulääkäri käsittelee lähetteen viikon kuluessa, että sihteerit antaa potilaalle ajan poliklinikkakäynnille viikon kuluessa lähetteen käsittelystä, tiedottaa häntä siitä sekä järjestää mahdolliset tutkimukset ja että

jos poliklinikassa tehdään leikkauspäätös, potilaalle annetaan leikkausaika poliklinikkakäynnillä ja mahdollisuuksien mukaan toteutetaan potilaan esittämä toive leikkauksen ajankohdasta. Kiireettömään leikkaukseen potilas ei yleensä halua mahdolli-

simman nopeasti vaan ennemminkin sopivasti oman elämänsä kannalta.

Toimintatavan muutos mahdollisti leikkausalin ja osaston jononhoitajista luopumisen – osittain nämä henkilöt siirrettiin työskentelemään poliklinikkatiimeihin. Potilaan asiaa hoitavat lähetteen saapumisesta lähtien samat henkilöt, jotka hän myös tapaa poliklinikkassa. Pyrkimyksenä on, että leikkauksen tekee sama kirurgi, joka on arvioinut potilaan tilanteen poliklinikkassa. Tärkeimpänä edellytyksenä aikataulutetulle toimintamallille on se, että lääkärin työjärjestykset ja leikkaussaliaikataulut on suunniteltu riittävän pitkälle, ainakin kolme kuukautta eteenpäin.

Selvitettäviä kysymyksiä uutta toimintamallia aloitettaessa ovat jonon pituus ja sen vaihtelu, se, kuinka monta lähetettä saapuu (kysyntä) ja arvioidaan (tehokkuus) sekä se, kuinka pitkälle poliklinikka-ajat on avattu ja annettu (toiminnan suunnittelu). Leikkaustoiminnasta on selvitettävä vastaavat tiedot. Keskimääräinen odotusaika ja sen jakauma kuvaavat prosessin osan läpimenoaika. Toimintaprosesseja kehi-

tettäessä läpimenoajan (virtaustehokkuuden) tulisi olla tärkein mittari, ei käyttöasteen parantamisen (resurssitehokkuuden).

Kiireettömässä hoidossa potilaan näkökulmasta nopea ja vaivaton sekä muun elämän kannalta sopivaan aikaan toteutunut pääsy erikoislääkärin arvioon on ihannetilanne. Rajallisten resurssien käyttöasteesta tulee huolehtia, ja kun resurssit vapautuu, ne tulee kohdentaa hoitoa tarvitseville potilaille. Kokemuksemme mukaan sektoreissa, joissa kiireettömille potilaille on tiedossa poliklinikka- tai leikkausaika 2–3 kuukauden päähän, resurssien tehokas käyttö ei ole uhattuna ja aikataulutaminen on mahdollista. Tämä sopii hyvin yhteen hoitotakuulla määritellyn hoidon tarpeen arvion 3 kuukauden aikarajan kanssa. Sektoreissa, joissa potilas joutuu odottamaan leikkaushoitoa 5–6 kuukautta, on aikataulutettuun toimintamalliin pääseminen hankalampaa, sillä leikkaussalien organisointi ja työjärjestyksien suunnittelu ei onnistu riittävän varmasti.

Kun potilas voi vaikuttaa hoitonsa ajankohtaan, hän kokee saavansa parempaa palvelua ja samalla myös sitoutuu sovittuun aikatauluun, mikä vähentää peruuntumisten määrää. Tulevaisuudessa voidaan julkisessakin terveydenhuollossa siirtyä siihen, että potilaalle lähtee tieto hyväksytystä läheteestä ja hän varaa itse ajan haluamalleen lääkärille ajanvarausohjelman tarjoamista vaihtoehdoista.

Aikataulutettuun toimintamalliin pääseminen ei edellytä uusia työvaiheita, vaan toiminnan suunnittelua pidemmälle eteenpäin. Poliklinikan ja leikkausosaston rajapinnan toi-

mivuus ja työn standardointi korostuvat, sillä suurin osa potilaista tulee toimenpiteeseen suoraan kotoa. Henkilöstön kokonaistyömäärä vähenee ja työtyytyväisyys voi koheta, kun jonojen hoitamisesta siirrytään potilaiden hoitamiseen. Kahden vuoden kokemuksen jälkeen Taysin TULES-poliklinikamme henkilöstö ei halua paluuta vanhaan. Myös kiireellisten potilaiden hoidossa tarvittavien lisätutkimusten välitön aikataulutaminen on järkevä ratkaisu. Aikataulutettu toimintamalli sopii myös kiireellisten potilaiden hoidon järjestämiseen, vaikka resurssien tehokkaan käytön kannalta tilanne ei ehkä olekaan suotuista, jos leikkaussaliresurssit täytyy varata varmuuden vuoksi enemmän.

TULES-toiminnassa uusi malli on toteutettavissa ilman valtaisa ponnistelua ja potilaat kokevat saavansa parempaa palvelua sekä mahdollisuuden vaikuttaa hoitoonsa. Potilaalle epätietoisuus hoitoon pääsyn ajankohdasta voi olla vaikeampaa kuin itse toimenpiteen odottaminen. Aikataulutettu toimintatapa voikin parantaa potilaskokemusta, järjestelmän toimivuutta ja julkisuuskuvaamme (3,4,5). ■

KIRJALLISUUTTA

1. Leppikangas H, Puolakka P, Korppi A, Laine HJ. Leikkaussalilyöntöoptimointi – hukkaa minimoimalla ja virtausta parantamalla. *Duodecim* 2015;131:1947–51.
2. Ruohoaho UM. Nopean toipumisen mallit leikkaustoiminnassa – LYHKE, HERKO, SEUKO? *Duodecim* 2016;132:1098–10.
3. Terveydenhuollon laatuopas. Suomen Kuntaliiton verkkojulkaisu 2011. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>.
4. Malmivaara A. Järjestelmät potilaan ja väestön parhaaksi. *Duodecim* 2016;132:1401–3.
5. Pärnänen H. Miten muuttaa mielikuvia? *Suom Lääkäril* 2015; 70:697.



HEIKKI-JUSSI LAINE, LT, ortopedian ja traumatologian apulaisylilääkäri
TULES-vastuualue, Tays

SIDONNAISUUDET

Luentopalkkio (DePuy Synthes Oy, Stryker Finland)



HELI LEPPIKANGAS, LT, toimialuejohtaja
Toimialue 3, Tays

SIDONNAISUUDET

Ei sidonnaisuuksia