

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
2011

Veera Keränen & Sanna Koli

VATSATOIMIALUEESEEN KUULUVIEN POTILAIKEN HOITOAJAT TURUN YLIOPISTOLLISEN KESKUSSAIRAALAN NYKYISESSÄ TOIMINTAMALLISSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

2011 | Sivumäärä: 53+3

Ohjaaja: Tt Tiina Nurmela

Veera Keränen & Sanna Koli

VATSATOIMIALUEESEEN KUULUVIEN POTILAIDEN HOITOAJAT TURUN YLIOPISTOLLISEN KESKUSSAIRAALAN NYKYISESSÄ TOIMINTAMALLISSA

Terveysthuollossa pyritään tänä päivänä tehostamaan hoitotyötä, ja näin ollen lyhentämään potilaan hoitoaikaa sairaalassa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitoaikojen pituuksia vatsatoimialueen potilailla Turun Yliopistollisen Keskussairaalan nykyisessä toimintamallissa sekä kuvata, mitkä tekijät heijastuvat potilaiden hoitoaikoihin. Tutkimusongelmat olivat: millaisia hoitoaikoja esiintyy akuuttia vatsaa, yläruuansulatuskanavan ja alaruuansulatuskanavan sairauksia sairastavilla potilailla, mitkä tekijät hidastavat potilaiden hoidon kulkua sekä miten hoitoaikoja voitaisiin kehittää. Opinnäytetyö kuului Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriin T-Pro-hankkeeseen, joka on Turun Yliopistollisen Keskussairaalan T-sairaalan uusiin toimialoihin perustuvan toiminnan kehittämishanke.

Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen. Tutkimusaineistona käytettiin Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriin valmiita tilastoja vatsatoimialueen potilaiden hoitoajoista Turun Yliopistollisessa Keskussairaalassa. Turun Yliopistollisesta Keskussairaalasta saatu aineisto sisälsi 380 eri diagnoosikoodia, joista opinnäytetyön tekijät karsivat 42 keskeisintä vatsatoimialueen diagnoosia analysoitavaksi.

Tutkimustulokset osoittivat, että kaikkien akuutteja vatsasairauksia sairastavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 4,4 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitojaksojen lukumäärän mukaan yleisimmät akuutit vatsasairaudet olivat sappikivitauti, jossa hoitoaika oli 2,1 vuorokautta sekä vatsa- tai lantiokipu, jossa hoitoaika oli 2,9 vuorokautta vuosina 2006–2009. Tulosten mukaan kaikkien yläruuansulatuskanavan sairauksia sairastavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 5,7 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitojaksojen lukumäärän mukaan yleisimmät yläruuansulatuskanavan sairaudet olivat ruokatorven refluksitauti, jossa hoitoaika oli 2,5 vuorokautta ja mahalaukun haava, jossa hoitoaika oli 4,3 vuorokautta vuosina 2006–2009. Kaikkien alaruuansulatuskanavan sairauksia sairastavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 5,1 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitojaksojen lukumäärän mukaan yleisimmät alaruuansulatuskanavan sairaudet olivat paksusuolen syöpä, jossa keskimääräinen hoitoaika 8,8 vuorokautta ja peräsuolen syöpä, jossa hoitoaika oli 8,8 vuorokautta vuosina 2006–2009. Opinnäytetyöhön saatu valmis tilastoaineisto ei antanut vastausta siihen, että mitkä tekijät hidastavat potilaan hoidon kulkua ja miten hoitoaikoja voitaisiin kehittää.

Tehokkaampaan hoitotyöhön pyrkiessä tulee huomioida, että lyhyemmät hoitoajat sairaalassa eivät saa laskea potilaan hyvän hoidon tasoa. Lyhyet hoitoajat ovat haaste koko hoitohenkilökunnalle sekä potilaille, koska suuri osa potilaan toipumisesta tapahtuu sairaalan ulkopuolella. Uusi toimialakohtainen toimintamalli tulee varmasti olemaan toimiva edistys kohti tehokkaampaa, mutta myös potilasystävällisempää hoitoa.

ASIASANAT: Hoitoaika, vatsatoimialue, hoitoaikojen kehittäminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Specialisation of nursing

2011 | 53+3

Instructor: Ph.D. Tiina Nurmela

Veera Keränen & Sanna Koli

THE TREATMENT TIMES OF ABDOMINAL PATIENTS WITHIN THE PRESENT FUNCTIONAL MODEL IN THE TURKU UNIVERSITY CENTRAL HOSPITAL

At present, there is a tendency within public health care towards making nursing more effective and, at the same time, towards shortening a patient's treatment time in hospital. The purpose of the Bachelor's thesis was both to map out abdominal patients' treatment times within the present functional model in the Turku University Central Hospital and to describe the factors that are reflected in them. The research problems were as follows: what are the treatment times of patients with acute abdominal pain, and with upper and lower digestive canal diseases, what factors slow down the process of treatment, and how treatment times could be developed. The graduate thesis was part of the T-PRO project carried out in the Hospital District of Southwest Finland. The aim of the project is to develop operation based on the new functional domains of the T Hospital of the Turku University Central Hospital.

A quantitative research method was used, and the material consisted of complete statistics in the Hospital District of Southwest Finland of the treatment times of abdominal patients in the Turku University Central Hospital. The material obtained from the hospital contained 380 diagnosis codes, from which 42 central abdominal diagnoses were chosen for analysis by the authors of the thesis.

The findings showed that the average treatment time of all patients with acute abdominal pain was 4,4 days in 2006–2009. According to the number of treatment periods, the most common diseases accompanied with acute abdominal pain were cholelithiasis with the treatment time of 2,1 days as well as abdominal and pelvic pain with the treatment time of 2,9 days in 2006–2009. As judged by the results, the average treatment time of all patients suffering from upper digestive canal complaints was 5,7 days in 2006–2009. According to the number of treatment periods, the most common upper digestive canal diseases were esophageal reflux disease with the treatment time of 2,5 days and gastric ulcer with the treatment time of 4,3 days in 2006–2009. The average treatment time of all patients with lower digestive canal diseases was 5,1 days in 2006–2009. According to the number of treatment periods, the most common conditions of the lower digestive canal were colon cancer with the average treatment time of 8,8 days and rectal cancer with the treatment time of 8,8 days in 2006–2009. The complete statistical data obtained for the graduate thesis included no answer to the questions of what factors slow down the process of treatment and how treatment times could be developed.

When the aim is to improve nursing, it should not be forgotten that shorter treatment times in hospital must not lower the good level of treatment. Short treatment times pose a challenge for all staff and patients, because patients recover mainly outside of the hospital. The new functional model based on different domains will undoubtedly be an effective move towards better and also more patient-friendly care.

KEYWORDS: Treatment Time, Abdominal Patients, Development of Treatment Times

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	HOITON PÄÄSYN TURVAAMINEN	7
3	TILASTOJA HOITOAJOISTA JA JONOTILANTEESTA	9
3.1	Hoitoajat ja hoitokaudot terveydenhuollossa	9
3.2	Jonotilanne TYKS:aan gastroenterologian erikoisalalle	10
4	TEHOKKUUS TERVEYDENHUOLLOSSA	11
5	VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRIN STRATEGIA HOITONPÄÄSYSTÄ	13
6	AKUUTTIA VATSAA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOAIKA	15
6.1	Umpilisäkkeen tulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika	16
6.2	Paksusuolen divertikuloositulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika	16
6.3	Sappitiehytkivistä kärsivän potilaan hoitoaika	17
7	YLÄRUUANSULATUSKANAVAN SAIRAUKSIA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOAIKA	18
7.1	Ulkustautia sairastavan potilaan hoitoaika	18
7.2	Refluksitautia sairastavan potilaan hoitoaika	19
8	ALARUUANSULATUSKANAVAN SAIRAUKSIA SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOAIKA	21
8.1	Paksusuolileikkauksesta toipuvan potilaan hoitoaika	21
8.2	Crohnin tautia ja haavaista paksusuolentulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika	22
9	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	24
10	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	25
10.1	Tutkimusmenetelmä ja -aineisto	25
10.2	Aineiston käsittely ja analysointi	25
11	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	28
11.1	Tutkimuksen eettisyys	28

11.2 Tutkimuksen luotettavuus	29
12 TULOKSET	31
12.1 Akuuttia vatsaa sairastavan potilaan hoitoaika TYKS:ssa	31
12.2 Yläruuansulatuskanavan sairauksia sairastavan potilaan hoitoaika TYKS:ssa	34
12.3 Alaruuansulatuskanavan sairauksia sairastavan potilaan hoitoaika TYKS:ssa	36
12.4 Yhteenveto akuuttien vatsa-, yläruuansulatuskanavan ja alaruuansulatuskanavan sairauksien hoitoajoista TYKS:ssa	39
12.5 Muita vatsasairauksia sairastavan potilaan hoitoaika TYKS:ssa	40
12.6 Potilaan hoidon kulkua hidastavat tekijät ja hoitoaikojen kehittäminen	43
13 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	44
13.1 Tulosten pohdinta	44
13.2 Hoitoaikojen kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusideat	46
13.3 Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta	49
LÄHTEET	51

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupahakemus

Liite 2. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus

TAULUKOT

Taulukko 1. Valitut diagnoosit ICD-10-koodeittain.	27
Taulukko 2. Akuuttien vatsasairauksien hoitoajat ja hoitojaksot.	33
Taulukko 3. Yläruuansulatuskanavan sairauksien hoitoajat ja hoitojaksot.	35
Taulukko 4. Alaruuansulatuskanavan sairauksien hoitoajat ja hoitojaksot.	39
Taulukko 5. Hoitoajat ja hoitojaksot ryhmittäin.	40
Taulukko 4. Muiden vatsasairauksien hoitoajat ja hoitojaksot.	43

1 JOHDANTO

Useimmissa tapauksissa pitkien hoitoaikojen taustalla ovat sairaaloiden potilasvirtojen kulun ongelmat, jotka aiheuttavat muuan muassa päivystyspoliklinikoiden ylikuormittumista, peruutettuja leikkauksia ja tutkimuksiin pääsyn myöhästymisistä. Lisäksi ylikuormittuneet jatkohoitoyksiköt vaikeuttavat potilaan siirtoa jatkohoitoon, jolloin sairaalat ylikuormittuvat, ja potilaiden hoitoajat pitenevät. Odotusaikojen pidentyessä eri hoitoprosessien vaiheissa potilaiden sairaalahoitajaksot pitenevät. (Gröhn ym. 2006.)

Tänä päivänä terveydenhuollossa pyritään lyhentämään hoitoaikojen pituuksia, ja tavoitellaan jatkuvasti tehokkaampaa hoitotyötä (Clarke & Dosen 2001). Etenkin päiväkirurgiset toimenpiteet ovat yleistyneet vuosi vuodelta vuodesta 2007 alkaen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009). Puheenaiheena ovat myös olleet pitkät jonotusajat kiireettömään hoitoon pääsyyn, jotka ovat kuitenkin uusien lakimuutosten myötä hieman lyhentyneet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitoaikojen pituuksia vatsatoimialueen potilailla Turun Yliopistollisen Keskussairaalan nykyisessä toimintamallissa sekä kuvata, mitkä tekijät heijastuvat potilaiden hoitoaikoihin.

Tämä opinnäytetyö kuuluu Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriin T-Pro-hankkeeseen, joka on Turun Yliopistollisen Keskussairaalan T-sairaalan uusiin toimialoihin perustuvan toiminnan kehittämishanke. Tavoitteena on järjestää palvelut perinteisen toimintayksikkökeskeisen toiminnan sijaan potilaslähtöisesti potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. T-sairaalan toiminnan perustana ovat toimialat, jotka määräytyvät potilaan oireiden ja hoidon tarpeen mukaan. Tarkoituksena on järjestää kaikki potilaan tarvitsema hoito ja osaaminen potilaan ympärille siten, että potilas välttyy turhilta siirroilta ja odotteluilta. (Turun Yliopistollinen Keskussairaala 2010.) Potilaslähtöinen hoitotyön malli on ollut viime vuosina paljon esillä muun muassa terveydenhuoltoa koskevissa lainsäädännöissä ja suosituksissa. Potilaslähtöisellä hoitotyön mallilla on tarkoitus hoitaa potilasta kokonaisvaltaisesti ja huomioida hänet yksilönä. (Suhonen ym. 2006.)

2 HOITOON PÄÄSYN TURVAAMINEN

Hoidon saatavuutta turvaavat lakimuutokset astuivat voimaan 1.3.2005 kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muutosten myötä. Muutokset määrittelevät hoitotakuun eli missä ajassa potilaan tulee viimeistään päästä kiireettömään hoitoon terveyskeskukseen tai sairaalaan ja, miten välitön hoidon tarpeen arviointi on toteutettava terveyskeskuksessa. (Häkkinen & Voipio-Pulkki 2005.) Terveyskeskuksen tulee järjestää palvelunsa siten, että potilaalla on mahdollisuus saada yhteys välittömästi terveyskeskukseen arkipäivisin virka-aikana. Terveystieteiden ammattihenkilön tulee arvioida hoidon tarve viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyttä terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä heti ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun potilaan lähete on saapunut erikoissairaanhoidon toimintayksikköön. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.)

Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen lääketieteellisesti tarpeelliseksi havaittu hoito on järjestettävä kohtuullisessa ajassa, vähintään kolmessa kuukaudessa, huomioon ottaen potilaan sairauden kehitys ja terveydentila. Tämä enimmäisaika voidaan ylittää enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteelliset ja hoidolliset perustelut huomioon ottaen potilaan terveydentila ei vaarannu. Potilaan on kuitenkin päästävä kiireelliseen hoitoon välittömästi. Jos hoitoa ei voida toteuttaa enimmäisajoissa, hoito tulee järjestää hankkimalla potilaan tarvitsema hoito muilta palveluntuottajilta. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.) Jatkossa terveydenhuollon sisältöä ohjaa uusi Terveystieteidenhuoltolaki, joka astuu voimaan 1.5.2011. Uuden lain tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa, parantaa hyvinvointia ja terveyttä sekä edistää terveyspalveluiden saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Uusi laki mahdollistaa sen, että potilas saa itse valita oman hoitopaikkansa yli kuntarajojen, jolloin kaikilla on mahdollisuus tasa-arvoiseen hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Suomessa toteutettiin vuosina 2003–2007 Kansallisen Terveystieteidenhuollon hanke, jonka tavoitteena oli muun muassa parantaa perusterveydenhuoltoa ja

ennaltaehkäisevää työtä sekä nopeuttaa kiirettömään hoitoon pääsyä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Hoitoon pääsyn turvaamiseksi luotiin valtakunnalliset yhtenäiset kiirettömän hoidon kriteerit, joiden avulla potilaan terveydentilaa ja hoitoon pääsyn kiireellisyyttä arvioidaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004). Hankkeen avulla yli puoli vuotta jonottavien määrä laski selvästi, mutta kokonaan jonoista ei ole vielä päästy (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Kesällä 2011 erikoissairaanhoidon pääsy hidastui hieman. Verrattuna aikaisempiin vuosiin jonotilanne oli kuitenkin huomattavasti parempi. Odotusajat pitenivät etenkin vatsa-elinkirurgian eli gastroenterologian, silmätautien, ortopedian ja plastiikkakirurgian erikoisaloilla. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.) Tämä osoittaa, että jonojen purkamista ja kiirettömään hoitoon pääsyä pitäisi vielä tehostaa.

3 TILASTOJA HOITOAJOISTA JA JONOTILANTEESTA

3.1 Hoitoajat ja hoitajakset terveydenhuollossa

Suomen terveydenhuoltosektorilla raportoitiin 572 200 toimenpiteellistä hoitajaksoa vuonna 2009. Näissä tilanteissa potilaille oli tehty jokin kansallisen toimenpideluokituksen mukainen pää- tai sivutoimenpide. Vuodesta 2008 hoitajaksojen määrä nousi 3,9 %. Toimenpiteistä 10 % kohdistui alle 18-vuotiaisiin, 56 % kohdistui 18–64 vuotiaisiin ja 34 % kohdistui yli 64-vuotiaisiin. Hoitajaksoista 56 % kohdistui naisiin ja 44 % miehiin. Kaikkien toimenpiteellisten hoitajaksojen keskimääräinen hoitoaika oli 3,5 vuorokautta vuonna 2009. Eniten toimenpiteitä tehtiin tuki- ja liikuntaelimiin. Toiseksi yleisimmäksi ryhmäksi nousi ruuansulatuskanavaan ja sen oheiselimiin tehdyt toimenpiteet. Yhden päivän aikana tehtyjen eli päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä on vaihdellut lievästi vuodesta 2005 lähtien. Kuitenkin vuodesta 2007 päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä on ollut jatkuvassa nousussa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.) Tästä voidaan päätellä, että päiväkirurgiset toimenpiteet jatkuvasti yleistyvät, ja samalla potilaan hoitoaika sairaalassa lyhentyy.

Erikoissairaanhoidossa hoitoajan pituus on laskenut 19,5 % vuosien 2000–2009 kuluessa. Keskimääräinen hoitoaika on laskenut 4,3 vuorokaudesta 3,6 vuorokauteen. Myös hoidettujen potilaiden määrä on laskenut 3,3 % vuodesta 2000 vuoteen 2009. Päivystyksenä alkaneiden hoitajaksojen osuus on pysynyt runsaassa 40 %:ssa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009.) Tämä osoittaa, että tulevaisuudessa hoitoajat voisivat olla entisestään laskussa, ja potilaan hoitoaika sairaalassa olisi lyhyempi kuin ennen. Tämä onkin haaste hyvälle potilasohjaukselle, jotta potilaan toipuminen kotona onnistuisi suunnitellusti, ja ennaltaehkäistäisiin uudelleen sairaalahoitoon joutuminen.

Kirurgia on potilaiden ja hoitajaksojen määrällä mitattuna selvästi suurin erikoissairaanhoidon erikoisala. Hoitoajoissakin mitattuna se on pysynyt

suurimpana erikoisalana. Kirurgian hoitajaksojen määrä vuonna 2009 oli 356 807 hoitajaksoa. Määrä on pysytellyt lähes samalla tasolla viimeisen viiden vuoden aikana. Sisätautien hoitajaksoja oli 211 000. Vuodesta 2004 se on vähentynyt 12,6 %. Hoitoajan pituus on lyhentynyt molemmilla erikoisaloilla vuodesta 2004 vuoteen 2009. Kirurgiassa hoitopäivien määrän lasku oli 8,7 % ja sisätaudeilla 20,4 %. Sisätautien hoitajaksojen ja hoitoaikojen merkittävä lasku selittyy osaksi sillä, että aiempaa suurempi osa potilaista on pyritty hoitamaan perusterveydenhuollossa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2009.)

3.2 Jonotilanne TYKS:aan gastroenterologian erikoisalalle

Vuoden 2010 lopulla Turun Yliopistollisen Keskussairaalaan hoitoon, leikkaukseen tai toimenpiteeseen odottavien potilaiden lukumäärä oli 6114, joista 171 oli odottanut hoitoon pääsyä yli puoli vuotta. Gastroenterologian erikoisalalle jonotti yhteensä 354 potilasta, joka oli neljänneksi suurin määrä muihin erikoisaloihin verrattuna. Suurin osa gastroenterologian potilaista pääsi hoitoon alle kolmessa kuukaudessa. 84 potilasta odotti hoitoaan yli kolme kuukautta, ja 11 potilasta joutui odottamaan hoitoon pääsyään yli kuusi kuukautta. Keskimäärin gastroenterologiset potilaat pääsivät hoitoon 59 päivän kuluessa heidän hoitopäätöspäivästään. Gastroenterologiaa huomattavasti suuremmat hoitojonot olivat ortopedian ja silmätautien erikoisalalle sekä jonkin verran suurempi hoitojono naistentautien erikoisalalle. (Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2011.)

4 TEHOKKUUS TERVEYDENHUOLLOSSA

Päivystyspotilaiden määrät ja odotusajat ovat kasvaneet sairaaloiden päivystyspoliklinikalla. Sairaalan potilasvirtojen kulun ongelmat ilmenevät päivystyspoliklinikoiden ylikuormittumisena, peruutettuina leikkauksina, potilaiden sisäänottojen myöhästymisinä sekä osastojen välisten siirtojen epäämisinä. Vuodeosastoilla potilaita joudutaan sijoittamaan käytäväpaikoille, sillä vapaita huonepaikkoja ei ole. Sairaaloiden ylikuormitusta lisää myös potilaiden siirtämisen vaikeus jatkohoitoon jo valmiiksi ruuhkautuneisiin jatkohoitoyksiköihin. Odotusaikojen pidentyessä eri hoitoprosessien vaiheissa potilaiden hoitoajat pitenevät. Pidemmät hoitoajat tuottavat sairaaloille enemmän kustannuksia ja vähentävät samalla sairaaloiden tuloja. Sairaalan ruuhkautuessa potilaiden ja myös henkilökunnan tyytyväisyys vähenee. (Gröhn ym. 2006.)

Lisäämällä resursseja on aiemmin yritetty ratkaista sairaalan ylikuormittumista. Resurssien lisäämisellä tarkoitetaan henkilökunnan, uusien rakennusten sekä lisäpotilaspaikkojen hankkimista. On kuitenkin todettu, että vain resursseja lisäämällä ei saada sairaalan ruuhkautumista hallintaan, vaan ennemminkin on keskityttävä potilasvirtojen kulun nopeuttamiseen ja sujuvaan ohjaukseen. Potilasvirtojen kokonaisvaltaisen ymmärtämisen sekä kapasiteetin tehokkuuden tarkastelun avulla sairaalat voivat välttää ylimääräiset kulut lisäinvestoinneista. Potilasvirtojen kulkua kehitettäessä voidaan prosessia tarkastella kolmesta eri tuotantotaloudellisesta näkökulmasta, joita ovat sisäänvirtaus, läpivirtaus ja ulosvirtaus. Sisäänvirtaus kuvaa aikaa, jonka potilas joutuu odottamaan lääkärin tutkimuksiin pääsyä saapuessaan päivystyspoliklinikalle. Lääkärille pääsyn odotusaikaa voidaan lyhentää niin sanotulla triage-perusteisella vuodepaikkojen jaolla, joka tarkoittaa sitä, että potilas siirretään välittömästi omalle hoitoalueelle alustavien tietojen ja triage-arvioinnin mukaan. Potilastiedot ja tarkempi rekisteröinti toteutetaan potilaan ollessa vuodepaikalla, jolloin päivystyksen aikaa säästyy. Läpivirtaus tarkoittaa aikaa, jolloin lääkäri tutkii potilaan ja tekee päätöksen potilaan jatkohoidon tarpeesta. Läpimenoaikojen lyhentämiseksi

hoitajat voivat tutkia alustavasti kiireettömät päivystyspotilaat, jolloin lääkäreille jää enemmän aikaa keskittyä kiireellisten potilaiden hoitoon ja tutkimiseen. Päivystyspoliklinikan kuormitusta lisäävät myös laboratoriopalvelujen ja diagnostisen kuvauksen rajoitettu saatavuus etenkin viikonloppuisin ja lomakausina. Näiden palvelujen saatavuus tulisi olla riittävää, jotta ylikuormittumiselta vältyttäisiin. Ulosvirtaus kuvaa aikaa, joka kuluu potilaan siirtyessä osastolta osastolle sairaalan sisällä sekä potilaan kotiutuessa. Hidas kotiuttaminen kuormittaa sairaalan vuodepaikkoja, pidentää kokonaislöpimenoaikoja eli hoitoaikoja ja vie siten paikkoja sairaalaan sisään tulevilta potilailta. (Gröhn ym. 2006.)

Tarkkailuosaston perustaminen on ollut yksi vaihtoehto vähentää sairaalan ylikuormitusta. Tarkkailuosasto on päivystystoiminnan muoto, jonka avulla vähennetään turhia sairaalaan sisään ottoja sekä karsitaan kustannuksia hoidon laatua parantamalla. Tarkkailuosasto ei ole vain lisätila, vaan potilasvirtojen ohjauskeino. Tehokkaasti toimiva tarkkailuosasto vähentää vuodeosastojen kuormitusta ja parantaa potilasturvallisuutta. Tarkkailuosastolla saadaan parempia hoitotuloksia nopean hoidon ansiosta. Tarkkailuosaston huonoiksi puoliksi ovat kuitenkin ilmenneet huomaamatta jääneet oireet tai puuttuvat lopulliset diagnoosit, joista voi seurata vaaratilanteita. On myös todettu, että tarkkailuosasto on ollut kovin levoton hoitopaikka, jolloin potilaan yksityisyys voi kärsiä. Huonosti suunnitellusta ja toteutetusta tarkkailuosastosta voi tulla sairaalan uusi hidaste, joka ei paranna potilasvirtaa vaan vähentää sen liikkuvuutta. Jotta tarkkailuosaston höydyt saadaan esille, on sen toiminta suunniteltava selkeästi. (Gröhn ym. 2006.) Tästä voidaan päätellä, että vaikka tehokkuutta on laajasti pohdittu terveydenhuollon eri tahoilla, on vielä paljon kehitettävää, jotta tehokas toiminta saadaan toiminaan turvallisesti ja etenkin potilaslähtöisesti.

5 VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRIN STRATEGIA HOITOONPÄÄSYSTÄ

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin strategia tarkoittaa kuntayhtymän valtuuston hyväksymää tavoite- ja toimintaohjelmaa lähivuosille. Strategia uusitaan valtuustokausittain. Viimeisimmän strategian on sairaanhoidopiiri hyväksynyt vuonna 2006, ja se on voimassa vuonna 2007–2015. Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri on toiminnaltaan varsin hajasijoitettu. Tätä on pidetty voimavarana, toisaalta myös riskinä. Lähivuosien suuri strateginen tavoite on Turun Yliopistollisen Keskussairaalan ja aluesairaaloiden välinen työnjako. Tämän lisäksi erikoissairaanhoidon ja perusterveyden huollon välistä suhdetta on seurattava avoimesti. Strategialla pyritään lisäämään perusterveydenhuollon osuutta, koska tähän asti kunnallinen terveydenhuolto on ollut perinteisesti erikoissairaanhoidon painotteista. (Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri 2006.)

Strategisina tavoitteina pidetään palveluiden laatua, palveluiden saatavuutta ja palveluvalikoimaa. Palveluiden laadussa huomioidaan korkeatasoinen, vaikuttava ja yksilöllinen hoito. Tämän lisäksi potilaalle annetaan mahdollisuus vaikuttaa omaa sairautta koskeviin hoitopäätöksiin, ja hänelle annetaan riittävästi tietoa tutkimuksista ja hoidosta. Palveluiden saatavuudessa kiinnitetään huomiota tutkimuksiin ja hoitoon pääsyyn. Kiireellisyys ja hoidon tarve toteutetaan lainsäädännön asettamin ehdoin. Kiireellinen hoito järjestetään aina välittömästi. Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri tarjoaa kattavat erikoissairaanhoidon palvelut. Palveluvalikoima on yksi tavoitteista. Aluesairaaloiden ja Turun Yliopistollisen Keskussairaalan väliset työnjaot sekä palvelut suunnitellaan vuosittain. Mahdolliset palveluvajaukset arvioidaan hoidon tarve- ja käyttöindikaattorien avulla. Strategiakauden aikana keskeiset hoitoprosessit uudelleenorganisoidaan niin sanotuksi prosessiorganisaatioksi. Prosessiorganisaatiossa potilasryhmän hoitoon kohdistettu prosessi muodostaa toiminnallisen ja hallinnollisen kokonaisuuden, joka sisältää myös tukipalvelut. T2 eli Tulevaisuuden sairaala tulee perustumaan tähän malliin. (Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri 2006.) Tämän perusteella Tulevaisuuden sairaalan

uudet prosessiorganisaatiot ovat varmasti edistys kohti potilaskeskeisempää hoitotyötä, jossa potilas hoidetaan yksilöllisesti. Uudet prosessiorganisaatiot ovat myös kehitys kohti tehokkuutta, jolloin hoitoajat sairaalassa todennäköisesti lyhentyvät.

6 AKUUTTIA VATSAA SAIRASTAVAN POTILAAN

HOITOAIKA

Akuutti vatsa eli päivystyshoitoa vaativa vatsasairaus on hyvin yleinen kliininen ongelma, sillä tänä päivänä vatsakirurgisista yli puolet tulee sairaalaan päivystyksenä. Akuutin vatsan pääoire on raju vatsakipu, ja siihen voi myös liittyä pahoinvointia, oksentelua, vatsan arkuutta, ripulia tai ummetusta. (Mäkelä 2007.) Akuuttia vatsakipua voi aiheuttaa monet eri tekijät, ja tämän vuoksi sen diagnosointi on haasteellista. Diagnoosi saadaan usein perusteellisen kliinisen tutkimuksen, huolellisen anamneesin ja peruslaboratiokokeiden mukaan. Vatsakivuista kärsivän potilaan hoitoketju alkaa avoterveydenhuollosta, ja sieltä erikoissairaanhoidon lähetetään ne potilaat, jotka kärsivät akuutista vatsakivusta. Heidät on syytä lähettää nopeasti erikoissairaanhoidon päivystävään kirurgiseen yksikköön, sillä tilanne voi kehittyä jopa hengenvaaralliseksi. Päivystysleikkausta tarvitsevien osuus on eri aineistoissa ollut 40–50 %, ja kiireelliseen päivystysleikkaukseen joutuu noin joka kymmenes potilas. (Kössi 2007;Leppäniemi 2006.) Tästä korostuu, että akuutti vatsa voi olla hyvin nopeaa hoitoa vaativa tila, sillä päivystysleikkausta tarvitsee noin joka toinen potilas.

Akuutin vatsakivun aiheuttaja useimmiten löytyy ruuansulatusjärjestelmän elimestä, mutta se voi myös olla verisuoniperäinen, gynekologinen, urologinen, sisätautien tai jopa keuhkotautien lajiin kuuluva. Akuutista vatsakivusta kärsivälle potilaalle yleisin diagnoosi on umpilisäkkeen tulehdus ja sappivaivat. Muita yleisimpiä kivun aiheuttajia ovat suolitukokset, äkillisesti alkaneet gynekologiset sairaudet, akuutti haimatulehdus, mahahaavan puhkeama ja divertikuliitti eli paksusuolen umpipussin tulehdus. (Kössi 2007;Leppäniemi 2006.)

6.1 Umpilisäkkeen tulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika

Umpilisäkkeen tulehdus on yleisin päivystyksellinen kirurginen vatsatilanne. Vuonna 2003 tehdyn tutkimuksen mukaan standardoitu hoitoaika oli noin 3,7 vuorokautta. Sukupuolien välillä ei ole havaittu olevan eroja hoitoaikojen pituuksissa. Potilailla, joilla umpilisäkkeen tulehdus oli päässyt komplisoitumaan, yleisimmin perforoitumaan eli repeytymään, hoitoaika oli pidempi, noin 5,3 vuorokautta. Komplisoitumattomassa umpilisäkkeen tulehduksessa hoitoaika oli huomattavasti lyhyempi, noin 1,8 vuorokautta. (Al-Omran ym. 2003.) Tästä voidaan päätellä, miten tärkeää umpilisäketulehduspotilaan on päästä nopeasti sairaalahoitoon, jotta umpilisäkkeen tulehdus ei pääse komplisoitumaan, jolloin hoito on vaikeampi ja pitkäkestoisempi.

6.2 Paksusuolen divertikuloositulehdusta potilaan hoitoaika

Paksusuolen divertikuloosien eli paksusuolen umpipussien tulehdus on yleinen vaiva etenkin vanhemman väestön keskuudessa. Sen esiintyvyys lisääntyy iän myötä, ja noin 50 % yli 70-vuotiaista sairastuu siihen. Noin 80 % tapauksista divertikuloositulehdus on oireeton tai antibioottihoidolla hoidettavissa. Noin 10–20 %:ssa tapauksista divertikuloositulehdus on akuutti tai päässyt komplisoitumaan, jolloin tarvitaan päivystyksellistä hoitoa. Komplisoitunut divertikuloosi on esimerkiksi päässyt perforoitumaan eli repeytymään, tulehdus on levinnyt laajalle alueelle tai on kehittynyt abskessi eli märkäpesäke. Tällöin hoidoksi tarvitaan leikkaus. (Neri ym. 2006.)

Laparoskooppinen eli tähystyksellinen leikkaustapa on tutkimuksien mukaan soveltuva ja tehokas leikkausmenetelmä akuutin tai komplisoituneen divertikuloosin hoitoon. Verrattuna laparotomiseen eli avoimeen leikkausmenetelmään laparoskopia on todettu paremmaksi. Laparoskooppinen toimenpide vähentää potilaan leikkauksen jälkeistä kipua, nopeuttaa suoliston toiminnan palautumista ja edistää potilaan toipumista, ja tällöin lyhentää potilaan hoitoaika sairaalassa. Normaali ravitsemus voidaan aloittaa nopeammin laparoskooppisen toimenpiteen jälkeen, jo toisena leikkauksen

jälkeisenä päivänä, kun taas laparotomisen toimenpiteen jälkeen vasta viidentenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Haavainfektioita on myös esiintynyt vähemmän laparotomiseen leikkausmenetelmään verrattuna. Nämä kaikki tekijät vaikuttavat potilaan hoitoajan pituuteen. Laparoskooppisen toimenpiteen jälkeen potilas on kotiutunut selvästi nopeammin. Potilaan hoitoaika on keskimäärin ollut 7 vuorokautta laparoskooppisen toimenpiteen jälkeen, ja laparotomisessa toimenpiteessä potilaan hoitoaika on ollut noin 12 vuorokautta. (Neri ym. 2006.) Näin ollen voidaan todeta, että laparoskooppinen leikkausmenetelmä on laparotomista leikkausmenetelmää tehokkaampi, koska potilaan toipuminen on silloin nopeampaa, ja hoitoaika sairaalassa on lyhyempi.

6.3 Sappitiehytkivistä kärsivän potilaan hoitoaika

Sappitiehytkivet ovat hyvin yleinen vaiva etenkin ikääntyneiden väestössä. Hoitomuotoja on erilaisia, ja niillä pyritään poistamaan sappitiehytkivet mahdollisimman pienin komplikaatioin. Hoitomuotoja ovat muun muassa laparoskooppinen sappirakon poisto sekä laparoskooppinen sappitiehytkivien poisto. Eräässä tutkimuksessa laparoskooppisessa sappirakon poistossa olleen potilaan hoitoaika oli 1–8 vuorokautta, yleisimmin 2 vuorokautta. Laparoskooppinen toimenpide on osoittautunut hyväksi menetelmäksi kustannusten ja hoitoaikojen mukaan. (Kellokumpu & Kairaluoma 2006.) Sappitiehytkiviä voidaan poistaa myös endoskooppisesti kuvantamalla. Valtaosa endoskooppisista toimenpiteistä tehdään polikliinisesti, jolloin potilas voi kotiutua samana päivänä, jos vointi on hyvä, ja kipuja ei ole. Endoskooppisesti tehdyn toimenpiteen yleisin komplikaatio on haimatulehdus, jolloin hoitoaika sairaalassa selkeästi pitenee. (Sand ym. 2005.)

7 YLÄRUUANSULATUSKANAVAN SAIRAUKSIA

SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOAIKA

Dyspepsia tarkoittaa ylävatsalla jatkuvasti tai ajoittain ilmenevää kipua tai vaivaa, jonka syy löytyy yläruuansulatuskanavasta. Aterian aikainen varhainen kylläisyyden tunne, aterian jälkeinen liiallinen täyteläisyyden tunne, ylävatsan turpoaminen, polttelu ja kipu, röyhtäily ja pahoinvointi ovat yleisimpiä oireita ylävatsavaivoista kärsivillä potilailla. Ylävatsavaivat ovat hyvin yleisiä, mutta usein potilaat eivät hakeudu vaivojen vuoksi tutkimuksiin. (Heikkinen 2007.) Potilaista 5–9 % hakeutuu lääkäriin ylävatsavaivojen takia. Gastroenterologian potilaista 40 % kärsii ylävatsavaivoista. Dyspepsiaoireiden vuoksi Suomessa tehdään vuosittain yli 100 000 gastroskopiaa. (Karvonen 2005.)

Ylävatsakivut jaotellaan kahteen ryhmään: orgaanisiin sairauksiin ja toiminnallisiin häiriöihin. Tavallisimpien orgaanisten sairauksia ovat ruokatorven tulehdus eli esofagiitti tai mahahaava eli ulkustauti. Orgaanisen ylävatsavaivan hoito valitaan sairauden mukaan. Toiminnallisen dyspepsian aiheuttajia voivat olla suolen motiliteettihäiriöt, hidas mahan tyhjeneminen, psyykkiset tekijät, liiallinen hapon erityys, ruuansulatuskanavan hormonit ja ravinto- sekä nautintoaineet. Noin 50 %:lla tutkimuksiin hakeutuneista potilaista vaivat ovat toiminnallisia eli vaivojen taustalla ei ilmene sairautta, jolloin tilanne on vaaraton, ja ennuste on hyvä. Erään taulukon mukaan kolme yleisintä yläruuansulatuskanavan sairautta yli 45-vuotiailla ovat ulkustauti, esofagiitti ja oireinen refluksitauti. Ulkustauti todettiin 18 %:lla terveyskeskukseen hakeutuvalla ylävatsavaivoista kärsivällä potilaalla, esofagiitti 15 %:lla sekä oireinen refluksitauti 12 %:lla potilaista. (Heikkinen 2007.)

7.1 Ulkustautia sairastavan potilaan hoitoaika

Ulkustaudin eli mahahaavan riskitekijöitä ovat pitkäaikainen tulehduskipulääkkeiden käyttö, korkea ikä, aikaisemmin sairastettu ulkus ja helicobakteeri. Noin 25 %:lla pitkäaikaisesti tulehduskipulääkkeitä käyttävillä ihmisillä kehittyy ulkustauti. (Salmivaara 2005.) Tulehduskipulääkkeistä

aiheutuvat suolistohaitat kuten ulkus ovat suuri kansanterveydellinen ongelma. Suomessa kuoleekin noin 120–150 ihmistä vuosittain suolistokomplikaatioihin. (Kouri 2010.) Ulkustaudin lääkehoito on kehittynyt valtavasti viimeisen 20 vuoden aikana. Lääkehoitona on käytössä muun muassa mahahapon eritystä estävät lääkkeet. Erään tutkimuksen mukaan lääkehoito on kehittynyt taudin hoidossa niin hyväksi, että elektiivisiä eli suunniteltuja kirurgisia toimenpiteitä tarvitaan enää hyvin harvoin. Elektiivistä kirurgiaa suositellaan nykyään silloin, jos potilaalla on suurten haavaumien yhteydessä verenvuotoa, ja jos haavan repeytymisen riski on suuri. Kuitenkin elektiivisen kirurgian vaatimat pitkät sairaalahoitajaksot ovat valtavasti vähentyneet. Ulkustauti ei ole tehokkaista lääkehoidon keksinnöistä huolimatta kuitenkaan suinkaan kokonaan hävinnyt. Ulkustaudin hoito vaatii terveydenhuollon resursseja lisääntyvässä määrin. (Oksala 2003.) Tämän perusteella voidaan päätellä, että pitkälle kehittyneet uudet lääkevalmisteet ovatkin ensisijainen hoitomuoto, ja elektiiviset toimenpiteet ja hoitajaksot ovat vähentyneet. Kuitenkin mahahaavaa esiintyy Suomessa lääkehoidon kehityksestä huolimatta.

7.2 Refluksitautia sairastavan potilaan hoitoaika

Refluksitauti on tila, jossa mahansisältöä nousee ruokatorveen, ja se aiheuttaa oireita. Yleisin syy refluksioireisiin on ruokatorven alemman sulkijalihaksjärjestelmän avautuminen ja happaman mahansisällön nousu ruokatorveen. Refluksioireita ovat vatsanturvotus, nielemisvaikeudet, ilmavaivat ja kivut. Usein oireita esiintyy öisin ja kumarrellessa. Refluksitautiin on käytössä lääkkeitä, mutta myös kirurgisia toimenpiteitä käytetään. Kirurgisen toimenpiteen tavoitteena on korjata alemman sulkijalihaksen toimintaa. Useimmilla potilaista tauti on lievää, ja he tulevat toimeen lääkityksellä ja elämäntapamuutoksilla. Euroopassa tehdyssä laajassa tutkimuksessa verrattiin kirurgisen toimenpiteen ja lääkehoidon vaikutusta potilaiden hyvinvointiin. Potilailla ei havaittu refluksioireitten suhteen minkäänlaisia eroja kolmen vuoden seurannassa. Leikatuilla potilailla vatsan turvotus ja nielemisvaikeudet olivat tavallisempia kuin lääkehoidossa olleilla. Pohjoismaissa tehdyn tutkimuksen mukaan refluksitaudin kirurginen hoito on huomattavasti kalliimpi vaihtoehto

kuin lääkehoito. Lääkehoito pidetäänkin ensisijaisena hoitona, ja leikkaushoitoa suositetaan vain niille potilaille, joilla on regurgitaatio- eli takaisinvirtausoireita. (Färkkilä 2011.) Tässäkin siis korostuu, että lääkehoito on ensisijainen hoitomuoto ja se on todettu yhtä tehokkaaksi hoitomuodoksi kuin leikkaushoito.

Erään tutkimuksen mukaan refluksitaudin laparoskooppisen leikkaustoimenpiteen jälkeen hoitoaika sairaalassa oli 3 vuorokautta (Nagpal 2010). Toisessa tutkimuksessa vertailtiin leikkauksen hyötyä ylipainoisille ja normaalipainoiselle potilaalle. Laparoskooppisesti tehty toimenpide kesti lihavalla ihmisellä hieman kauemmin kuin normaalipainoisella. Tutkimuksessa kuitenkin todettiin, että lihavuus ei saisi olla esteenä leikkaushoidolle. Hoitoaika sairaalassa ylipainoisella ja normaalipainoisella oli keskimäärin 1,6 vuorokautta. Vaihteluväli oli 1–4 vuorokautta. (Ng ym. 2007.)

8 ALARUUANSULATUSKANAVAN SAIRAUKSIA

SAIRASTAVAN POTILAAN HOITOAIKA

8.1 Paksusuolileikkauksesta toipuvan potilaan hoitoaika

Suolistosyöpä, jolla tarkoitetaan paksu- ja peräsuolisyöpiä, on kolmanneksi yleisin syöpä Suomessa. Tyypillisiä paksusuolisyövän oireita ovat ylä- tai alavatsakipu, ummetus, ulostamisvaikeus, vatsan turvotus, suolitukosoireet, veriulosteisuus, melena ja anemisoituminen. Peräsuolisyöpään liittyy veriulosteisuus, ulostuspakko, ulostamistiheys sekä kipu alavatsalla. Oireet ilmenevät vähitellen, ja potilas voi viivytellä tutkimukseen hakeutumista, jolloin syövän diagnosointi viivästyy. Syövän hoito määräytyy syövän sijainnin ja levinneisyyden sekä potilaan mukaan. Paksu- ja peräsuolisyöpä on pyrittävä aina hoitamaan leikkauksella, jossa poistetaan kasvainta kantava suoliston osa. Potilaan kannalta on oleellista se että, säästytäänkö avannehoidolta. (Järvinen 2007.)

Potilaan hoitoprosessi tulisi aina suunnitella huolellisesti etukäteen, jos se vain on mahdollista. Näin tunnistetaan potilaiden riskitekijöitä, ja ennaltaehkäistään vaaratilanteita. Silloin potilasta voidaan etukäteen valmistella henkisesti nopeaan toipumiseen toimenpiteestä, joka taas lyhentää hoitoaikoja. Eräässä tutkimuksessa tutkittiin paksusuolileikkauksesta toipuvia potilaita. Heidän kohdallaan normaali ravitsemus aloitettiin varhain, ja he aloittivat liikkumisen pian toimenpiteen jälkeen. Näille potilaille kehittyi huomattavasti vähemmän suolilamaa, ja hoitoaika oli keskimäärin 10 vuorokautta. Tutkimuksessa todettiin, että hoitoajat pidentyivät, jos potilaan ravitsemus toteutettiin esimerkiksi nenämahaletkun avulla. (Räty ym. 2008.) Tästä voidaan huomata, että hyvin tehdyillä esivalmisteluilla ja potilaan ohjauksella voidaan nopeuttaa potilaan toipumista toimenpiteestä niin henkisesti kuin fyysisesti.

Eräässä toisessa tutkimuksessa vertaillaan avoimesti leikattujen paksusuolileikattujen potilaiden toipumista lyhythoitaisesta kirurgiasta ja perinteisestä hoitomuodosta. Tutkimus osoittaa, että lyhythoitoinen kirurgia olisi

soveltuva hoitomuoto paksusuolileikkauksiin. Tutkimuksesta käy ilmi, että edeltävällä ohjauksella, optimaalisella kipulääkityksellä, varhaisella mobilisaatiolla ja normaalin ravitsemuksen aikaisella aloituksella voidaan lyhentää paksusuolileikatun potilaan hoitoaika sairaalassa, jolloin potilaat voisivat kotiutua jopa toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tutkimuksen mukaan lyhythoitaisen kirurgian paksusuolileikkauspotilaiden hoitoaika oli keskimäärin 2,6 vuorokautta, kun taas perinteisesti hoidettujen paksusuolileikkauspotilaiden hoitoaika oli keskimäärin 8,8 vuorokautta. Perinteisesti hoidetut potilaat olivat koko seuranta-ajan väsyneempiä. Kahden viikon kuluttua leikkauksesta lyhythoitaisella kirurgialla hoidetut potilaat pystyivät liikkumaan ja selviytymään arkiaskareista paremmin. Kuukauden kuluttua leikkauksesta eri hoitomuodon potilailla ei ollut eroa toimintakyvyssä. Lisäksi tutkimuksen mukaan lyhythoitaisen kirurgian potilaat eivät tarvinneet enempää hoitajan tai lääkärin apua. Kuitenkin lyhythoitaisen kirurgian potilaat joutuivat uudestaan sairaalahoitoon useammassa tapauksessa kuin perinteisesti hoidetut potilaat. (Jacobsen ym. 2004.) Tästä voidaan päätellä, että lyhythoitoinen kirurgia voisi myös soveltua paksusuolileikkauspotilaille, jos edeltävä ohjaus, optimaalinen kipulääkitys, varhainen mobilisaatio ja normaalin ravitsemuksen aikainen aloittaminen toteutuu hyvin.

8.2 Chrohnin tautia ja haavaista paksusuolen tulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika

Tulehduksellista suolistosairautta sairastaa noin 0,3 % väestöstä. Tulehduksellisiin suolistosairauksiin luetaan yleensä haavainen paksusuolentulehdus, Chrohnin tauti sekä jatkuva peräsuolentulehdus. Niiden tyypioireita ovat veriulosteet ja pitkäaikainen ja toistuva ripuli, sekä etenkin Crohnin tautia sairastavalla vatsakivut ja laihtuminen. Oireet ovat hyvin samankaltaisia kuin toiminnallisessa ärtyvän suolen oireyhtymässä, jota esiintyy noin 10–20 %:lla väestöstä. Diagnoosi edellyttää huolellista tutkimista, jotta saadaan varmuus, onko kyseessä tulehduksellinen sairaus vai vain toiminnallinen häiriö. Lieväoireisenkin tulehduksellisen suolistosairauden

tunnistaminen ja hoito on tärkeää, sillä pitkittyneeseen tulehdukseen liittyy lisääntynyt riski sairastua paksusuolisyöpään. (Niemelä 2001.)

Chrohnin tautia ja haavaista paksusuolen tulehdusta sairastavat potilaat joutuvat sairaalahoitoon muutamia kertoja vuodessa, riippuen sairauden luonteesta ja vaiheista. Erään tutkimuksen mukaan yli 28 % Chrohnin tautia sairastavista potilaista joutuivat vähintään kaksi kertaa sairaalahoitoon vuonna 2000. Haavaista paksusuolitulehdusta sairastavista potilaista 22 % vietti sairaalassa vähintään kaksi hoitajaksoa vuonna 2000. Menneen kahdenkymmenenvuoden aikana näiden potilaiden hoitoajat ovat lyhentyneet. Vielä vuonna 1980 potilaiden hoitoajat olivat kaksi viikkoa, ja 2000-luvulla potilaan hoitoaika on lyhentynyt noin 9–10 vuorokauteen. (Nabalamba ym. 2004.) Tämä osoittaa, että tulehduksellista suolistosairautta sairastavat potilaat tarvitsevat sairaalahoitoa etenkin taudin pahenemisvaiheessa esimerkiksi stressaavassa elämäntilanteessa, ja sairaalajaksot kestävät useita vuorokausia.

9 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA

TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitoaikojen pituuksia vatsatoimialueen potilailla Turun Yliopistollisen Keskussairaalan nykyisessä toimintamallissa sekä kuvata, mitkä tekijät heijastuvat potilaiden hoitoaikoihin. Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia hoitoaikoja esiintyy vatsatoimialueen eri potilasryhmillä nykyisessä Turun Yliopistollisen Keskussairaalan toimintamallissa?
 - 1) Millaisia hoitoaikoja esiintyy akuuttia vatsaa sairastavilla potilailla?
 - 2) Millaisia hoitoaikoja esiintyy yläruuansulatuskanavan sairauksia sairastavilla potilailla?
 - 3) Millaisia hoitoaikoja esiintyy alaruuansulatuskanavan sairauksia sairastavilla potilailla?
2. Mitkä tekijät hidastavat potilaiden hoidon kulkua?
3. Miten hoitoaikoja voitaisiin kehittää?

10 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

10.1 Tutkimusmenetelmä ja -aineisto

Tämä tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen. Heikkilän (2008, 16) mukaan kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta voidaan kutsua myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Sen avulla saadaan selville lukumääriin liittyviä kysymyksiä. Määrällisissä tutkimuksissa asioita voidaan kuvata numeeristen suureiden avulla. Tutkimusmenetelmä edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otoskokoa. Tutkimuksen kautta pyritään vastaamaan kysymyksiin: Mikä? Missä? Paljonko? Kuinka usein? Tutkimuksen tulokset voidaan havainnollistaa taulukoin ja kuvioin, ja asioiden välisiä riippuvuuksia saadaan selville. Määrällisen tutkimuksen avulla voidaan selvittää olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä kuvailemaan tai selittämään asioiden syitä tarkemmin. (Heikkilä 2008, 16.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineisto voidaan hankkia erilaisista muiden keräämistä tiedostoista, rekistereistä tai tietokannoista. Tutkijat voivat kerätä tiedon myös itse. Itse kerättävissä aineistossa tiedonkeruumenetelmiä ovat esimerkiksi postikysely tai puhelin- tai käyntihaastattelu. Viimevuosina myös internetin kautta tehtävät www-kyselyt ovat yleistyneet. Jokaisella tiedonkeruumenetelmällä on hyviä ja huonoja puolia. Muun muassa tutkittavan asian luonteen, tutkimusongelmien, tutkimusaikataulun ja kohderyhmän perusteella tutkija päättää sopivan tiedonkeruumenetelmän. (Heikkilä 2008, 18–19.) Opinnäytetyön aineistona olivat Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin valmiit tilastot vatsatoimialueen potilaiden hoitoajoista Turun Yliopistollisen Keskussairaalan osastoilta 216 ja 233.

10.2 Tutkimuksen aineiston käsittely ja analysointi

Opinnäytetyöhön haettiin tutkimuslupa (Liite 1.) hoitotyön asiantuntijaryhmältä ja ylihoitaja Ritva Kosklinilta keväällä 2011. Lisäksi tehtiin opinnäytetyön toimeksiantosopimus (Liite 2.) kevään 2011 aikana Varsinais Suomen Sairaanhoidopiirin T-Pro-hankkeen projektijohtajan Heikki Korvenrannan

kanssa. Opinnäytetyön valmis tilastoaineisto saatiin sähköpostitse Turun Yliopistollisen Keskussairaalan yhteyshenkilöltä, ylihoitaja Liisa Iireltä, syyskuussa 2011. Opinnäytetyön tekijät eivät etukäteen tienneet aineiston sisällöstä tarkemmin. Saadussa aineistossa oli diagnoosikoodeittain keskimääräiset hoitoajat vuosilta 2006–2009 sekä hoitajaksojen lukumäärät. Saatu aineisto osoittautui jo niin valmiiksi työstetyksi, että opinnäytetyön tekijät eivät voineet työstää aineistoa eteenpäin SPSS-ohjelman avulla, kuten suunnitelmassa oli. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) on yleinen tilasto-ohjelma, jonka avulla tutkimusaineiston käsittely ja esimerkiksi erilaisten tilastollisten tunnuslukujen, taulukoiden ja testien tekeminen on mahdollista (Heikkilä 2008, 121–122). Turun Yliopistollisesta Keskussairaalasta saatu aineisto sisälsi 380 eri diagnoosikoodia, joista opinnäytetyön tekijät karsivat keskeisimmät vatsatoimialueen diagnoosit analysoitavaksi. Aineistossa oli lukuisia diagnooseja, jotka eivät olleet vatsatoimialueen sairauksia, joten sen vuoksi aineistoa karsittiin, ja kaikkien diagnoosien keskimääräisiä hoitoaikoja ei tarkasteltu. Tarkasteltavaksi valitut 42 diagnoosikoodia ovat vatsatoimialueen keskeisimpiä sairauksia, ja näistä diagnooseista esitellään keskimääräisiä hoitoaikoja sekä hoitajaksojen lukumääriä vuosina 2006–2009. Diagnoosit jaoteltiin eri ryhmiin: akuutit vatsatauti, yläruuansulatuskanavan sairaudet, alaruuansulatuskanavan sairaudet ja muut vatsatauti. Taulukossa (Taulukko 1.) on eritelty ICD-10-koodeittain (International Classification of Diseases) diagnoosit, jotka opinnäytetyön tekijät valitsivat analysoitaviksi.

Taulukko 1. Valitut diagnoosit ICD-10-koodeittain.

ICD-10-koodi	Akuutti vatsa -diagnoosit
K80	Sappikivitauti
K83	Muut sappitiesairaudet
K81	Sappirakkotulehdus
K82	Muut sappirakkosairaudet
R10	Vatsa- ja lantiokipu
K35	Akuutti umpilisäkkeen tulehdus
K57	Suolen umpipussitauti
K56	Paralyyttinen ileus tai suolentukkeuma ilman tyrää
K85	Akuutti haimatulehdus
K65	Vatsakalvotulehdus
S36	Vatsansisäisten elinten vamma
ICD-10-koodi	Yläruuansulatuskanavan diagnoosit
K21	Ruokatorven refluksitauti
K20	Ruokatorvitulehdus
C15	Ruokatorvisyöpä
C16	Mahasyöpä
K29	Mahalaukun ja/tai pohjukaissuolen tulehdus
K31	Muut mahalaukun ja pohjukaissuolen sairaudet
K25	Mahalaukun haava
ICD-10-koodi	Alaruuansulatuskanavan diagnoosit
C18	Koolonin syöpä
C20	Peräsuolen syöpä
C17	Ohutsuolen syöpä
C19	Peräsuolen ja sigmasuolen raja-alueen syöpä
D12	Paksusuolen, peräaukkokanavan ja/tai peräaukon hyvänlaatuinen kasvain
K62	Muut peräaukon ja peräsuolen sairaudet
K26	Pohjukaissuolen haava
K51	Haavainen koliitti
K50	Crohnin tauti [regionaalinen enteriitti]
A09	Gastroenteriitti
K59	Muut toiminnalliset suolisairaudet
K58	Ärtyvä suoli -oireyhtymä
K90	Suolen imeytymishäiriö
ICD-10-koodi	Muut vatsadiagnoosit
K92	Muut ruuansulatuselinten sairaudet
K43	Vatsanpeitteiden tyrä
K42	Napatyrä
C25	Haimasyöpä
C22	Maksan tai maksansisäisten sappiteiden syöpä
K70	Alkoholin aiheuttama maksasairaus
K76	Muut maksasairaudet
R18	Vesivatsa (askites)
K74	Maksafibroosi ja maksakirroosi
E66	Lihavuus
K91	Muulla luokitamattomat toimenpiteiden jälkeiset ruuansulatuselinten sairaustilat

11 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

11.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on tutkimuksen höydyllisyys. Tutkijan on pohdittava ja perusteltava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti sekä erityisesti myös se, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin henkilöihin. Aina hyöty ei kohdistu suoraan tutkittaviin, vaan tutkimustuloksia voidaan toisinaan hyödyntää vasta myöhemmin tulevaisuudessa uusien potilaiden hoidossa ja hoitotyön laadun kehittämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Tässä tutkimuksessa tuotettava tieto on hyödynnettävissä hoitotyön laadun kehittämisessä. Vatsatoimialueen potilaiden hoitoaikojen on tarkoitus lyhentyä uuden toimintamallin hoitolinjojen myötä, jolloin on oleellista olla vertailuna nykyisen toimintamallin hoitoaikojen pituuksia. Myös yleisimmät viivästyskohdat potilaan hoidossa ovat höydyllistä tietoa hoitotyön laadun kehittämisen pohjalle.

Viime aikoina sähköisen kirjaamisen ja tilastoinnin myötä on yleistynyt erilaisten potilasdokumenttien, hoitotyön asiakirjojen ja rekisterien käyttö tutkimusaineistona. Tutkimuseettisesti on haasteellista se, etteivät potilaat ole tienneet hoitosuhteensa aikana, että heidän tietonsa tulevat myöhemmin tutkimuksen kohteeksi. Onkin siis tärkeää huolehtia, että kaikki potilaiden identifiointitiedot on poistettu dokumenteista ennen aineiston luovuttamista tutkimuksen tekijöille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.) Tutkimusaineisto oli karsittu potilaiden henkilökohtaisista, tunnistukseen johtavista tiedoista, joten tilastollinen analyysi oli eettiset vaatimukset täyttävä menetelmä.

Tutkimusetiikan mukaan tutkijan on minimoitava tarpeettomien haittojen ja epä mukavuuksien riskit. Haitat voivat olla fyysisiä, sosiaalisia, emotionaalisia tai taloudellisia. Etenkin hoitotieteessä usein ollaan kiinnostuneita hyvin sensitiivisistä, henkilökohtaisista aiheista, jotka voivat aiheuttaa tutkittavissa voimakkaita tunnereaktioita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Valmiit tilastoaineistot mahdollistivatkin sen, että tutkittaville mahdollisesti aiheutuville haitoilta vältyttiin, sillä tutkimusaineiston keruu ei ole koskenut potilaita.

Luottamus on keskeinen huomioitava osa-alue tutkimuksen toteuttamisessa. Tämä merkitsee sitä, että tutkimustietoja ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle tutkimusprosessin aikana. Aineisto säilytetään huolellisesti suojattuna ulkopuolisilta. Oikeudenmukaisuus tulee myös huomioida osana tutkimustyötä, joka tarkoittaa sitä, että tutkimuksen otos ei saa perustua tutkittavan haavoittuvuuteen tai tutkijan valta-asemaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178–179.) Aineisto säilytettiin huolellisesti salassa ulkopuolisilta koko tutkimusprosessin ajan. Opinnäytetyön raportoinnin jälkeen aineisto hävitettiin asianmukaisesti silppurin avulla ja sähköiset aineistotiedostot deletoitiin.

Tulosten raportointiin liittyy myös tutkimuseettisiä haasteita, kuten plagiointi, tulosten sepittäminen tai puutteellinen raportointi. Plagiointi merkitsee sekä toisen henkilön kirjoittaman tekstin suoraa lainaamista että omien tulosten toistamista useammassa tutkimusraporteissa. Tutkijan tulee huomioida asialliset lähdeviitemerkinnät sekä raportoida sama tutkimusaineisto vain kertaalleen. Tulosten sepittäminen ja puutteellinen raportointi tarkoittaa sitä, että saadut tulokset eivät ole kuvattu puhtaina tuloksina. Tällöin esimerkiksi tulosten perusteeksi ei ole lainkaan aineistoa, tuloksia on muutettu tai kielteiset tulokset ja tutkimuksen puutteet on jätetty raportoimatta. Vain pohdintaluvussa tutkijalla on mahdollisuus arvioida tuloksia ja tulkita omia näkemyksiään tuloksista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182–183.) Tulokset raportoitiin huolellisesti ja kuvattiin todenmukaisesti.

11.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kuvaavat validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimus tutkii sitä, mitä oli tarkoituskin tutkia. Se edellyttää, että tutkija on asettanut täsmälliset tavoitteet tutkimukselleen. Ilman laadukkaita tavoitteita tutkija helposti ajautuu tutkimaan väärä asioita. Jotta mittaus tulokset

ovat luotettavia, mitattavat käsitteet ja muuttujat tulee olla tarkoin määritelty. Myös edustavan otoksen saaminen on tärkeää validiteetin onnistumisen kannalta. (Heikkilä 2008, 29–30.) Opinnäytetyölle määriteltiin mahdollisimman täsmälliset tavoitteet sekä keskeisemmät käsitteet. Opinnäytetyössä tutkittiin vatsatoimialueen keskeisimpien sairauksien hoitoaikoja, kuten tarkoitus olikin.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimusten tulosten tarkkuutta. Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan, että se on toistettavissa samanlaisin tuloksin. Koko tutkimusprosessin ajan tutkijan on oltava tarkka tietoja käsiteltäessä, jotta virheitä vältetään. Tulokset ovat epäluotettavia, jos otoskoko on kovin pieni tai kohderyhmä on täysin väärä. (Heikkilä 2008, 30–31.) Opinnäytetyön tekijät eivät voineet vaikuttaa tutkimusaineistoon, eikä heillä ollut tiedossa aineiston sisältöä etukäteen, sillä valmis tilastoaineisto saatiin Turun Yliopistollisesta Keskussairaalarasta. Koska tutkimusaineisto oli toisten henkilöiden laatima, opinnäytetyön tekijät eivät ole osallistuneet aineiston keräämiseen eikä näin ollen voinut vastata tietojen luotettavuudesta. Tämän opinnäytetyön tekijät kuitenkin tavoittelivat mahdollisimman luotettavia ja täsmällisiä tutkimustuloksia ja huomioivat tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin koko tutkimusprosessin ajan.

12 TULOKSET

Opinnäytetyöhön saadussa aineistossa oli diagnoosikoodeittain keskimääräinen hoitoaika sekä hoitajaksojen lukumäärä vuosilta 2006–2009 Turun Yliopistollisessa Keskussairaalassa. Aineistossa oli yhteensä 380 diagnoosia, joista tarkasteltiin 42 diagnoosia. Tarkasteluun valitut diagnoosit ovat vatsatoimialueen keskeisimpiä sairauksia.

12.1 Akuuttia vatsaa sairastavan potilaan hoitoaika TYKS:ssa

Sappikivitautia sairastavan potilaan hoitoaika oli keskimäärin 2,9 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoaika on pysynyt lähes samana neljän vuoden aikana. Verrattuna kaikkiin muihin diagnooseihin tässä aineistossa sappikivitaudin hoitajaksoja oli tilastoitu eniten vuosina 2006–2009. Näin ollen sappikivitauti on myös yleisin akuutti vatsasairaus. Hoitajaksoja oli yhteensä 1954. Hoitajaksojen lukumäärä vuodessa vaihteli 462 hoitajaksosta 532 hoitajaksoon neljän vuoden aikana. Sappirakkotulehduspotilaan keskimääräinen hoitoaika vuosina 2006–2009 oli 3,7 vuorokautta, joka on hieman pidempi kuin sappikivitautipotilaan hoitoaika. Muuta sappitiesairautta sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 3,1 vuorokautta vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Esimerkiksi sappitietulehdus, sappitien umpeutuminen tai puhkeaminen on muita sappitiesairauksia (International Classification of Diseases 2009). Muita sappirakkosairauksia sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 3,1 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoajassa oli vaihtelua, vuonna 2007 se oli pisimmillään 7,5 vuorokautta, kun taas vuonna 2009 hoitoaika oli lyhyimmillään 2,0 vuorokautta. Hoitajaksoja oli tilastossa yhteensä 35 vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Muita sappirakkosairauksia ovat esimerkiksi sappirakon umpeuma, vesipöhö tai puhkeama tai sappirakkofisteli (International Classification of Diseases 2009). Tästä voidaan päätellä, että sappisairaudet etenkin sappikivitauti on hyvin yleinen sairaalahoittoa vaativa akuutti vatsasairaus, mutta keskimääräinen hoitoaika sairaalassa on kuitenkin suhteellisen lyhyt.

Vatsa- ja lantiokipua kärsivän potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 2,1 vuorokautta vuosina 2006–2009. Vatsa- ja lantiokipuun kuuluvat esimerkiksi akuutti vatsa, ala- ja ylävatsan kipu (International Classification of Diseases 2009). Näitä hoitajaksoja oli tilastoitu toiseksi eniten, yhteensä 1651 neljän vuoden aikana. Hoitoaika sairaalassa oli lyhyin verrattuna muihin akuutteihin vatsasairauksiin. Akuuttia umpilisäkkeen tulehdusta sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 2,8 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitajaksojen lukumäärä on pysynyt vuositasolla lähes samana, keskimäärin 279,5 hoitajaksoa vuodessa. Akuutti umpilisäkkeen tulehdus oli kolmanneksi eniten tilastoitu diagnoosi tässä aineistossa. Hoitajaksoja tilastoitiin yhteensä 1118 vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Tämä osoittaa, että vaikka vatsa- ja lantiokipu sekä akuutti umpilisäkkeentulehdus ovat todella yleisiä vaivoja, hoitoaika sairaalassa ei kuitenkaan ole kovin pitkä.

Suolen umpipussitautia eli divertikuloosia sairastavan potilaan hoitoaika oli keskimäärin 4,5 vuorokautta vuonna 2006, jonka jälkeen se oli hieman lähtenyt laskuun ollen vuonna 2009 keskimääräisesti 3,8 vuorokautta. Myös hoitajaksojen lukumäärä on ollut pienessä laskussa. Vuonna 2006 hoitajaksoja oli 251, kun taas vuonna 2009 hoitajaksoja oli 182. Paralyyttisestä ileuksesta eli suolilamasta tai suolentukkeumasta ilman tyrää kärsivän potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 6,0 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoajassa on tapahtunut pientä kehitystä lyhyemmäksi, sillä vuonna 2006 keskimääräinen hoitoaika oli 6,7 vuorokautta, kun taas vuonna 2009 keskimääräinen hoitoaika oli hieman lyhyempi, 5,5 vuorokautta. Hoitajaksoja oli yhteensä 727 vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Tämän perusteella selviää, että suolen umpipussitautia sekä paralyyttistä ileusta tai suolentukkeumaa ilman tyrää sairastavien potilaiden hoitoajat olivat kehittyneet lyhyemmiksi vuosien 2006–2009 aikana.

Akuuttia haimatulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika on vaihdellut eri vuosina. Esimerkiksi vuonna 2008 keskimääräinen hoitoaika oli 7,4 vuorokautta, kun taas vuonna 2007 keskimääräinen hoitoaika oli 4,2 vuorokautta. Vuosien

2006–2009 keskimääräinen hoitoaika oli 5,7 vuorokautta. Hoitojaksojen lukumäärä on noussut neljän vuoden aikana 94 hoitojaksosta 146 hoitojaksoon. Vatsakalvotulehdusta sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 8,4 vuorokautta vuosina 2006–2009. Se on muuttunut huomattavasti ollen 10,2 vuorokautta vuonna 2007 ja 5,2 vuorokautta vuonna 2009. Verrattuna muihin akuutti vatsa -sairauksiin vatsakalvon tulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika oli pisin. Hoitojaksoja oli keskimäärin 12,8 vuodessa. Vatsansisäisten elinten vammaa sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 6,3 vuorokautta vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Vatsansisäisten elinten vammoja ovat esimerkiksi ohutsuolen, peräsuolen, haiman, maksan tai pernan vamma (International Classification of Diseases 2009). Taulukossa (Taulukko 2.) esitellään diagnooseittain akuuttia vatsaa sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika sekä hoitojaksojen lukumäärä yhteensä vuosina 2006–2009.

Taulukko 2. Akuuttien vatsasairauksien hoitoajat ja hoitojaksot.

Diagnoosi	Keskimääräinen hoitoaika vuorokausina					Hoitojaksot yhteensä
	2006	2007	2008	2009	2006–2009	2006–2009
Sappikivitauti	2,9	2,8	2,9	2,9	2,9	1954
Muut sappitiesairaudet	4,6	2,8	2,6	2,9	3,1	331
Sappirakkotulehdus	3,3	3,6	4,1	3,7	3,7	95
Muut sappirakkosairaudet	3,9	7,5	2,7	2,0	3,1	35
Vatsa- ja lantiokipu	2,0	2,2	2,0	2,1	2,1	1651
Akuutti umpilisäkkeen tulehdus	2,5	2,9	2,7	2,9	2,8	1118
Suolen umpipussitauti	4,5	4,3	4,0	3,8	4,2	828
Paralyttinen ileus tai suolentukkeuma ilman tyrää	6,7	5,4	6,4	5,5	6,0	727
Akuutti haimatulehdus	5,6	4,2	7,4	5,4	5,7	451
Vatsakalvotulehdus	9,8	10,2	7,0	5,2	8,4	51
Vatsansisäisten elinten vamma	6,7	6,5	5,5	6,2	6,3	45

12.2 Yläruuansulatuskanavan sairauksia sairastavan potilaan hoitoaika TYKS:ssa

Ruokatorven refluksitautia sairastavan potilaan hoitoaika sairaalassa oli keskimäärin 2,5 vuorokautta vuosina 2006–2009. Vuonna 2008 se oli korkeimmillaan 2,9 vuorokautta. Hoitajaksojen lukumäärä oli vuosi vuodelta laskenut. Vuonna 2006 hoitajaksojen määrä oli 122 ja vuonna 2009 47. Hoitajaksojen lukumäärän mukaan ruokatorven refluksitauti oli yleisin yläruuansulatuskanavan sairauksista. Hoitajaksojen kokonaisuus vuosina 2006–2009 oli 332. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Tämä osoittaa, että ruokatorven refluksitautia sairastavat potilaat tarvitsivat vuosi vuodelta vähemmän sairaalahoitoa. Ruokatorvitulehdusta sairastavan potilaan hoitoajassa oli vaihtelua vuosina 2006–2009. Vuonna 2006 hoitoaika potilailla oli 6,3 vuorokautta ja vuonna 2007 hoitoaika oli laskenut 1,7 vuorokautteen, joten hoitoaika oli kehittynyt huomattavasti lyhyemmäksi. Keskimääräinen hoitoaika tällä potilasryhmällä oli 3,3 vuorokautta. Hoitajaksoja ruokatorvitulehdusta sairastavilla potilailla oli vuosina 2006–2009 yhteensä vain 11. Ruokatorvisyöpää sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika vuosina 2006–2009 oli 6,0 vuorokautta. Vuonna 2007 hoitoaika oli korkeimmillaan 7,7 vuorokautta ja vuonna 2009 lyhimillään 5,2 vuorokautta. Hoitajaksojen lukumäärä oli pysynyt vuositasolla lähes samana, keskimäärin 27,8 hoitajaksoa vuodessa. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.)

Mahasyöpää sairastavan potilaan hoitoaika vaihteli vuosina 2006–2009. Vuonna 2006 hoitoaika oli 7,3 vuorokautta, vuonna 2007 10,4 vuorokautta, vuonna 2008 9,0 vuorokautta ja vuonna 2009 7,6 vuorokautta. Keskimääräinen hoitoaika vuosina 2006–2009 oli 8,4 vuorokautta. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Tämän perusteella mahasyöpää sairastavan potilaan hoitoaika sairaalassa oli suhteellisen pitkä, sillä hoitajakso oli kestänyt keskimäärin viikon. Mahasyöpä oli hoitajaksojen lukumäärän mukaan kolmanneksi yleisin yläruuansulatuskanavan sairaus. Hoitajaksoja oli tilastoitu vuosina 2006–2007 yhteensä 102 ja vuosina 2008–2009 101. Mahalaukun ja/tai pohjukaissuolen tulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika oli vuosina 2006–

2009 keskimäärin 3,4 vuorokautta. Hoitoaika on vaihdellut 2,8 vuorokaudesta 3,7 vuorokauteen. Hoitajaksojen lukumäärä oli vuosina 2006–2009 yhteensä 43. Muuta mahalaukun tai pohjukaissuolen sairautta sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika vaihteli huomattavasti eri vuosina. Esimerkiksi vuonna 2007 hoitoaika oli 20,6 vuorokautta, kun taas vuonna 2009 hoitoaika oli 4,0 vuorokautta. Hoitajaksoja tilastoitiin yhteensä 25 vuosina 2006–2009. (T-provatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Muita mahalaukun tai pohjukaissuolen sairauksia ovat esimerkiksi akuutti mahalaukun laajentuma, mahalaukun umpipussi tai pohjukaissuolen tukkeuma (International Classification of Diseases 2009). Mahalaukun haavaa sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 4,7 vuorokautta vuonna 2006 ja vuonna 2009 hoitoaika oli laskenut 3,8 vuorokauteen. Neljän vuoden aikana hoitajaksoja oli yhteensä 263. Hoitajaksojen lukumäärän perusteella mahalaukun haava oli toiseksi yleisin sairaalahoitoa vaativa yläruuansulatuskanavan sairaus. (T-provatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Taulukossa (Taulukko 3.) esitellään diagnooseittain yläruuansulatuskanavan sairauksia sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika sekä hoitajaksojen lukumäärä yhteensä vuosina 2006–2009.

Taulukko 3. Yläruuansulatuskanavan sairauksien hoitoajat ja hoitajaksot.

Diagnoosi	Keskimääräinen hoitoaika vuorokausina					Hoitajaksot yhteensä
	2006	2007	2008	2009	2006–2009	2006–2009
Ruokatorven refluksitauti	2,5	2,1	2,9	2,8	2,5	332
Ruokatorvitulehdus	6,3	1,7	1,7	1,0	3,3	11
Ruokatorvisyöpä	5,9	7,7	5,6	5,2	6,0	109
Mahasyöpä	7,3	10,4	9,0	7,6	8,4	203
Mahalaukun ja/tai pohjukaissuolen tulehdus	3,7	3,1	2,8	3,7	3,4	43
Muut mahalaukun ja pohjukaissuolen sairaudet	12,6	20,6	6,3	4,0	11,8	25
Mahalaukun haava	4,7	4,4	4,2	3,8	4,3	263

12.3 Alaruuansulatuskanavan sairauksia sairastavan potilaan hoitoaika TYKS:ssa

Koolonin eli paksusuolen syöpää sairastavan potilaan hoitoaika oli keskimäärin 8,8 vuorokautta vuosina 2006–2009. Keskimääräinen hoitoaika vaihteli hieman vuositasolla ollen vuonna 2006 9,4 vuorokautta ja vuonna 2008 8,0 vuorokautta. Vuonna 2009 hoitoaika nousi taas takaisin samaan lukemaan kuin vuonna 2006 eli 9,4 vuorokauteen. Hoitojaksoja oli tilastoitu yhteensä 489 vuosina 2006–2009. Koolonin syöpä oli hoitojaksojen lukumäärän mukaan yleisin vatsatoimialueen syöpäsairaus. Se oli myös yleisin alaruuansulatuskanavan sairaus. Peräsuolen syöpää sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika vuosina 2006–2009 oli 8,8 vuorokautta. Neljän vuoden keskimääräinen hoitoaika oli siis täysin sama kuin koolonin syöpää sairastavalla potilaalla. Peräsuolen syöpää sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli kehittynyt lyhyemmäksi, sillä vuonna 2006 se oli 9,9 vuorokautta, ja vuonna 2009 se oli 8,3 vuorokautta. Vuonna 2007 hoitoaika oli kuitenkin lyhyimmillään, 8,1 vuorokautta. Peräsuolen syövän hoitojaksoja oli tilastoitu vuosina 2006–2009 yhteensä 440, joka on 49 vähemmän kuin koolonin syövän hoitojaksoja. Peräsuolen syöpä oli hoitojaksojen lukumäärän mukaan toiseksi yleisin alaruuansulatuskanavan sairaus. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Tämä osoittaa, että koolonin ja peräsuolen syöpää sairastavilla potilailla hoitoajat olivat suhteellisen pitkiä. Lisäksi hoitojaksojen lukumäärien mukaan ne olivat yleisiä sairaalahoitoa vaativia alaruuansulatuskanavan sairauksia.

Ohutsuolen syöpää sairastavalla potilaalla keskimääräinen hoitoaika oli 6,5 vuorokautta vuonna 2008, kun taas vuonna 2009 keskimääräinen hoitoaika oli 11,4 vuorokautta. Ohutsuolen syövän hoitojaksoja oli tilastoitu yhteensä vain 16 vuosina 2006–2009. Perä- ja sigmasuolen raja-alueen syöpää oli tilastoitu yhteensä vain 14 hoitojaksoja vuosina 2006–2009. Sen keskimääräinen hoitoaika oli vuonna 2008 7,2 vuorokautta, kun taas vuonna 2009 keskimääräinen hoitoaika oli 12,0 vuorokautta. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Tästä selviää, että ohutsuolen ja perä- ja sigmasuolen

raja-alueen syöpää sairastavien potilaiden hoitoajat olivat tilastojen mukaan pitkiä, mutta hoitojaksoja vuosittain oli kuitenkin hyvin vähän.

Paksusuolen ja peräaukkokanavan ja/tai peräaukon hyvänlaatuista kasvainta sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 3,5 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitojaksoja oli tilastoitu yhteensä 271 vuosina 2006–2009. Muita peräaukon ja peräsuolen sairauksia sairastavalla potilaalla keskimääräinen hoitoaika oli 2,6 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoajassa ei ollut isoja muutoksia vuositasolla. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Muita peräaukon ja peräsuolen sairauksia ovat esimerkiksi peräaukon ja/tai peräsuolen polyyppi, esiinluiskahdus, ahtauma, haavauma, verenvuoto tai säteilyn aiheuttama tulehdus (International Classification of Diseases 2009). Näitä hoitojaksoja oli tilastoitu yhteensä 417 vuosina 2006–2009. Hoitojaksojen lukumäärän mukaan muut peräaukon ja peräsuolen sairaudet olivat kolmanneksi yleisimpiä alaruuansulatuskanavan sairauksia. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.)

Pohjukaissuolen haavaa sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli vuonna 2006 5,9 vuorokautta ja vuonna 2009 3,3 vuorokautta, joten keskimääräinen hoitoaika oli hieman lyhentynyt neljässä vuodessa. Hoitojaksoja oli tilastoitu yhteensä 157 vuosina 2006–2009. Haavaista koliittia eli haavaista paksusuolen tulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika oli keskimäärin 8,8 vuorokautta vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Tästä ilmenee, että haavaista koliittia sairastavan potilaan hoitoaika sairaalassa oli huomattavan pitkä. Haavaisen koliitin hoitojaksoja tilastoitiin yhteensä 133 vuosina 2006–2009. Crohnin tautia eli regionaalista enteriittiä sairastavalla potilaalla keskimääräinen hoitoaika oli 5,0 vuorokautta vuosina 2006–2009. Keskimääräisessä hoitoajassa oli vaihtelua vuositasolla, sillä esimerkiksi vuonna 2006 hoitoaika oli 6,4 vuorokautta, kun taas vuonna 2007 hoitoaika oli 3,1 vuorokautta. Crohnin taudin hoitojaksoja oli tilastoitu yhteensä 105 vuosina 2006–2009, joka 28 hoitojaksoja vähemmän kuin haavaisen koliitin hoitojaksoja. Gastroenteriittiä eli mahan ja ohutsuolen tulehdusta sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 1,9 vuorokautta. Hoitoajassa ei ollut

merkittävää vaihtelua vuositasolla. Hoitojaksojen kokonaislukumäärä oli 58 vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Tästä saadaan selville, että gastroenteriittiä sairastavan potilaan hoitoaika oli huomattavan lyhyt verrattuna muihin tulehduksellisiin suolistosairauksiin.

Muita toiminnallisia suolisairauksia sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 3,3 vuorokautta vuosina 2006–2009 (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja %-osuudet. 2011). Muita toiminnallisia suolisairauksia ovat esimerkiksi ummetus, toiminnallinen ripuli ja määrittämätön suolisairaus (International Classification of Diseases 2009). Muiden toiminnallisten suolisairauksien hoitojaksoja tilastoitiin yhteensä 129 vuosina 2006–2009. Ärtynyt suoli -oireyhtymästä kärsivän potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 1,4 vuorokautta vuosina 2006–2009. Suolen imeytymishäiriötä sairastavalla potilaalla keskimääräinen hoitoaika oli 3,0 vuorokautta. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja %-osuudet. 2011.) Suolen imeytyshäiriöitä ovat esimerkiksi keliakia ja haimaperäinen ripuli (International Classification of Diseases 2009). Ärtynyt suoli -oireyhtymän hoitojaksoja oli tilastoitu yhteensä vain 5 ja suolen imeytymishäiriön hoitojaksoja yhteensä vain 8 vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja %-osuudet. 2011.) Koska hoitojaksojen lukumäärät olivat alhaisia sekä ärtynyt suoli -oireyhtymästä että suolen imeytymishäiriöistä kärsivillä potilailla, voidaan päätellä, että nämä potilasryhmät tarvitsevat vain vähän sairaalahoitoa. Taulukossa (Taulukko 4.) esitellään diagnooseittain alaruuansulatuskanavan sairauksia sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika sekä hoitojaksojen lukumäärä yhteensä vuosina 2006–2009.

Taulukko 4. Alaruuansulatuskanavan sairauksien hoitoajat ja hoitojaksot.

Diagnoosi	Keskimääräinen hoitoaika vuorokausina					Hoitojaksot yhteensä
	2006	2007	2008	2009	2006–2009	2006–2009
Koolonin syöpä	9,4	8,4	8,0	9,4	8,8	489
Peräsuolen syöpä	9,9	8,1	9,1	8,3	8,8	440
Ohutsuolen syöpä	7,0	7,3	6,5	11,4	8,3	16
Peräsuolen ja sigmasuolen raja-alueen syöpä	8,0	3,8	7,2	12,0	6,2	14
Paksusuolen, peräaukkokanavan ja/tai peräaukon hyvänlaatuinen	3,1	3,5	4,1	3,6	3,5	271
Muut peräaukon ja peräsuolen sairaudet	2,7	2,5	2,7	2,7	2,6	417
Pohjukaissuolen haava	5,9	4,7	5,0	3,3	4,8	157
Haavainen koliitti	10,0	7,4	8,6	9,3	8,8	133
Crohnin tauti [regionaalinen enteriitti]	6,4	3,1	5,3	3,8	5,0	105
Gastroenteriitti	2,0	1,9	1,8	1,7	1,9	58
Muut toiminnalliset suolisairaudet	3,0	3,2	3,7	3,4	3,3	129
Ärtynyt suoli -oireyhtymä	1,5	2,0	1,0	1,0	1,4	5
Suolen imeytymishäiriö	–	3,0	3,6	1,5	3,0	8

12.4 Yhteenveto akuuttien vatsa-, yläruuansulatuskanavan ja alaruuansulatuskanavan sairauksien hoitoajoista TYKS:ssa

Kaikkien keskeisimpiä akuutteja vatsasairauksia sairastavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 4,4 vuorokautta vuosina 2006–2009. Keskeisimpien akuuttien vatsasairauksien hoitojaksoja tilastoitiin yhteensä 7286 vuosina 2006–2009. Kaikkien keskeisimpiä yläruuansulatuskanavan sairauksia sairastavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 5,7 vuorokautta vuosina 2006–2009. Keskeisimpien yläruuansulatuskanavan sairauksien hoitojaksoja tilastoitiin yhteensä 986 vuosina 2006–2009. Kaikkien keskeisimpiä alaruuansulatuskanavan sairauksia sairastavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 5,1 vuorokautta vuosina 2006–2009. Keskeisimpien alaruuansulatuskanavan sairauksien hoitojaksoja tilastoitiin yhteensä 2243 vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Taulukossa (Taulukko 5.) esitellään ryhmittäin kaikkien keskeisimpien akuuttien vatsa-, yläruuansulatuskanavan ja alaruuansulatuskanavan sairauksien keskimääräinen hoitoaika sekä hoitojaksojen lukumäärä vuosina 2006–2009.

Taulukko 5. Hoitoajat ja hoitajaksot ryhmittäin.

	Keskimääräinen hoitoaika vuorokausina vuosina 2006–2009	Hoitajaksot yhteensä 2006–2009
Akuutit vatsasairaudet	4,4	7286
Yläruuansulatuskanavan sairaudet	5,7	986
Alaruuansulatuskanavan sairaudet	5,1	2243

Tämä osoittaa, että akuutit vatsasairaudet ovat kovin yleisiä sairaalahoidon aiheita. Lisäksi tämän perusteella voidaan päätellä, että keskeisimpien yläruuansulatuskanavan sairauksien hoitajaksota oli huomattavasti vähemmän. Esimerkiksi keskeisimpien akuuttien vatsasairauksien hoitajaksota tilastoitiin 6300 hoitajaksota enemmän kuin keskeisimpien yläruuansulatuskanavan sairauksien hoitajaksota. Tästä selviää myös, että alaruuansulatuskanavan sairauksien hoitajaksota tilastoitiin enemmän kuin yläruuansulatuskanavan sairauksien hoitajaksota, mutta kuitenkin selkeästi vähemmän kuin akuuttien vatsasairauksien hoitajaksota. Tuloksista käy ilmi, että keskeisimpien yläruuansulatuskanavan sairauksien hoitoaika oli pisin, kun taas akuuttien vatsasairauksien hoitoaika oli lyhyin. Eri ryhmien keskimääräisissä hoitoajoissa ei ollut huomattavan suurta eroa.

12.5 Muita vatsasairauksia sairastavan potilaan hoitoaika TYKS:ssa

Muita ruuansulatuselinten sairauksia sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 3,0 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoaika oli lyhentynyt vuodesta 2006, jolloin se oli 3,5 vuorokautta, verrattuna vuoteen 2009, jolloin hoitoaika oli 2,7 vuorokautta. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja %-osuudet. 2011.) Muita ruuansulatuselinten sairauksia ovat esimerkiksi verioksennus, melena ja määrittämätön ruuansulatuselinten verenvuoto (International Classification of Diseases 2009). Hoitajaksota näille oli tilastoitu yhteensä 529 vuosina 2006–2009 (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja %-osuudet. 2011).

Vatsanpeitteiden tyrää sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 3,9 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoaika oli pisimmillään vuonna 2007, jolloin se oli 4,1 vuorokautta ja lyhyimmillään vuonna 2006, jolloin se oli 3,7 vuorokautta. Neljän vuoden aikana hoitajaksota oli yhteensä 291. Napatyryä sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli lyhyempi kuin

vatsanpeitteiden tyrää sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika. Napatyrää sairastavan potilaan hoitoaika oli 2,1 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoaika vaihteli hieman vuosina 2006–2009. Hoitoaika oli pisimmillään 2,5 vuorokautta vuonna 2008 ja lyhyimmillään 1,8 vuorokautta vuonna 2007. Neljän vuoden aikana hoitojaksoja oli yhteensä 201. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.)

Haimasyöpäpotilaan keskimääräinen hoitoaika oli 5,5 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoaika hieman vaihteli eri vuosina, esimerkiksi vuonna 2008 se oli keskimäärin 5,0 vuorokautta, kun taas vuonna 2009 se oli 6,0 vuorokautta. Vuosina 2006–2009 hoitojaksoja tilastoitiin yhteensä 345. Maksan tai maksansisäisten sappiteiden syöpää sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli pisimmillään 7,2 vuorokautta vuonna 2007. Vuonna 2006 hoitoaika oli 3,5 vuorokautta, kun taas vuosina 2008 ja 2009 hoitoaika oli suurin piirtein samanpituinen. Vuonna 2008 hoitoaika oli 5,4 vuorokautta ja vuonna 2009 5,6 vuorokautta. Hoitojaksoja tilastoitiin yhteensä 56 vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Näiden tulosten perusteella voidaan todeta, että haimasyöpäpotilaan ja maksasyöpäpotilaan hoitoajat olivat keskimääräisesti yhtä pitkät, noin 5 vuorokautta. Haimasyöpäpotilaat ovat olleet enemmän sairaalahoidossa, sillä hoitojaksoja haimasyöpää sairastavilla oli tilastoitu huomattavasti enemmän.

Alkoholin aiheuttamaa maksasairautta sairastavan keskimääräinen hoitoaika oli pisimmillään 3,7 vuorokautta vuonna 2007. Hoitoaika oli lyhyimmillään vuonna 2006, jolloin se oli 2,1 vuorokautta. Vuosina 2006–2009 hoitojaksoja tilastoitiin yhteensä 34. Muuta maksasairautta sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 3,4 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoajassa oli vaihtelua, sillä vuonna 2008 se oli 2,1 vuorokautta, kun taas vuonna 2006 se oli 4,2 vuorokautta. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Muita maksasairauksia ovat esimerkiksi porttilaskimon hypertensio, maksainfarkti ja muualla luokittamaton rasvamaksa (International Classification of Diseases 2009). Hoitojaksoja oli tilastoitu yhteensä 32 vuosina 2006–2009. Vesivatsaa eli askitesta sairastavan potilaan keskimääräisessä hoitoajassa oli huomattavaa

eroa vuositasolla. Vuonna 2007 se oli 7,5 vuorokautta ja vuonna 2009 se oli selkeästi lyhyempi, 3,4 vuorokautta. Hoitojaksoja tilastoitiin vain yhteensä 14 vuosina 2006–2009. Maksafibroosista ja maksakirroosista kärsivän potilaan keskimääräinen hoitoaika vaihteli eri vuosina. Hoitoaika oli keskimäärin 8,0 vuorokautta vuonna 2009, jolloin hoitojaksoja oli tilastoitu 2. Vuonna 2008 hoitoaika oli keskimäärin 1,0 vuorokautta, ja myös silloin hoitojaksoja oli tilastoitu 2. Keskimääräinen hoitoaika oli 4,8 vuorokautta ja hoitojaksoja oli yhteensä 12 vuosina 2006–2009. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.)

Lihavuudesta kärsivän potilaan keskimääräinen hoitoaika sairaalassa oli 4,8 vuorokautta vuosina 2006–2009. Pisimmillään hoitoaika oli vuonna 2007, 5,2 vuorokautta ja lyhyimmillään vuonna 2009, 4,5 vuorokautta. Hoitojaksojen määrä oli lievässä nousussa vuosi vuodelta. Vuonna 2006 oli tilastoitu 9 hoitojaksoa, vuonna 2007 20 hoitojaksoa, 2008 27 hoitojaksoa ja vuonna 2009 62 hoitojaksoa. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Hoitojaksojen lukumäärä oli siis kaksinkertaistunut vuosien 2008–2009 aikana, joten tämän perusteella voidaan päätellä, että sairaalahoittoa vaativa lihavuus olisi lisääntymässä. Syynä hoitojaksojen lukumäärän nousuun voisi olla myös lihavuusleikkausmenetelmän kehittyminen ja yleistyminen.

Muualla luokittamatonta toimenpiteiden jälkeistä ruuansulatuselinten sairaustilaa sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika oli 6,3 vuorokautta vuosina 2006–2009. Hoitoajassa oli vaihtelua. Vuonna 2006 hoitoaika oli 9,0 vuorokautta ja vuonna 2007 hoitoaika oli 8,0 vuorokautta. Vuonna 2008 hoitoaika oli laskenut 3,0 vuorokauteen. Vuonna 2009 hoitoaika oli taas hieman pidempi, 3,5 vuorokautta. (T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011.) Muualla luokittamaton toimenpiteiden jälkeinen ruuansulatuselinten sairaus on esimerkiksi ruuansulatuskanavan leikkauksen jälkeinen oksentelu, leikkauksen jälkeinen suolentukkeuma tai mahaleikkauksen jälkeinen oireyhtymä (International Classification of Diseases 2009). Tämän perusteella voidaan päätellä, että toimenpiteiden jälkeinen komplikaatio lisää sairaalahoitokasuja ja hoitoaikoja. Voidaan myös todeta, että hoitoaika näissä

tapauksissa oli laskenut selkeästi vuosina 2006–2009. Taulukossa (Taulukko 6.) esitellään diagnooseittain muita vatsasairauksia sairastavan potilaan keskimääräinen hoitoaika sekä hoitajaksojen lukumäärä yhteensä vuosina 2006–2009.

Taulukko 6. Muiden vatsasairauksien hoitoajat ja hoitajakset.

Diagnoosi	Keskimääräinen hoitoaika vuorokausina					Hoitajakset yhteensä
	2006	2007	2008	2009	2006–2009	2006–2009
Muut ruuansulatuselinten sairaudet	3,5	2,6	3,2	2,7	3,0	529
Vatsanpeitteiden tyrä	3,7	4,1	3,9	4,0	3,9	291
Napatyrä	2,4	1,8	2,5	1,9	2,1	201
Haimasyöpä	5,5	5,7	5,0	6,0	5,5	345
Maksan tai maksansisäisten sappiteiden syöpä	3,5	7,2	5,4	5,6	5,4	56
Alkoholin aiheuttama maksasairaus	2,1	3,7	2,8	2,3	2,8	34
Muut maksasairaudet	4,2	3,9	2,1	2,9	3,4	32
Vesivatsa (askites)	4,0	7,5	4,3	3,4	4,4	14
Maksafibroosi ja maksakirroosi	4,6	7,0	1,0	8,0	4,8	12
Lihavuus	4,9	5,2	5,0	4,5	4,8	118
Muualla luokitamattomat toimenpiteiden jälkeiset ruuansulatuselinten sairaustilat	9,0	8,0	3,0	3,5	6,3	15

12.6 Potilaan hoidon kulkua hidastavat tekijät ja hoitoaikojen kehittäminen

Opinnäytetyöhön saatu valmis tilastoaineisto ei selitä sitä, että mitkä tekijät hidastavat potilaan hoidon kulkua. Aineisto ei myöskään antanut vastausta siihen, että miten potilaan hoitoaikoja voitaisiin kehittää.

13 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

13.1 Tulosten pohdinta

Tätä tutkimusaineistoa tarkasteltaessa huomattiin erilaisia muutoksia hoitoajoissa vuosina 2006–2009. Joidenkin sairauksien hoitoajat olivat hieman lyhentyneet. Esimerkiksi suolen umpipussitaudin hoitoaika oli lyhentynyt tasaisesti vuosi vuodelta. Esille tuli myös, että joissakin sairauksissa hoitoajat olivat pienessä laskussa vuosi vuodelta, mutta sitten hoitoajat taas jostain syystä nousivat. Esimerkiksi paksusuolen syövän hoitoaika oli laskussa vuosina 2006–2008, kun taas vuonna 2009 hoitoaika nousi yhtä pitkäksi kuin vuonna 2006. Joissakin sairauksissa hoitoajat olivat myös pysyneet samalla tasolla. Tulokset osoittivat, että hoitajaksojen lukumäärän mukaan yleisimpien sairauksien hoitoajat olivat pysyneet vuositasolla samanpituisina. Esimerkiksi sappikivitaudin, lantio- ja vatsakivun sekä akuutin umpilisäkkeen tulehduksen hoitoajat pysyivät suurin piirtein yhtä pitkinä joka vuosi.

Akuuttien vatsasairauksien hoitajaksoja tilastoitiin eniten tässä aineistossa. Näin ollen korostuu, että akuuttia vatsaa sairastavat potilaat ovat suuri potilasryhmä sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla. Potilaat tarvitsevat kiireellistä hoitoa, sillä he ovat useinkin hyvin kipeitä ja kriittisesti sairaita. Potilaan hoitoaikaan vaikuttaa etenkin päivystyspoliklinikan tehokas toiminta, jotta potilaan diagnoosi selviää mahdollisimman nopeasti, ja potilas saa tarvitsemaansa hoidon. Esimerkiksi erilaisiin tutkimuksiin pääsy tulisi olla sujuvaa, jolloin potilas välttyisi turhalta odottelulta. Tulosten mukaan akuutteja vatsasairauksia sairastavien potilaiden hoitoajat olivat suhteellisen lyhyitä. Syynä tähän voisi olla se että, nopeasti aloitetulla oikealla hoidolla potilaiden toipuminen akuuteista vatsasairauksista ei vaadi pitkää hoitajaksoa. Ainoana pitkänä hoitoaikana erottui vatsakalvon tulehdusta sairastavan potilaan hoitoaika, mutta se on ymmärrettävää, sillä vatsakalvon tulehdus on vakava ja pitkähoitoinen sairaus.

Yläruuansulatuskanavan sairauksia sairastavat potilaat olivat hoitajaksojen lukumäärän mukaan pienin sairaalahoitoa vaativa potilasryhmä. Tulokset osoittivat, että ruokatorven refluksitaudin hoitajakset olivat laskeneet vuosi vuodelta vuosina 2006–2009. Hoitajaksojen vähentymisen syynä saattaakin olla kehittynyt lääkehoito ruokatorven refluksitaudin hoidossa. Koska lääkehoito on nykyään ensisijainen hoitomuoto, potilaan sairaalahoidon tarve on vähäistä, ja leikkaushoitoa käytetään harvemmin. Ruokatorven refluksitautia ja mahahaavaa sairastavien potilaiden hoitoajat olivat pysyneet samanpituisina vuosi vuodelta. Tuloksista erottui mahasyöpää sairastavan potilaan huomattavan pitkä hoitoaika. Tämä potilasryhmä tarvitseekin pitkän sairaalahoitajakson, sillä mahasyöpäpotilaiden toipuminen isosta toimenpiteestä vie varmasti aikaa.

Tulosten mukaan alaruuansulatuskanavan sairauksista paksusuolisyöpä osoittautui yleisimmäksi ja peräsuolisyöpä toiseksi yleisimmäksi vatsatoimialueen syöpäsairaudeksi. Näissä sairauksissa potilaan hoitoaika sairaalassa kesti reilun viikon. Suolistosyöpä olisikin tärkeä todeta mahdollisimman varhain, jotta syöpä ei olisi päässyt juurikaan leviämään. Tällöin potilaan hoidoksi riittää pienempi toimenpide, jolloin potilaan sairaalassaoloaikakin voisi olla lyhyempi. Jos toimenpiteeksi tarvitaan iso ja radikaalimpi leikkaus, potilaan hoitajakso sairaalassa vie enemmän aikaa, sillä toipuminen on pitkäkestoista. Lisäksi hoitoajan pituuteen sairaalassa voi vaikuttaa mahdollinen avannehoito. Sairaanhoitajan tehtävänä tällöin onkin huolellisesti ohjata potilaalle avannehoidon toteutus, jotta potilas sopeutuisi mahdollisimman nopeasti ja hyvin uuteen elämäntilanteeseen. Kun avannehoidon ohjaus onnistuu suunnitellusti, potilas voi olla todennäköisesti valmis kotiutumaan aiemmin, jos potilaan vointi sen muuten sallii. Lisäksi jos suolistoleikkaus ja sen mukana tuleva mahdollinen avannehoito ovat etukäteen suunniteltuja, on tärkeää valmistaa potilas siihen jo ennen toimenpidettä. Tällöin potilas on henkisesti valmiimpi tulevaan elämänmuutokseen ja toipuu todennäköisesti nopeammin toimenpiteen jälkeen, sillä hänellä on paremmat valmiudet palata normaaliin arkeen.

Muiksi vatsasairauksiksi luokitelluissa sairauksissa ilmeni paljon maksasairauksia. Runsas alkoholin käyttö on todennäköisesti yksi tekijä näiden maksasairauksien taustalla. Alkoholiongelmaiset potilaat ovat haaste terveydenhuollolle, sillä opinnäytetyön tekijöiden kokemuksen mukaan tämä potilasryhmä ei useinkaan ole täysin sitoutunut omaan hoitoonsa, jolloin sairaalakierre vain jatkuu jatkumistaan. Alkoholiongelmaisen potilaan olisi tärkeää saada tukea raittiuteen, jolloin hänen sairaalahoitojaksojen toistuminen saataisiin pysähtymään. Myös muiden vatsasairauksien esimerkiksi haimatulehduksen taustalla saattaa esiintyä runsasta alkoholin käyttöä. Hoitohenkilökunnan tulee muistaa työssään ottaa vakavasti alkoholin ongelmakäyttäjät ja ohjata heidät tarvitsemaansa psykiatriseen jatkohoitoon, jotta alkoholi ongelmaiset potilaat saavat tarvitsemaansa hoitoa alkoholiongelmaan. Näin alkoholipotilaiden hoitoajat sairaalan osastoilla voisivat lyhentyä, kun potilaat saisivat oikeanlaista hoitoa alkoholiongelmaan.

Alkoholin lisäksi tuloksista nousi esille toinen elämäntapoihin liittyvä ongelma. Sairaalahoitoa vaativa lihavuus oli vuosi vuodelta lisääntynyt huolestuttavasti hoitojaksojen lukumäärän perusteella. Tässä kohtaa voitaisiin korostaa sitä, miten tärkeää olisi ennaltaehkäistä elämäntavoista johtuvia sairauksia. Sairaanhoidajalla tulisi olla valmiudet edistää potilaiden terveyttä kokonaisvaltaisesti, jolloin potilas saisi ohjausta psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista. Tämä on kyllä todella suuri haaste, mutta jos tämä toteutuisi, elämäntavoista johtuvia sairauksia ja niiden sairaalahoitojaksoja voitaisiin ehkäistä.

13.2 Hoitoaikojen kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusideat

Kuten opinnäytetyössä on aiemmin todettu, terveydenhuollossa pyritään jatkuvasti tehostamaan hoitotyötä, ja näin ollen lyhentämään potilaan hoitoaika sairaalassa. Tulee kuitenkin huomioida, että lyhyemmät hoitoajat sairaalassa eivät saa laskea potilaan hyvän hoidon tasoa. Lyhyet hoitoajat ovat haaste koko hoitohenkilökunnalle. Etenkin sairaanhoidajan työssä korostuu monipuolinen potilasohjaus kotiutusvaiheessa, sillä iso osa potilaan toipumisesta tapahtuu

sairaalan ulkopuolella. Sairaanhoidajalle toiseksi haasteeksi nousee suuri potilasvaihtuvuus. Hoitoaikojen lyhentyessä sairaanhoitaja jatkuvasti vastaanottaa lisää uusia potilaita, kun taas samaan aikaan potilaita tulisi myös kotiuttaa. Sairaanhoidajan työssä korostuu nopeatempoisuus ja tilanteiden ripeä vaihtuvuus. Lyhyessä ajassa sairaanhoitajan tulee ehtiä tekemään paljon töitä potilaan parhaaksi, jotta potilaan hyvä hoito toteutuu.

Potilaalle lyhyt hoitajakso voi olla haasteellista, sillä potilaan tulee lyhyessä ajassa sopeutua uuteen terveydentilaan ja oppia sen tuomat muutokset arkielämässä. Toisaalta lyhyt hoitajakso on usein odotettu tilanne, koska potilas itsekin toivoo pääsevänsä mahdollisimman pian toipumaan tuttuun ympäristöön kotiinsa. Turun Yliopistollisen Keskussairaalan uusi toimialakohtainen toimintamalli tulee varmasti olemaan toimiva edistysaskel kohti tehokkaampaa, mutta myös potilasystävällisempää hoitoa. Näin ollen voidaan uskoa, että tämä tuleva muutos lyhentää hoitoaikoja jonkin verran, sekä samalla potilaat tulevat saamaan laadukasta hoitoa.

Lyhyiden hoitoaikojen toteuttaminen on haaste monisairailta ja iäkkäillä potilailla. Jos potilaalla on useita sairauksia samaan aikaan, potilaan hoitaminen ja toipuminen vie enemmän aikaa, ja näin pidentää hoitoaikaa. Esimerkiksi leikkauksen jälkeinen komplikaatoriski on korkeampi monisairailta potilailla kuin perusterveillä potilailla. Iäkkäillä potilailla toipuminen vie luonnostaan kauemmin aikaa. Lisäksi iäkkäillä potilailla on usein paljon perussairauksia, jotka hidastavat toipumista. Tuleekin siis muistaa potilaiden yksilölliset tilanteet potilaan hoitoa suunniteltaessa.

Saumaton yhteistyö eri moniammatillisten työryhmien välillä on ehdottoman tärkeää, jotta potilaan hoito toimii sujuvasti, ja hoitoajat sairaalassa ovat mahdollisimman lyhyitä. On tärkeää, että potilas saa esimerkiksi tarvitsevansa laboriotutkimukset ajallaan, ilman turhaa odottelua. Lisäksi laboratorion henkilökunnan toiminta tulee olla tehokasta, jotta tutkimustulokset ovat mahdollisimman nopeasti lääkärin nähtävillä. Näin lääkäri pääsee potilaan diagnoosin tutkimisessa nopeammin eteenpäin. Seuraavaksi voidaan korostaa nopeaa ja sujuvaa pääsyä kuvantamistutkimuksiin ja toimenpiteisiin.

Opinnäytetyön tekijät ovat havainneet tämän suureksi ongelmaksi sairaalassa, sillä potilas voi joutua odottamaan tutkimukseen tai toimenpiteeseen pääsyä useita päiviä. Tämä odottelu pidentää selkeästi hoitoaikojen pituuksia, lisää potilaan epätietoisuutta ja siirtää päätöksiä potilaan hoidon suhteen. Syynä tutkimukseen tai toimenpiteeseen odottamiseen voi olla esimerkiksi ruuhkautunut tutkimusyksikkö tai leikkaussali. Joissakin tapauksissa potilas voi tarvita leikkauksen jälkeistä tehovalvontaa, jolloin sujuvan hoidon kannalta tärkeää olisikin, että tehohoidon paikkoja olisi aina riittävästi vapaana. Hoitoaikoihin voi pidentävästi vaikuttaa lisäksi se, jos potilasta hoitava lääkäri on konsultoinut toista erikoisalalan lääkäriä potilaan tilanteesta, ja konsultaatiopyyntöön vastaaminen viivästyy. Tämän kannalta oleellista on, että kaikkien erikoisalojen lääkäreitä on riittävästi.

Hoitoaikojen kehittämisen kannalta sähköinen potilaskirjaaminen on ollut hyvä edistys kohti sujuvampaa tiedonkulkua eri hoitavien tahojen välillä. Tiedonkulun sujuvuuteen tulee kiinnittää huomiota, sillä jos tiedonkulku on saumatonta, potilaan hoitoaika on todennäköisesti lyhyempi. Tällöin kaikki potilaan hoitoon liittyvä oleellinen tieto on kirjattu ylös, ja eri työvuoroissa oleva hoitohenkilökunta tietää potilaan tämänhetkisen voinnin tarkasti. Potilaan jatkohoitoa odottaminen saattaa pidentää hoitoaikaa erikoissairaanhoidossa. Tällä tarkoitetaan sitä, potilas olisi tärkeää siirtää heti voinnin salliessa erikoissairaanhoidosta jatkohoitopaikkaan esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolle. Haasteena on se, että jatkohoitopaikoista on usein pula, sillä terveyskeskukset ovat usein ylikuormittuneita, ja tämän vuoksi potilaat joutuvat jonottamaan niihin pääsyä.

Toimenpiteiden jälkeiset komplikaatiot saattavat olla myös pitkän hoitojakson taustalla. Onkin siis tärkeää toteuttaa potilaan hoito suunnitellusti, huolellisesti ja aseptisesti. Näin potilas välttyy komplikaatioilta ja toipuu toimenpiteestä nopeammin. Lisäksi voidaan korostaa, että toimenpiteen jälkeisestä kivunhoidosta on myös ehdottoman tärkeä huolehtia. Jos potilaan kivunhoito on riittävää, potilas pääsee voinnin salliessa nopeammin liikkeelle ja kuntoutuu ripeämmin. Tällöin potilas on todennäköisesti aikaisemmin valmis kotiutumaan

sairaalasta, ja hoitoaika sairaalassa lyhenee. Myös omaisten mukaan ottaminen potilaan hoitoon voisi vaikuttaa hoitoajan pituuteen lyhentävästi. Tällöin omaiset olisivat enemmän tietoisia potilaan hoidosta ja pystyisivät auttamaan potilasta esimerkiksi kotona toipumisessa tai sairauden hoidossa. Omaisten osallistuminen mahdollistaakin esimerkiksi päiväkirurgiset toimenpiteet, sillä potilas tarvitsee kotiutuakseen omaisen tai muun aikuisen läsnäolon. Päiväkirurgia onkin ollut hyvä kehitys hoitotyössä, mutta potilaan sopivuus siihen tulee arvioida huolellisesti. Tulevaisuudessa haasteena päiväkirurgian toteutukselle on väestön ikääntyminen, sillä leikkauspotilaat tulevat usein olemaan ikääntyneitä ja monisairaita. Näissä tapauksissa päiväkirurgia ei ole soveltuva hoitomuoto.

Uuden Turun Yliopistollisen Keskussairaalan toimialakohtaisen toimintamallin tavoitteena on keskittää potilaan tarvitsema hoito hänen ympärille, jolloin muun muassa hoitoaikojen on tarkoitus entisestään lyhentyä. Uusi toimintamalli on varmasti alkuun haastavaa, sillä se on täysin uutta koko sairaalan henkilöstölle. Kuitenkin ajan myötä uusi toimintamalli saavuttaa varmasti hyötynsä. Hoitoaikojen pituuksien kartoittamisen voisi toistaa uudelleen muutamia vuosia sen jälkeen, kun uusi toimintamalli on pyörähtänyt käyntiin. Tällöin nähtäisiin, että onko hoitoajoissa tapahtunut kehitystä uuden toimintamallin myötä. Myös potilaan hoidon kulkua viivästyttävät tekijät olisi tarpeellista tutkia. Näin ollen saataisiin selville syyt siihen että, mitkä tekijät lyhentävät tai pidentävät potilaiden hoitoaikoja sairaalassa, ja voitaisiin ongelmakohtiin puuttumalla parantaa potilaan hoidon kulkua.

13.3 Eettisyyden ja luotettavuuden pohdinta

Opinnäytetyön tarkoitus oli kartoittaa hoitoaikojen pituuksia vatsatoimialueen potilailla Turun Yliopistollisen Keskussairaalan nykyisessä toimintamallissa sekä kuvata, mitkä tekijät heijastuvat potilaiden hoitoaikoihin. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen, ja aineistona oli Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin valmis tilastoaineisto, jonka sisällöstä opinnäytetyön tekijät eivät tiedneet etukäteen. Aineisto osoittautui sen verran suppeaksi, että ei ollut mahdollisuutta saada

tuloksia siitä, että mitkä tekijät hidastavat potilaiden hoidon kulkua tai miten hoitoaikoja voitaisiin kehittää. Aineistosta saatiin vain kartoitettua hoitoaikojen pituuksia vatsatoimialueen potilailla Turun Yliopistollisen Keskussairaalan nykyisessä toimintamallissa. Aineisto sisälsi lukuisia eri diagnooseja, jotka eivät olleet vatsatoimialueen sairauksia. Opinnäytetyön tekijöille heräsikin epäily aineiston luotettavuudesta ja siitä, miten aineisto oli kerätty. Ei ollut muuta mahdollisuutta kuin luottaa aineiston sisältöön ja raportoida tulokset niin luotettavasti ja todenmukaisesti kuin mahdollista. Koska aineisto sisälsi vatsasairauksien lisäksi paljon muita sairauksia, opinnäytetyön tekijät karsivat aineistosta pois epäoleelliset diagnoosit. Analysoitavaksi valittiin huolellisesti vain keskeisimmät vatsatoimialueen sairaudet.

Opinnäytetyön aineisto säilytettiin huolellisesti, ja se ei päässyt ulkopuolisten henkilöiden nähtäväksi. Tutkimusmenetelmä oli kaikinpuolin eettinen, sillä tilastoaineisto kerättiin niin, että potilaille ei aiheutettu haittaa tai epämukavuuksia. Eettisesti haasteellista ainoastaan oli se, että potilaat eivät hoitajaksonsa aikana tienneet heidän hoitoaikojensa pituuksien tulevan tutkimusaineistoksi. Potilaan tunnistukseen johtavat tiedot oli kuitenkin täysin poistettu aineistosta, joten potilaan identiteetti ei vaurioitunut. Tutkimuksen tarkoitus oli yhteydessä Turun Yliopistollisen Keskussairaalan uuteen toimialakohtaiseen toimintamalliin, jonka tavoitteena on kehittää potilaan hyvää hoitoa. Näin ollen tästä tutkimuksesta oli hyötyä myös potilaille. Potilaiden hoidon kehittäminen oli tärkeää myös opinnäytetyön tekijöille.

LÄHTEET

- Al-Omran, M.; Mandani, M. & McLeod, R. 2003. Epidemiologic features of acute appendicitis in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Surgery* Vol. 46 No. 4/2003, 263–268.
- Clarke, A. & Dosen, R. 2001. Length of stay. How short should hospital care be? *European Journal of Public Health* Vol. 11 No. 2, 166–170.
- Gröhn, J.; Hussi, E.; Kärri, T. & Naukkarinen, H. 2006. Tarkkailuosasto sairaalan toiminnanohjauksen keinona. *Suomenlääkärilehti* Vol. 61 No. 19/2006, 2133–2136.
- Färkkilä, M. 2011. Refluksitaudin lääkehoito: Leikkaushoidon aiheita on kiristettävä merkittävästi. *Duodecim* Vol. 127 No. 5/2011, 491–492.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, M. 2007. Ylävatsavaivat. Teoksessa Höckersted, K.; Färkkilä, M.; Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. (toim.) *Gastroenterologia ja Hepatologia*. Helsinki: Duodecim, 19–22.
- Häkkinen, H. & Voipio-Pulkki, L. 2005. Hoitoon pääsyä turvaamat lait voimaan 1.3.2005. *Sairaalaviesti* No. 1/2005, 5–6.
- International Classification of Diseases. 2009. Viitattu 14.10.2011. <http://www.terveysportti.fi> > ICD-10.
- Jacobsen, D.; Sonne, E.; Basse, L.; Bisgaard, T. & Kehlet, H. 2004. Convalescence After Colonic Resection With Fast-Track Versus Conventional Care. *Scandinavian Journal of Surgery* 2004:93, 24–28.
- Järvinen, H. 2007. Paksusuoli, peräsuoli ja anus. Kasvaimet. Teoksessa Höckersted, K.; Färkkilä, M.; Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. (toim.) *Gastroenterologia ja Hepatologia*. Helsinki: Duodecim, 512–526.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Karvonen, A. 2005. Ylävatsavaivan diagnostiikka: pitääkö aina tähyttää? *Suomen Lääkärilehti* Vol. 60 No. 44/2005, 4487–4490.
- Kellokumpu, I. & Kairaluoma M. Sappitiehytkivet- miten valita tutkimus ja hoitomuoto? *Suomen Lääkärilehti* Vol. 61 No. 14/2006, 1589–1593.
- Kouri, J. 2010. Tulehduskipulääkkeiden käytöstä. *Työterveyslääkäri* Vol. 28 No. 28/2010, 105–108.
- Kössi, J. 2007. Akuutti vatsa. *Duodecim* 2007;123:575–582.
- Leppäniemi, A. 2006. Akuutti vatsakipu. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 61 No. 48/2006, 5051–5055.
- Mäkelä, J. 2007. Akuutti vatsa. Teoksessa Höckersted, K.; Färkkilä, M.; Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. (toim.) *Gastroenterologia ja hepatologia*. Helsinki: Duodecim, 66–76.
- Nabalamba, A.; Bernstein, C. & Seko, G. 2004. Inflammatory bowel disease- hospitalization. *Health reports* Vol. 15 No. 4/2004, 25–40.

Nagpal, A.; Soni, H. & Haribhakti, S. 2010. Retrospective evaluation of patients of gastroesophageal reflux disease treated with laparoscopic Nissen's fundoplication. *Journal of Minimal Access Surgery* Vol. 6 No. 2/2010, 42–45.

Ng, V.; Booth, M.; Stratford, J.; Jones, L.; Sohanpal, J. & Dehn, T. 2007. Laparoscopic anti-reflux surgery effective in obese patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* Vol 89 No.7, 696–702.

Neri, V.; Ambrosi, A.; Di Laura, G. & Pio Valentino, T. 2006. Elective Laparoscopic-Assisted Colectomy for Sigmoid Diverticulitis. *Journal of the Society of Laparoendoscopic* Vol. 10/2006, 66–69.

Niemelä, P. 2001. Ärtävä suoli vai koliitti? *Aikakauskirja Duodecim* Vol. 117 No. 1, 5–6.

Oksala, N.; Paimela, H.; Paimela, L.; Luosujärvi, R. & Kivilaakso, R. 2003. Ulkustaudin epidemiologia tänään. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 58 No. 3/2003, 265–269.

Räty, S.; Karvonen, A.; Piironen, A. & Lindgren L. 2008. Suolilama vai tukos? *Suomen Lääkärilehti* Vol. 63 No. 47/2008, 4095–4101.

Sand, J.; Uusimäki, J.; Räty, S.; Tyrväinen, T. & Nordback, I. 2005. Sappi- ja haimateiden täyhystystoimenpiteet onnistuvat myös polikliinisesti. *Duodecim* 2005;121, 763–767.

Salmivaara, A. 2005. Tulehduskipulääkkeiden turvallinen käyttö. *Duodecim* 2005;121:2407–2410.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Terveydenhuollon palvelu paranee. Kiireettömään hoitoon määräajassa. Viitattu 27.1.2011. <http://www.stm.fi> > Julkaisut > Esitteitä-sarja > 2004 > Terveydenhuollon palvelu paranee. Kiireettömään hoitoon määräajassa.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Terveydenhuoltolaki. Viitattu 28.2.2011. <http://www.stm.fi> > Vireillä > Lainsäädäntöhankkeet > Sosiaali- ja terveydenhuolto > Terveydenhuoltolaki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa. Katsaus 2008–2011. Viitattu 27.1.2011. <http://www.stm.fi> > Julkaisut > Julkaisuhaku > Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa.

Suhonen, R.; Puro, M. & Leino-Kilpi, H. 2006. Yksilöllisyys terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* Vol. 61 No. 41/2006, 4251–4253.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Hoitoon pääsy erikoissairaanhoidossa. Viitattu 27.10.2011. <http://www.thl.fi> > Tutkimus ja kehittäminen > Tilastoja aiheittain > Terveyspalvelut > Hoitoon pääsyn seuranta > Erikoissairaanhoidon hoitoon pääsy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa. Viitattu 28.1.2011. <http://www.thl.fi> > Tutkimus ja kehittäminen > Työkalut > Perusterveydenhuollon hoitoon pääsy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Somaattisen erikoissairaanhoidon vuodeosastotoiminta ja päiväkirurgia 2009. Viitattu 28.1.2011. <http://www.thl.fi> > Tilastot ja rekisterit > Tilastoja aiheittain > Terveyspalvelut > Terveydenhuollon laitospalvelut > Somaattinen erikoissairaanhoido.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Toimenpiteelliset hoitajaksot. Viitattu 27.10.2011. <http://www.thl.fi> > Tilastot ja rekisterit > Tilastoja aiheittain > Terveyspalvelut > Terveydenhuollon laitospalvelut > Toimenpiteelliset hoitajaksot 2009.

T-pro vatsatoimialueen kha, hj ja % -osuudet. 2011. Liisa Iire. Henkilökohtainen tiedonanto syyskuu 2011. Turun Yliopistollinen Keskussairaala.

Turun Yliopistollinen Keskussairaala 2010. T-Pro -toiminnan kehittäminen. Viitattu 26.1.2011 <http://www.tyks.fi> > T-sairaalan laajennus > T-Pro -toiminnan kehittäminen.

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2011. Hoitoa, leikkausta tai toimenpidettä odottavien lukumäärä ja keskimääräiset hoitopääsyajat VSSHP:ssä sairaaloittain 31.12.2010. Viitattu 28.1.2011 <http://www.vsshp.fi> > Hoitopääsytilastot > Hoitoa, leikkausta tai toimenpidettä odottavien lukumäärä ja keskimääräiset hoitopääsyajat VSSHP:ssä sairaaloittain 31.12.2010.

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri 2006. Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin strategia vuosille 2007–2015. Viitattu 28.1.2011. <http://www.vsshp.fi> > Hallinto ja talous > Säännöt ja ohjeet > Strategia 2007–2015.

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI
EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÄRDSDISTRIKT

HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖ

Nro 40/2011

LUPAHAKEMUS (katso erilliset ohjeet: <http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus>)

Hakemus lähetetään: VSSHP, TYKS, Hoitotyön toimisto, Suunnittelija, PL 52, 20521 TURKU

 Uusi tutkimus Jatko/Muutos lupaan

TUTKIMUSLUVAN HAKIJA/HAKIJAT	Nimi/nimet: Veera Keränen Sanna Koli
Opiskelu- tai työpaikka	Osoite: Veera Keränen: Työnjohtajankatu 16 as.20 20320 Turku puhelin: Veera Keränen: 044 0127665 sähköposti: veera.keranen@students.turkuamk.fi Turun Ammattikorkeakoulu Ruiskatu 8 20720 Turku
Opinnäytetyö	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> muu, mikä? <input type="checkbox"/> Licensiaattityö <input type="checkbox"/> Ylempi AMK
TUTKIMUKSEN/OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. tutkimuksen nimi, päätavoitteet, menetelmät, aineisto, tutkimuksen suorituspaikka, tutkimuksen merkitys) Tutkimussuunnitelma erillisenä liitteenä (max. 5 s.)	Opinnäytetyön nimi on Vatsatoimialueeseen kuuluvien potilaiden hoitoajat nykyisessä toimintamallissa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoitoaikojen pituuksia vatsatoimialueen potilaille nykyisessä toimintamallissa sekä kuvata, mitkä tekijät heijastuvat potilaiden hoitoaikoihin. Vatsatoimialueen potilaiden hoitoaikojen on tarkoitus lyhentyä uuden toimintamallin hoitoilintojen myötä, jolloin on oleellista olla vertailuna nykyisen toimintamallin hoitoaikojen pituuksia. Opinnäytetyön aineistona ovat Varsinais- Suomen Sairaanhoidopiirin valmiit tilastot vatsatoimialueen potilaiden hoitoajoista. Varsinais- Suomen Sairaanhoidopiiriltä saadusta aineistosta tehdään tilastollinen analyysi käyttäen PASW- ohjelmaa. Tutkimussuunnitelma liitteenä
TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T) YHTEYSTIEDOT	11.5.2011 Ritva Koskkin allekirjoitus/nimen selvennys RITVA KOSKIN 1
SITOUMUS JA JULKAISULUPA	Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaihtoelevollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/1071/ , www.turkucrc.fi). 11.15.2011 Veera Keränen allekirjoitus/nimen selvennys 12.15.2011 Sanna Koli allekirjoitus/nimen selvennys 1
YLIHOITAJAN LAUSUNTO JA YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN VSSHP:ssä	Klinikan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: T-PRO-HANKE (ADIPRO) KIR.KLIN. POTILAS HOIDON KEHITTÄMINEN Yhdyshenkilö/virkan/toimen nimi: KIR.KLIN. RITVA KOSKIN (HANKE LUKU IRE) (yh nimeää) Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) 11.15.2011 Ritva Koskin allekirjoitus/nimen selvennys 12.15.2011 Sanna Koli allekirjoitus/nimen selvennys 1
HOITOTYÖN ASIAANTUNTIJARYHMÄN LAUSUNTO	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puolleta, Perustelu (tarv. liitteenä) <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle 7.6.2011 Ritva Koskin allekirjoitus/nimen selvennös <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä:
EETTINEN TOIMIKUNTA	Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) 1
TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty RITVA KOSKIN 16.6.2011 Ritva Koskin allekirjoitus/nimen selvennys Ylihoitaja TYKS Kirurgien klinikka allekirjoitus/nimen selvennys
	VSSHP:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
	Päätös annettu tiedoksi hakijalle 1 Päätöksen antoi

YHT 26sra TYKS/4.2009

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Sanna Koli ja Veera Keränen
 Osoite _____
 Puhelin koti _____ Puhelin työ _____
 Sähköposti sanna.koli@students.turkuamk.fi
 Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi
 Vatsatoimialueeseen kuuluvien potilaiden hoitoajat nykyisessä toimintamallissa
 Aikataulu 1.1.2011 - 20.12.2011

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri/ HOI-PRO-hanke
 Työn ohjaaja / yhteyshenkilö TtT Liisa Iire
 Osoite VSSHP, T-pro hanke, Hämeentie 11, PL 52, 20521 Turku
 Puhelin 050 4383791 Sähköposti liisa.iire@tyks.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Yliopettaja, TtT, Tiina Nurmela
 Puhelin 044 9075476 Sähköposti tiina.nurmela@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti. Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotua julkaisemista. Toimeksiantajalla on oikeus määritellä salassa pidettävä osuus, jota ei julkaista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa toteaa, että opinnäytetyöraportti voidaan julkaista kokonaisuudessaan tai määrittelee, mikä osuus työstä on salassa pidettävää.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLÄ TAVALLA

31, 5 20 11

Sanna Koli
Opiskelija *uden puolesta*

31, 5 20 4

Heikki Korvenranta
Toimeksiantaja *HEIKKI KORVENRANTA*

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

