

Tarja Korhonen

VASTAANOTTOTOIMINNAN KEHITTÄMISSUUNNITELMA
-Kajaanin pääterveysaseman henkilökunta oman työnsä kehittäjänä

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Kevät 2009



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulutut- kinto
Tekijä(t) Tarja Korhonen	
Työn nimi Vastaanotto toiminnan kehittämissuunnitelma- Kajaanin pääterveysaseman henkilökunta oman työnsä kehittäjänä	
Vaihtoehtoiset ammattipinnot Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen	Ohjaaja(t) Sirkka-Liisa Niskanen Toimeksiantaja Kainuun maakunta-kuntayhtymä
Aika Kevät 2009	Sivumäärä ja liitteet 73+7
<p>Opinnäytetyöni aiheena on Kajaanin pääterveysaseman vastaanotto toiminnan kehittämissuunnitelma. Tarve ke- hittämissuunnitelmalta löytyi muuttuneista työolosuhteista pääterveysasemalla. Useat suuret muutokset, kuten maakuntahallintokokeilu, hoitotakuu, lääkärripula ja asiakasmäärän kasvu, olivat aiheuttaneet sen, ettei entinen työskentelytapa ollut enää toimiva. Aihe on hiottu lopulliseen muotoonsa yhdessä vastuualuepäällikkö Asta Ko- mulaisen kanssa.</p> <p>Opinnäytetyöni tarkoitus on auttaa Kajaanin pääterveysaseman henkilökuntaa rakentamaan oman toiminnan ke- hittämissuunnitelma, jossa on huomioitu sekä henkilökunnasta lähtöisin olevat toiminnan kehittämistarpeet että lakisääteiset velvoitteet, lähinnä hoitotakuun muodossa. Jotta olen voinut lähteä kehittämissuunnitelmaa raken- tamaan, on minun täytynyt selvittää seuraavat tutkimustehtävät: Millainen on Kajaanin pääterveysaseman vas- taanotto toiminnan nykytila henkilökunnan kuvailemana ja kuinka toiminta on muuttunut pääterveysaseman his- torian aikana? Mitkä ovat Kajaanin pääterveysaseman vastaanotto toiminnan tärkeimmät kehittämiskohteet? Mil- laisin keinoin Kajaanin pääterveysaseman vastaanoton henkilökunta haluaa toimintaansa kehittää? Käyttämäni metodologia on kehittävä työntutkimus ja työ on kirjoitettu kertomusmuotoon ekspansivisen oppimisen sykli- mallin mukaan.</p> <p>Pääterveysaseman toiminnan nykytilan kartoituksen tein avoimella SWOT-kyselylomakkeella. Keräämäni aineis- ton käsittelin abduktiivisella sisällönanalyysillä, sijoittaen lopulta analysoidun aineiston kehittävä työntutkimuk- sen toimintajärjestelmän analyysimalliin. Nykytilan kartoituksesta kävi ilmi, että henkilökunta ja sen ammattitaito on pääterveysaseman ylivoimaisesti suurin vahvuus. Heikkouksia löytyi paljon, joista suurta kritiikkiä keräsi vuo- rovaikutuksen puute johtoportaan kanssa. Erittäin suuri huolenaihe on henkilökunnan uupumisen pelko, jota yli puolet vastanneista työntekijöistä pelkää. Henkilökunnan haluamiksi tärkeimmiksi kehittämiskohteiksi nousivat potilasmäärien rajaaminen ja toimintalinjojen luominen asian suhteen, työnkuvien uudelleen miettiminen sekä tiedottamissuunnitelman ja yhteisten potilasohjeiden tekeminen.</p> <p>Lakisääteiset asiat, kuten hoitotakuu, on kuitenkin huomioitava toiminnan kehittämisessä. Näiden asioiden poh- jalta laadittiin yhdessä vastuualuepäällikkö Asta Komulaisen kanssa kehittämissuunnitelma pääterveysaseman henkilöstön edelleen eteenpäin vietäväksi.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Terveyskeskus, vastaanotto työ, kehittävä työntutkimus, työn kehittäminen
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Second-cycle degree programme in Health Care Management and Development
Author(s) Tarja Korhonen	
Title Development Plan of the General Practice Services- staff at Kajaani Main Health Centre develop their work	
Optional Professional Studies Health Care Management and Development	Instructor(s) Sirikka-Liisa Niskanen
	Commissioned by The Joint Authority of Kainuu Region
Date Spring 2009	Total Number of Pages and Appendices 73+7
<p>The topic of this thesis was a development plan of the general practice services at Kajaani Main Health Centre. The need for the development plan emerged from the changed working conditions in the Main Health Centre. Many of the major changes, such as the Regional Self-Government Experiment, care guarantee, shortage of doctors and increasing number of clients, has led to a situation where the former way of working was no longer functional. The formulation of the topic was completed in cooperation with Ms Asta Komulainen, the responsibility area manager for general practice services.</p> <p>The purpose of this thesis was to help the Kajaani Main Health Centre staff to draw the self-development plan, which took into account not only the development needs the personnel had put forward, but also the statutory obligations, mainly care guarantee. In order to draw the development plan, the following research tasks had to be explored: What was the state of general practice services at Kajaani Main Health Centre as described by the staff and how it is changed in recent years? What were the most important areas of general practice services to be developed in Kajaani Main Health Centre? With what measures did the general surgery staff at Kajaani Main Health Centre want to take to develop their services? The methodology used was developmental work research, and the thesis was written in a report format, according to the expansive learning cycle model.</p> <p>The present state of the general practice services at the Main Health Centre was charted with a SWOT questionnaire. The data was first analyzed by using abductive content analysis, and consequently the analysed data was placed into the analysis model for developmental work research. The study of the present state showed that the staff and their skills were by far the greatest strengths in the Main Health Centre. There were many weaknesses, and much of criticism focused on the lack of interaction between the staff and management. A very big concern was the staff's fear of fatigue that more than half of the respondents feared. The staff thought that the most important development target was limiting patient volumes and related policies, reconsideration of job descriptions, and drawing both a information plan and joint patient instructions. Regulatory issues, such as care guarantee, however, need to be considered in the development plan. The above-mentioned issues the basis for the development plan prepared in cooperation with the responsibility area manager Asta Komulainen. The task of the Main Health Centre staff is to implement the preliminary development plan.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	health centre, general practice services, developmental work research, development of work
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

”Jos aina sanot: ’Katsotaan, katsotaan’,
ei koskaan tapahdu mitään.”

(Nalle Puh)

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET JA MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Kehittävä työntutkimus	4
2.1.1 Kehittävän työntutkimuksen vaiheet	5
2.1.2 Ekspansiivisen oppimisen syklimalli	6
2.2 Muutosjohtaminen	7
3 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN TOIMINNAN KEHITYSHISTORIA	9
3.1 Toiminnan kehityshistoriaa kuvaavan tiedon keruu teemahaastattelulla	9
3.2 Toiminnan kehityshistoriaa kuvaavan aineiston analysointi narratiivisesti	10
3.3 Pääterveysaseman toiminnan alkuvaiheet	10
3.4 Hoitajavastaanottojen kehittyminen	11
3.5 Omalääkäritoiminnan aloittaminen	12
3.6 Päivystystoiminnan muutokset	13
3.7 Kainuun maakuntahallintokokeilu ja sen vaikutus henkilöstön määrään	13
3.7.1 Lääkäreiden määrä	14
3.7.2 Hoitajien määrä	14
3.7.3 Terveyskeskusavustajien määrä	15
3.8 Hoitotakuun voimaantulo	15
3.9 Omalääkäritoiminnan lakkauttaminen	16
3.10 Nykyisen toiminnan tavoitteet	17
4 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN TOIMINNAN NYKYTILA	19
4.1 Nykytilaa kuvailevan aineiston keruu SWOT-analyysin avulla	19
4.2 Nykytilaa kuvailevan aineiston analysointi sisällönanalyysillä	22
4.3 Nykytilan kartoituksen tulokset	26
4.3.1 Pääterveysaseman vahvuudet henkilökunnan kuvailemana	26
4.3.2 Pääterveysaseman heikkoudet henkilökunnan kuvailemana	28
4.3.3 Pääterveysaseman mahdollisuudet henkilökunnan kuvailemana	31
4.3.4 Pääterveysaseman uhat henkilökunnan kuvailemana	33
4.4 Yhteenvedo ja johtopäätökset Kajaanin pääterveysaseman nykytilasta	35

5 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN NYKYISTEN RISTIRIITOJEN ANALYYSI	39
5.1 Nykyisten ristiriitojen analysointi	39
5.2 Tuloksen ristiriidat	39
5.3 Yhteisön ristiriidat	40
5.4 Sääntöjen ristiriidat	41
5.5 Työnjaon ristiriidat	41
6 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TAVOITE	42
6.1 Opinnäytetyön idean tausta ja kuvaus	42
6.2 Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön vaatimukset	43
6.3 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimustehtävät	45
7 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN UUDEN TOIMINTAMALLIN SUUNNITTELU	47
7.1 Moniammatilliset suunnittelutiimit	47
7.2 Kevät 2008	47
7.3 Kesä 2008	48
7.4 Syksy 2008	49
7.5 Hoitajien palaveri 23.1.2009	50
8 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN UUDEN TOIMINTAMALLIN KÄYTTÖÖNOTON SUUNNITTELU	51
8.1 Mikä on jo muuttunut?	51
8.2 Miten tästä eteenpäin?	51
9 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN UUDEN TOIMINTAMALLIN ARVIOINTI	53
9.1 Kuinka kehittämistoimintaa arvioidaan?	53
9.2 Pääterveysaseman kehittämissuunnitelman arviointi	53
10 POHDINTA	55
10.1 Pohdintaa kehittämissuunnitelman etenemisestä	55
10.2 Opinnäytetyön luotettavuus	60
10.3 Eettinen pohdinta	61
10.4 Oma pohdinta	63
10.5 Jatkotutkimusaiheet	67
LÄHTEET	68
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollossa on organisaatioiden ja toimintatapojen uudistaminen vaikeaa. Paikallisetkin, organisaatioiden sisällä toteutetut uudistushankkeet törmäävät usein vastarintaan. Jotta muutokset voisivat onnistua, olisi löydettävä työn pohjimmaisesta tarkoitukseen liittyvät, terveydenhuollon organisaatioiden sisällä kehkeytyvät jännitteet ja osattava käyttää niitä hyväksi muutoksen pitkäjänteisenä motiivina ja energiana. Terveydenhuollon pohjimmainen tarkoitus on potilas- ilman potilasta ei tarvita lääkäreitä eikä hoitajaa, ei terveyskeskusta eikä sairaalaa. (Engeström 2004, 71–72.)

Nykyisin työelämää tulkitaan usein jatkuvan muutoksen näkökulmasta, jolloin muutosvaatimus yhdistetään joustavuusvaatimukseen. Näiden vaatimusten puolestaan katsotaan johtavan jatkuvaan uuden oppimisen pakeroon. Vaatimukset joustavuudesta ja työssä oppimisesta on ulotettu koskemaan myös kunnallisia palveluorganisaatioita. Perusteluina tähän ovat palveluodotukset, jotka ovat aina taloudellisia resursseja suuremmat sekä asiakaslähtöisyys, jonka monipuolinen toteuttaminen katsotaan osaksi palvelujen laatua. Kunnallisissa palveluorganisaatioissa on kuitenkin useita rakenteellisia esteitä, jotka vaikeuttavat muutosvaatimusten toteuttamista. Esteenä voi olla esimerkiksi se, että kuntien palvelut koostuvat monista rajoilla erotetuista kokonaisuuksista, eri palvelusektoreista, päättävistä luottamushenkilöelimistä ja päätöksiä toteuttavista viranhaltijaorganisaatioista sekä eri hierarkiatasoista ja ammattiryhmistä. (Kalliola & Nakari 2006, 203–204.)

Terveyspalvelut kuuluvat kunnallisiin palveluorganisaatioihin, joita edellä mainitut muutosvaatimukset koskevat. Terveysasemien vastaanottotoiminnan kehittämistä haittaa lisäksi se, että väestön terveyttä ja terveyspalveluja koskevien tarpeiden sekä näiden tarpeiden mukaan järjestetyn terveydenhuollon määrän, laadun ja kustannusten mittaaminen on ongelmallista. Perusongelmana on se, että sekä tarpeet että niiden hoitamiseksi järjestetty terveydenhuolto muuttuvat jatkuvasti ja niihin molempiin vaikuttaa myös yhteiskunnan ja teknologian muu kehitys. Süspä tarpeita, tavoitteita, suorituskykyä ja tuloksia voi olla jopa mahdotonta vertailla samoilla kuvaajilla eri aikoina eri paikoissa. Mittareiden määrittämisen vaikeus on süs haitta toiminnan kehittämistä ajatellen: jotta työn määrää ja laatua voitaisiin kehittää, olisi oltava selkeitä mittareita näiden muuttujien kuvaamiseen. (Saarelma 2003, 27.)

Kuitenkaan työyhteisö ei ole tuloksellinen eikä voi hyvin ilman jatkuvaa kehittämistä. Työyhteisön kehittämisen lähtökohta on se, ettei työyhteisön ihmisissä ole vikaa, vaikka asiat olisivatkin pahasti solmussa eikä työnteko sujuisi lainkaan. Ihmisillä voi vain olla eri näkemyksiä, eikä heillä ole ollut mahdollisuuksia tai kykyä avoimeen keskinäiseen vuorovaikutukseen yhteisten näkökulmien löytämiseksi. Usein työyhteisön ongelmien syyt ovat moninaiset ja sen toimintaa estävät säikeet sotkuiset. Näiden syiden esille saaminen ja säikeiden oikominen vaatii herkkyyttä ja pitkäjänteisyyttä. Kehittämistoiminnan tulisi lähteä liikkeelle siitä ajatuksesta, että jokainen tuntee oman työnsä paremmin kuin muut. Siksi kaikki työntekijät olisivat saatava osallistumaan työyhteisön kehittämiseen. Tämä kaikkien osallistuminen onkin yleensä työyhteisön kehittämisen koetinkivi. Mikäli jokin taho ei lähde mukaan kehittämistoimintaan, toiminta epäonnistuu useistakin hienoista asioista huolimatta. (Juuti & Vuorela 2002, 60–61.)

Työyksikön toiminnan jatkuva ja systemaattinen kehittäminen on organisaation aktiivista ongelmien ratkaisemista ja oppimista. Se on siis enemmänkin arkista puurtamista kuin suuria sankaritekoja, joissa laitettaisiin kaikki järjestelmät kokonaan uusiksi. Jokainen työntekijä on oikeutettu ja velvollinen tekemään korjaavia ja parantavia toimenpiteitä tai toimenpidesityksiä katsoessaan ne aiheelliseksi. (Borgman & Packalén 2002, 22.) Kuinka saada työntekijät sisäistämään tämä asia, varsinkin jos työyhteisön keskuudessa on jo havaittavissa uupumista?

Muutokset työpaikalla synnyttävät usein myös paljon paineita ja muutoksen vastustaminen voi olla terve kannanotto. Ihmisen luonnollinen tapa reagoida uuteen ja järkeväänkin muutokseen on sanoa ”ei”. Synnä muutosten ahdistavuuteen voi olla tunne, että muutos ei nouse meistä, vaan tulee ulkoa ja se on vain osa meitä ulkopuolelta pakottavaa elämää. Muutos, jossa ei voi itse tehdä mitään, on yleensä vastenmielisempi kuin jos voi itse vaikuttaa asiaan. Sisältäpäin ohjautuvat ja keskustelevat työtävät vähentävät työntekijöiden vieraantuneisuutta muutostilanteessa. Silloin yhteisö on kykenevämpi ja halukkaampi muuttumaan omaehtoisesti. Ihminen haluaa muuttua silloin, kun muutos on hänen omaa luovaa toimintaansa. (Heiske 2001, 227–246.)

Mäkisalonen (2006, 9) mukaan työyhteisön kehittäminen on tahdon asia. Haluammeko itse kehittää työtämme? Ymmärrämmekö sen, että oman työn kehittäminen on osa yhteistä työtämme? Valitettavan usein haluamme itse seistä paikallamme valittaen, ettei asioille voi tehdä mitään, sen sijaan että haluaisimme olla matkalla kohti itse asettamiamme tavoitteita. Suurin piirtein tällainen oli tilanne Kajaanin pääterveysasemalla opinnäytetyöni ideaa hahmotellessa-

ni. Oli suuri haaste ryhtyä viemään läpi tätä kehittämissuunnitelmaa miettiessäni, kuinka saan innostettua henkilökunnan mukaan suunnitelman tekemiseen.

2 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET JA MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittävä työntutkimus

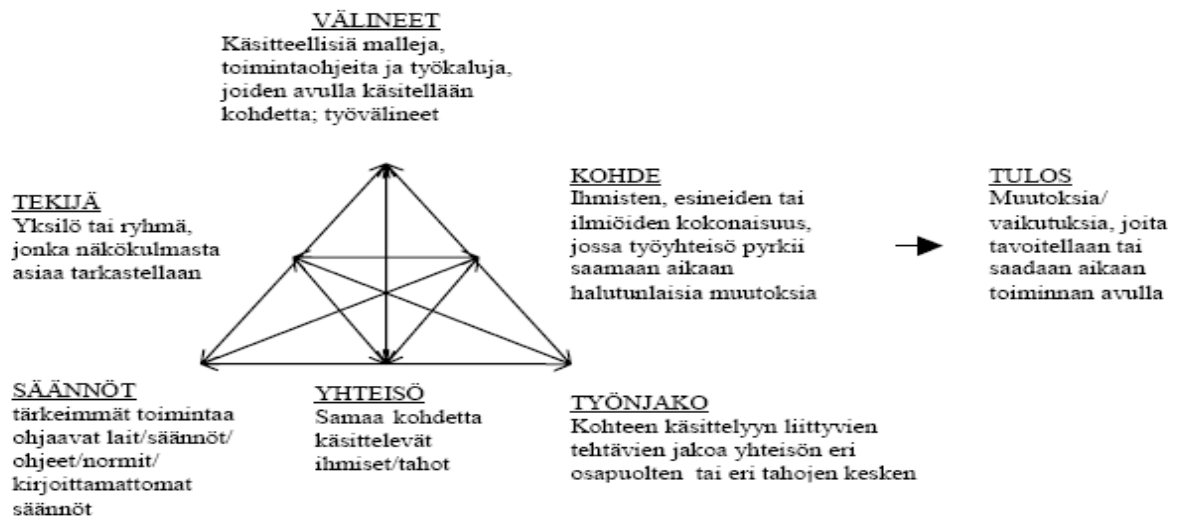
Klockarsin (2003, 13) mukaan uusien tavoitteiden asettaminen ja toteuttaminen eivät saisi vieraantua käytännön toiminnasta. Koko henkilöstön olisi voitava osallistua järjestelmien rakentamiseen ja uudistamiseen. Järjestelmän kehittäminen on aikaa vievää ja ratkaisut tulisi löytää oman terveyskeskuksen sisältä. Koko henkilökunnan tulisi myös osallistua ratkaisujen kehittämiseen.

Metodologia tarkoittaa yleistä lähestymistapaa tutkia tutkimusaihetta (Metsämuuronen 2008, 9). Opinnäytetyössäni käytettävä metodologia on kehittävä työntutkimus. Päädyin tämän tutkimusotteen valintaan edellä mainittujen Klockarsin perustelujen pohjalta. Kehittävä työntutkimus on tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen yhdistävä muutosstrategia. Työntekijät analysoivat ja muuttavat itse omaa työtään. Kehittävä työntutkimus on siis osallistava lähestymistapa. Se ei tuota työpaikalle ulkoa päin valmiita ratkaisuja vaan työyhteisön sisällä muokataan välineitä toiminnan erittelyä ja uusien mallien suunnittelua varten. (Engeström 1998, 12). Kehittävä työntutkimus on myös reflektiivinen tutkimusote. Tällä tarkoitetaan sitä, että työntekijöiden eteen muodostetaan konkreettisesta ja havainnollisesta työtä koskevasta aineistosta ikään kuin ”peili” työn ongelmista ja jännitteistä. Tämän ”peilin” avulla työntekijät analysoivat ja arvioivat toimintatapaansa (www.muutoslaboratorio.fi).

Kehittävä työntutkimus perustuu venäläisten psykologien Vysotskin, Leontjevin ja Lurijan 1920–1930-luvuilla alkuun saattamaan kulttuurihistorialliseen toiminnan teoriaan. Tähän teoriaan pohjautuvassa kehittävä työntutkimuksen metodologiassa toiminnan osatekijöiden väliset ristiriidat nähdään toiminnan kehityksen liikkeellepanevana ja sitä eteenpäin vievänä voimana. Kehittävä työntutkimukselle tunnusomaiset piirteet voi jakaa kolmeen teoreettiseen ja metodologiseen ideaan;

1. Analyysiyksikkönä on kollektiivinen toimintajärjestelmä, jossa yhteisellä toiminnalla on tietty kohde. Toimintaa määrittävät sen eri osatekijät eli välineet, yhteistoimintamuodot, työnjako ja säännöt. Yksittäisiä tekoja ja tilanteita analysoidaan aina suhteessa koko toimintajärjestelmään. (Kuva 1)

2. Toiminnan ongelmat ilmentävät ristiriitoja toimintajärjestelmän osatekijöiden välillä.
3. Muutoksia ja kehitystä tarkastellaan ja tutkitaan pitkäkestoisina, kollektiivisina oppimisprosesseina. Ne voivat johtaa kokonaan uusien yhteisten työvälineiden ja yhteistoimintamallien rakentamiseen. Tätä kutsutaan ekspansiiviseksi oppimiseksi. (www.muutoslaboratorio.fi)



Kuva 1. Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän malli..

2.1.1 Kehittävän työntutkimuksen vaiheet

Kehittävän työntutkimuksen vaiheet ovat:

1. Nykyinen toimintatapa: Kuvataan alkutila ja sen ongelmat, rajataan kohde.
2. Toiminnan kehityshistorian ja nykyisten ristiriitojen analyysi.
3. Uuden toimintamallin suunnittelun tukeminen ja analyysi: Tuotetaan työhypoteesi 3 ristiriitojen ratkaisusta eli uusi toimintamalli, analysoidaan sen luomisprosessia.

4. Uuden toimintamallin käyttöönoton tukeminen ja analyysi: Analysoidaan käyttöönottoa, sen häiriöitä, innovaatioita ja ekspansioita.
5. Uuden toimintatavan arviointi: Analysoidaan uuden toimintatavan vaikutuksia ja koko prosessia. (Engeström 1998, 128.)

Useat kehittävän työntutkimuksen hankkeet ovat käynnistyneet toimintajärjestelmän kriisivaiheessa. Tällaisessa tapauksessa tutkimuksen ja interventioiden painopiste on syklin alkuvaiheessa eli toiminnan ristiriitojen analyysissä ja uuden toimintamallin muodostamisessa. (Engeström 1998, 129.) Kajaanin pääterveysasemalla oli talvella 2007–2008 kriisivaiheeksikin luokiteltava tilanne henkilökunnan uupumisen ja lääkärivajeen vuoksi. Koko henkilökunta oli huomannut, että jonkinlaisia välineitä työn kehittämiseen tarvittiin mahdollisimman pian. Siksi opinnäytetyössäni painottuvatkin kehittävän työntutkimuksen vaiheet 1, 2 ja 3.

2.1.2 Ekspansiivisen oppimisen syklimalli

Ekspansiivisen oppimisen syklimallia (Kuva 2) käytetään kehittävässä työntutkimuksessa tutkimus- ja kehittämishankkeiden vaiheistuksen pohjana. Ekspansiivisessä oppimisessa organisaatio erittelee ja arvioi uudelleen toimintansa pohjana olevia arvoja ja normeja, sekä rakentaa samalla itselleen uuden toimintamallin ja ottaa sen käyttöön. Prosessin ohjaajan tehtävänä on auttaa osallistujia ”sysäämään” toimintansa kehitystä syklillä eteenpäin interventioiden kautta. Ohjaajan tehtävänä on esimerkiksi kerätä ja valikoida työntekijöille peiliksi konkreettista havaintoaineistoa heidän työstään, sen häiriöistä ja uutta ennakoivista ratkaisuista, asettaa työntekijöille tehtäviä työn analysoimiseksi sekä uuden toimintamallin muodostamiseksi ja soveltamiseksi sekä kehittää ja tarjota työntekijöille käsitteellisiä välineitä näiden tehtävien ratkaisemiseksi. (www.muutoslaboratorio.fi; Engeström 2004, 59.)

Kehittävän työntutkimuksen oppimisprosessia kutsutaan ekspansiiviseksi silloin, kun saman työkohteen parissa työskentelevät työyhteisön jäsenet saavat ratkaistuksi nykytoimintaan ristiriitoja aiheuttavia häiriöitä ja ongelmia. Ekspansiivinen oppiminen on monivaiheinen ja yhteisöllinen prosessi, jossa luodaan ja otetaan käyttöön uusi toimintamalli ja logiikka. Ekspansio merkitsee siirtymistä kokonaan uuteen toimintatapaan. Tämä edellyttää vakiintuneiden toimintarakenteiden kehittämistä ja muuttamista niin työvälineiden kuin sosiaalisen organisaationkin osalta. Uusi toimintamalli ei ole kenelläkään tiedossa ennen kehitysprosessia,

vaan se neuvotellaan ja muotoillaan kehittämispöytäkirjojen aikana. Organisaatio kirjaimellisesti oppii jotakin sellaista, mitä ei vielä ole. (www.muutoslaboratorio.fi; Engeström 2004, 13, 59.)



Kuva 2. Ekspansiivisen oppimisen syklimalli

2.2 Muutosjohtaminen

Työyhteisön toimintatavan muutoksen onnistuminen edellyttää johtajilta ja esimiehiltä muutosjohtamisen osaamista. Tällöin heillä tulee olla seuraavat taidot:

1. Kyky hallita konflikteja,
2. ihmissuhdetaidot, koska esimiehistä on johtajien sijaan tulossa ennemminkin valmentajia,
3. projektien johtamistaito, koska useita muutokseen liittyviä asioita voidaan edistää projekteissa,

4. johtajuus ja joustavuus, tarvittaessa tulee antaa tiukkoja ohjeita ja toisaalta tulee osata seurata sivusta antaen ryhmän tehdä itsenäisiä päätöksiä,
5. prosessin johtamistaito, koska toimintaprosessien parantaminen on usein johtajan keskeinen tehtävä,
6. kyky hallita strategiaa, koska heidän tulee ymmärtää, kuinka heidän prosessinsa ovat linjassa strategiaan tavoitteisiin ja miten ne suhtautuvat suoritusmittauksiin,
7. kyky hallita omaa kehittymistään, koska uusien haasteiden kohtaaminen edellyttää heiltä sellaisia yleistaitoja, jotka auttavat heitä vastaamaan joustavasti organisaation tarpeisiin. (Hildén 2002, 74–75.)

Työyksikön kehityshankkeen perustana tulee olla selkeä ja organisaatiossa laajasti hyväksytty ja ymmärretty muutostarve. Tarvitaan vahvat perusteet, että työntekijät motivoituvat muuttamaan totuttuja toimintatapojaan. On tärkeää, että johto osallistuu muutostarpeen analysointiin, koska johdon tehtävä on viestittää henkilöstölle, miksi toiminnan muutos on tärkeää organisaation menestymisen kannalta. Näin saadaan perusta, jolle luodaan kehittämissuunnitelman visio ja tavoitteet ja samalla edistetään kehittämismotivaation syntymistä henkilöstön keskuudessa. Kun olemassa oleva ongelma on tunnistettu, tehdään vielä nykytilan analyysi, jolla varmistetaan ongelman olemassa olo. Näin myös henkilöstä saadaan sitoutumaan paremmin muutosprosessiin. Seuraavaksi pohditaan, kuinka ongelmat saadaan parhaiten ratkaistua. Kun menetelmä on valittu, tehdään ongelmien korjaamiseksi tarvittavat muutokset ja toteutetaan uutta käytäntöä muutaman kuukauden ajan, jonka jälkeen uusi käytäntö ja tilanne arvioidaan. Jos uusi käytäntö osoittautuu arvioinnissa toimivaksi ja alkuperäiset ongelmat on saatu poistettua, vakiinnutetaan uusi toimintamalli, jolloin siitä tulee työyhteisölle normaali tapa toimia. (Hildén, 2002, 75–76.)

Muutostyö on aina myös kehittämistyötä. Muutos lähtee aina ihmisistä: siitä että jokainen työntekijä ja johtaja muuttuvat. Muutoksen yhteydessä työyhteisö luo keskuudessaan mielikuvan ja käsityksen siitä, miksi he ovat olemassa ja minkä vuoksi työtä tehdään. Perustehtävän kuva saattaa myös hämärtää pelkojen ja uhkakuvien johdosta. Tällöin esimiehen tehtävä on palauttaa henkilöstö perustehtävän pariin, ja hän valaa uskoa muutoksen läpiviemiseen. terveydenhuollon organisaatioissa muutosten päämäärä tulee aina olla potilaan hyvä hoito ja palvelu. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 44.)

3 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN TOIMINNAN KEHITYSHISTORIA

3.1 Toiminnan kehityshistoriaa kuvaavan tiedon keruu teemahaastattelulla

Seuraavat tiedot Kajaanin pääterveysaseman toiminnan kehityshistoriasta on saatu haastatteleamalla vastaanotto- ja terveyskeskussairaaloiminnan vastuualuepäällikköä Asta Komulaista 19.6.2008. Olin valinnut hänet haastattelun kohteeksi siksi, että hän on työskennellyt pääterveysasemalla jo sen valmistumisvaiheessa, ja esimiehenä hänellä on erittäin laaja näkemys sekä pääterveysaseman alkuvaiheista, että aivan viime aikojen toiminnan muutoksista. Kyseessä oli siis kohdennettu haastattelu (the focused interview), koska tiesin hänen kokeneen tietyn tilanteen, eli pääterveysaseman koko kehityshistorian. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47.)

Tiedonkeruumenetelmänä oli teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu, jossa edetään tiettyjen, etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Kyseessä on keskustelu, joka tapahtuu tutkijan aloitteesta ja hänen ehdoillaan, ja jossa hän pyrkii vuorovaikutuksessa saamaan selville haastateltavalta häntä kiinnostavat tai ainakin tutkimuksen aihepiiriin kuuluvat asiat (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; Eskola & Vastamäki 2007, 25; Hirsjärvi & Hurme 2001, 47). Olin toimittanut haastateltavalle etukäteen sähköpostitse noin kaksi viikkoa ennen haastattelua tiedoksi ne teema-alueet, joista tarvitsen tietoa. Tällöin sovittiin myös haastattelun ajankohta. Aiheet olivat samat, kuin opinnäytetyön otsikot 3.3–3.9. Haastattelu oli tarkoitus käydä läpi teema-alueista keskustellen, joten tarkkoja kysymyksiä ei keskustelun pohjana käytetty. Teemahaastattelun tavoitteena on saada vastaajan kuvaus kaikista teema-alueista (Vilkkä 2005, 102).

Haastattelutilanteen tulisi olla mahdollisimman rauhallinen ja vähän virikkeitä sisältävä, sillä tarkoitus on keskittyä itse haastatteluun (Eskola & Vastamäki 2007, 28). Haastattelutilana oli tyhjä lääkärin vastaanottohuone Kajaanin Lehtikankaan terveysasemalla juhannusaatonaattona 2008 alkaen klo 10.00. Käytettävää aikaa ei määritelty etukäteen. Haastattelutilanne oli rauhallinen ja vapaa ulkopuolisista häiriöistä. Tilanne oli enemmän keskustelua kuin varsinaista haastattelua, koska tunsimme toisemme hyvin. Sain hyvin tietoa tarvitsemistani teema-alueista, ja tein keskustelun aikana muistiinpanoja esille tulleista asioista. Haastateltava oli tuonut mukanaan myös teema-alueita koskevaa kirjallista materiaalia, lähinnä omalääkäritoimintaan liittyen. Se vähensi muistiinpanojen tekemisen tarvetta. Haastattelun yhteydessä

teimme alustavasti toiminnan kehittämissuunnitelmaa esitettäväksi henkilökunnalle kesälomien jälkeen. Haastattelu kesti noin kolme tuntia, joka oli riittävä aika.

Täydensin vielä haastattelulla keräämiäni tietoja kysymällä tarkennuksia muutamien tapahtumien vuosiluvuista yhdeltä terveyskeskuslääkäriltä, yhdeltä kansanterveyshoitajalta ja yhdeltä terveyskeskusavustajalta.

3.2 Toiminnan kehityshistoriaa kuvaavan aineiston analysointi narratiivisesti

Kirjoitin teemahaastattelulla keräämäni aineiston pääterveysaseman tärkeistä tapahtumista kertomuksen muotoon, eli käytin narratiivista lähestymistapaa. Narratiivi tarkoittaa kertomusta, tarinaa tai tapahtumien kulkua (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 213). Haastattelussa on kyse juuri kertomusten keräämisestä, koska haastattelupuheen muoto on kertomuksellinen. Narratiivisen aineiston voi kerätä myös olemassa olevista kirjoituksista. (Eskola & Suoranta 2005, 23.) Narratiivisen aineiston analyysitapa on usein vapaamuotoinen. Aineiston analyysissä tutkija esittää aineistolle teoreettisia kysymyksiä. Analyysin tavoitteena tulee olla alkuperäisen kertomuksen välittäminen mahdollisimman tarkasti. (Vuokila-Oikkonen, Jänhonen & Nikkonen 2001, 94.) Koska tavoitteena oli kuvailla pääterveysaseman toiminnan kehityshistoriaa, käytin paljon sanoja milloin, miksi ja kuinka, että saisin kirjoittamani muistiinpanot vastaamaan haluamiini kysymyksiin. Mielestäni kirjoittamani kertomus kuvailee pääterveysaseman kehityshistoriaa hyvin, vastuualuepäällikkö Asta Komulainen on myös lukenut ja hyväksynyt tekstin.

3.3 Pääterveysaseman toiminnan alkuvaiheet

Kajaanin pääterveysasema valmistui vuonna 1986. Alkuvaiheessa pääterveysasemalla toimi koko kaupungin ajanvaraus- ja päivystysvastaanotto, sisältäen siis keskustan, Teppanan ja Lehtikankaan alueiden vastaanotot. Jokaisen kaupunginosan toiminta oli jaettu omiin soluihinsa, A-, B- ja C- soluihin ja jokaisessa solussa oli oma henkilökuntansa. Toiminta oli ympärivuorokautista. Päivällä oli sekä ajanvaraus- että päivystysvastaanottoa ja iltaisin pelkkää päivystystä. Öisin vastaanotolla oli päivystävä lääkäri, jonka vuodeosaston yösairaanhoidtaja herätti tarpeen vaatiessa.

Toiminta muuttui syksyllä 1989, jolloin Lehtikankaan terveysasema valmistui ja kyseisen kaupunginosan potilaiden hoito siirtyi Lehtikankaan kaupunginosaan. Teppanan terveysaseman henkilökunta siirtyi myös pääterveysasemalta Teppanan kaupunginosaan vuonna 1989, palaten kuitenkin takaisin pääterveysasemalle vuonna 2002.

3.4 Hoitajavastaanottojen kehittyminen

Diabeteshoitajatoimintaa on pääterveysasemalla ollut toiminnan alusta saakka. 1990-luvun alkupuolella alkoi kansanterveyshoitajien vastaanotto pitkäaikaissairauksia sairastaville potilaille ja vuonna 1995 alkoi kansanterveyshoitajien kouluttaminen yhteistyössä Kainuun keskussairaalan kanssa. Diabetespotilaiden lisäksi vastaanottoa pidettiin alkuvaiheessa astma- ja reumapotilaille. 1990-luvun loppupuolella lakkautettiin terveydenhoitajien aamuvastaanotot, joille potilaat tulivat ilman ajanvarausta. Satunnaisilla verenpaineen ja verensokerin mittauksilla ei katsottu olevan hoidollista merkitystä, koska potilas ei tällaisilla vastaanotoilla saanut tarvitsemaansa ohjausta ja seurantaa. Diabetes-, astma- ja reumapotilaiden lisäksi kansanterveyshoitajien vastaanotoilla asioivat nykyisin myös verenpaine-, kolesterolin- ja koliittipotilaat. Kesällä 2008 kansanterveyshoitajia oli pääterveysasemalla neljä.

Päivystävän hoitajan toiminta alkoi heti pääterveysaseman valmistuttua. Toiminnan alkuvaiheessa yksi päivystävä hoitaja hoiti puhelinneuvontaa ja ajanvarausta ja yksi hoitaja piti päivystysvastaanottoa. Päivystävien hoitajien toimenkuvaan on aina kuulunut myös ambulanssi-potilaiden hoito. Päivystävien hoitajien määrää lisättiin vuonna 2003, jolloin sekä keskustan että Teppanan alueelle palkattiin kokopäiväiset päivystävät sairaanhoitajat. Tarkkailupotilaiden hoidon siirryttyä kaupunginsairaalan akuuttiyksiköstä vastaanotolle keväällä 2004, tarvittiin yksi hoitaja lisää tarkkailupotilaita varten. Kansanterveyshoitajien lopetettua niin sanotun sairastuvastuvastaanoton pitämisen kokonaan, on päivystävien sairaanhoitajien määrä kasvanut nykyiseen määräänsä, joka on kesällä 2008 viisi hoitajaa. Viiden hoitajan työpanos jakaantuu siten, että yksi hoitaja on tarkkailupotilaita varten, kaksi hoitajaa antaa puhelinneuvontaa ja hoitaa päivystysajanvarausta ja kaksi hoitajaa pitää päivystysvastaanottoa.

3.5 Omalääkäritoiminnan aloittaminen

Omalääkärijärjestelmä tarkoittaa sitä, että jokaiselle omalääkärille määrätään henkilökohtainen vastuuväestö, jonka perusterveydenhuollon palveluista hän vastaa yhdessä muun henkilöstön kanssa. Omalääkäritoiminnan keskeinen asia on lääkärin henkilökohtainen vastuu väestöstään ja tämän vastuun tosiasiallinen toteutuminen. Järjestelmän yhtenä perusajatuksena on omalääkärin velvollisuus huolehtia siitä, että hänelle määrätty vastuuväestö saa asianmukaisen hoidon mahdollisimman pian. Potilaalla on oikeus kolmen päivän kuluessa saada yhteys omalääkäriinsä ja tämän ohjeet hoidon järjestämisestä asianmukaisesti. Tavoitteena on potilaan pääsy lääkärin tai muun terveydenhuollon tai sosiaalihuollon ammattihenkilön luokse potilaalle mahdollisimman sopivana ajankohtana (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2004, 6).

Koko Kajaanin kaupungissa aloitettiin omalääkäritoiminta 1.12.1996. Se oli ollut suunnitellun lähtökohta jo pääterveysaseman rakentamisen aikoihin. Kaupungin säästötalkoiden jälkeen vuosina 1995–1996 vastaanottokäyntien määrä nousi voimakkaasti. Lääkäripula Kainuussa oli helpottanut jo vuosina 1991–1992, mutta lisääntyneeseen tarjontaan ei tyydyttänyt kysyntää, vaan vastaanotoille joutui jonottamaan. Koska ajanvarausvastaanotoille ei päässyt, potilaat hakeutuivat päivystykseen, joka ruuhkautui ei-kiireellisten kävijöiden vuoksi. Omalääkärijärjestelmään siirryttäessä tavoitteena oli saada 40 % päivystyksessä kävijöistä siirtymään oman alueensa ajanvarausvastaanotolle. Valtakunnallisesti Kajaani oli hieman myöhässä omalääkäritoiminnan aloittamisen kanssa. Laajimmillaan väestövastuinen omalääkäritoiminta oli vuonna 1991, jolloin toiminta ulottui 30 paikkakunnalle ja sen piirissä oli lähes miljoona asukasta ja 500 lääkäriä. (Kajaanin kaupunki 1996; Ahonen 2003, 20.)

Omalääkäreille kuului oman vastuuväestönsä hoidon lisäksi neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä kotisairaanhoidon asiakkaita omalta väestövastuualueeltaan. Väestövastuualueet jaettiin asuinpaikan mukaan seitsemälletoista väestövastuulääkärille. Jokaisen lääkärin vastuuväestö oli tuolloin keskimäärin 2144 potilasta. Kajaanin lääkäreiden keskuudessa oli aluksi huolestuneisuutta väestövastuun mahdollisesti aiheuttamasta lisääntyvästä työrasituksesta. (Kajaanin kaupunki, 1996.)

Kokon (2008) mukaan perusvirhe omalääkärijärjestelmässä oli se, että sen myötä koko maa naulittiin jäykästi tiettyyn virkaehtojärjestelmään. Kaikki toimi hyvin siihen saakka, kunnes joku lääkäri sairastui ja hänen potilaansa siirrettiin toiselle lääkärille ilman erityistä korvausta.

Kokko on myös sitä mieltä, että useilla paikkakunnilla omalääkärijärjestelmä jäi joko kokonaan tekemättä tai sen tekeminen aloitettiin liian myöhään.

3.6 Päivystystoiminnan muutokset

Pääterveysaseman toiminnan alkuvaiheen ympärivuorokautisen päivystyksen toimintaan tehtiin ensimmäisen kerran muutoksia vuonna 1993, jolloin yöpäivystys siirtyi kokeiluluonteisesti Kainuun keskussairaalaan. Siirtymisen syyinä oli päällekkäisyyksien karsiminen. Samalla huomioitiin taloudellisuusnäkökulma. Kaupungissa ei haluttu ylläpitää yöaikaan kahta päivystyspistettä. Yöpäivystystoiminta vakinaistettiin keskussairaalalle vuonna 1994.

Iltta- ja viikonloppupäivystys siirrettiin Kainuun keskussairaalan hoidettavaksi keväällä 1999. Tällöin päivystyskapasiteettia väestövastuualueilla lisättiin, ja akuuttipotilaat oli tarkoitus saada hoidettua virka-aikana heidän omilla terveysasemillaan.

3.7 Kainuun maakuntahallintokokeilu ja sen vaikutus henkilöstön määrään

Helmikuussa 2003 eduskunta säati lain Kainuun hallintokokeilusta. Kokeilun tarkoituksena on saada kokemusta maakunnallisen itsehallinnon vahvistamisesta, sen vaikutuksista maakunnan kehittämiseen, peruspalveluiden järjestämiseen, kansalaisten osallistumiseen, maakunnan ja valtion keskushallinnon suhteeseen sekä kuntien ja valtion aluehallinnon toimintaan. Tavoitteena on edistää Kainuun alueen kehitystä ja vahvistaa sen tulevaisuutta lisäämällä maakunnallista itsehallintoa ja kuntien välistä yhteistyötä. Maakunnallinen päätöksenteko on koottu yhteen päätöksentekoelimeen, jonka tavoitteena on mahdollistaa nykyistä paremmin Kainuun sosiaalisten ja yhteiskunnallisten ongelmien ratkaiseminen. Kunnallisia peruspalveluja koskevan päätöksenteon ja rahoituksen kokoamisella maakuntavaltuustolle pyritään turvaamaan palvelujen laatu ja saatavuus koko Kainuussa väestöennusteiden toteutumisesta huolimatta. Lain mukaan maakunta huolehtii pääosin ennen kuntien vastuulla olleista sosiaali- ja terveydenhuollon sekä osin opetustoimen tehtävistä. Maakunta vastaa myös maakunnan yleisestä elinkeinopolitiikasta sekä maakunnan suunnittelusta ja Kainuun alueen kehittämisestä. Kokeilun tarkoitus on turvata eri kunnissa asuvien kansalaisten yhdenvertaiset mahdolli-

suudet saada julkisia peruspalveluja. Hallintokokeilu alkoi vuoden 2005 alussa ja kestää vuoden 2012 loppuun. (Kainuun maakunta-INFO.)

Maakuntahallintokokeilu on mahdollistanut henkilökunnan siirtymisen maakunnan sisällä tehtävästä toiseen ja myös virkapohjia ja tehtäviä on siirretty sisäisesti. Henkilökunnassa liikuvuutta maakunnan sisällä tehtävästä toiseen on ollut etenkin lääkäreiden keskuudessa.

3.7.1 Lääkäreiden määrä

Kesällä 2008 tilannetta tarkastellen lääkrivakanssien täyttöaste on säilynyt ennallaan, mutta vakinaisesti täytettyjen lääkärinvirkojen määrä on laskenut. Tämä tarkoittaa sitä, että vakinainen virka on täytetty määräaikaista esimerkiksi eurolääkärillä tai keikkalääkärillä. Yksi lääkärin virkapohja on siirtynyt perhepalveluihin, tämän myötä pääterveysaseman lääkäreiltä jäivät pois lastenneuvola- ja koululääkäriaajat. Teppanan alueen neljästä lääkärinvirasta on vakinaisesti täytetty kolme ja yksi virka sijaislääkärillä. Keskustan alueen viidestä ja puolesta lääkärinvirasta on vakinaisesti täytetty kolme ja puoli ja sijaisvoimin kaksi virkaa. Kaikki pääterveysaseman yhdeksän ja puoli lääkärinvirkaa on tällä hetkellä (kesä 2008) täytetty.

3.7.2 Hoitajien määrä

Hoitajien määrä lisääntyi yhdellä lisävakanssilla maakuntahallintokokeilun alkaessa. Pääterveysasemalle saatiin yksi hoitajan vakanssi lisää, tähän tehtävään siirtyi sisäisellä siirrolla maakunta-kuntayhtymän vakituudessa työsuhhteessa oleva henkilö. Yksi pääterveysaseman terveyskeskusavustaja valmistui hallintokokeilun alkamisen jälkeen sairaanhoitajaksi ja siirtyi kansanterveyshoitajan tehtävään. Myös yhden eläkkeelle jääneen terveyskeskusavustajan vakanssi muutettiin hoitajan vakanssiksi. Ennen maakuntakokeilun alkua pääterveysasemalla oli yhteensä kuusi hoitajaa, kesällä 2008 pääterveysasemalla on viisi päivystävää sairaanhoitajaa ja neljä kansanterveyshoitajaa. Kaikki yhdeksän hoitajan vakanssia on täytetty, yksi päivystävä hoitaja on sijainen.

3.7.3 Terveyskeskusavustajien määrä

Terveyskeskusavustajien määrä väheni eläköitymisen vuoksi jo ennen maakuntakokeilua. Maakuntakokeilun alkuvaiheessa kaksi avustajan vakanssia muutettiin hoitajan vakansseiksi (katso edellinen kappale). Keväällä 2007 yksi avustaja Lehtikankaan terveysasemalta ja syksyllä 2007 Vuolijoen terveysaseman avustaja siirtyivät pääterveysasemalle. Tästä johtuen pääterveysaseman terveyskeskusavustajien määrä on pysynyt samana kuin ennen maakuntahallintokokeilun alkuakin. Kaikki seitsemän terveyskeskusavustajan vakanssia on vakinaisesti täytetty.

3.8 Hoitotakuun voimaantulo

Vuoden 2005 maaliskuun ensimmäisestä päivästä alkaen voimaan tulleen hoitotakuun mukaan kiireettömät tutkimukset ja kiireetön hoito on saatava määräajassa sekä terveyskeskuksessa että sairaalassa. Kiireellistä hoitoa tarvitsevat ja vakavasti sairaat potilaat on edelleen hoidettava heti, heidän hoitoaan ei hoitotakuu koske. Hoitotakuuvelvoitteen mukaan terveyskeskukseen on saatava virka-aikana puhelinyhteys välittömästi. Virka-aika tarkoittaa sitä aikaa, jonka terveyskeskus on julkisesti ilmoittanut olevansa avoinna, muuna aikana terveyskeskus järjestää päivystyksen. Hoidon tarve tulee arvioida terveyskeskuksessa kolmen päivän kuluessa potilaan yhteydenotosta ja arvion voi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Usein jo puhelimesta terveydenhuollon ammattihenkilö voi arvioida, tarvitseeko soittajan tulla vastaanotolle vai annetaanko hänelle hoito-ohjeet puhelimesta. Jos potilaan hoidon tarpeen arviointi tehdään vastaanotolla, potilaalle varataan aika niin, että hän pääsee vastaanotolle kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Tavallisesti hoito terveyskeskuksessa aloitetaan heti ensimmäisellä vastaanotolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 3.)

Hoitotakuun mukanaan tuomiin velvoitteisiin alettiin pääterveysasemalla varautua hyvissä ajoin. Puhelinpäivystystä tehostettiin, mikä tarkoitti sitä, että kaksi päivystävää hoitajaa hoiti puhelinpäivystystä koko ajan. Tarkoituksena oli saavutettavuuden parantaminen ja se, että puhelut ohjautuisivat oikeaan paikkaan. Kansanterveyshoitajille tuli puhelintunnit kaksi kertaa päivässä. Tavoite oli, että päivystyspuhelut ohjautuvat päivystävälle hoitajalle ja kansanterveyshoitajien potilaiden puhelut heidän omalle hoitajalleen. Ajanvaraustoimistoihin ohjat-

tiin kiireettömiä puheluita ja reseptitiedusteluja. Vastaanotto toimintaa järjestyttiin siten, että pitkäaikaissairauksien käynnit ohjattiin kokonaisuudessaan pois päivystäviltä hoitajilta tarkoituksenmukaiseen paikkaan, eli kansanterveyshoitajille..

Keväällä 2008 Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen ja lääninhallituksen taholta on kohdistettu voimakkaasti valvontaa Kajaanin pääterveysasemalle. Välittömän puhelinyhteyden saaminen on ollut hoitotakuun toteutumisessa heikkoa etenkin kansanterveyshoitajien kohdalla.

3.9 Omalääkäritoiminnan lakkauttaminen

Omalääkärijärjestelmä lakkautettiin Kajaanissa 1.6.2008 alkaen. Syitä tähän muutokseen oli useita. Lomien ja äkillisten poissaolojen seurauksena sekä lääkäreiden rekrytointiongelmien vuoksi lääkäreiden työ alkoi painottua yhä enenevässä määrin päivystystoimintaan ja vastuuväestön normaalit vastaanottopalvelut alkoivat kärsiä. Väestön ikääntyminen ja moniongelmaisuus kasvattivat lääkäreiden työmäärää. Joillekin asuinalueille ei useaan vuoteen saatu nimettyä omalääkärinä, vaan näiden alueiden väestö jakautui muiden lääkäreiden tai nuorten sijaislääkäreiden hoidettavaksi. Tämä lisäsi työssä olevien omalääkäreiden kuormitusta ja hankaloitti heidän omien vastuuväestöjensä palvelujen saatavuutta. Alueiden toimintaedellytykset väestövastuuperiaatteen toteuttamiseksi tulivat mahdottomiksi ja potilaat joutuivat eriarvoiseen asemaan palvelujen saatavuudessa. Hoitohenkilöstöön kohdistuvat paineet lisääntyivät ja vaikuttivat heidän työssä jaksamiseensa. Työterveyshuolto luopui liikelaitostumisensa jälkeen omalääkärijärjestelmästä ja lääkärivajeen seurauksena myös Ristijärven ja Vuolijoen vastaanotto- ja päivystyspalvelut alettiin tuottaa Kajaanissa. Vastuuväestöjen määrät kasvoivat kohtuuttoman suuriksi lääkärinä kohden.

Edellä mainituista tekijöistä johtuen palvelujen tarve lisääntyi siinä määrin, ettei väestövästäinen toimintamalli enää toiminut. Potilaat eivät saaneet riittäviä lääkäripalveluja ja henkilöstö uupui. Kajaani lakkautti viimeisenä kuntana Kainuun maakunta-kuntayhtymän alueella omalääkärijärjestelmänsä. Lääkäreiden palkkausjärjestelmässä siirryttiin noudattamaan normaalia virkaehtosopimusta 1.6.2008 alkaen. Tämän virkaehtosopimuksen mukaan lääkäreiden työaika on 37 tuntia viikossa. Muutoksen tavoitteena on lisätä lääkäreiden työajan hallintaa ja työssä jaksamista sekä parantaa työyhteisöjen toimivuutta ja hyvinvointia.

3.10 Nykyisen toiminnan tavoitteet

Kansanterveyslain 28.1.1972/66, 2. luvun 5§:n mukaan kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä. Kunnat voivat myös yhdessä huolehtia kansanterveystyöstä perustamalla kuntayhtymän, kuten Kainuun maakunta-kuntayhtymä. Kunnan/kuntayhtymän kansanterveystyöhön kuuluvia tehtäviä jotka koskevat nimenomaan vastaanotto toimintaa ovat seuraavat tehtävät: kunnan asukkaiden sairaanhoidon järjestäminen, johon luetaan lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus, kiireellisen avosairanhoidon järjestäminen potilaan asuinpaikasta riippumatta sekä huolehtiminen siitä, että kunnan asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun sen tarve perustuu lakiin tai asukkaan tai potilaan hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämättömään perusteeseen (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66, 3.luku, 14§). Näitä toimintoja varten tulee kunnalla/kuntayhtymällä olla terveyskeskus (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66, 3.luku, 15§).

Kajaanin seudun vastaanotto toiminnan perustehtävänä on tuottaa Kajaanin, Paltamon, Ristijärven ja Vuolijoen alueen asukkaille heidän tarvitsemansa sairaanhoitopalvelut mukaan lukien ennaltaehkäisevä työ. Palveluihin kuuluvat lääkärin ja hoitajan vastaanotto, sairaanhoitajan puhelinohjaus ja – neuvonta, fysioterapeuttiset ja erityisterapeuttiset kuntoutustoimet sekä hoitotarvikejakelu. Toimintaa ohjaava näkökulma on terveyden edistäminen. Toiminnan tavoitteena on tuottaa Kajaanin seudun alueella kaikkien asiakkaiden saatavissa olevat korkeatasoiset ja määrällisesti oikein mitoitettut vastaanottopalvelut sekä turvata asiakkaille hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon pääsy hoitotakuulain velvoittamassa määräajassa. Toimintoihin kuuluvat:

- Sairauksien oikea-aikainen hoito ja varhainen toteaminen,
- äkillisesti sairastuneiden potilaiden tehokas, turvallinen ja tarpeen mukainen hoito,
- asiakkaan ja potilaan itsenäisen selviytymisen tukeminen ja tarvittavat interventiot,
- kansantautien ennaltaehkäisy ja hoito,
- sairaanhoitajan puhelinohjaus, -neuvonta ja – ajanvaraus,

- kiireettömän hoidon ohjaus, neuvonta ja ajanvaraus. (Kainuun maakuntakuntayhtymä).

Kajaanin pääterveysasemalla annetaan tällä hetkellä (kesä 2008) terveyspalveluja keskustan ja Teppanan alueiden sekä Vuolijoen ja Otanmäen taajamien asukkaille. Keskustan ja Teppanan alueiden vastaanotot toimivat fyysisesti erillisenä toimintona pääaulan vastakkaisilla puolilla. Omalääkäritoiminta on lakannut, mutta aluejako noudatetaan edelleen eli keskustan alueen asukkaat asioivat edelleen oman alueensa toimistossa ja Teppanan alueen asukkaat omassaan. Vuolijoen alueen asukkaat on jaettu molemmille alueille. Myös päivystävän sairaanhoitajan palveluja on molemmilla alueilla. Kansanterveyshoitajien vastaanotot sijaitsevat fyysisesti keskustan vastaanoton puolella ja heilläkin toimii aluejako ruokavalio- ja tablettihoitoisten diabeetikoiden sekä verenpaine- ja kolesterolipotilaiden ollessa kyseessä. Päivittäin kaksi lääkäriä päivystää, jolloin molemmat lääkärit voivat työskennellä samalla alueella tai sitten on yksi päivystävä lääkäri alueellaan. Toimistossa potilaat kohtaavat ensimmäisenä kontaktinaan pääsääntöisesti terveyskeskusavustajan, jotka hoitavat ajanvarausta, reseptiliikennettä, vastaanotolle ilmoittautumista ja laskutusta sekä avustavat lääkäreitä toimenpiteissä. Reseptien uusiminen on keskitetty keskustan alueelle, jossa yksi avustaja päivittäin valmistelee uusittavia reseptejä.

Vuoden 2008 alusta pääterveysaseman henkilökunnalle annettiin mahdollisuus osallistua ryhmätyönohjaukseen. Työnohjaukselle ei ole olemassa tarkkaa määritelmää sen moni-ilmeisyyden vuoksi. Työnohjaus voidaan määritellä ohjattavan oman työn ja oman itsen tarkasteluksi ja tutkimiseksi. Se tarkoittaa systemaattista oman työn reflektointia yksin eli yksilötyönohjauksena tai työryhmässä eli ryhmätyönohjauksena. Työnohjauksessa on mahdollista purkaa työpaineitaan, näyttää omaa avuttomuuttaan, peilata omia ratkaisujaan muiden ratkaisuihin, saada tukea ja palauteta työstään sekä vahvistaa omaa persoonallisuuttaan ja ammatillista identiteettiään. (Paunonen-Ilmonen 2001, 11; Mäkisalo 2003, 33–34.) Työnohjaukseen ovat osallistuneet erityisesti päivystävät sairaanhoitajat.

4 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN TOIMINNAN NYKYTILA

4.1 Nykytilaa kuvailevan aineiston keruu SWOT-analyysin avulla

Metodi tarkoittaa erityistä tutkimustekniikkaa (Metsämuuronen 2008, 9). Valitsemani metodi pääterveysaseman nykytilan kartoittamiseen on avoin kyselytutkimus. Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2007, 189, 196) mukaan avoin kysely on lähempänä vapaata kuin formaalia ja strukturoitua tutkimusasetelmaa. Heidän mukaansa avoimet kysymykset a) sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin, b) eivät ehdota valmiita vastauksia, c) välttävät haitat, jotka aiheutuvat vastaamisen muodosta, d) antavat mahdollisuuden tunnistaa motivaatioon liittyviä seikkoja ja vastaajien viitekehyksiä, e) ovat välttämätön vaihe monivalintatehtävien vaihtoehtojen kehittelyssä ja f) auttavat monivalintatehtäviin annettujen poikkeavien vastausten tulkinnassa. Avointen kysymysten vastausten joukossa voi olla myös hyviä ideoita (Valli 2007, 124).

Laadullista tutkimusta voidaan luonnehtia prosessiksi. Kun aineistonkeruun väline on inhimillisesti tutkija itse, voi aineistoon liittyvien näkökulmien ja tulkintojen katsoa kehittyvän tutkijan tietoisuudessa tutkimusprosessin edetessä. Laadullinen tutkimus on prosessi myös siinä mielessä, että tutkimuksen etenemisen vaiheet eivät välttämättä ole etukäteen jäsenneltävissä selkeästi eri vaiheisiin. Eräs selitys tällaiselle tutkimusotteen avoimuudelle on, että tutkijan pyrkimyksenä on tavoittaa tutkittavien näkemys tutkittavana olevasta ilmiöstä tai ymmärtää ihmisten toimintaa tietyssä ympäristössä. Laadulliset menetelmät voivat auttaa tutkijaa ymmärtämään selvästi epäloogista käytöstä. (Kiviniemi 2007, 70; Barbour 2008, 13.)

Opinnäytetyöstäni löytyy fenomenologisia piirteitä. Fenomenologisen tutkimuksen kohteena ovat ihmisten kokemukset. Fenomenologian avulla yritetään kuvata kokemusta suoraan sellaisena kuin se on, jolloin sitä ei saa selittää tai analysoida. Hoitotieteessä fenomenologisella tutkimuksella voidaan tuottaa tietoa hoidettavana olevien arkielämään tai toimintaan liittyvistä kokemuksista ja kokemusten merkityksistä. Sillä voidaan tuottaa tietoa myös hoitotyöntekijöiden näkökulmasta ja hoitamaan oppimisesta. Tällainen kokemuksellinen tieto vähän tutkituista tai vaikeasti määriteltävistä asioista saavutetaan parhaiten fenomenologisen lähestymistavan avulla. (Lukkarinen 2001, 116–122.)

Pääterveysaseman koko henkilökunnalla oli 22.1.2008 yhteinen palaveri, jossa koko henkilöstö oli paikalla. Esittelin henkilökunnalle lyhyesti opinnäytetyöni toteuttamissuunnitelmaa, aikataulua ja aineistonkeruumenetelmääni, joka tulisi olemaan kirjallinen SWOT-analyysi. SWOT-analyysin nimi muodostuu sanoista **Strengths** = vahvuudet, **Weaknesses** = heikkoudet, **Opportunities** = mahdollisuudet ja **Threats** = uhat. Analyysi on Albert Humphreyn kehittämä nelikenttämenetelmä, jota voidaan käyttää strategian laatimisessa sekä oppimisen tai ongelmien tunnistamisessa, arvioinnissa tai kehittämisessä. Analysoidusta asiasta kirjataan ylös sisäiset vahvuudet, sisäiset heikkoudet, ulkoiset mahdollisuudet ja ulkoiset uhat. Kyseessä on kahden ulottuvuuden kuvaama nelikenttä. Kaavion vasemmassa puoliskossa kuvataan myönteiset ja oikeassa puoliskossa negatiiviset asiat. Kaavion alapuoliskossa kuvataan organisaation ulkopuoliset asiat ja yläpuoliskossa organisaation sisäiset asiat. SWOT-analyysi on synteesi kahdella tavalla: vahvuuksissa ja heikkouksissa keskitytään organisaation sisäiseen tilaan ja nykyhetkeen, kun taas tulevaisuuteen keskittyvät mahdollisuudet ja uhat haetaan ympäristöstä. Analyysin tuloksena huomataan usein, että samat asiat voivat sopia kaikkiin kenttiin ja lopputulos voi olla varsin sekava. Saatua SWOT-mallia on tarkoitus käyttää ideointiin ja jatkokehittelyyn. (Wikipedia; Kamensky 2003, 171, Lindroos & Lohiniva 2004, 217–218.)

Syitä SWOT-analyysin maailmanlaajuiseen suureen suosioon ovat ainakin seuraavat syyt:

- Vahvuudet ja heikkoudet ovat tiivistelmä organisaation sisäisestä tilasta,
- mahdollisuudet ja uhat ovat tiivistelmä yrityksen toimintaympäristöstä,
- oikein laadittuna vahvuudet ja heikkoudet on suhteutettu kilpailutilanteeseen,
- analyysiin on suhteutettu sekä nykytilaa että tulevaisuutta,
- analyysi on näennäisesti helppo tehdä,
- analyysia voidaan soveltaa monella tasolla ja alueella. (Kamensky 2008, 203–204.)

Laatimassani lomakkeessa (Liite 1) oli pelkkä nelikenttä avoimia vastauksia varten ja yksi tyhjä sivu, johon vastaajat saivat kirjoittaa täydennyksiä ja lisäyksiä vastauksiinsa. Kenellekään henkilökunnan jäsenelle SWOT-analyysin tekeminen ei kyselemäni perusteella tuottanut ongelmia ja koko henkilökunta oli mielellään lähdössä mukaan opinnäytetyön toteuttamiseen.

Seuraava henkilökuntapalaveri sovittiin pidettäväksi 12.2.2008 ja henkilökunnan kanssa päätimme, että kyseisen palaverin yhteydessä jaan jokaiselle kyselyyn kuuluvalle henkilökunnan jäsenelle SWOT-analyysilomakkeet henkilökohtaisesti.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole pyrkimyksenä päästä tilastollisiin yleistyksiin, vaan siinä pyritään esimerkiksi kuvaamaan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohta on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niiden merkitykset. Niinpä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat henkilöt tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta. Tässä mielessä tiedonantajien valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Kvalitatiiviseen tutkimukseen liitetään usein piirre, että kaikki tapaukset ovat ainutlaatuisia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 177; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86; Kylmä & Juvakka 2007, 58.) En voinut asettaa ketään Kajaanin pääterveysaseman vastaanoton työntekijää toista paremmaksi, joten kohdejoukoksi valitsin koko pääterveysaseman henkilökunnan sijaisineen ja määräaikaisine työntekijöineen. Tähän joukkoon sisältyivät kaikki lääkärit, hoitajat ja terveyskeskusavustajat, joiden lähiesimies löytyy pääterveysasemalta. Tällä kriteerillä yksi keikkafirman kautta töissä ollut lääkäri ja kaksi hoitohenkilökunnan varahenkilöä rajautui pois, koska heidän lähiesimiehensä työskentelevät muualla.

12.2.2008 jaoin analyysilomakkeet seitsemälle (7) lääkärille, seitsemälle (7) terveyskeskusavustajalle ja yhdeksälle (9) sairaan- tai terveydenhoitajalle. Yhdelle (1) lääkärille ja kahdelle (2) avustajalle annoin lomakkeen seuraavalla viikolla, koska he eivät olleet palaveriviikolla paikalla. Jälkeenpäin huomasin kollegani avustuksella olevani itsekin yksi työntekijä pääterveysasemalla eli myös minun täytyi tietysti täyttää lomake. Yhteensä täytettäviä lomakkeita oli siis kaksikymmentäseitsemän (27) kappaletta. Mielestäni jakamieni lomakkeiden määrä oli sopiva, koska Kylmän ja Juvakan (2007, 27) mukaan hyvin laaja aineisto kvalitatiivisessa tutkimuksessa voi vaikeuttaa aineiston analysointia sekä oleellisten asioiden hahmottamista. Samassa palaverissa sovittiin myös täytettyjen analyysien palauttamistapa ja päivämäärä eli henkilökunta palauttaa täytetyt analyysilomakkeet viimeistään 7.3.2008 jompaankumpaan ajanvaraustoimistoon, joista ne toimitetaan minun saapuvan postin lokeroon. Aikaa SWOT:n täyttämiseen tuli varata n. kuukauden verran, lomien ja mahdollisten työkiireiden vuoksi. Maalis-kuusta alkaen olisi vielä runsaammin kevätlomia, joten kartoitus tulisi tehdä sitä ennen. SWOT oli saatava täyttää työaikana, en uskonut kenenkään työntekijän innostuvan täyttämään ja miettimään sitä kotona.

Analyysin täyttämisen yhteydessä annoin mahdollisuuden tilanteen tarkempaan kuvailuun, jos joku vastaaja sellaista mahdollisuutta tarvitsi. Siksi lomakkeessa oli tyhjä sivu vapaata tekstiä varten. En edellyttänyt vastauksiin vastaajien nimiä, mutta koodasin analyysilomakkeet eri kirjaimilla: L= lääkäri, A= avustaja ja H= hoitaja. Näin pystyin vastauksia läpi käydessäni selvittämään, että vastauslomakkeita oli palautunut jokaisesta ammattiryhmästä. Alkuperäinen ajatukseni oli analysoida vastaukset ammattiryhmittäin, mutta luovuin ajatuksesta välttääkseni vastausten henkilöitymistä keneenkään vastaajaan. SWOT- analyysin avulla sain tuloksia siitä, mitkä ovat pääterveysaseman suurimmat heikkoudet, mitä hyviä puolia voidaan vahvistaa, missä on ehkä piileviäkin mahdollisuuksia ja minkälaisiin uhkiin tulisi tulevaisuudessa varautua.

4.2 Nykytilaa kuvailevan aineiston analysointi sisällönanalyysillä

SWOT-analyysiin vastaajia oli yhteensä kaksikymmentäyksi (21), joista hoitajia kymmenen (10), terveyskeskusavustajia kuusi (6) ja lääkäreitä viisi (5). Lomakkeita jäi palautumatta kuusi kappaletta. Ennakko-odotuksiini ja toiveisiini nähden osallistuminen oli erittäin runsasta. Kaikki palautetut lomakkeet oli huolellisesti täytetty eikä niissä ollut tulkintaongelmia. Useisiin lomakkeisiin oli kirjoitettu todella paljon pitkiä, asiaan liittyviä pohdintoja. Yhtään lomaketta en joutunut hylkäämään.

Keräämäni aineiston käsittelin sisällönanalyysillä. Sillä tarkoitetaan menettelytapaa, jolla dokumentteja voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Dokumentit voivat olla joko kirjallista tai suullista kommunikaatiota. Näin voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysissä kerätty tietoaineisto tiivistetään siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla, tai että saadaan tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeinä esille. Olennaista sisällönanalyysissä on samanlaisuuksien ja erilaisuuksien erottaminen. Tekstissä olevat sanat, fraasit ja muut yksiköt luokitellaan merkityksensä perusteella samaan luokkaan. Analyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai deduktiivisesti, jolloin analyysiä ohjaava tekijä on aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko. Usein sisällönanalyysillä tuotetuista tutkimustuloksista on nähtävissä analyysin keskeneräisyys. Aineistoa ei ole joko abstrahoitu tai tutkija on yhdistellyt liian erilaisia asioita samaan kategoriaan. Sisällönanalyysiä pidetäänkin vaativana analyysimenetelmänä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23).

Ennen kuin aloittaa sisällönanalyysin, tutkijan on päätettävä, analysoiko hän vain dokumentissa selvästi ilmaistut asiat vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. Piilossa olevien viestien analyysi sisältää yleensä tulkintaa (Kyngäs & Vanhanen 1999). Kaikenlaista tulkintaa halusin välttää, joten päätin analysoida vain vastauksenteissa selkeästi ilmaistuja asioita. Tavoitteenani oli tuoda julki työntekijöiden kuvaus pääterveysaseman toiminnan nykytilasta samanlaisena kuin se välittyi itsellenikin tekstejä analysoidessani.

Kvalitatiivinen tutkimus on yleensä induktiivista, eli tutkittava ilmiö on lähtöisin todellisuudesta (Eskola & Suoranta 2005, 14–15). Käyttämäni analyysimenetelmä on teoriaohjaava- eli abduktiivinen sisällönanalyysi, joka on kolmivaiheinen prosessi kuten induktiivinen analyysikin. Prosessiin kuuluvat vaiheet ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi. Ero induktiiviseen analyysimenetelmään tulee siinä vaiheessa, kun abstrahoidessa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. Teoriaohjauksessa analyysissä teoreettiset käsitteet ovat jo valmiina. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–29; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109, 117.) Tässä opinnäytetyössä valmis teoreettinen käsite on kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän malli, (Kuva 1) johon liitin aineiston tekemäni sisällönanalyysin viimeisenä vaiheena.

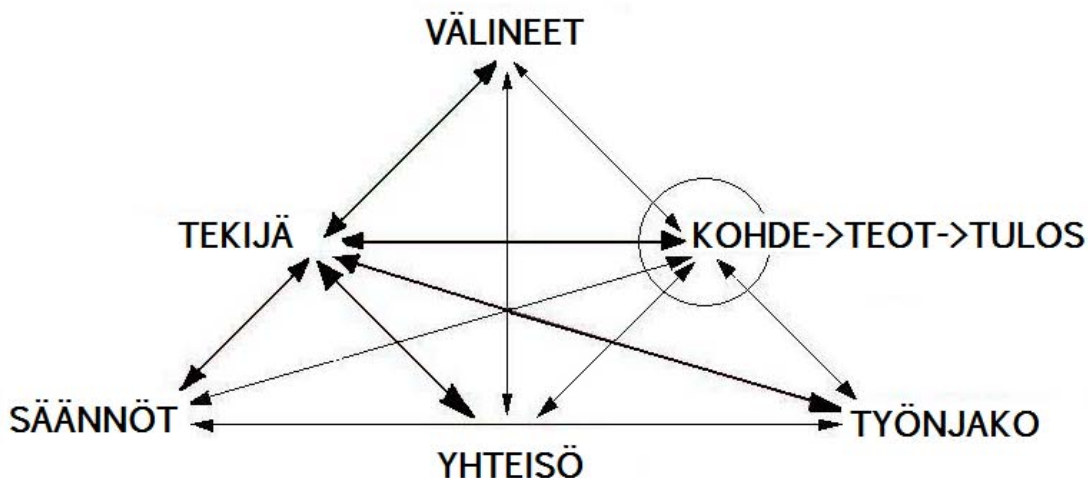
Kehittämistoiminnassa joudutaan usein tyytymään huomattavasti karkeampaan jäsennostapaan kuin pelkässä laadullisessa tutkimuksessa. Laadullisia aineistoja lähestytään tällöin kehittämistoiminnan kysymyksenasettelun näkökulmasta. Tällöin ei ole tarkoituksenmukaista analysoida kaikkea mahdollista aineistoihin sisältyvää informaatiota. Siksi kehittämisaineistojen analyysit ovat kapeampia ja pinnallisempia kuin perinteiset tutkimusanalyysit, ja niissä tyydytään usein laadullisen aineiston luokitteluun ja karkeaan tulkintaan. Toikko & Rantanen 2009, 140–141.) Aineiston analyysiäni ohjannut kysymys oli: Millainen on pääterveysaseman toiminnan nykytila? Etsin vastauksista vastauksia tähän kysymykseen.

Aloitin aineiston käsittelyn lukemalla lomakkeet huolellisesti ja ajatuksen kanssa läpi kahteen kertaan. Jälkimmäisellä kerralla tein lomakkeisiin alleviivauksia ja merkintöjä jatkokäsittelyä varten eli litteroin aineiston. Seuraavaksi lajittelemme lomakkeet eri pinoihin ammattiryhmittäin. Tein jokaisen ammattiryhmän vastauksista omat lomakkeet vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia varten ja kirjasin ylös teksteistä nousevia, toiminnan nykytilaa kuvaavia ilmaisuja. Seuraava vaihe olisi aineiston pelkistäminen, jolloin tutkimusaineistosta karsitaan pois tutkimustehtävien kannalta epäolennainen tieto hävittämättä kuitenkaan tärkeää tietoa. Tämä edellyttää aineiston tiivistämistä ja osiin pilkkomista. Tiivistämistä ohjaavat asetetut

tutkimustehtävät. Pelkistetyt ilmaisut tulee kirjoittaa mahdollisimman tarkasti samoin sanoin kuin kerättyssä aineistossa. (Vilka 2005, 140; Kyngäs & Vanhanen 1999.) Pelkistäminen ei ollut keräämäni aineiston käsittelyssä aiheellista, koska jo alkuperäisilmaisut olivat selkeitä ja lyhyesti ilmaistuja.

Aineiston ryhmittelyn eli klusteroinnin aloitin yhdistelemällä alkuperäisvastauksista samaa tarkoittavia ilmauksia. Etsin ilmaisuista samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia ja muodostin näistä yhdistellyistä ilmauksista omia alaluokkia. En yhdistellyt ilmaisuja kovin pitkälle, ettei vastaajien oma idea vastauksista häviäisi. En halunnut analyysin muuttuvan omaksi tulkinnakseeni. Kun tutkijan pyrkimys on säilyttää tutkittava kohde sellaisenaan, puhutaan pyrkimyksestä tavoittaa tutkittavien näkökulma (Eskola & Suoranta 2005, 16). Sisällönanalyysiä voidaan luokittelun jälkeen jatkaa kvantifioimalla aineisto. Tällöin lasketaan, kuinka monta kertaa tutkittavat ilmaisevat saman asian. Kvantifioinnin nähdään tuovan laadullisen aineiston tulkitaan erilaista näkökulmaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 120–121). Kun jokaisen ammattiryhmän vastaukset oli näin tiivistetty, yhdistin ammattiryhmien vastaukset toisiinsa ja kvantifioin vastaukset. Sen jälkeen muodostin alaluokille yläluokat. Tähän vaiheeseen liittyy jo abstrahointia eli käsitteellistämistä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tässä vaiheessa tein analyysin tuloksista karkean yhteenvedon moniammatillisten tiimien palavereiden keskustelurungoksi. Tähän saakka tein paperityötä yhden työpäivän verran työpaikallani. Lopun lomakkeiden käsittelyn ja analysoinnin sekä puhtaaksi kirjoittamisen tein kotona omalla ajallani.

Seuraavaksi sijoitin muodostamani yläluokat kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän mallin kuvioon, josta sain analyysilleni lopulliset, kokoavat eli yhdistävät luokat. Tässä yhteydessä tein oman kuvaukseni siitä, mitä toimintajärjestelmän malli tarkoittaa juuri Kajaa-nin pääterveysasemalla (Kuva 3). Lopulliset luokat olivat valitsemani kehittävän työntutkimuksen vuoksi tiedossani jo analyysiä aloittaessani. Lopullinen analyysi on siis hieman muuttunut tiimipalavereiden karkeasta yhteenvedosta, kun kehittävän työntutkimuksen näkökulma on otettu mukaan.



Kuva 3. Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän analyysimalli

Seuraavan kuvauksen olen luonut itse työskenneltyäni viisi vuotta päivystävänä sairaanhoitajana pääterveysasemalla:

TEKIJÄ: Pääterveysaseman hoitohenkilökunta: lääkärit, sairaan/terveydenhoitajat, terveyskeskusavustajat ja heidän tekemänsä työ, heidän tapansa tehdä työtä, heidän osaamisensa ja työkokemuksensa. Asiat, jotka ovat riippuvaisia tekijän omasta toiminnasta.

KOHDE ->TEOT ->TULOS: Potilas -> potilaan hoito ja suoraan hoidon laatuun vaikuttavat asiat, jotka eivät aina ole tekijän toiminnalla korjattavissa (esim. henkilöstön määrä, väestövastuu). Tuloksena on tyytyväinen, hyvin hoidettu potilas ja laadukas palvelu pääterveysasemalla.

VÄLINE: Fyysinen toimintaympäristö oheispalveluineen, hoito- ja tutkimusvälineistö, tietojärjestelmä (ATK), hoitotyö ja työn konkreettinen sisältö.

SÄÄNNÖT: Sovitut työpaikan säännöt, hyvän käytöksen periaatteet, hoitotyön arvot ja periaatteet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, ammattietikka, aseptiikka, sovittujen töiden tekeminen, toisen ammattiryhmän arvostaminen.

YHTEISÖ: Koko Kainuun maakunta-kuntayhtymä muine työyksiköineen, hallinto ja esimiehet, johtaminen, muut pääterveysaseman työyksiköt (vuodeosasto, laboratorio röntgen

jne.), pääterveysaseman vastaanottopalveluissa etenkin sellaiset asiat, jotka eivät ole parannettavissa pelkillä tekijöiden päätöksillä ja sopimuksilla vaan vaativat esimiesten mukanaoloa.

TYÖNJAKO: Keskustan ja Teppanan vastaanotot, lääkärit-hoitajat-avustajat, päivystävät sairaanhoitajat-kansanterveyshoitajat, päivystysajanvaraus-kiireetön ajanvaraus, työnjako eri ammattiryhmien välillä, osaamisen ja koulutuksen hyödyntäminen, tietämys siitä, mitä toinen ammattiryhmä tekee.

4.3 Nykytilan kartoituksen tulokset

Sisällönanalyysin kvantifioidut tulokset löytyvät taulukkomuodossa liitteestä 2. Kyseessä on henkilökunnan eli tekijän näkökulma pääterveysaseman toiminnasta. Kursivoidut tekstit ovat suoria lainauksia vastaajien teksteistä. Olen käyttänyt niitä runsaasti elävöittämään tekstiä eikä ole korjannut niissä olevia kielioppivirheitä.

4.3.1 Pääterveysaseman vahvuudet henkilökunnan kuvailemana

Vastaajien kuvailemissa vahvuuksissa ylivoimaisesti eniten korostui henkilökunta. Henkilöstö luottaa omaansa ja muiden työntekijöiden ammattitaitoon. Ammatti-identiteetti on vahva. Yksi osa henkilökunnan ammattitaitoa on henkilökunnan monipuolinen ja pitkä työkokemus. Lisäksi henkilökunnalla on paljon hiljaista tietoa.

...Mielestäni meillä on perusterveydenhuollon yksiköksi harvinaisen ammattitaitoinen ja erityisosaamista omaava henkilöstö, hoitajilta onnistuu melkein mikä vain... Myös osastoavustajat voisivat tuoda osaamistaan enemmän esille...Pitkäaikaiset, kokeneet työntekijät, niin sairaanhoitajat kuin lääkäritkin... Ihmiset ovat olleet erilaisissa työpaikoissa...

Töihin on mukava tulla, koska työyhteisössä on hyvä yhteishenki ja henkilökunnalla riittää iloisuutta. Oma työ koetaan tärkeäksi, vaikka se onkin ajoittain raskasta. Henkilöstöllä on myös halua kouluttautua ja pysyä ajan tasalla ammattitaitonsa suhteen ja he ovat avoimia uusille haasteille. Eri-ikäisten työntekijöiden yhteistyö ja keskinäinen tiedonjako sujuu hyvin ja henkilökunta pyrkii työn yhteiseen tavoitteeseen ja asiakaslähtöisyyteen. Henkilökunnan antama potilasohjaus on toimivaa. Lääkärit osoittavat arvostusta hoitajien työtä kohtaan. Kes-

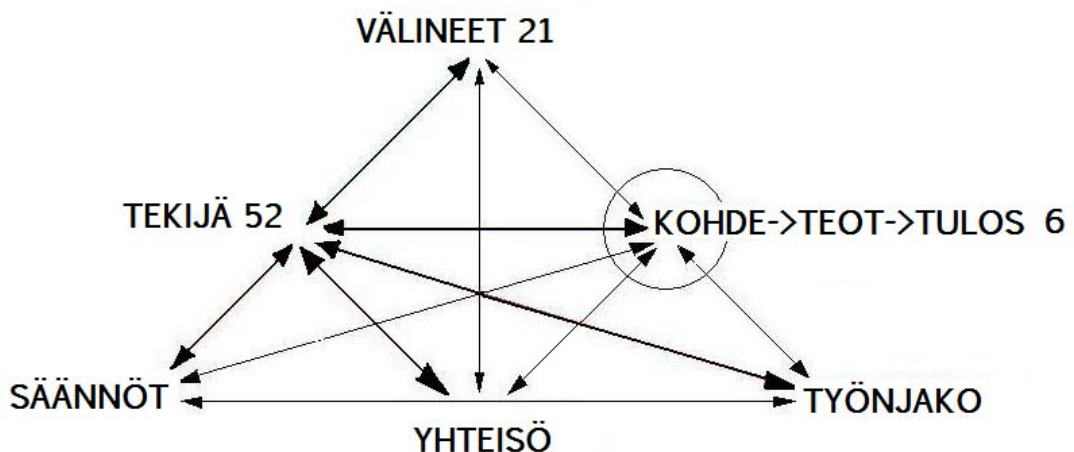
kinäinen arvostus ja työntekijöiden henkinen tuki toinen toistaan kohtaan auttavat työssä jaksamista. Hoitohenkilökuntaa on toistaiseksi saatu rekrytoitua hyvin ja opiskelijoiden kautta työyhteisö on saanut hyvää palautetta.

...Osalla porukasta vielä haluaa kehittää työtään ja palvelua...Robkea ote työntekoon, ”mitä ei tiedettä/osata, siitä otetaan selvää/opetellaan”...Työporukka kokee kuitenkin työnsä tärkeäksi, vaikkeakiirettä piisaakin...Tuntuu kivalta, kun lääkäri osoittaa arvostavansa hoitajankin työtä... Sinnikästä porukkaa, jaksaa olla täällä vuodesta toiseen...

Pääterveysasema toimii keskellä kaupunkia ja kaikki oheispalvelut ovat samassa rakennuksessa. Tämän henkilöstö kokee positiivisena ja työtä helpottavana asiana. Sähköisten tietojärjestelmien kehittyessä papereiden ja röntgenkuvien käsittely on vähentynyt ja säästää siten työaikaa. Työllä on taattu jatkuvuus, koska potilaiden määrä tulee tulevaisuudessa ennemminkin kasvamaan kuin vähenemään. Työtilat ovat asialliset ja työ vaihtelevaa, mukavaa ja haasteellista. Pääterveysasema koetaan halutuksi työyhteisöksi. Työnantajan järjestämiin koulutuksiin ollaan tyytyväisiä.

...Työnantajan monet koulutustapahtumat tarjoavat oikeaa/päivitettyä tietoa...

Omalääkärijärjestelmän koetaan parantavan hoidon laatua, koska tällöin lääkäri tuntee paremmin potilaansa ja heidän tarpeensa. Hoitajien ammattitaitoa ja heidän määräämiään etukäteistutkimuksia arvostetaan.



Kuva 4. Pääterveysaseman vahvuudet sijoitettuna kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän analyysimalliin

4.3.2 Pääterveysaseman heikkoudet henkilökunnan kuvailemana

Ylivoimaisesti suurin heikkous on henkilökunnan puute. Tätä asiaa painotettiin kaikissa ammattiryhmissä. Vastaanottoaikojen puute johtuu sekä henkilökunnan vähyydestä, että vaikeudesta suunnitella päivystysvuoroja vähällä lääkärimäärällä.

...Väestöpohja suuri hoitajaa/lri kohti, tekijöitä ei tarpeeksi...Lääkäreiden työllistat tulevat hyvin epä-säännöllisesti...

Kun joku henkilökunnasta on yllättäen pois, ei sijaista aina saada, vaan jäljellä oleva henkilökunta tekee poissaolijankin työt. Tämä heijastuu väistämättä palvelujen laatuun ja asiakastyytyväisyyteen. Keväällä 2008, kun tein nykytilan kartoituksen, oli henkilökunnan keskuudessa ollut poikkeuksellisen suurta vaihtuvuutta etenkin lääkäreiden ja hoitajien keskuudessa. Kun vähäisessä henkilöstömäärässä on suurta vaihtuvuutta, vaikeuttaa se pitkäjänteistä toiminnan kehittämistä, ja heikentää ainakin väliaikaisesti palvelujen laatua. Lakisääteistä hoidon tarpeen arviointia ei saada toteutettua ja samalla ympäristökunnista ohjautuu yhä enemmän potilaita pääterveysasemalle. Kysyntä ja tarjonta eivät enää kohtaa ja lääkäripula pahenee edelleen.

...Sijaisia myös avustajille, ei riitä, että 1 avustaja on pitkiäkin aikoja kansliassa yksikseen, ei millään voi vastata (4 puhelinta) puheluihin ja ottaa vastaan asiakkaita...Pitkäjänteistä työn kehittämistä vaikea toteuttaa väen vaihtuessa...Emme pysty tarjoamaan palveluja...Kestävän/pysyvän toiminnan järjestäminen... Puhelimeen ei vastata riittävästi -> valituksia tullut... Maakuntien potilaat käyttävät pääterveysaseman palveluja, mutta resurssit eivät ole kasvaneet samassa suhteessa... Vuolijoen terveystalouden siirtäminen Kajaani tk:een ehdottomasti huono idea! Potilaat kärsii: onko taloudellinen hyöty tästä riittävä?

Esimiestoiminta keräsi yhteisön heikkouksista eniten mainintoja. Lähijohdolta kaivattiin lisää tukea ja jämakkyttä. Lähijohtoa korkeamman johtoportaan koetaan karanneen liian kauas tavallisesta arkipäivän työstä. Niinpä kentällä koetaan, että johtoporras ei edes tiedä, mitä käytännön työssä tapahtuu.

...Lähijohto liian "lepsi", jämakämpää otetta yksikön asioihin ja työntekijöiden ohjaamiseen kaivataan... Esimiehen tuki puuttuu usein silloin kuin sitä eniten tarvitsisi... Työntekijöitä ei kuulla heitä koskevassa päätöksenteossa... Esimies ei tue tasapuolisesti alaisiaan eikä ota vastuuta tehtävistään eikä valvo, että sopimuksia noudatetaan...Esimiestoiminta ja vastuukysymykset selkiytymättä...Päätäjät/johtajat ei tiedä miten kentällä asiat toteutuu, esim. käyre on todellista lisääntyvien asiakas-

määrien ja nopeasti muuttuvien ohjeistuksien/määräysten vuoksi... hallintokokeilun johto elää pilvissä. Ei osaa tehdä muutosta, ei tunne realiteetteja...

Organisaation sisällä tieto ei aina kulje toivotulla tavalla. Pääterveysasemalla toimii kaksi erillistä vastaanottoa eri puolilla käytävää, ja usein tiedon kulku pysähtyy käytävän toiselle puolelle.

...Kaikki työyhteisön jäsenet eivät ole perillä muuttuneista hoitokäytännöistä... Hieman suurempi koko vaikeuttaa sisäisen tiedotuksen perillemenoaa, luonnostaan ei kaikki tiedä enää kaikkia talon asioita

Etenkin terveyskeskusavustajat kokevat, ettei heille ole tarpeeksi koulutusta tarjolla. Koulutuksiin pääseminen on vaikeaa ja koulutus suunnitelmat puutteellisia. Henkilöstöryhmien välinen työnjako on epäselvä. Aina ei edes tiedetä, mikä tehtävä kuuluu lääkärille ja mikä hoitajalle. Tehtäväsiirtoja on tehty epävirallisesti, mutta vastuukysymykset ovat selkiytymättä. Henkilöstö käy koulutuksissa, mutta koulutuspalautteita ei palaverien vähäisyyden vuoksi ehdi antaa. Niinpä usean koulutuksen hyöty valuu hukkaan. Ongelmatilanteisiin ei ole ohjeistuksia. Etenkin sellainen tilanne, kun joku lääkäri on yllättäen pois, koetaan ongelmalliseksi. Mitä silloin tehdään ja kuka tekee? Organisaatio koetaan hajanaiseksi, kun ylin johto sijaitsee fyysisestikin kaukana. Harrastetaan turhaa hyssyttelyä, jolloin asioista ei uskalleta puhua suoraan ja ääneen.

... Hallintokokeilu on vienyt päätösvalan pois (talous, toiminnan sisältö). Ei (enää) vuorovaikutusta hallinnon ja suoritusportaalla välillä (norsunluutorniin pakoilu)... Suuren työpaikan toiminta vaatii enemmän panostusta yhdenmukaiseen toimintaan... Kuka ”johtaa” ja mitä?... Miksi kaiken pitäisi toimia nykyäänä samalla tavalla kuin kaksikymmentä vuotta sitten?... Milloin oikeasti nostetaan kissa pöydälle sen suhteen, että kaikki on päin p:tä?... Henkilökunta (lääkäri-) vajeus paikataan lisäämällä jäljelle jäävien vastuuta, työtaakkaa (on ”hienoa” vastuunkantoa johdon taholta)...

Henkilökunnan sisältäkin löytyy keskustelemattomuutta. Aina eivät henkilökemiat käy yhteen ja se vaikeuttaa vuorovaikutusta. Löytyy myös työntekijöitä, joilla ei ole työmotivaatiota eikä uutta tietoa halutakaan sisäistää. Taloudellista resurssien käyttöä ei osata, ja tämä näkyy esimerkiksi turhan usein määrättyinä verikoekontrolleina.

...Päivitetty tieto sairauksien eri hoitovaihtoehtoista ei ole käytössä vaan jää liian usein hoitajan vastuulle...

Kiire huonontaa työilmapiiriä monella tavalla. Oman työn hallinta ei onnistu, jos ei voi millään lailla vaikuttaa työn määrään. Usein kiire purkautuu turhana tiuskimisena työkaverille, kun ei kiukkua voi potilasiinkaan purkaa. Tilanteelle kaivataan esimiehen ymmärrystä.

...Kiire kiristää ilmapiiriä... Ei saa sanoa "ei" vaikka on niin väsynyt ettei jaksaisi kuin itkeä, eikä esimies ymmärrä... Ei minkäänlaista mahdollisuutta vaikuttaa työn määrään...Tulee turhia tiuskimisia työkaverille... Syö motivaatiota...

Potilaskirjo terveystieteiden vastaanotolla on laaja, edustaen hyvin monia lääketieteen erikoisaloja. Sekä lääkärit että hoitajat tarvitsevat laajaa tietopohjaa työnsä. Potilastietohjelmat eivät aina keskustele keskenään, mikä syö jo valmiiksi rajallisia aikaresursseja ja vaikuttaa huonontavasti myös palvelujen laatuun. Tietotekniikan kapasiteetti ei aina riitä, kun ohjelmat kehittyvät koko ajan vaatien lisää tehoa koneilta. Useita kymmeniä vuosia sitten rakennetut tilat eivät huomioi nykyisen vastaanottotyön muuttunutta luonnetta.

...Asiakkaita laidasta laitaa; lapsista vanhuksiin ja somatiikasta psyk. sosiaalisiin vaikeuksiin... Pätkii/katkaa. Kapasiteettia ei lisätä lisänormin mukaan...

Ammattiryhmät eivät aina osaa kunnioittaa toisiaan. Rakentavaa palautteen antamista toivotaan, mutta siitä huolimatta palaute annetaan joskus negatiiviseen sävyyn. Koulutuksiin ei osallistuta, vaikka siihen olisi mahdollisuus. Kiireestä puhutaan usein, mutta puhutaanko siitä vain tavan vuoksi?

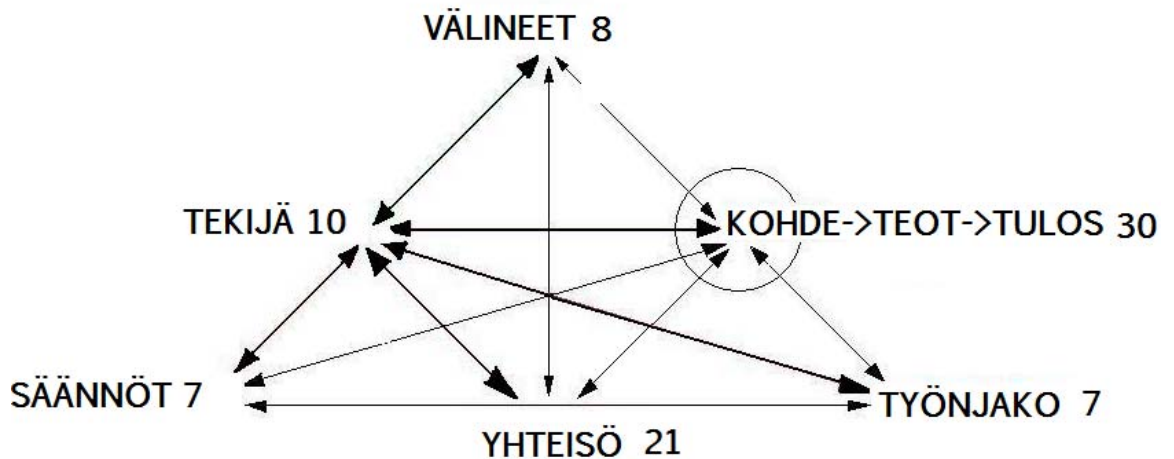
...Onko aina oikeasti kiire?...

Ammattiryhmien tehtävänkuvat eivät ole aina täysin selvät. Etenkin päivystävät hoitajat kokevat, etteivät muut työntekijät ole selvillä heidän toimenkuvastaan. Ammattiryhmien välinen yhteistyö ei välttämättä ole helppoa. Tiettyjen potilaiden kohdalla hoito olisikin ehkä järkevämpää siirtää toiselle ammattiryhmälle. Näitä muutoksia ei kuitenkaan osata tai haluta tehdä.

...Ei tiedetä, mitä eri ammattiryhmien työnkuvaan kuuluu... Päivystävälle hoitajille tungetaan kaikki sellaisetkin tapaukset, joita hoitaja ei edes lain puitteissa voi auttaakaan, roskapöytä toimiminen päivästään toiseen syö kyllä hoitajaa kuin hoitajaa... Yhteiset hoitolinjat ja sopimukset ovat epämääräisiä, milloin ne saataisiin kirjallisiksi?...Työtä tulisi osata enemmän jakaa eri ammattiryhmien välillä...

Tietynlainen pelko ammattiryhmien eriytymisestä on olemassa. Pelätään että muodostuu omat ryhmät: päivystävät hoitajat-kansanterveyshoitajat-avustajat ja että se lisää ammattiryhmien välistä keskustelemattomuutta.

... Ei keskustella tarpeeksi asioista...



Kuva 5. Pääterveysaseman heikkoudet sijoitettuna kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän analyysimalliin

4.3.3 Pääterveysaseman mahdollisuudet henkilökunnan kuvailemana

Rekrytointia tehostamalla haluttaisiin helpottaa lääkäriä. Sijaisten tehokkaampi käyttö lyhyissäkin sairauslomissa ja kaikissa ammattiryhmissä parantaisi hoidon laatua ja vakituisen henkilöstön työssä jaksamista. Kajaanilla koetaan kuitenkin olevat paremmat rekrytointimahdollisuudet kuin muissa Kainuun kunnissa, johtuen osittain suurehkosta työyhteisöstä.

...Euroja peliin ja lisää työntekijöitä houkuttelevimmin, yksilöllisesti räätälöidyin työehdoin -> joustaavuus!... Sijaisiin satsattava kaikissa ammattiryhmissä... Kainuulaisittain suurehkon työyhteisön tarjoama tuki/paremmat työskentelyolosuhteet...

Koko henkilöstön yhteisten palaverien lisäämisen uskotaan lisäävän keskusteleavuutta eri ammattiryhmien välillä sekä parantavan tiedonkulkua. Myös ongelma-asioihin voisi palaverissa tarttua rohkeasti yhdessä.

...Lisäämällä yhteisiä palavereja asioista voidaan keskustella rakentavasti; eri ammattiryhmät huomioiden...Yhteinen tiedottaminen; ajankohtaisista asioista informointi kaikille, esim. työntekijätilanne...Ongelma-asioihin tartuttava robkeasti...

Henkilöstö haluaisi yhdessä lähityönjohtoa ylemmän johtoportaan kanssa olla päättämässä itseään koskevista asioista, kuten yhteisestä strategiasta ja toimintatavasta. Halutaan myös aikaa työn kehittämistä ja suunnittelua varten

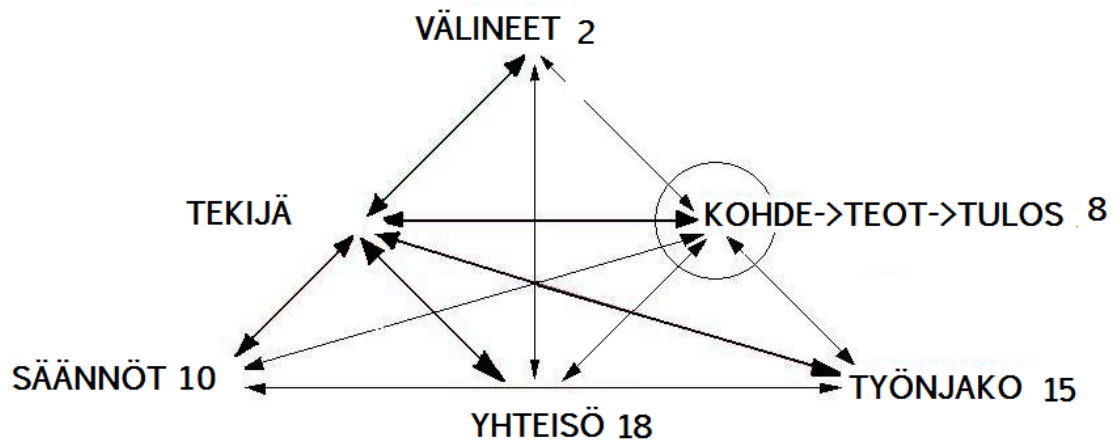
...Yhteinen strategia (päättäjät ja suorittava porras)... Ajan antaminen työn kehittämiseen ja suunnitteluun auttaisi pitkällä tähtäimellä selkiyttämään työnkuvia ja mahdollisesti keventämään jokaisen työtaakkaa...

Henkilöstön jaksamisen parantamiseksi esimiehen halutaan ottavan enemmän vastuuta työyhteisön asioista. Työt on tehtävä joka tapauksessa, ja tehtävistä suoriutumiseen halutaan riittävät resurssit. Työtehtäviä oltaisiin halukkaita jakamaan uudelleen, ja erityisesti tätä halukkuutta löytyi hoitajien keskuudesta. Yhteistyötä haluttaisiin lisätä ammattiryhmien eriytymisen estämiseksi. Tiimityöskentely selkiyttäisi toimintaa ja lisäisi yhteistyötä ammattiryhmien välillä. Omat vastualueet ja erityisosaaminen lisäisivät työn mielekkyyttä.

...Kenellä ammattiryhmällä pitäisi mitään tehdä perustehtävästä käsin... Hoitajissa ja avustajissa on vaikka kuinka paljon käyttämättömiä osaamisresursseja... Asiahan tökkää aina siihen, että hoitajien odotetaan tekevän kaikki ilmaiseksi, palkkanaan pelkkä hyvä mieli... Henkilöstön erikoisosaamiset hyödynnetään koko tiimin käyttöön... Työnjakomallia mieltä yhdessä - ns. lääkärin töitä siirtää hoitajalle... Jos hoitajille siirretään lääkäreiden töitä, on sen näyttävä myös hoitajamäärässä... Tulee kuitenkin muistaa, että sairaanhoitajat ovat pitkälle koulutuneita, oman alansa huippuammattilaisia, eivät "lääkärin pikku apulaisia"...Yhteistyötä kehittämällä tehostetaan työtä ja tehdään se mielekkääksi... Yhteistyö, tiimityö? Tehtävien hoitamisen helpottamiseksi... Kaikkien ammattiryhmien välinen yhteistyö, kaikki mukaan -> se vähentää ristiriitoja ja ns. "haukkumisia"...Hoitaja-lääkäryhteistyötä on aina mahdollista kehittää, esim. selkeät hoito-/ seurantaketjut = työnjaon selkiyttäminen: yhteiset pelisäännöt...

Työyksikön ajoittain kateissa oleva perustehtävä haluttaisiin löytää uudestaan, eli miksi ja mitä varten työtä tehdään. Täydennyskoulutuksen saamisesta halutaan pitää huolta, samoin siitä, että koulutusten tarjoama uusi tieto saataisiin myös mukaan käytännön työhön. Tietotekniikkaa voisi henkilöstön mukaan oppia hyödyntämään entistä tehokkaammin. Henkilökunnan motivaation ylläpitämiseen haluttaisiin kiinnittää enemmän huomiota.

...Hyvällä organisoinnilla ja selvien rajojen asettamisella ja ohjeistuksilla työ saataisiin mielekkäämmäksi tulevaisuudessa...Jokaisen on ymmärrettävä miksi olemme tässä perustehtävässä!...Heikompien ”osien” rohkaisu, tukeminen samanlaiseen toimintaan...Koulutusten hyödyntäminen arkeen, samoin vahvan työkokemuksen...



Kuva 6. Pääterveysaseman mahdollisuudet sijoitettuna kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän analyysimalliin

4.3.4 Pääterveysaseman uhat henkilökunnan kuvailemana

Yli puolet vastanneesta henkilöstöstä pelkää henkilökunnan uupumista. Uupumisen lisäksi lisääntyneen työmäärän pelätään karkottavan henkilökuntaa muihin tehtäviin tai kokonaan toiselle paikkakunnalle. Lääkäripula lisää jäljellä olevien lääkäreiden työmäärää. Koko henkilökuntaa koskevan henkilöstöpulan paheneminen koetaan uhaksi lähitulevaisuudessa. Terveyskeskustyö ei ole nuorten lääkäreiden keskuudessa haluttua työtä, ja usein uudet lääkärit tulevatkin terveyskeskustyöhön vain suorittamaan pakollista eurolääkäripalvelustaan. Viime vuosina on pääterveysasemalta jäänyt paljon henkilökuntaa eläkkeelle ja useita lähiaikoina eläkkeelle lähtijöitä on henkilöstössä tälläkin hetkellä.

...Kaikki uupuvat ja vetävät itsensä ”jojoon”... Työssä olevat eivät jaksaa jatkuvan lääkärivajauksen tai liian suuren työmäärän takia... Henkilökunta menettää motivaation, väsyy, palaa loppuun... Poissaolot lisääntyvät...Tulee entistä pitempiä sairauslomia kun muuten ei enää jaksaa... Jatkuva kiire lannistaa, vie energian työn kehittämiseltä...Fixuimmat äänestävät jaloillaan... Virhemahdollisuus kasvaa henkilökunnan vähenemässä ja kiireen lisääntyessä... Itsekin katselen koko ajan aktiivisesti uutta työpaikkaa...Työntekijöiden

vähyys (lääkärit), mikä kuormittaa ”jäljellä” olevia lääkäreitä; miten kauan he jaksavat...Poistuu hyvää ja ammattitaitoista henkilökuntaa eläkkeelle...Henkilökuntaa ei saada töihin, kun työ on niin raskasta... Huono maine on jo kiirinyt kaudas... Kaikki uudet lääkärit tulee vain käymään...

Kiireen pelätään lisäävän klikkiytymistä ja ammattiryhmien eriytymistä. Päivystys ei toimi, koska kroonisetkin vaivat muuttuvat päivystykselliseksi, kun kiireettömiä ajanvarausaikoja ei ole. Muutama kuukausi tämän kyselyn suorittamisen jälkeen omalääkärijärjestelmä purettiinkin toimimattomuuden vuoksi. Henkilöstöllä on tunne, ettei kukaan kannata vastuuta lakisääteisten palvelujen tarjoamisesta, ja muualta päin tulevat uhkavaatimukset ahdistavat. Henkilökunta pelkää päivystystoiminnan ulkoistamista ja oman henkilöstön irtisanomista tai rahojen loppumista ja työntekijöiden lomauttamista. Koko hallintokokeilun jatkuminen koetaan uhkana.

...Sisäiset klikit johtaa toimintaa -> jobdonmukaisuus ja työn kehittäminen vähenee...Pyritään selviämään vain minimivastuusta... Media ja johto kehuu itseään, kaikki muut kärsivät... Yläpuolelta tulee jatkuvasti uhkailuja, jotka nakertavat itse kunkin jaksamista, esim. PPKL, ja johtoporras tanssii heidän pillinsä mukaan... Ilman esimiesten tukea ollaan pian todellisessa kriisissä... Miten ihmeessä täällä eletään kuin pellossa, millään ei jobdon mielestä ole enää mitään väliä...

Kun asiakasmäärä kasvaa enemmän kuin resurssit, kohdistuu asiakkaiden palveluihin tyytymättömyys henkilökuntaan. Tarjottava palvelu on kuitenkin lakisääteistä, joten se olisi kyettävä turvaamaan asiakkaille joka tapauksessa. Kajaanin ympäristökuntien vastaanotto toimintoja on supistettu ja oman kunnan lääkäripulan vuoksi yhä useampi kainuulainen yrittää saada terveyspalveluja Kajaanista. Tämä asia konkretisoitui erityisesti syksyllä 2007, kun Vuolijoen ja Ristijärven terveysasemien toiminta lakkautettiin.

...Lisääntyvät asiakasmäärät, henkilöstön määrää ei lisätä -> asiakkaiden valitukset ja tyytymättömyys tk:n palveluja kohtaan lisäänty...Lakisääteiset palvelut olisi kuitenkin turvattava tilanteessa kuin tilanteessa, ei silloin pidä säästöjä laskea...Loputkin asiakkaat maakunnan muista kunnista ”työnnetään” Kajaanin vastuulle... Ylikuormituksen ohjaus/hallinnointi... Muiden kuntien ongelmat kaadetaan/tuodaan Kajaanin tk:een jolloin oma toiminta häiriintyy/puuroutuu...

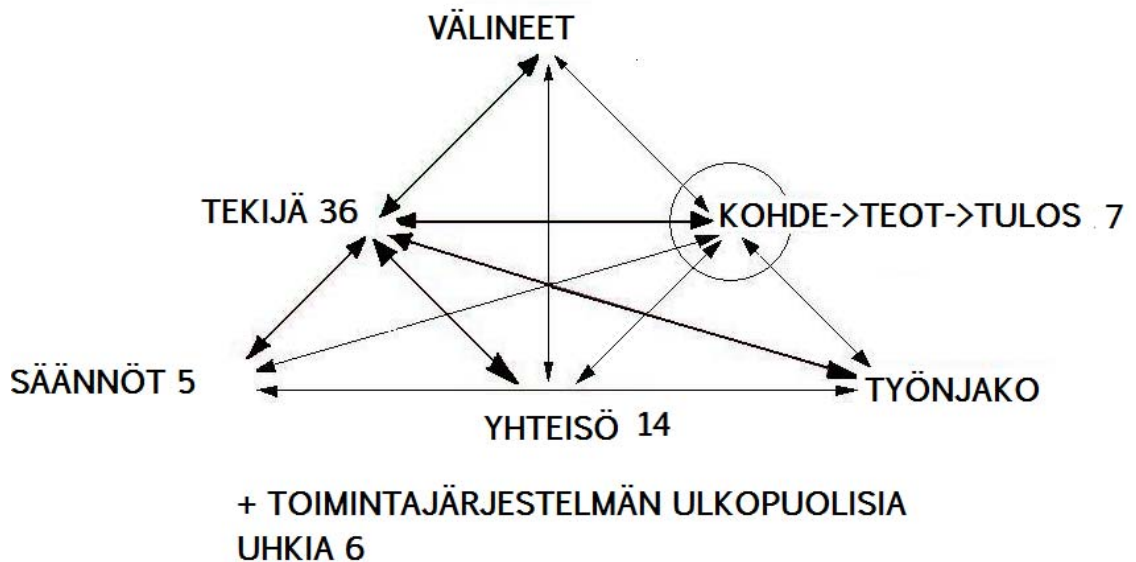
Vanhusväestö lisääntyy valtakunnallisestikin, mutta erityisen paljon Kainuussa. Vuonna 2008 yli 65-vuotiaiden osuus Kainuun väestöstä oli 20.4 %, kun vastaava luku koko maassa oli 16.7 %. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on kasvanut Kainuussa vuosittain. (Kainuun maa-

kunta-kuntayhtymä: www.kainuu.fi.) Vanhukset ovat usein monisairaita ja he käyttävät paljon terveyspalveluja.

...Vanhusväestön palveluntarve nousee niin paljon, että ei pystytä siihen vastaamaan sillä laajuudella millä olisi tarpeen...

Kaikki edellä mainitut asiat johtavat siihen, että kiire saa työntekijöiden keskinäiset välit usein kiristymään ja tulee tahatonta riitelyä. Nämä asiat vaikuttavat vääjäämättä työilmapiiriin ja aiheuttavat työmotivaation ja hoidon laadun laskua ja muutosvastarintaa.

...Tiukka työtahti kiristää hermoja -> aiheuttaa kitkaa ja keskinäistä riitelyä työyhteisössä... Työilmapiirin muuttuminen negatiivisempaan suuntaan...



Kuva 7. Pääterveysaseman uhat sijoitettuna kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän analyysimalliin

4.4 Yhteenveto ja johtopäätökset Kajaanin pääterveysaseman nykytilasta

Nykyisen toimintatavan vahvuuksia henkilökunta kuvaili yhteensä 79 kertaa, heikkouksia 83 kertaa, mahdollisuuksia 55 kertaa ja uhkia 71 kertaa. Eniten lisäkommentteja oli kirjoitettu heikkouksista ja uhkista. Koska kehittävän työntutkimuksen työn toimintajärjestelmän analyysimallissa kaikki osatekijät vaikuttavat toisiinsa, oli todella vaikeaa miettiä, mitkä asiat kuu-

luvut eri osatekijöiden alle. Kaikkien osatekijöiden päätepiste on joka tapauksessa työn kohde ja tulos eli ideaalitulanteessa hyvin hoidettu ja saamaansa hoitoon tyytyväinen potilas.

Nykyisen toimintatavan kartoituksen mukaan pääterveysaseman henkilökunnan jäsenet arvostavat omaansa ja muiden työyksikön työntekijöiden osaamista ja ammattitaitoa. Henkilökunta on pääterveysaseman suurin vahvuustekijä. Yhteishenki on hyvä, toisiaan arvostetaan ja sen voimalla töissä jaksetaan. Yhteisössä eli maakuntaorganisaatiossa ja hallinnollisessa toiminnassa ei kukaan vastaajissa nähnyt vahvuuksia. Vai eikö asiaa ole ajateltu laajemmalti? Heikkouksissa kuitenkin organisaatio ja hallinto oli huomioitu melko usein.

...Positiivisena tekijänä näen henkilökunnan koulutuksen ja vahvan työkokemuksen -> osaamista siinä on!...

Ammattitaidosta ja osaamisesta huolimatta koko ammattitaito henkilöstöstä ei vastaajien mukaan ole käytössä. Ovatko työtehtävät sellaisia, että niissä ei ole mahdollista omaa osaamistaan käyttää? Työtehtävien uudelleen tarkasteluun löytyy halukkuutta, mutta uusista työtehtävistä halutaan asianmukainen korvaus ja sen tulee näkyä myös henkilöstömäärässä.

...KT-hoitajien pitämät kontrollit ns. kroonisissa vaivoissa ovat tärkeitä ja tätä toimintaa kannattaa kehittää mahdollisuuksien mukaan...

Hallinto ja johtaminen keräsivät kritiikkiä. Päätöksenteko ja esimiehet ovat suorittajaportaan mielestä karanneet liian kauas työyksiköistä. Henkilökunta ei enää saa osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, jolloin esimiehen tukea asioiden etenemiselle ei saada. Vastauksissa tuli myös esille se, ettei aina tiedä kuka johtaa ja ketä, kuka on tosiasiallisesti vastuussa päätöksenteosta ja asioista. Tiedotusvälineet ja päättäjät kertovat kuitenkin julkisuuteen asioiden olevan hyvin.

...Keisarilla ei ole uusia (ei edes vanhoja) vaatteita... Kainuun Sanomien pitäisi lopettaa perusteeton tosiasioiden vastainen kebuminen... Oman työn kehittämistä ei tietoaakaan. Harmittaa, kun esimies ei osoita kiinnostusta tai kannusta työn kehittämiseen...

Yhteisten sääntöjen ja toimintatapojen puuttuessa toiminta on sekavaa. Epäselvät tehtävänkuvat ja kiire sekavoittavat tilannetta vielä lisää. Aina ei edes tiedetä, mitä toinen ammattiryhmä työkseen tekee. Kiireen keskellä unohtuu myös perustehtävä, mitä varten työtä tehdään.

...Miten mahtaa terveysaseman vastaanottojen ja päivystysten ajanvaraus toimia ja miten se on käytännössä järjestetty? Olisiko sitä mahdollista keskittää? Ajatus lähinnä siinä, että mikäli sitä "hoidetaan" liian laajalla porukalla, niin leviääkö sen hallinta? Aikoja annettaessa ensiarvio (etenkin päivystysajoissa) on todella tärkeää ja mielestäni sen tulisi olla keskittynyt hoitoalan koulutuksen saaneelle henkilölle: Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja. Ja koska ajoista on pula, niin tämä korostuu entisestään... Meidän tulisi vain aloittaa avoin ja rakentava keskustelu työmme tavoitteista, toteutuksesta ja kehittämisestä -> rakennettaisitte visio jobon tähdätään -> käytettäisiin energia työntekoon eikä valittamiseen ja menneiden muisteluun tai toistemme syytelyyn... Ongelmana se, ettei kaikki työyhteisön jäsenet tiedä mitä päiv. hoitajan työnkuvaan kuuluu/ei kuulu. Ratkaisuna yksinkertaisesti on yhteisten palaverien lisääminen, jossa asioista voidaan keskustella...

Aina vain lisääntyvä potilas- ja vanhusmäärä herättää pelkoa tulevaisuudesta. Vähäiset vanhusten hoitopaikat lisäävät vastaanoton henkilöstön työmäärää akuutin vuodeosastopaikan tarpeen yllättäessä. Naapurikuntien lääkäripula heijastuu vääjäämättä pääterveysasemalle ja työmäärä kasvaa. On syntynyt itseään ruokkiva kierre: Työtä on enemmän kuin ehtii tekeään, henkilökunta väsyä, lähtee toisiin työtehtäviin ja jäljelle jäävät uupuvat ja jäävät pitkille sairauslomille. Uutta henkilöstöä on nykyisellä rekrytoinnilla tulevaisuudessa vaikea saada. Henkilökunnan väsymistä ja uupumista pelkää hälyttävän moni vastaajista. Väsyneen henkilökunnan keskuudessa ilmapiiri kiristyy ja muuttuu negatiiviseen suuntaan. Pelätään uusia, tilannetta entisestään huonontavia päätöksiä organisaation ja hallinnon puolelta.

...Ambulanssiralli vie resursseja ja tuottaa paljon tarpeetonta tekemistä ja turhia kustannuksia... Riittämättömät vanhusten hoitopaikat... Meillä nykyisin yleistä, että poukkoillaan päivästä toiseen laillisuuden ja laittomuuden välimaastossa. Vähillä voimilla (resursseilla) vain painetaan eteenpäin periaatteella, että kunhan tämä päivä saadaan tehtyä -> huomenna voi taas säännöt muuttua, ei oikein tietoa kuka tai ketkä osastoa johtaa... On väärin jos osa työssä tarvittavasta energiasta menee ns. tyhjään...Työ tulee rasakaaksi, pitää istua samaan pöytään ja miettiä, mitä tämä palvelee... Jokaisen työssä jaksaminen on otettava tarkasteluun... Yhteisvastuullisuus!...

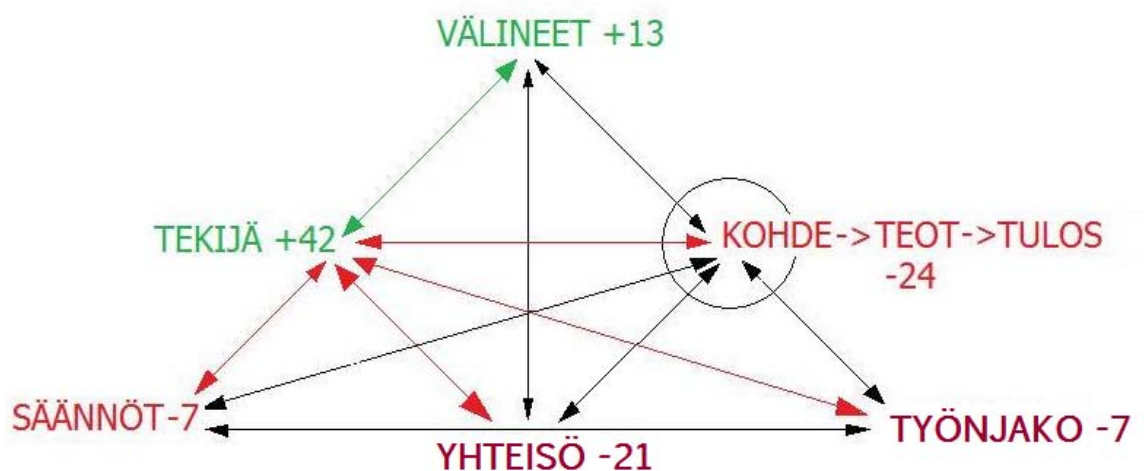
Kaikesta huolimatta henkilökunnalla on vielä halua kehittää työtään. Kaikissa vastauslomakkeissa nousi esiin joko kokonaan uusia toimintaehdotuksia tai ainakin selvä halu tehdä jotain asioiden parantamiseksi.

... Erilliset vastaanottotoimistot päivystyspotilaille ja kiireettömille potilaille. Päivystysvastaanottotoimistossa potilaita vastaanottamassa koulutuksen saanut sairaanhoitaja: neuvonta/ohjaus. Kiireettömän vastaan-

ottotoimiston ilmoittautumisia vastaanottamassa lähiboitaja/tka... Mikäli vastaanotto toiminta jatkuu pääterveysasemalla, toimitiloja pitäisi remontoida viihtyisimmiksi... Henkilökunta kiertoon -> toisen työn arvostus...

Lisäksi vastauksissa oli mukana myös huumoria, jota onneksi vielä kiireenkin keskeltä löytyy:

...Yhtenä päivänä tuoksui työtiloissa voimakas pakokaasu; Yritettiinkö meidät kaasuttaa...? (=paranoidinen skitsofrenia)...



Kuva 8. Pääterveysaseman nykytila kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän analyysimalliin sijoitettuna. Toiminnan nykytilan kartoituksessa tarkastelunäkökulmana oli tekijän näkemys nykytilanteesta. Kaikki toimintajärjestelmän osiot on arvioitu laskemalla ensin yhteen vastaajien esille tuomat vahvuudet jokaisesta osiosta, näistä tuli pluspisteitä. Pluspisteistä vähennettiin vastaajien esille tuomat heikkoudet ja lopputuloksena positiiviset tai negatiiviset loppupisteet jokaisesta osiosta. Lopputuloksena nähdään, että tekijä ja välineet ovat pääterveysasemalla parhaat nykytoiminnan osiot (vihreät osiot). Sen sijaan tekijän suhde sääntöihin, yhteisöön, työnjakoon ja itse työn lopputulokseen (punaiset osiot) vaativat kehittämistä. Ne ovat Kajaanin pääterveysaseman nykyisen toiminnan ristiriitoja.

Toimintajärjestelmän analyysimalliin kaikki osiot vaikuttavat toisiinsa, ja henkilökunnan vastausten sijoittelu osioihin oli todella haastavaa. Koska nykytila on kartoitettu henkilökunnan näkemysten mukaan, otin tarkastelunäkökulmakseni tekijän ja tarkastelen sen suhdetta analyysimalliin muihin osioihin. Näin sain pidettyä helposti liian laajaksi ja vaikeaksi menevän analyysin kohtuullisen kokoisena ja näkökulman hallinnassani.

5 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN NYKYISTEN RISTIRIITOJEN ANALYYSI

5.1 Nykyisten ristiriitojen analysointi

Nykyisissä ristiriidoissa on kyse siitä, että jokin toiminnan osatekijöistä on muuttunut tai kehittynyt muita edelle, jolloin toimintajärjestelmän muut osatekijät eivät enää sovi yhteen sen kanssa (www.muutoslaboratorio.fi). Selvitin pääterveysaseman nykyiset ristiriidat vertaamalla nykytilaa toiminnan kehityshistoriaan. Analyysissä käytin apuna myös omaa osaamistani, koska olen työskennellyt pääterveysasemalla lähes kuusi vuotta, eli sekä ennen maakuntahallintokokeilua että sen aikana. Nykytilan kartoituksen ja toiminnan kehityshistorian perusteella pääterveysaseman suurimmat ristiriidat löytyvät säännöistä, yhteisöstä, työnjaosta ja työn tuloksesta. Näissä toiminnan osatekijöissä on tapahtunut toiminnan kehittämistä vaativia muutoksia. Nykytilan kartoitusvastausten perusteella analysoin ristiriitojen kehittymistä ja niiden näkymistä päivittäisessä työssä.

5.2 Tuloksen ristiriidat

Henkilökuntavaje vaikuttaa työn laatua huonontavasti. Vähällä henkilökuntamäärällä työskennellessä yksittäisen työntekijän työmäärä kasvaa. Työn paljous karkottaa nuoria lääkäreitä, rekrytointiongelmat ovat jo havaittavissa. Sijaislääkäreitä saa määrääjäksi palkattua, mutta pysyviin lääkäriin virkoihin ei ainakaan väestövastuuajana ollut hakijoita. Kainuun maakuntayhtymän rekrytointisivuilla on jatkuva haku terveyskeskuslääkäreistä, mutta hakijoita ei ole ollut edes 8000 euron kuukausipalkalla ja muilla työsuhde-eduilla. Rekrytointiongelmat hoitajienkin lyhyissä poissaoloissa ovat jo arkipäivää., vakituiset varahenkilöt on lähes kokonaan kiinnitetty pidempien poissaolojen sijaisiksi. Vastavalmistuneet hoitajat hakeutuvat mieluummin erikoissairaanhoidon töihin. Puuttuvien lääkäreiden työpanosta ei useissa asioissa voi korvata hoitajien vastaanotoilla, koska esimerkiksi ajokorttitodistukset, B- ja C-lausunnot ja useat sairauslomatodistukset ovat edelleen lääkärin tehtäviä. Jatkuva vajaalla miehityksellä työskentely on raskasta sekä fyysisesti että psyykkisesti ja työssä jaksaminen huononee. Potilasmäärän rajoittamattomuus aiheuttaa henkilöstön keskuudessa työn hallitsemattomuuden tunnetta.

Ympäristökuntien potilaat ovat oman kunnan terveyspalvelujen puuttuessa ohjautuneet suurelta osin Kajaaniin, jossa ei lääkäri- ja hoitajakapasiteettia ole voitu vastaavasti lisätä. Vuolijoen ja Ristijärvellä ei ole toistaiseksi lainkaan päivystysvastaanottoa, eivätkä näiden kuntien pitkäaikaissairaiden potilaiden vastaanotot kykene palvelemaan kaikkia hoidon tarpeessa olevia potilaita. Paltamon terveysasemalla on usein sellaisia työpäiviä, ettei paikalla ole lainkaan lääkäreitä tai lääkäreiden vähyydestä johtuen siellä ei voida hoitaa kaikkia potilaita. Silloin Paltamolaiset potilaat ohjautuvat Kajaanin pääterveysasemalle.

Potilaissa etenkin vanhusten määrän lisääntyminen tulee jatkumaan tulevaisuudessakin (Kainuun maakunta-kuntayhtymä: www.kainuu.fi). Vanhuksissa on paljon monisairaita potilaita, jotka tarvitsevat sekä lääkärin että kansanterveyshoitajan palveluja eli he käyttävät paljon palveluja. Pysyvien lääkärisuhteiden puuttuessa tarvitaan joka vastaanottokerralla pidempi vastaanottoaika, joka johtaa vastaanottoaikojen vähyyteen.

5.3 Yhteisön ristiriidat

Maakuntahallintokokeilun alkaessa organisaatiomuutos oli suuri. Sekä lääkäreiden että hoitajien esimiehissä oli vaihtuvuutta. Tiedonkulku organisaation sisällä heikkeni ja kaikki työntekijät eivät ole oppineet käyttämään sähköistä tiedottamista. Ei enää tiedetä kuka tiedottaa ketä ja mistä asiasta. Henkilökuntaa koskeva päätöksenteko on siirtynyt omalta työpaikalta ympäri kaupunkia sijaitseviin maakunnan johtohenkilöiden toimipisteisiin. Tyytymättömyys johtamiseen oli suurta, erityisesti painotettiin johtamisen selkiytymättömyyttä. Esimiehiltä toivottiin vastuun ottamista henkilöstön jaksamisesta, koska nyt henkilöstöllä on sellainen tunne, ettei kukaan välitä heidän hyvinvoinnistaan. Koko organisaatio koetaan hajanaiseksi.

Nämä ovat suuria muutoksia verrattuna siihen, että ennen pääterveysasemalla toimittiin omana, itsenäisenä yksikkönä osallistuen omaa työtä koskevaan päätöksentekoon. Ennen maakuntahallintokokeilun alkua myös jokainen lääkärin virka oli vakituisesti täytetty ja esimiehet työskentelivät vähintään samassa pihapiirissä, jolloin heillä oli ajantasainen näkemys työpaikan arjen normaalista sujumisesta.

5.4 Sääntöjen ristiriidat

Kiire kiristää ilmapiiriä. Kun työtä tehdään minuuttiaikataululla, voivat henkilökunnan keskinäiset välit kiristyä työpaikan sääntöjen unohtuessa. Kiireen keskellä sanoo sellaisiakin asioita, joita ei ole tarkoitus sanoa. Kiireestä puhuminen myös tarttuu helposti työntekijästä toiseen, jolloin se on päivittäin työyhteisön keskeisin puheenaihe.

5.5 Työnjaon ristiriidat

Epäselvät tehtävänkuvat terveydenhuollossa aiheuttavat henkilökunnan lisäksi suoraa haittaa myös potilaille. Kun henkilökunnalle ei ole heti ensikontaktissa selvää asiaa se, kenen vastaanotolle potilas kuuluu, voi potilas joutua jonottamaan turhaan useammallekin vastaanotolle. Kun hoitajan vastaanotolle tulee potilas, jolle hän ei voi osaamisensa tai lakisääteisten määräysten puitteissa antaa potilaan haluamaa hoitoa, se aiheuttaa hoitajassa turhautumista väsymistä. Usein potilaat tällöin ilmaisevat selkeästi tyytymättömyytensä vastaanottoon. Tällaisten vastaanottojen aiheuttamasta ahdistuksesta oli kerrottu useiden hoitajien vastauksissa. Pahe-neva pula lääkärin vastaanottoajoista on lisännyt hoitajavastaanottojen potilasmääriä. Kun potilas ei saa lääkäriaikaa, hänelle annetaan aika hoitajan vastaanotolle, vaikka potilaan vaivan laatu edellyttäisikin lääkärin tutkimusta. Väsynyt hoitaja voi syyttää tällaisesta potilaskäynnistä toista ammattiryhmää, joka vaikuttaa huonontavasti ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön. Seurauksena voi olla ammattiryhmien eriytyminen.

6 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TAVOITE

6.1 Opinnäytetyön idean tausta ja kuvaus

Työyhteisön ollessa itse etsimässä keinoja oman paisuneen työtilanteensa hallitsemiseksi, joudutaan ensin käsittelemään ongelmaa, onko yleensä jotain tehtävissä. Jos jotain on tehtävissä, niin mistä saadaan voimavarat kehittämisen väistämättä vaatimaan ponnistukseen (Arvonon, Murtonen & Matinaho 2003, 62). Pääterveysaseman tilanne oli siis oikeastaan mitä otollisin opinnäytetyön tekemistä varten, koska muutostarve oli huomattu sekä työntekijöiden keskuudessa että johtoportaassa. Toikon ja Rantasen (2009, 75) mukaan kehittäminen tuottaa vain harvin pysyvän tuloksen, jos kehittämisen kohteena oleva työyhteisö ei näe kehittämiskysymystä kiinnostavana. Pääterveysaseman henkilöstö oli huomannut, että entisellä tavalla ei muuttuneessa työyhteisön tilanteessa enää voinut toimia. Sen mielenkiinto työyhteisön kehittämiseen oli jo herännyt.

Opinnäytetyöni ideointi lähti liikkeelle syksyllä 2007 Kajaanin pääterveysaseman silloisesta nykytilanteesta. Muutaman viime vuoden aikana oli tapahtunut muutoksia sekä pääterveysaseman henkilöstön että potilaiden määrissä. Lääkärimäärä oli vähentynyt, hoitajien määrää oli lisätty ja samalla ympäristökunnista oli tullut lisää potilaita. Vuonna 2005 tuli voimaan hoitotakuu, joka vaatii paljon lisätyötä henkilökunnalta. Henkilöstön työnkuviissa oli tapahtunut muutoksia, esimerkiksi erilaisia tehtäväsiirtoja ammattiryhmältä toiselle. Pääterveysasemalla yritettiin toimia samalla tavalla kuin silloin, kun kaikki lääkäreiden virat oli vielä täytetty. Väestövastuutoiminta ei enää toiminut kuten pitäisi, koska useampi kaupunginosa Kajaanissa oli ilman väestövastuulääkäreitä. Silloisella toimintatavalla ei kyetty enää tehokkaasti ja toimivasti vastaamaan palvelujen kysyntään ja henkilökunnan keskuudessa alkoi olla havaittavissa väsymistä ja uupumista. Lakisääteinen hoidon tarpeen arviointi ei toiminut siten kuin hoitotakuu olisi edellyttänyt. Pääterveysasemalla alkoi olla havaittavissa henkilöstön hyvinvointia vaarantavia seikkoja eli kiirettä, yksin työskentelyä ja raskasta vastuuta asiakkaista, ongelmia työyhteisössä ja sen ilmapiirissä, johtamisongelmia, fyysistä kuormitusta sekä vaihtelevia ja usein puutteellisia työvälineitä ja tiloja (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 166).

Tilanne vaati työ- ja toimintatapojen uudistamista. Yksi suuri kehitystarve oli työn yhteisen päämäärän eli perustehtävän löytäminen uudelleen. Sitä varten työyhteisön tulee pysähtyä

miettimään seuraavia kysymyksiä: Miksi työyhteisömme on olemassa? Mitä työyhteisömme pyrkii saamaan aikaan? Miten se näkyy käytännön toiminnassamme. (Rauramo 2008, 131.) Kajaanin pääterveysaseman kohdalla kysyisin lisäksi: Miksi ja ketä varten teemme työtämme pääterveysasemalla ja kuinka työtä voitaisiin tehdä toimivana, moniammatillisena tiiminä tarjoten samalla mahdollisimman hyvää palvelua pääterveysaseman asiakkaille? Sosiaali- ja terveysalan työssä moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata eri asiantuntijoiden yhteistyönä, jossa pyritään huomioimaan potilaan kokonaisuus (Isoherranen 2005, 14). Henkilökunnan tulisi toiminnallaan kyetä vastaamaan maakunta-kuntayhtymän pääterveysaseman toiminnalle asettamiin visioihin.

Opinnäytetyön aihe on hiottu lopulliseen muotoonsa yhdessä vastuualuepäällikkö Asta Komulaisen ja vs. osastonhoitaja Ritva Heinistön kanssa. Ensimmäiset keskustelut aiheesta kävimme Asta Komulaisen kanssa jo keväällä 2007, tämän koulutuksen ennakkotehtävää tehdessäni. Loppusyksyllä 2007 monien vaiheiden jälkeen aihe löysi lopullisen muotonsa.

6.2 Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön vaatimukset

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman suorittanut henkilö on asiantuntija ihmisten ja osaamisen johtamisessa. Tutkinnon suorittaneen kompetenssit ovat:

1. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämisosaaminen. Henkilön tulee osata:
 - Arvioida tietoa kriittisesti, hahmottaa kokonaisuuksia ja luoda uutta käytäntöä kehittävää tietoa,
 - hallita tutkimus- ja kehitystoiminnan menetelmiä ja osata itsenäisesti toteuttaa alaa kehittäviä tutkimus- ja kehittämishankkeita,
 - kehittää työyhteisöä prosessilähtöisen organisaation periaatteiden mukaisesti yhteistoiminnassa henkilöstön ja asiakasryhmien kanssa
 - sekä kehittää sosiaali- ja terveyspalvelujen ulkoista ja sisäistä laatua, vaikuttavuutta ja yhteistyötä.
2. Sosiaali- ja terveysalan johtamisosaaminen. Henkilön tulee osata:

- Tunnistaa omat johtamisvalmiutensa ja vahvistaa johtamistaitojaan,
- hallita palvelukokonaisuuksien johtaminen omalla vastuualueellaan,
- hallita työyhteisön muutosprosesseja,
- edistää työn vaikuttavuutta näyttöön perustuvalla toiminnalla,
- johtaa sosiaali- ja terveystalouden rakenteiden kehittämistä ja tuottamistapoja
- sekä johtaa työyhteisön/organisaation kehittämistä eettisesti vastuulliseksi, tavoitteelliseksi ja tulevaisuuteen suuntautuvaksi yhteiseksi. (Kajaanin ammattikorkeakoulu.)

Opinnäytetyön tekeminen on osoitus siitä, että opiskelija täyttää nämä kompetenssit. Se koostuu yhteisen opiskelun aikana läpi käytyt opintokokonaisuudet. Toteutustapa ei ollut enää perinteinen tutkimus. Koulutuksemme alussa saimme kuulla, että opinnäytetyömme tulisi viedä läpi kehittämishankkeena. Kehittämishankkeet ovat toimintamuotoja, joiden avulla pyritään tarkastelemaan nykyisiä toimintatapoja ja kehittämään uusia. Hoitotyötä edistetään käytännön tarpeista syntyvillä kehittämishankkeilla, joissa muokataan organisaation rakenteita, toimintatapoja ja resursseja. Yleensä kehittämishankkeessa ovat mukana yksikön työntekijät, johto ja ulkopuolinen konsultti, joka on kehitettävän alueen asiantuntija. Kehittämishankkeet ovat laajuudeltaan erilaisia. Ne voivat olla yhden yksikön sisäisiä hankkeita tai laajempia hankkeita kohteenaan sairaala, alue, koko Suomi jne. Kehittämishankkeella on aina aikataulu ja toimintasuunnitelma, jossa määritellään hankkeen tavoitteet ja toimintatavat. Tutkimus ei välttämättä aina liity kehittämishankkeisiin. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2006, 102.)

Opinnäytetyön aloitusvaiheessa minulla oli tukijoukkoja työpaikallani runsaasti. Henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi ainoaksi käytännön ohjaajakseni ja henkiseksi tuekseni jäi kuitenkin vastuualuepäällikkö Asta Komulainen, jolla onkin pitkäaikainen työkokemus Kajaanin pääterveysasemalta. Varsinaista projektiryhmää ei siis ollut, vaan hankkeen etenemistä käsiteltiin koko henkilökunnan kesken pääterveysaseman henkilökuntapalaverissa. Koko hankkeen käytännön toteutus jäi minun tehtäväkseni.

6.3 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää Kajaanin pääterveysaseman vastaanotto toimintaa luomalla työpaikan nykytilanteen huomioiva toiminnan kehittämissuunnitelma. Tavoitteena on yhdessä henkilökunnan kanssa löytää työyhteisön tärkeimmät kehittämiskohteet ja miettiä yhdessä ratkaisuja niihin. Tämä on välitön tavoite. Pitkän aikavälin tavoitteena pääterveysaseman toimintaa kehitetään edelleen kohti moniammatillista tiimityöskentelyä. Toivon opinnäytetyöni myös lisäävän yhteistyötä pääterveysaseman eri ammattiryhmien välillä.

Opinnäytetyöstäni hyötyvät sekä henkilökunta että pääterveysaseman potilaat. Henkilökunnalla on mahdollisuus päästä itse kehittämään omaa työtään ja vaikuttamaan siihen. Kehittämiskohteita miettimällä ja dokumentoimalla henkilöstö voi ideoida henkilökunnan täydennyskoulutusta. Ongelmakohtien löytyminen auttaa mahdollisesti kohdentamaan henkilökuntaa eri tavalla, sinne missä työtavat vaativat muuttamista ja tehostamista. Kehittämistyötä tekemällä toivon henkilöstön oppivan ymmärtämään toisia ammattiryhmiä paremmin ja mehengen kasvavan. Ammattiryhmien välisen yhteistyön lisääntyminen voi parantaa työssä jakamista. Pääterveysaseman potilaille toiminnan kehittämissuunnitelman on tarkoitus näkyä parempana ja tehokkaampana palveluna, koska kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän analyysimallin kaikki osatekijät vaikuttavat lopulta kohteeseen eli potilaaseen ja hänen saamansa hoidon laatuun. Ristiriitaisten osatekijöiden kehittäminen parempaan suuntaan vaikuttaa hoidon laatua parantavasti. Opinnäytetyön tekijänä pääsen itse harjoittelemaan muutosjohtamista (kappale 2.2) organisoidessani koko kehittämisprosessin.

Ennen kuin voin lähteä kehittämissuunnitelmaa tekemään, minun oli saatava vastaukset kolmeen tutkimustehtävään:

1. Millainen on Kajaanin pääterveysaseman vastaanotto toiminnan nykytila henkilökunnan kuvailemana ja kuinka toiminta on muuttunut pääterveysaseman historian aikana? Tähän kysymykseen sain vastauksen SWOT-analyysistä ja pääterveysaseman toiminnan kehityshistoriasta.
2. Mitkä ovat Kajaanin pääterveysaseman vastaanotto toiminnan tärkeimmät kehittämiskohteet? Tähän kysymykseen sain vastaukset nykyisten ristiriitojen analyysistä.

3. Millaisin keinoin Kajaanin pääterveysaseman vastaanoton henkilökunta haluaa toimintaansa kehittää? Tähän kysymykseen sain vastauksen moniammatillisten tiimipalavereiden ja 27.3.2008 olleen henkilökuntapalaverin keskusteluista ja mielipiteistä.

Näihin tutkimustehtäviin saatujen vastausten pohjalta aloin luomaan vastaanottotoiminnan kehittämissuunnitelmaa. Suunnitelmassa huomioin sekä vastaanottotoiminnan nykytilan että henkilökunnan näkemyksen työyksikön kehittämisestä.

7 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN UUDEN TOIMINTAMALLIN SUUNNITTELU

7.1 Moniammatilliset suunnittelutiimit

12.2.2008 olleessa pääterveysaseman henkilökuntapalaverissa muodostettiin vastaavan lääkärin Seppo Kallion aloitteesta kolme moniammatillista suunnittelutiimiä. Nelihenkisiin tiimeihin tuli yksi edustaja jokaisesta vastaanoton ammattiryhmästä eli lääkäri, kansanterveyshoitaja, päivystävä sairaanhoitaja ja terveyskeskusavustaja. Tiimien tavoitteena oli suunnitella uusia toimintatapoja vastaanoton toimintaan. Suunnittelutiimien palaverien kesto oli neljä tuntia, klo 12.00–16.00.

Tein pääterveysaseman nykyistä toimintatapaa kartoittavista SWOT-analyysivastauksista kirjallisen keskustelurungon palaverien varten. Jokainen tiimi sai mukaansa palaveriin samanlaisen keskustelurungon, joihin he saivat kirjata ylös pohtimiaan asioita ja kehittämissuhteita. Keskustelurunkoon oli kirjallisesti koottu yhteen pääterveysaseman nykytilan kartoituksessa esille nousseet vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Antamani ohje suunnittelutiimeille oli, että he miettivät kuinka työyhteisö voisi vahvistaa edelleen vahvuuksiaan, kehittää parempaan suuntaan heikkouksiaan, ottaa käyttöön piileviä mahdollisuuksiaan ja varautua tulevaisuuden uhkiin. Muitakin ajankohtaisia ja keskustelua herättäviä asioita sai palaverissa pohtia.

Tuloksena kolmesta tiimipalaverista oli yhteensä 42 kehittämissuhteusta (Liite 3), joiden luomisessa pääterveysaseman henkilökunta oli saanut oman äänensä kuuluviin. Kokosin kehittämissuhteukset yhteen ja esittelin ne koko henkilökunnalle 27.3.2008 olleessa henkilökuntapalaverissa.

7.2 Kevät 2008

Henkilökuntapalaverissa 27.3.2008 kävin koko vastaanoton henkilökuntapalaverissa läpi toiminnan nykytilaa kartoittavan kyselyn tulokset. Henkilökunnan mielestä analyysin tulokset kuvasivat hyvin toiminnan nykytilaa. Toiminnan heikkoudet saatiin nyt nostettua keskusteltaviksi, mikä olikin yksi nykytilan tarkastelun tärkeä tavoite. Kävimme läpi myös moniamma-

tillisten tiimipalaverien toiminnan kehittämisehdotukset ja valitsimme niistä äänestämällä sel-laiset, joita henkilökunnan oli realistista lähteä suunnittelemaan eteenpäin. Henkilökunnan valitsemat kehittämisehdotukset on lihavoitu liitteessä 3. Sovimme, että teen eteenpäin vietä-vistä toiminnan kehittämisehdotuksista kirjallisen listan, joka tulee käymään jokaisen pääter-veysaseman työntekijän katsottavana. Jokainen työntekijä merkitsee kehittämisehdotuksista mielestään kolme tärkeintä ja lopuksi lasketaan, mitkä ehdotuksista ovat saaneet eniten kan-natusta. Lopputulosta sovittiin tarkasteltavan seuraavassa henkilökuntapalaverissa 8.5.2008. Moniammatillisten tiimien ehdotusten pohjalta palaverissa tehtiin jo useita päätöksiä. Lähetin palaverin jälkeen palaveripöytäkirjan (Liite 4) sähköpostitse kaikille pääterveysaseman työn-tekijöille, lähiesimiehille ja vastuualuepäällikkö Asta Komulaiselle.

Päivämäärälle 8.5.2008 suunnitellun henkilökuntapalaverin paikalle sovittiin lyhyellä varoi-tusajalla lääkäreiden yt-neuvottelut omalääkäritoiminnan lakkauttamisen vuoksi. Lisäksi olin tuolloin itse sairaslomalla käsimurtuman vuoksi, joten projekti ei tuolloin edennyt.

7.3 Kesä 2008

19.6.2008 minulla oli palaveri vastuualuepäällikkö Asta Komulaisen kanssa. Tämän palaverin tarkoitus oli saada kokoon materiaalia pääterveysaseman historiallista analyysiä varten. Olin lähettänyt etukäteen pohdittavaksi teema-alueita tätä osiota varten ja kävimme teemoja vielä suullisesti läpi. Tämä materiaali on luettavissa omassa osiossaan tässä opinnäytetyössä, pää-terveysaseman toiminnan kehityshistoriassa. Tarkastelimme kehittämisehdotuslistaa jossa henkilökunta oli äänestänyt kolmea omasta mielestään tärkeintä kehittämiskohdetta. Neljä kohdetta nousi selkeästi ylitse muiden:

1. Potilasmäärien rajaaminen, miten? Yhdenmukaiset toimintalinjat asian suhteen. (19 ääntä)
2. Työnkuvien uudelleen miettiminen. Suunnitelma siitä, mitä kunkin ammattiryhmän on tarkoituksenmukaista tehdä, tehtäväsiirtoja? (16 ääntä)
3. Selkeän tiedottamissuunnitelman tekeminen tiedonkulun parantamiseksi. (10 ääntä)
4. Käypä-Hoito- suosituksiin pohjautuvien yhteisten ohjeiden tekeminen esim. labora-toriokokeiden suhteen. (9 ääntä)

Muut kehittämissuunnitelmat olivat keränneet selkeästi vähemmän kannatusta. Palaverissa teimme ensimmäisen, alustavan pääterveysaseman toiminnan kehittämissuunnitelman, jossa oli jo huomioitu omalääkärijärjestelmän päättyminen. Yllä olevat, henkilökunnan tarpeista nousevat kehittämissuunnitelmat tuli myös sisällyttää suunnitelmaan ja osittain ne ensimmäiseen suunnitelmaan jo sisältyvätkin. Tehtäväkseni jäi tehdä tämä suunnitelma kirjalliseen muotoon ja aioimme palata asiaan 14.7.2008 alkavalla viikolla. 15.7.2008 lähetin sähköpostitse Asta Komulaiselle tekemäni kirjallisen suunnitelman ja hänen ehdotuksestaan suunnitelmaan tehtiin vielä muutamia lisäyksiä. Suunnitelma oli tarkoitus esitellä henkilöstölle henkilökuntapalaverissa kesälomien jälkeen, 27.8.2008.

Henkilökuntapalaverissa 27.8.2008 koko puolentoista tunnin aika oli varattu kehittämissuunnitelman (Liite 5) esittelyä varten. Esittelin suunnitelman yhdessä Asta Komulaisen kanssa. Palaveri oli vapaamuotoinen ja keskustelevalta, mitään päätöksiä asian suhteen ei ollut vielä tarkoituskaan tehdä. Tavoitteena oli lähinnä herättää keskustelua ja nostaa aihe yleiseen keskusteluun. Henkilöstö löysi suunnitelmasta paljon hyviä puolia, mutta yksi henkilöstön jäsen esitti myös vastustavan kantansa suunnitelmaa kohtaan. Sovimme, että jätän yhden kopion suunnitelmasta henkilökunnan taukotilaan, jolloin kaikki halukkaat saavat kirjoittaa lomakkeeseen kannanottojaan suunnitelmasta niin halutessaan. Päätimme palata suunnitelmaan taas seuraavassa henkilökuntapalaverissa, jonka päivämäärää ei vielä tämän palaverin yhteydessä sovittu.

7.4 Syksy 2008

Pitkän sairaslomani vuoksi ja työpaikkapalaverien ollessa koko syksyn ajan aina lähiopiskelupäivieni aikana, ei suunnitelman tekeminen edennyt syksyn aikana juuri lainkaan. Henkilökunta kuitenkin suunnitteli toimintaa koko ajan, kuten palaveripöytäkirja 18.9.2008 kertoo (Liite 6). Vuodenvaiheessa 2008–2009 puheterapeutit muuttivat keskustan vastaanoton tiloista muualle, jolloin useampia huoneita vapautui vastaanoton käyttöön. Syksyn aikana oli kuitenkin käynyt jo selväksi, että Teppanan alueen lääkärit halusivat säilyttää nykyiset vastaanottohuoneensa, jolloin vastaanottoa tulevaisuudessakin tulisi olemaan pääaulan molemmin puolin.

7.5 Hoitajien palaveri 23.1.2009

23.1.2009 pidettiin pääterveysaseman päivystävien sairaanhoitajien ja kansanterveyshoitajien yhteinen palaveri, johon olin tehnyt keskustelun ja päätöksenteon pohjaksi erilaisia ehdotuksia hoitajien työskentelytavoiksi (Liite 7). Tässä palaverissa päätettiin, että kansanterveyshoitajat siirtyvät lääkäreiden kanssa tiimityöhön. Yhteen tiimiin kuuluisi kaksi lääkäriä ja yksi kansanterveyshoitaja. Tällöin Teppanan alueella olisi kaksi ja keskustan alueella kolme kansanterveyshoitajaa. Päivystävät sairaanhoitajat halusivat kiertävän toimenkuvan, eli he eivät toteuttaisi tiimityötä. Kuitenkin yksi päivystävä sairaanhoitaja ja yksi kansanterveyshoitaja tarvittaisiin lisää, jotta suunnitelma kyettäisiin toteuttamaan. Mitään toiminnan muutoksia ei siis tässä vaiheessa voinut vielä tehdä.

8 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN UUDEN TOIMINTAMALLIN KÄYTTÖÖNOTON SUUNNITTELU

8.1 Mikä on jo muuttunut?

Huhtikuussa 2009 Kajaanin pääterveysaseman toiminnan kehittämisen tilanne on seuraavanlainen: Lääkäreiden vastaanotto jatkuu sekä nykyisten Teppanan että keskustan alueella, eli pääterveysaseman pääaulan molemmilla puolilla. Säännölliset työyhteisön kuukausipalaverit ovat toteutuneet hyvin. Palaverit ovat parantaneet tiedonkulkua ja tiedottamista työyhteisön sisällä ja lisänneet henkilöstön välistä vuorovaikutusta. Ajankohtaisista asioista on voitu keskustella yhdessä ja rakentavasti. Tiedottaminen on asiasta keskustelun jälkeen parantunut sitten vuoden takaisen nykytilan kartoituksen, vaikkei tiedottamissuunnitelmaa olekaan tehty. Tärkeät tiedotteet tulevat esimiesten kautta sähköisesti kaikille, joita tiedotettava asia koskee. Vastaava lääkäri on alkanut tiedottaa henkilökuntaa kirjallisesti tärkeistä asioista. Nämä jo muuttuneet käytännöt kohdistuvat sääntöjen, yhteisön ja tuloksen ristiriitoihin.

8.2 Miten tästä eteenpäin?

Keskustan ja Teppanan alueiden yhteinen ajanvaraustoimisto tulee sijoittumaan keskustan alueen vastaanoton puolelle jo kesän 2009 aikana. Toimistossa potilaat asioivat päivystävän sairaanhoitajan kanssa, jolloin hoitotakuu toteutuu heti ensimmäisessä kontaktissa. Näin toteutetaan triagea, eli potilaiden luokittelua hoidon kiireellisyyden mukaan. Yhteistyö keskussairaalan päivystyspoliklinikan kanssa triagekoulutukseen liittyen on jo lähiaikojen suunnitelmassa. Terveyskeskusavustajille tulee oma infopiste puhelinvaihteelta ja kassalta vapautuneisiin tiloihin kesän 2009 aikana. Tässä infopisteessä annetaan yleistä neuvontaa sekä hoidetaan reseptiliikennettä, vastaanotolle ilmoittautumista ja laskutusta. Nämä asiat eivät vaadi hoidon tarpeen arviointia. Myös puhelinajanvaraus siirtyy kokonaan hoitajien tehtäväksi, päivystysasioissa päivystävälle sairaanhoitajille ja pitkäaikaissairauksissa kansanterveyshoitajille. Kansanterveyshoitajien puhelinaikojen kestoja on jo lisätty tavoitettavuuden parantamiseksi. Tämä uusi käytäntö kohdistuu etenkin työnjaon, mutta myös sääntöjen, yhteisön ja tuloksen ristiriitoihin.

Suunnitellun toiminnan aloittamiseksi tarvitaan lisää sekä yksi kansanterveyshoitaja että yksi päivystävä sairaanhoitaja. Kansanterveyshoitajat siirtyvät tiimityöhön lääkäreiden kanssa, yksi tiimi muodostuu kahdesta lääkäristä ja yhdestä kansanterveyshoitajasta. Päivystys toimii erillään tiimeistä, joten päivystävät sairaanhoitajat eivät ole minkään tiimin jäsenenä. Kroonisten säärihaavojen hoito siirtyy päivystäviltä hoitajilta kansanterveyshoitajille ja eteenpäin ollaan viemässä tehtäväsiirtoa, joka siirtäisi Marevan-annostusten määräämisen ja niihin liittyvien kontrolliverikokeiden tulkinnan lääkäreiltä kansanterveyshoitajille. Nämä muutokset kohdistuvat erityisesti työnjaon, mutta myös yhteisön, sääntöjen ja tuloksen ristiriitoihin.

Lääkäripula pääterveysasemalla on vuosi sitten tehdyn nykytilan kartoituksen jälkeen pahentunut, joten on erittäin tärkeää jo potilaan ensikontaktissa saada hänet ohjattua oikeaan paikkaan. Näin vähäiset lääkäriajat saadaan kohdennettua sellaisille asiakkaille, jotka ajan todella tarvitsevat. Terveyskeskusavustajien ei tällöin tarvitse potilaan ensikontaktina enää kokea ahdistusta hoidon tarpeen arvioinnin vaikeudesta.

Potilasmäärän rajaaminen ei valitettavasti taida olla realistinen tavoite, mutta yhtenäisten potilasohjeiden tekeminen kylläkin, kunhan työtilanne sallii ajanoton potilastyöstä työn kehittämistä varten ja kansanterveyshoitajien toiminta muuttuu uuden kehittämissuunnitelman mukaiseksi.

Nämä suunnitelmat selkiyttävät huomattavasti päivystävien sairaanhoitajien, kansanterveyshoitajien ja terveyskeskusavustajien työnkuvia. Tällä asialla on toivottavasti positiivinen vaikutus kyseisten ammattiryhmien työssä jaksamiseen.

Suunnitelma elää ja kehittyy koko ajan, joten tämä opinnäytetyö ei ole ollut turhaa työtä.

9 KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN UUDEN TOIMINTAMALLIN ARVIOINTI

9.1 Kuinka kehittämistoimintaa arvioidaan?

Kehittämisen prosessin analyttisin osa-alue on arviointi. Siinä analysoidaan kehittämistoiminnan perustelua, organisointia ja toteutusta. Kehittämisen prosessin aikana voidaan joutua useaan otteeseen analysoimaan esimerkiksi kehittämissuunnitelmassa määritelty tavoite. Voidaan myös arvioida tavoitteiden mahdollista muuttumista prosessin kuluessa. Kehittämisen kohdekin voi välillä muuttua. (Toikko & Rantanen 2009, 82–83.)

Kehittämistoiminnassa vaikuttavuuden arviointi on keskeisellä sijalla. Tällöin voidaan tarkastella joko kehittämistoiminnan vaikuttavuutta, eli arvioidaan hanketta, tai hyvän käytännön vaikuttavuutta, jolloin arvioidaan menetelmän kehittämistä. Vaikuttavuustutkimus edellyttää muutosten mittaamista. Pienimuotoiset, määrälliset kartoitukset ja selvitykset ovat keinoja tuottaa tietoa konkreettisen kehittämistoiminnan tuloksellisuudesta ja vaikutuksista. Käytännöllisiä tapoja ovat esimerkiksi asiakaspalautteet tai työhyvinvointikyselyt. Tällöin kysely toistetaan kehittämistoiminnan alussa ja lopussa. (Toikko & Rantanen 2009, 148–154.)

Organisaatiokulttuurin muutos ei ole nopeaa, vaan muutoksen läpivieminen on kokonaisuutena pitkä prosessi. Taktinen muutos terveydenhuollossa tarkoittaa esimerkiksi toimintamallien muuttamista tai siirtymistä tiimijärjestelmään. Tällainen muutos vie aikaa 1-18 kuukautta. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 45.)

9.2 Pääterveysaseman kehittämissuunnitelman arviointi

Arviointia on tehty koko opinnäytetyöni etenemisen ajan. Henkilökuntapalaverien yhteydessä henkilöstö on ilmaissut mielipiteitään esille tuomistani asioista ja kehittämissuunnitelmaa on muokattu yhdessä.

Pääterveysaseman uuden toimintatavan arviointi ei ehdi tapahtua tämän koulutukseni aikana. Keväällä 2009 Kainuun maakunta-kuntayhtymällä on erittäin tiukka henkilöstöpolitiikka, ja se hidastaa toiminnan muutokseen tarvittavien yhden kansanterveyshoitajan ja yhden päivystävän hoitajan saamista. Kesäkuun 2009 lopulla alkaa jokavuotinen kesäsulkuaika, johon on

keskitetty henkilökunnan vuosilomia ja jolloin hoidetaan pelkkää päivystystä. Toiminnan muuttaminen kesäsulku-aikaan on vaikeaa. Koko muutoksen käytäntöön saaminen siirtyy siis vähintään syksyyn 2009, vaikka osa uusista käytännöistä otetaankin käyttöön jo tulevan kesän aikana.

Mielestäni edessä on kuitenkin sen verran suuri muutos, että uutta toimintatapaa täytyy kokeilla ja toteuttaa ainakin ½ -1 vuotta, ennen kuin toimintatapaa voi arvioida. Lähtisin silloin toteuttamaan uuden nykytilan kartoituksen samanlaisella SWOT-analyysillä kuin mitä nyt käytin. Olisi helppo verrata, missä on tapahtunut muutosta ja mihin suuntaan, kun on hyvä ja tuore vertailupohja käytössä. Erityisen mielenkiintoista olisi vuoden kuluttua sijoittaa pääterveysaseman silloinen nykytila kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmään ja katsoa, ovatko nyt ristiriitaiset osa-alueet kehittyneet positiiviseen suuntaan. Tämä kuvio kertoisi kehittämisen prosessin vaikuttavuuden, eli mitä työyhteisössä on tapahtunut prosessin jälkeen, ovatko saavutetut tulokset pysyviä ja onko toiminta kehittynyt entisestään (Mäkisalo 2003, 152)? Teettäisin työn ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä, tai voisin tehdä sen itsekin, mikäli silloin vielä työskentelen samassa työpaikassa ja asiaa varten annettaisiin riittävästi työ-aikaa käytettäväkseni.

Kehittämisen prosessin arviointia voi toteuttaa myös kehityskeskusteluissa ja asiakastyytyväisyyskyselyissä. Yhden ajanvaraustoimiston käyttöön ja triagetoimintaan siirtyminen on niin suuri muutos pääterveysaseman potilaille, että mielestäni heidänkin mielipidettään muutoksen onnistumisesta kannattaa kysyä.

10 POHDINTA

10.1 Pohdintaa kehittämissuunnitelman etenemisestä

Maailma on muuttunut, mutta suomalainen terveyskeskusjärjestelmä ei. Terveyskeskukset ovat jääneet muiden jalkoihin. Osa lääkäreistä on sitä mieltä, että terveyskeskus ei ole hyvä paikka työskennellä. Onko kyse imagosta ja pitäisikö terveyskeskukset brändätä uudestaan? Tarvitseeko terveyskeskuksia pelastaa? Ne eivät ole kriisissä, mutta niiden toiminta kyllä loppuu, jos niitä ei kehitetä. (Aronkylä 2008.) Valitettavan usein olen omalla työpaikallanikin kuullut nuorien lääkäreiden toteavan, etteivät he missään nimessä tule jäämään terveyskeskustyöhön pakollisen terveyskeskustyöskentelyjakson jälkeen. Sairaalatyössä lääkärit saavat huomattavasti enemmän kollegiaalista tukea muilta lääkäreiltä, kun taas terveyskeskustyössä lääkäri on valtaosan päivästä vastaanottohuoneessa kahdestaan potilaan kanssa tai tekee huoneessa yksin paperitöitä. On ymmärrettävää, jos sosiaalinen sairaalatyöskentely houkuttaa enemmän kuin yksinäinen puurtaminen.

Hukkasen & Vallimies-Patomäen (2005, 11) mukaan henkilöstövoimavarojen ja osaamisen johtaminen ovat keskeisiä kehittämiskohteita sekä suomalaisessa että kansainvälisessä terveyspolitiikassa. Lääkäripula etenkin perusterveydenhuollon puolella on pakottanut kunnat miettimään terveydenhuollon työntekijäryhmien työnjakoa. Vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuu on siirtänyt kiireettömän hoidon tarpeen arviointia sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Kun hoidon tarpeen arviointiin ei pääse lääkärin vastaanotolle hoitotakuun edellyttämässä kolmessa vuorokaudessa, suorittaa hoidon tarpeen arvioinnin muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Käytännössä tämä on tarkoittanut sitä, että terveyskeskusten vastaanotoilla työskentelevien hoitajien työmäärä on kasvanut huomattavan paljon. Lakisääteiset hoitotakuukirjaukset vaativat myös paljon aikaa. Lisääntynyttä työmäärää ei aina ole huomioitu henkilöstömäärässä, ja siksi henkilöstön väsyminen on ymmärrettävä seuraus näistä tekijöistä.

Nykyään noin 90 %:ssa terveyskeskuksista on sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan erityisvastaanottoja pitkäaikaissairaiden potilasryhmille, neljässä terveyskeskuksessa viidestä on sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan päivystysvastaanotto ja joka neljännessä terveyskeskuksesta löytyy lääkärin ja sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan muodostama työpari. Kansallisessa terveyshankkeessa oli vuosina 2003 ja 2004 yhteensä työnjakopilottia, jotka toteutettiin 29 organisaatiossa. Kajaanin pääterveysasema oli yksi näistä organisaatioista. Sosiaali- ja terve-

ysministeriö teki työnjakopiloteille helmikuussa 2005 sähköisen kyselyn. Tämän kyselyn avulla kerätyn aineiston mukaan parhaimmillaan perusterveydenhuollon hoitajavastaanotot kattoivat vastaanottokäynneistä yli puolet ja päivystysvastaanottokäynneistä runsaan neljäsosan. Hoitajien puhelinpäivystyksen ja – neuvonnan ansiosta lääkäripäivystyskäynnit vähenivät kuukaudessa noin viidesosan. Tulokset osoittavat siis, että perusterveydenhuollossa hoitajien vastaanottotoiminta on varsin merkittävää. (Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006, 61–85.)

Mielestäni oli varsin yllättävää, että suorittamassani pääterveysaseman toiminnan nykytilan kartoituksessa lähes kaikki hoitajat olivat valmiita kehittämään lääkäreiden ja hoitajien välistä työnjakoa edelleen. Oltaisiin valmiita ottamaan uusia työtehtäviä ja – haasteita, valmiita oppimaan uutta. Usein itselläkin tulee työpäivän aikana mieleen, että mitä ihmettä tekisimmekään ilman omia hoitajavastaanottojamme. Kuinka paljon päivittäin saammekaan hoidettua potilaita omilla vastaanotoillamme, omalla ammattitaidollamme ja lääkäreiden konsultaation avulla. Työ on toki ajoittain raskasta, mutta toisaalta hyvinkin antoisaa. Voi käyttää koko ammattitaitoaan ja osaamistaan ja joka päivä oppii jotain uutta. Ja suurin osa potilaistakin on tyytyväisiä tarjoamaamme palveluun.

Tulevaisuuden haasteena terveyskeskuksilla on aidon potilaskeskeisyyden ja organisaation palveluluonteen tunnistaminen ja kehittäminen. Kansanterveystyön visio on heikko, eli ei ole kunnollista näkemystä siitä, mitä pitäisi tehdä. Nykyisin terveyskeskuksissa vastataan useammin väestön ilmaisemaan palveluiden kysyntään kuin todellisiin terveystarpeisiin. Ratkaisumallina tarjotaan yleensä lisää vauhtia oravanpyörään ja resurssien lisäystä. Sen sijaan toiminnan sisällön ja tapojen saneeraaminen ja luova kehittäminen on harvinaista. (Myllymäki 2006, 16.) Pääterveysaseman nykytilan kartoituksessa henkilökunta oli antanut kritiikkiä vuorovaikutuksen puuttumisesta johtajien ja suoritusportaan välillä. Sydänmaanlakan (2006, 124) mukaan johtamisprosessin vuorovaikutuksen tulisi parhaimmillaan olla dialogia, joka on tiimin kaikkien jäsenten välillä tapahtuvaa aitoa vuoropuhelua. Pääterveysaseman henkilöstö kokee, että vuorovaikutusta tapahtuu vain ylhäältä alaspäin, ja vuorovaikutus koetaan juuri edellä mainituksi oravanpyörän vauhdin lisäämiseksi. Tämä on omiaan lisäämään ahdistusta ja turvallisuuden tunnetta jo ennestäänkin väsyneessä henkilökunnassa. Peiposen (2003, 22) mukaan kukaan ei voi työskennellä tehokkaasti, ellei tunne oloaan turvalliseksi. Työntekijä voi pelätä uutta tietoa ja sitä, pystyykö enää itse oppimaan uutta. Epävarma tulevaisuus herättää pelkoa. Työntekijällä tulisikin olla mahdollisuus ilmaista omia ideoitaan ja kysyä epäselviä asioita.

Nykytilan kartoituksen mukaan pääterveysaseman työntekijät arvostavat toinen toisiaan sekä toistensa ammattitaitoa. Tämä asia on kyselyn mukaan suorastaan työpaikan päivästä toiseen kantava voima. Furmanin & Aholan (2002, 20–21) mukaan arvostus on ihmistä liikuttava polttoaine. Emme tee työtämme vain palkan vuoksi vaan myös sen vuoksi, että voisimme kokea osaamistamme, ammattitaitoamme, ahkeruuttamme, huolellisuuttamme, kehittämisideoitamme ja muuta työpanostamme arvostettavan. Sillä, kuka työtämme arvostaa, on merkitystä. Yleensä halutaan arvostusta sellaiselta ihmiseltä, jota itse arvostamme ja jonka mielipide on meille tärkeä. Siksi esimiehen arvostus onkin hyvin tärkeitä, samoin kuin asiakailta tuleva myönteinen palaute. Arvostamme myös kotiväkemme, vanhempiemme, kollegojemme tai työtovereidemme myönteistä palautetta. Kun arvostamme toista, osoitamme sen usein muilla tavoin kuin sanomalla sen suoraan. Arvostaessamme toista ihmistä välitämme hänelle kokemuksen siitä, että hän on tarpeellinen ja että hänen työpanostaan tarvitaan. Käytännössä tämä näkyy pääterveysaseman henkilökunnan keskuudessa muun muassa ammattiryhmien välisinä konsultaatioina. Lääkäri osoittaa arvostavansa hoitajan osaamista esimerkiksi kysyessään hoitajan mielipidettä säärihaavan hoidossa.

Selkeimmin esille noussut asia pääterveysaseman toiminnan nykytilan kartoituksessa oli se, että pelätään henkilöstön uupumista ja loppuun palamista. Peiposen (2003, 19) mukaan johdon tulisi ymmärtää ja ehkäistä ongelmia, jotka estävät työntekijää tekemästä työtään tyytyväisenä. Uransa aikana työntekijälle on rahaa tärkeämpää mahdollisuus antaa yhteisölle jotain. Siksi työntekijälle tulisi antaa vastuullisia tehtäviä sekä mahdollisuutta osoittaa ja käyttää asiantuntemustaan. Elovainion ja Kivimäen (2003, 52) mukaan oikeudenmukainen päätöksenteko ja henkilöstön kohtelu on tärkeä työpaikan voimavara. Oikeudenmukainen kohtelu on myös keskeinen työntekijöiden terveyttä suojaava psykososiaalinen tekijä. Oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan työ- ja organisaatiopsykologiassa kahdenlaisia asioita: a) työntekijän kokemusta työstä saatujen palkkioiden, korvausten, palautteen ja etujen oikeudenmukaisuudesta ja b) kokemusta niiden päätöksentekosääntöjen tai päätöksentekoprosessien oikeudenmukaisuudesta, joilla palkkiot, korvaukset, palautteet tai edut jaetaan. Kuitenkaan työelämän oikeudenmukaisuus ei liity vain etujen, palkkioiden ja velvoitteiden jakamiseen. Laajemmin katsoen on kyse työssä ja organisaatiossa jatkuvasti tehdyistä päätöksistä ja päätöksenteon säännöistä.

Työntekijöiden uupumisesta puhuttaessa käytetään usein käsitettä burnout. Sanalle ei ole hyvää suomenkielistä vastinetta, koska esimerkiksi termi työuupumus viittaa vain yhteen burnoutin oireeseen, eli emotionaaliseen uupumiseen. Burnoutissa on itse asiassa kysymys kroo-

nisesta stressiongelmasta. Stressaantunut ihminen on ahdistunut, pelokas, passiivinen ja alavireinen, hän tekee helposti virheitä ja monet hänen keskeisistä elintoiminnoistaan käyvät ylikierroksilla. Tällainen ihminen ei voi juosta pakoon töissä eteen tulleita vaikeuksia. Kehomme reagoititapa on hälytysreaktio, aivan kuin olisimme hengenvaarassa. Stressihormonit jäävät kiertämään elimistöön eikä luonnollista palautumista tapahdu. Mitä pidempään tilanne jatkuu, sitä vaikeampaa palautuminen on ja näin stressireaktiosta tulee noidankehä, krooninen stressiongelma. Burnoutin tutkijat ovat päätelleet, että esimerkiksi hoiva-ammatteihin hakeutuvilla on työtä aloittaessaan ollut vilpittömän halu auttaa ihmisiä, mutta työpaineet ovat rapauttaneet heidän uskonsa omaan työhönsä. Tällaisilla henkilöillä on usein myötäsyntyinen taipumus asettaa itselleen epärealistisia tavoitteita, ja kun nämä tavoitteet ovat mahdottomia saavuttaa, ihmiset stressaantuvat kroonisesti. (Aro 2001, 41–47.)

Tutkimuksissa merkittävimpiä työuupumuksen aiheuttajia ovat olleet työn liiallinen määrä ja laatuvaatimukset, kuormittavat työyhteisön toimintatavat sekä sosiaalisen tuen puute ja tyytymättömyys. Ihminen, joka kokee tavoitteiden olevan huonosti saavutettavissa, kokee myös eniten uupumisoireita. Siksi työn tavoitteet on hyvä olla pilkottuna sopiviin osiin. Avainasemassa on esimies, sillä sopiva työkuormitus ja sopivat osatavoitteet ovat hyvää henkilöstöjohtamista. (Katajainen & Lipponen & Litovaara 2003, 47–48.)

Olisiko pääterveysaseman henkilöstölläkin uupumispelon takana johtoportaan taholta asetettut, ylimitoitettut vaatimukset palvelujen laadusta ja määrästä? Jos esimerkiksi lääkäritilanne ja siten myös tarjottavien vastaanottoaikojen määrä on joskus ollutkin hyvä ja se on nyt laskenut selvästi, niin kuinka tilanne olisi viisasta hoitaa ilman että jatkuva ”eioon” myyminen saa henkilökunnassa aikaan kroonisen stressireaktion? Tästä asiasta on pääterveysasemalla käyty keskustelua henkilökunnan ja johtajien välillä koko tämä kehittämistehtävän ajan. Henkilökunta haluaisi esimerkiksi lehtitiedotusta pääterveysaseman vastaanottoresursseista etenkin hyvin huonoina aikoina, mutta johtajapuolella ehdotukseen ei suhtauduta myönteisesti. Lopputuloksena tästä oli koko pääterveysaseman henkilökunnan yhdessä kirjoittama yleisönosastokirjoitus Kainuun Sanomissa syksyllä 2008. Kirjoituksessa käsiteltiin henkilökunnan työmäärää ja vastaanottoresursseja ja se sai laajasti julkisuutta paikallisissa tiedotusvälineissä.

Sinervon (2003, 97–101) mukaan henkilöstön hyvinvoinnilla ja terveydellä sekä niihin liittyvillä tekijöillä on suuri merkitys myös organisaation toiminnalle. Amerikkalaisessa Magnet Hospital- tutkimuksessa on osoitettu, että työyhteisön ilmapiiri ja työntekijöiden itsenäisyys ovat keskeisiä tekijöitä, kun erotellaan hyvin ja huonosti menestyviä sairaaloita. Näihin sai-

raaloihin pystytään houkuttelemaan uutta henkilökuntaa ja henkilöstön vaihtuvuus on pientä. Työ ja työyhteisö vaikuttavat työntekijöiden motivaatioon sekä työhön ja organisaatioon sitoutumiseen. Motivoiva työ on itsenäistä, antaa mahdollisuuksia omien kykyjen mahdollisimman laajaan käyttöön, on kokonaista, koetaan merkitykselliseksi ja siitä saa palautetta. Työn motivoivuudella on suuri merkitys sille, miten muutokset saadaan vietyä läpi tai miten innokkaasti työntekijät ovat valmiita ottamaan uusia työvälineitä käyttöönsä. Ylikuormittuneet työntekijät eivät pysty antamaan täyttä panosta työhönsä. Kiiretilanteessa uusiin asioihin asennoidutaan helposti negatiivisesti ja ajatellaan normaalin työrutiinin sotkeutuvan. Muutosta voidaan myös ajatella häiriötilana normaalitoiminnalle ja muutostilanteet merkitsevän usein myös valta-asemien ja sosiaalisten suhteiden muutoksia sekä tiedonvälityskanavien muutoksia. Muutostilanteissa erityisesti johtaminen onkin veitsenterällä.

Millainen tulevaisuuskuva meitä terveystalvvelujärjestelmän suhteen oikein odottaa? Vuoteen 2025 terveystalv arvioidaan olevan maailman laajin toimiala, eli 12 % koko maailman bruttokansantuotteesta. Asiakkaiden riippuvuus terveydenhuollon työntekijöistä tulee väheneään tiedon lisääntyessä ja sen saatavuuden helpottuessa. Potilaiden itsehoito ja oma vastuu hoidon onnistumisesta tulevat korostumaan. Kuitenkin tulevaisuudessakin tarvitaan terveydenhuollon ammattilaisen tietämystä ja asiantuntemusta, vaikka potilasta silloin ohjattaneen yhä useammin puhelimen, internetin tai muu digitaalisen välineen kautta. Tämä edellyttää sitä, että hoitohenkilökunta päivittää omaa osaamistaan verkkomaailmassa ja kykenee hyödyntämään sähköisen asioinnin palveluja. Vielä tärkeämpi asia on kuitenkin se, että hoitotyöntekijät tulevat tunnistamaan ne asiakasryhmät, jotka eivät itse kykene hyödyntämään uudenlaisia mahdollisuuksia ja tarjoavat myös heille ajantasaista tietoa ja ohjausta. Informaatiotekniikan sovellukset tuovat tulevaisuudessa merkittävän osan rutiinipalveluista sähköisen asioinnin piriin ja lähemmäksi asiakasta, esimerkkinä ajanvaraus, reseptit ja asiantuntijakonsultaatiot. Pelkistetysti sanottuna edellä mainitut skenaariot kertovat siitä, että terveystalvvelujärjestelmä on syvässä murroksessa. Se luo mahdollisuuden hoitohenkilökunnan roolin itsenäistymiseen ja monipuolistumiseen. Potilaiden tullessa entistä tietoisemmiksi he haastavat myös ammattilaisia uudistamaan työtapojaan ja organisoimaan palvelut uudella tavalla. (Lammintakanen & Kinnunen 2006, 9-23.)

Suomessa on lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa enemmän kuin koskaan. Resurssit ovat kuitenkin vajaakäytössä ja hoitoon pääsy takkuilee. Valtiovarainministeriön mukaan terveydenhuollon resursseissa on viidennes ilmaa. Se onnistuu tehtävässään vain osaavan, motivoituneen ja työhönsä sitoutuneen henkilöstön avulla. Mikäli henkilöstön työmotivaatio heikke-

nee ja johtamisessa koetaan ristiriitoja, on haettava aktiivisia ratkaisuja koulutuksesta, työolojen parantamisesta, mitoittamalla henkilöstö tarvetta vastaavasti ja tukemalla henkilöstöryhmien välisen joustavan työnjaon toteutumista. Johtamiskoulutuksen lisäksi terveydenhuollossa tarvitaan läpinäkyvyyttä organisaatioon. Henkilöstöjohtamisen ensisijaisia haasteita ovat osaamisen johtamisen kehittäminen sekä työyhteisön dynamiikan tuntemus. (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005, 98–99.)

Nostaisin yhden asian tästä opinnäytetyöstä erityisesti esille. Vaikka ristiriitoja pääterveysasemalla on paljon, on siellä nykytilan kartoituksen mukaan erityisen ammattitaitoinen, toisiaan tukeva ja arvostava sekä motivoitunut henkilökunta. Vaikka kehittämiskohteet vaativatkin paljon työtä, on tällainen henkilökunta hyvä pohja lähteä rakentamaan toiminnan muutoksia. Oma tulevaisuuden haasteensa on myös henkilökunnan säilyttäminen nykyisen kaltaisena. Yksi keino siihen on juuri henkilökunnan kuunteleminen ja ottaminen mukaan oman työnsä suunnitteluun, sen pitäisi olla työpaikalla normaalia toimintaa ilman erityisiä kehittämishankkeita.

10.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa, mikäli tutkija on tarkkaan selostanut tutkimuksen toteuttamisen. Tarkkuus koskee kaikkia tutkimuksen vaiheita. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Mielestäni olen hyvin perusteellisesti kertonut, kuinka toteutin nykytilan kartoituksen ja kuinka luokittelin keräämäni aineiston. Olen pyrkinyt myös perustelemaan tekemäni valinnat kirjallisuutta apuna käyttäen. Vältin kaikenlaista tulkintaa ja rivien välistä lukemista, koska halusin tuoda julki nimenomaan henkilökunnan äänen, en omia tulkintojani. Siksi otin nykytilan tarkasteluosioon mukaan paljon suoria lainauksia vastauslomakkeiden teksteistä. Halusin saman tunteen välittyvän tämän opinnäytetyön lukijalle, kuin minkä itse koin analysoidessani lomakkeita.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruussa saatu tieto on riippuvaista siitä, kuinka hyvin tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Aineiston laatu siis korostuu. Sisällönanalyysin tuloksen luotettavuuden osoittamiseksi tutkijan tulisi kyetä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä. Luotettavuuden lisäämiseksi suositellaan face-validateettia tai toista luokittelijaa. Face-validateetti tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset esitetään henkilöille, joita kerätyt dokumentit koskevat tai jotka ovat muuten perehtyneet tutkittavaan ilmiöön. (Latvala &

Vanhanen-Nuutinen 2001, 36–37.) Tutkimani ilmiö oli Kajaanin pääterveysaseman toiminnan nykytila ja sen kehityshistoria. Palautetut 21 SWOT-analysilomaketta olivat kaikki huolellisesti täytettyjä ja oikein ymmärrettyjä. Mielestäni näiden vastausten avulla tavoitin tutkitavan ilmiön hyvin. Kun 27.3.2008 esittelin henkilökuntapalaverin yhteydessä kyselyn tulokset, henkilökunta totesi tekemäni analyysin kuvailevan hyvin työpaikan silloista tilannetta. Tämä palaveritilanne vastasi hyvin face-validiteettia. Pääterveysaseman toiminnan kehityshistoriaa kuvaileva, narratiivinen aineistoni oli vastuualuepäällikkö Asta Komulaisen mielestä erittäin selkeä ja informatiivinen. Myös tämä kannanotto oli face-validiteettitilanne. Mielestäni sain erittäin hyvin vastaukset asettamiini tutkimustehtäviin. Ydinasiat, eli pääterveysaseman toiminnan kehityshistoria, nykytila ja kehittämistarpeet tulivat hyvin esille.

Kehittämistoiminnan luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta. Se tarkoittaa, että kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvän tiedon on todenmukaisuuden lisäksi oltava hyödyllistä. Kehittämistoimintaan voidaan soveltaa myös perinteisiä luotettavuuden näkökulmia, eli laadullisessa tutkimuksessa vakuuttavuutta. (Toikko & Rantanen 2009, 121–126.) Opinnäytetyöni vakuuttavuuden olen todistanut tekemällä kaikki tutkimusvaiheet läpinäkyviksi sekä face-validiteetin avulla. Mielestäni olen tuottanut erittäin käyttökelpoista ja hyödyllistä tietoa valtakunnallisestikin ajankohtaisesta ja tärkeästä aiheesta. Kehittävä työntutkimus oli onnistunut valinta metodologiaksi. Koko henkilöstön motivoiminen mukaan kehittämistoimintaan onnistui hyvin ja lopputuloksena olivat erinomaisen hyvä nykytilan kuvaus sekä käytännönläheiset toiminnan kehittämisehdotukset. Opinnäytetyön tekijänä oli palkitsevaa nähdä henkilöstön innostus, kun se sai osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Kokoamani suuren teoreettisen tiedon sekä keräämäni ja analysoimani tutkimusaineiston avulla pääterveysaseman toiminnan kehittämissuunnitelmaa voidaan työstää eteenpäin vielä opinnäytetyön päättymisen jälkeenkin.

10.3 Eettinen pohdinta

Tutkimuksen tärkeitä eettisiä periaatteita laadullisessa ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tutkija ei saa tutkimuksellaan myöskään vahingoittaa tiedonantajaa. Tutkimusta tekevän henkilön tulee myös pohtia, mikä on hänen roolinsa suhteessa tiedonantajiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 39.) Tiedonhankintamenetelmäni, eli avoimena kyselytutkimuksena suoritettu SWOT-analyysi, oli suun-

niteltu ja sovittu yhteistyössä koko henkilöstön kanssa. Kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista ja tapahtui nimettömänä. Osa vastaajista oli tosin itse laittanut vastaustensa perään omasta aloitteestaan myös nimensä. Vaikka vastauksissa on paljon hyvin kriittisiäkin kannanottoja, vastaukset eivät henkilöidy keneenkään eikä kenellekään vastaajalle aiheudu omista mielipiteistään haittaa.

Oman roolini yhtenä työyhteisön jäsenenä koin ajoittain hankalaksi, koska minulla ei ollut työyhteisössä esimiesasemaa, ja siten päätösvaltaa minkään asioiden suhteen. Ajoittain mietin, että mitä muut hoitajat opinnäytetyöstäni ja pitämistäni työyhteisöpalavereista ajattelevat. Olisin kaivanut jonkun pysyvän, esimiesasemassa olevan ihmisen tuekseni lisäämään kehittämishankkeen painoarvoa. Toisaalta asemastani tavallisena sairaanhoitajana saattoi olla hyötyäkin. Kuulan (2006, 101) mukaan se, miten tutkija informoi, vaikuttaa siihen, saako hän tutkittavia osallistumaan tutkimukseensa. Onnistuin informoinnissa ilmeisen hyvin, koska henkilökunta osoitti luottamuksensa minua kohtaan vastaamalla SWOT-analyysiin erittäin suurella joukolla. Olisi mielenkiintoista tietää, kuinka paljon vastauksia esimiesasemassa oleva henkilö olisi saanut vastaavaan kyselyyn.

Tutkimusaineiston luottamuksellisuus tarkoittaa niitä sopimuksia ja lupauksia, joita aineistonkäytöstä tutkittavien kanssa tehdään (Kuula 2006, 88). Ennen SWOT-analyysilomakkeiden jakamista lupasin vastaajille, että kukaan ulkopuolinen ei tule täytettyjä vastauslomakkeita näkemään. Lupaus oli kirjattu myös lomakkeen saatekirjeeseen (Liite 1). Pääterveysaseman nykytilaa kuvaavaa aineistoa en ole näyttänyt kenellekään ulkopuoliselle henkilölle missään vaiheessa, vaan olen opinnäytetyötä tehdessäni säilyttänyt aineiston kotonani lukollisessa laatikossa. Kun opinnäytetyöni on hyväksytty, hävitän kerätyn aineiston työpaikkani silppuriin meneviin paperijätteisiin.

Tutkimuslupaa tai toimeksiantosopimusta en tarvinnut opinnäytetyötä aloittaessani. Kyseessä on työyksikön sisäinen kehittämisprojekti ja olen itse yksi työyksikön työntekijöistä. Potilaita koskevia tietoja en tarvinnut missään vaiheessa. Koko kehittämisprojekti on lisäksi suunniteltu yhdessä työyksikön henkilöstön ja silloisten esimiesten kanssa. Nämä asiat on sovittu vastuualuepäällikkö Asta Komulaisen kanssa talvella 2008.

Lähdemerkintäni ovat asianmukaiset enkä ole plagioinut ketään. Yksi tutkimuksen pelisääntö on, ettei koetuloksia saa väärentää. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 51.) En ole sepittänyt eikä

kaunistellut tuloksia ja käyttämäni menetelmät olen selostanut huolellisesti. Olen siis välttänyt epärehellisyttä tutkimustyön kaikissa vaiheissa.

Tutkimani ja kehittämäni ilmiö on eettisesti hankala. Kyseessä on lakisääteinen palvelu, joka tulisi kyetä tarjoamaan potilaille ilman että työtä mahdollisesti haittaavat tekijät heijastuvat asiakaspalveluun. Koska nykytilan kartoituksessa henkilöstön vastauksista nousi esiin hyvin kriittisiä kannanottoja, minulla oli pieni eettinen dilemma, kuinka nämä asiat tulisi esittää henkilökuntapalaverissa. Toisaalta vastaajat halusivat minun tuovan epäkohdat esille, mutta pelkäsin esimiesten suhtautumista minuun asioiden esille tuojana. Keskustelin asiasta etukäteen vastuualuepäällikkö Asta Komulaisen kanssa ja hän myös luki etukäteen tekemäni analyysin. Vastuualuepäällikön luvalla ja ohjeella esitin tekemäni analyysin koko henkilökunnalle. Hänenkin mielestään ongelma-asiat oli nostettava yleiseen keskusteluun, myös kriittiset kannanotot. Koko pääterveysaseman henkilökunta odottaa opinnäytetyöni saavan edes hieman julkisuutta. Toiveena on, että maakunnan johtajat tulisivat tietoisiksi siitä, millaisissa olosuhteissa Kajaanin pääterveysasemalla työskennellään ja että työyksikkö saisi jonkinlaista kehittämisapua maakuntahallinnonkin suunnalta.

10.4 Oma pohdinta

Toiveet olivat korkealla aloittaessani tätä opinnäytetyöprojektia. Talven 2008 aikana pääsinkin työssäni hyvään alkuun ja erityisesti minua ilahdutti se, että sain henkilökunnan niin hyvin vastaamaan SWOT-analyysiin. Koin sen luottamuksen osoituksena itseäni ja opinnäytetyötäni kohtaan. Ennen kaikkea kiitän itseäni siitä, että aloin jo heti työtä aloittaessani kirjoittamaan projektin etenemistä opinnäytetyöpohjalle. Olen siis todella kirjoittanut tätä työtä koko ajan se edetessä, en kiireellä pari kuukautta ennen työn valmistumista. Aloittaminen opinnäytetyön kanssa on aina hankalaa, mutta jo aloitettuun opinnäytetyöhön on helppo kirjoittaa lisää tekstiä esimerkiksi sopivan lähteen löytyessä. Kaikki asiat on myös kirjoitettu silloin, kun ne vielä olivat hyvin muistissa.

Paasivaaran, Nikkilän & Suhosen (2008) mukaan projektit ovat kiinteä osa työyhteisön kehittämistä. Kehittämiprojektin suunnittelua ja toteuttamista varten tulisi koota projektiorganisaatio, jossa on ainakin projektiryhmä ja projektipäällikkö sekä mielellään myös johtoryhmä. Boycen ja Laken (2007, 286) mukaan projektiryhmä koostuu erilaisen toiminnallisen roolin omaavista ihmisistä, jotka jakavat projektin velvoitteet ja tekevät yhteistyötä saavuttaakseen

tavoitteensa. Varsinaista projektiryhmää en saanut koskaan koottua, johtoryhmästä puhumattakaan. Tukihenkilöitä minulla oli runsaasti vielä talvella 2008, mutta saman kevään aikana useampi tuekseni lupautunut ihminen esimies mukaan lukien vaihtoi työpaikkaa ja kenelläkään ei enää tuntunut olevan aikaa ohjata työtäni ja olla tukenani. Jäin yksin työtäni kanssa, täysin vaille projektiryhmän tukea ja kannustusta. Niinpä sovittiinkin, että projektiryhmäni toimii koko työyksikön henkilöstö ja että opinnäytetyön etenemistä käsitellään aina henkilöstöpalaverien yhteydessä. Yhden kerran kesäkuussa 2008 pidin henkilökohtaisen, useamman tunnin palaverin vastuualuepäällikkö Asta Komulaisen kanssa. Silloin kävimme läpi pääterveysaseman toiminnan historiaa ja teimme ehdotelman kehittämissuunnitelmaksi.

Projektiryhmän ja tukihenkilöiden puutteesta johtuen epäonnistunein asia opinnäytetyössäni on muutosjohtaminen. Minulla ei ollut valtuuksia eikä kenenkään esimiestason työntekijän tukea muutosjohtajaksi. Opinnäytetyötä kanssani aloittamassa ollut lähiesimies siirtyi toiseen työyksikköön kesällä 2008, mikä hankaloitti muutosjohtajuuden toteutumista sekä koko opinnäytetyöni jatkamista huomattavasti. Muutosjohtajan rooli ei ollut oikeastaan koko aikana kenelläkään työntekijällä, ja siksi päätöksenteko jäi ajoittain keskeneräiseksi ja tunsin tekeväni turhaakin työtä. Tulevaisuudessa en vastaavanlaiseen kehittämishankkeeseen ryhtyisi ilman että saan myös johtamisvastuuta, tai että se on sovittu jonkun muun henkilön tehtäväksi.

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman kompetenssit tuntuivat koulutusta aloittaessani hyvin kaukaisilta ja saavuttamattomilta. Koko kehittämishankkeena toteutettava opinnäytetyö oli ajatuksena vieras. Kun nyt luen samoja kompetensseja uudestaan, huomaankin oppineeni paljon. Olen oppinut hahmottamaan oman työtäni ja työyhteisöni osana laajempaa kokonaisuutta. Olen käynyt läpi tuhansia sivuja uusia teorioita ja työn kehittämistä koskevaa tietoutta. Olen arvioinut tätä tietoa kriittisesti ja oppinut käyttämään juuri sellaista tietoa kuin tarvitaan. Tiedonhankintataitoni on kehittynyt valtavan paljon. Olen oppinut perusteellisesti yhden työn kehittämismenetelmän, eli kehittävän työntutkimuksen. Työskenneltyäni itsenäisesti opinnäytetyöni parissa olen sisäistänyt kehittämishankkeen kulun ja osaan toteuttaa sitä käytännössä yhdessä henkilöstön kanssa. Koko kehittämishankkeen tavoitteena on potilaan paras mahdollinen hoito eli hoitotyöntöön laadun parantaminen. Olen saanut olla hetken muutosjohtajan roolissa informoidessani henkilökuntaa nykytilan kartoituksesta ja pitäessäni henkilökuntapalaveria. Tunnistan myös heikkouteni johtajana, eli minun on hankalaa asettua kenenkään yläpuolelle. En luota vielä omiin johtajuustaitoihini. Olen oppinut, kuinka työyhteisön muutosprosessia hallitaan. Opinnäytetyö kokosi

sittenkin yhteen kaikki koulutuksen aikana opitut taidot, mielestäni täytän koulutuksen asettamat kompetenssit hyvin.

Lähdeaineiston löytäminen oli hankalaa. Nimenomaan vastaanottotyön kehittämisestä en löytänyt ainuttakaan opinnäytetyötä tai pro gradua. Niinpä perehdyinkin työn kehittämistä, työssä jaksamista, laadullista tutkimusta ja kehittävää työntutkimusta käsittelevään kirjallisuuteen. Kirjallisuutta lukiessa tuli usein hienoja ideoita oman työn kehittämiseksi, ajoittain oli vaikeaa pitää hienoja ideoita omana tietonaan. Sanonta ”tieto lisää tuskaa” on todellakin totta. Aikaisemmin tein töitäni päivästä toiseen ajattelematta asioita sen syvällisemmin. Nyt olen oppinut ajattelemaan ja huomioimaan omaan työhöni vaikuttavia asioita laajemmin, eikä se aina helpota arkista aherrusta.

Yllättävän paljon ikäviä tapahtumia kasautui omaan yksityiselämäni näiden opintojen aikana ja välillä koko opintojeni jatkuminen oli todella vaakalaudalla. Huhtikuun 2008 alussa mursin käteni ja olin kipsin kanssa kaksi kuukautta sairaalomalla. Murtuman jälkivammoja leikattiin kahteen kertaan, sekä syksyllä 2008 että keväällä 2009. Molemmilla kerroilla oli useiden viikkojen sairauslomat leikkausten jälkeen ja fyysiset rajoitteet ja rajoitukset haittasivat päätetyöskentelyäni. Sairauslomien aikana ehdin aina vieraantua omasta työpaikastani ja syksyn 2008 aikana en päässyt kertaakaan henkilökuntapalaveriin, koska ne olivat aina lähiopiskelupäiviemme aikana. Muitakin suuria, henkilökohtaisia kriisejä oli elämässäni, joten välillä olen todella miettinyt, jaksanko opinnäytetyötäni tehdä. Siksi työn saaminen tähän vaiheeseen saakka tuntuu todelliselta työvoitolta. Toisaalta oman elämän kriisit opettivat minulle sen, että hyvistä suunnitelmista huolimatta kaikkeen ei elämässä voi varautua. Tämä asia pitää hyvinkin johtajan ja esimiehen työssään hyväksyä. Lopputulos ei siis ole niin hyvä, kuin mitä lähdin tavoittelemaan. Elämän yllättäville käänöksille en kuitenkaan voi mitään enkä voi ketään pakottaa opinnäytetyöni ohjaajaksi. Siksi täytyy tyytyä tähän, mitä sain aikaiseksi. Hienosti liikkeelle lähteneen kehittämishankkeeni hiipumisen ja suoranaisten floppaamisen myötä koin jollain tavalla myös pettäneeni nykytilan kartoittamiseen innokkaasti osallistuneet työkaverini. Kun suoritin nykytilan kartoitusta SWOT-analyysillä, henkilökunta nimenomaan halusi ongelma-asiat otettavan julkiseen keskusteluun. Esittelin nykytilan kartoituksen ja henkilökunnan mielipiteet palaverissa, mutta jotenkin keskustelu asioista vain kuihtui ajan myötä. Vai johtuiko se siitä, että jouduin itse olemaan niin paljon töistä pois?

Terveyskeskukset ovat nykyisin todella usein uutisotsikoissa. Lääkäripula, hoitajien reseptin kirjoitusoikeus ja muut hoitajien toimenkuvan laajennukset, hoitotakuu ja etenkin puutteet

siinä ovat ainakin lähes viikoittain esillä jossain mediassa. Viimeisin omaa työpaikkaani koskeva uutinen oli Kainuun Sanomissa 5.5.2009, koskien kainuulaisten terveysasemien puhelu-ruuhkaa ja hoitotakuun toteutumattomuutta. Asiakkaiden suusta kuulee valitettavan usein nimen ”arvauskeskus”. Jatkuva negatiivinen julkisuus terveyskeskustyön suhteen saa miettimään, mitä oikeasti pitäisi tehdä, että terveyskeskukset saataisiin halutuiksi työpaikoiksi sekä lääkäreiden että hoitohenkilökunnan suhteen?

Yksi asia on jäänyt mieleeni 90-luvun alkupuolelta suorittaessani keskiasteen koulu-uudistuksen mukaista sairaanhoitajan tutkintoa. Kun teimme silloista opinnäytetyötämme, jota silloin myös seminaarityöksi kutsuttiin, tutkimustyön opettajamme Mirjami Korhonen neuvoi meitä: ”Kaikki on sallittua, kunhan sen pystyy perustelemaan.” Tätä oppia olen noudattanut, ja mielestäni se on erittäin hyvä neuvo opinnäytetyötä tekeväälle opiskelijalle. Koska ryhmämme opiskelijoiden opinnäytetöiden tekeminen on ollut hyvinkin itsenäinen prosessi johtuen siitä, että lähiopiskelupäivämme olivat hyvin harvoin, ja että kaikki teimme työtämme yksin, on tuo edellä mainittu neuvo ollut hyvin tarpeellinen. Olen oppinut hakemaan kirjallisuudesta perusteluja päätöksilleni ja pohtimaan asioita syvällisesti. Toki koko opinnäytetyön tekeminen on nykyisin paljon helpompaa, kuin 90-luvun alussa, jolloin kannoimme vuoden ajan mukanaamme repullista käsin kirjoitettuja opinnäytetyötekstejä, puhumattakaan nyt tiedonhaun nykyisestä helppoudesta. Siksi voi hyvinkin olla, ettei tämäkään opinnäytetyö vielä jää viimeisekseni.

Lopputuloksena kehittämishankkeesta on nyt kädessäsi. Halusin tehdä opinnäytetyöstäni selkokielisen kehittämishankkeen kuvauksen, jossa kaikki toiminta ja päätökset on tehty läpinäkyviksi teorian tiedolla perustellen. Suurin tavoite, eli kehittämistyön käyttökelpoisuus on todistettu samana päivänä kuin esitin tämän työn. Kehittämissuunnitelman ensimmäinen vaihe toteutui, kun 14.5.2009 pääterveysasemalla aloittivat toimintansa uusi ajanvaraustoimisto eli triage sekä terveyskeskusavustajien potilastoimisto.

Toivon, että työyksikkö saa tästä opinnäytetyöstä pohjan työn kehittämiseksi edelleen. Kun nyt viimeistelyvaiheessa luen itse työtäni, huomaan tehneeni erittäin kattavan tietopaketin esimerkiksi terveysasemien esimiehiä varten. Vaikka paljon kehittämiskohteita nousikin esille ja opinnäytetyö on ajoittain melko negatiivissävyinen, tulee muistaa pääterveysaseman suurin vahvuus, eli henkilökunta. Vain ammattitaitoinen, innostunut ja toisiaan tukeva henkilökunta osaa tuottaa näin paljon ja näin hyviä kehittämiskohteita, ja saa vietyä muutokset myös käytäntöön. Itse mietin, että oliko tekemäni SWOT-analyysi työyhteisön kriisivaiheessa henkilö-

kunnalle hyvä mahdollisuus purkaa työhön liittyvää ahdistusta? Kun saa nimettömänä kirjoittaa paperille työhön liittyviä ajatuksiaan tietäen, että asiat myös käsitellään työyhteisössä, voi se olla hyvä keino helpottaa työssä jaksamista. Voisiko tätä mahdollisuutta hyödyntää jatkosakin, vaikka pysyvänä käytäntönä? Joka tapauksessa sekä työntekijöille että johtajille on välillä aiheellista pysähtyä miettimään, missä kainuulainen perusterveydenhuolto ihan oikeasti on menossa.

10.5 Jatkotutkimusaiheet

Tähän koulutukseen hakeutuessani ajattelin suurin piirtein vastaavanlaisen kyselyn tekemistä pääterveysaseman asiakkaille. Samanlainen SWOT-analyysilomake, jossa asiakkaat analysoivat pääterveysaseman palvelujen nykytilaa. Useat asiakkaat vastaanotolla käydessäänkin esittivät parannusehdotuksiaan toimintaamme ja osin ne ovat olleet mielestäni hyvinkin käyttökelpoisia. Koska teemme työtämme tarjotaksemme asiakkaillemme parasta mahdollista palvelua, tulisi meidän toimintaamme kehittäessämme kuunnella heidänkin mielipidettään.

Nykytilan kartoituksessa nousi hyvin selkeästi esille työssä jaksamisen ongelmat ja henkilöstön uupuminen, ainakin pelko siitä. Olisiko tulosten perusteella Kainuun terveyskeskusten vastaanottojen henkilökunnan työssä jaksaminen otettava laajempaan tarkasteluun? Työolot ovat varmaankin tulevaisuudessa ratkaisevassa asemassa kun lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa rekrytoidaan. Terveysasema, jossa kiinnitetään huomiota henkilökunnan työssä jaksamiseen ja työoloihin, on varmaankin suurempi rekrytointivaltti kuin suuri palkka. Toivoisin, että Kainuun maakunta-kuntayhtymän johtajatasen ihmiset lukisivat nämä pääterveysaseman henkilökunnan ajatukset, ja ryhtyisivät tarvittaviin toimenpiteisiin nykytilan muuttamiseksi positiivisempaan suuntaan.

LÄHTEET

- Ahonen, E. 2003. Tulvaa on padottu ennenkin. Teoksessa O. Saarelma (toim.) Työtulvan hallinta terveysasemalla. Raportti terveysasematyön kehittämishankkeesta, 14–26. STAKES. Raportteja 271. 2003. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Aro, A. 2001. On niin kiire, ettei ehdi tehdä mitään. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Aronkylä, T. 2008. Terveyskeskukset pelastuvat. Dialogi 7, 40–42. Aikakauslehti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES.
- Arvola, T. & Murtonen, M. & Matinaho M. 2003. Tulva on saatava hallintaan – hankkeen käynnistyminen ja tavoitteet. Teoksessa O. Saarelma (toim.) Työtulvan hallinta terveysasemalla. Raportti terveysasematyön kehittämishankkeesta, 55–64. STAKES. Raportteja 271. 2003. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Barbour, R. 2008. *Introducing qualitative research. A student guide to the craft of doing qualitative research.* SAGE Publications Ltd. Great Britain: TJ International Ltd. Padstow, Cornwall.
- Borgman, M. & Packalén, E. 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Boyce, T. & Lake, C. 2007. *The commercial manager. The complete handbook for commercial directors and managers.* UK: Ashford Colour Press.
- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.
- Elovainio, M. & Kivimäki, M. 2003. Oikeudenmukainen johtaminen ja henkilöstön terveys. Teoksessa Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi, 50–56. Hygieia. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Engeström, Y. 1998. Kehittävä työntutkimus- Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Edita. Hallinnon kehittämiskeskus.
- Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

- Eriksson, K. & Isola, A. & Kyngäs, H. & Leino-Kilpi, H. & Lindström U. & Paavilainen, E. & Pietilä, A-M. & Salanterä, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2006. Hoitotiede. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle, 25–43. Juva: WS Bookwell Oy.
- Furman, B. & Ahola, T. 2002. Työpaikan hyvä henki ja kuinka se tehdään. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Heiske, P. 2001. Hyvinvointia työyhteisöön. Yrityskirjat. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy. Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki. Tulostettu 20.10.2007.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/10/pr1129788573664/passthru.pdf>
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy.
- Juuti, P. & Vuorela, A. 2002. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. PS-kustannus.
- Kainuun maakunta-kuntayhtymä. Tallennettu 2.5.2009.
http://www.kainuu.fi/index.php?mid=2_406_407&la=fi

Kainuun maakunta-INFO. Viitattu 15.5.2009. <http://maakunta.kainuu.fi/hallintokokeilu>

Kainuun maakunta-kuntayhtymä. Sosiaali- ja terveystoimiala, terveyden- ja sairaudenhoito- palvelut, vastaanotto- ja terveystieteiden sairaalatoiminta, Kajaanin seudun vastaanotto- toiminta. Intranetsivut. Nähtävissä Kainuun maakunta-kuntayhtymän verkossa osoitteessa kai- ma.kainuu.fi

Kajaanin ammattikorkeakoulu. OPS sote ylempiAMK. Tallennettu 1.5.2009. http://www.kajak.fi/suomeksi/Opiskelijoille/Opintojen_sisalto/Aikuiskoulutus.iw3

Kajaanin kaupunki. Omalääkärisuunnitelma 1996. Perusturvatoimisto. 4.11.1996.

Kalliola, S. & Nakari, R. 2006. Vuorovaikutus ja dialogi oppimisen tiloina. Teoksessa H. Toiviainen & H. Hänninen (toim.) Rajanylitykset työssä - Yhteistoiminnan ja oppimisen uu- det mahdollisuudet, 203–236. Juva: WS Bookwell.

Kamensky, M. 2008. Strateginen johtaminen. Menestyksen timantti. Talentum. Hämeenlin- na: Kariston kirjapaino Oy.

Kamensky, M. 2003. Strateginen johtaminen. Talentum. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Viitattu 5.8.2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Katajainen, A. & Lipponen, K. & Litovaara, A. 2003. Voimavarat käyttöön. Hippokrates Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreetti- siin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, 68–84. Juva: WS Bookwell Oy. PS-kustannus.

Klockars, M. 2003. Johdanto. Teoksessa O. Saarelma (toim.) Työtulvan hallinta terveysase- malla. Raportti terveysasematyön kehittämishankkeesta, 11–13. STAKES. Raportteja 271. 2003. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kokko, S. 2008. Moni terveyskeskus pärjää ihan hyvin. Dialogi 7, 38–39. Artikkelit. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. STAKES.

- Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2004. Omalääkäriopas. Opas omalääkärijärjestelmän kehittämiseen. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol. 11, 3-12. Artikkel.
- Laaksonen, H. & Niskanen, J. & Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Hoitotieto. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveystaloudessa. Teoksessa Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006, 9-23. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Gummerus kirjapaino Oy.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 21–43. Juva: WSOY.
- Lindroos, J-E. & Lohivesi, K. 2004. Onnistu strategiassa. WSOY. Juva: WS Bookwell Oy.
- Lukkarinen, H. 2001. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 116–164. Juva: WSOY.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Muutoslaboratorio. Tallennettu 5.8.2008.
<http://www.muutoslaboratorio.fi/content.php?document=131&toggle=394>
- Myllymäki, K. 2006. Terveystaloudet 2015 – terveystaloustyön tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006: 56. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Tallennettu 20.12.2008.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/10/pr1160042615962/passthru.pdf>

- Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Paasivaara, L. & Nikkilä, J. & Suhonen, M. 2008. Projektit kiinteä osa työyhteisön kehittämistä. *Premissi* 5, 13–15. Artikkelii.
- Parvinen, P. & Lillrank, P. & Ilvonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta. Talentum. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Työnohjaus. Toiminnan laadunhallinnan varmistaja. Vantaa: Tummuvuoren kirjapaino Oy.
- Peiponen, A. 2003. Laatujohtaminen ja työhyvinvointi. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi*, 17–25. Hygieia. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Rauramo, P. 2008. Työhyvinvoinnin portaat. Viisi vaikuttavaa askelta. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Saarelma, O. 2003. Terveysaseman vastaanotto toiminnan työn mittaaminen ja arviointi. Teoksessa O. Saarelma (toim.) *Työtulvan hallinta terveysasemalla. Raportti terveysasematyön kehittämishankkeesta*, 27–54. STAKES. Raportteja 271. 2003. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sinervo, T. 2003. Henkilöstön hyvinvointi, muutoksen toteutuminen ja hoidon laatu. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi*, 97–103. Hygieia. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveydenhuollon palvelu paranee. Kiireettömään hoitoon määrääjässä. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004: 13.
- Sydänmaanlakka, P. 2006. Älykäs johtajuus. Talentum. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy- Juvenes Print.
- Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. Tammi.

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle, 102–125. Juva: WS Bookwell Oy. PS-kustannus.

Vallimies-Patomäki, M. & Hukkanen, E. 2006. Hoitajien tehtäväkuvat uudistuvat. Tuloksia kansallisesta terveyshankkeesta. Teoksessa Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006, 61–86. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Gummerus kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otava.

Vuokila-Oikkonen, P. & Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: Narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 81–115. Juva: WSOY.

Wikipedia. Tallennettu 23.9.2008. <http://fi.wikipedia.org/wiki/SWOT-analyysi>

LIITTEIDEN LUEITTELO

LIITE 1: SWOT-ANALYYSILOMAKE HENKILÖKUNNALLE

LIITE 2: NYKYTILAN KARTOITUKSEN SISÄLLÖNANALYYSI

LIITE 3: MONIAMMATILLISTEN TIIMIPALAVEREIDEN KEHITTÄMISEHDOTUKSET

LIITE 4: KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN PALAVERIPÖYTÄKIRJA 27.3.2008

LIITE 5: ENSIMMÄINEN KEHITTÄMISSUUNNITELMA

LIITE 6: KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN PALAVERIPÖYTÄKIRJA 18.9.2008

LIITE 7: EHDOTUKSIA HOITAJIEN TYÖSKENTELYTAVOIKSI PALAVERIIN
23.1.2009

Hyvä pääterveysaseman työntekijä!

Opiskelen Kajaanin ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Opintoihin kuuluu oman työn tai työpaikan kehittämiseen liittyvän opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyöni alustava työnimi on ”Kajaanin pääterveysaseman toiminnan kehittämissuunnitelma”. Aihetta on pohdittu ja ideoitu yhdessä vastuualuepäällikkö Asta Komulaisen ja osastonhoitaja Ritva Heinistön kanssa. Edellisessä pääterveysaseman työpaikkapalaverissa 22.1.2008 informoin koko henkilöstöä alustavasta opinnäytetyön etenemissuunnitelmasta ja silloin sovittiin, että 12.2. 2008 olevan palaverin yhteydessä jaan henkilökunnan täytettäväksi SWOT-analyysilomakkeet. Lomakkeen vastauksilla on tarkoitus kartoittaa työpaikkamme toiminnan nykytilaa, ts. millaisessa tilanteessa toiminnan kehittämissuunnitelmaa lähdetään tekemään.

SWOT-analyysilomakkeen täyttäminen tapahtuu siten, että jokainen henkilökunnan jäsen miettii mitkä ovat työpaikkamme eli pääterveysaseman vahvuuksia ja mitkä taas heikkouksia. Mitä ehkä piileviäkin mahdollisuuksia työpaikallamme on ja mitkä asiat ovat työpaikkamme uhkia nyt tai ehkä tulevaisuudessa. Kenenkään työntekijän henkilökohtaisia ominaisuuksia ei siis pohdita. Lyhyetkin vastaukset riittävät, mutta toivon myös täydentäviä kommentteja kolmannella sivulla olevalle tyhjälle lomakkeelle. Esimerkiksi heikkous ”kiire” ei vielä kerro juuri mitään joten silloin voit kertoa millaisissa tilanteissa koet kiirettä. Analyysilomakkeen täyttäminen vie aikaa 5-15 minuuttia. Voit vastata nimettömänä.

Täytähän lomakkeen mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään pe 7.3. 2008. Lomakkeen mukana on minun nimelläni varustettu kirjekuori, johon voit laittaa täytetyn lomakkeen. Lomakkeen voi palauttaa minulle henkilökohtaisesti tai vaihtoehtoisesti vastauskuoren voi jättää joko keskustan tai Teppanan alueen toimistoihin, joista avustajat toimittavat kirjeen minulle. Käsittelen lomakkeet luottamuksella ja ulkopuoliset eivät pääse lomakkeita näkemään missään vaiheessa. Vastausten analysoinnin jälkeen lomakkeet hävitetään silppurin kautta. Analysoidut vastaukset tulen esittelemään työpaikkapalaverissa keväen 2008 aikana.

Kiitän opinnäytetyöhöni osallistumisesta jo etukäteen, jokaisen mielipiteet ovat yhtä arvokkaita!

7.2.2008 ystävällisin terveisin:
Tarja Korhonen, p. (6156)7207
tarja.i.korhonen@kainuu.fi

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
MAHDOLLISUUDET	UHAT

NYKYTILAN KARTOITUKSEN SISÄLLÖNANALYYSI

SWOT-analyysien tulokset on esitetty siten, että eri ammattiryhmien vastauksia ei ole eritelty. Näin ne eivät henkilöidy keneenkään vastaajaan. Vastaukset on luokiteltu kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän mallin mukaan. Otsikoissa on kerrottu sekä kehittävän työntutkimuksen mukainen kokoava eli yhdistävä luokka että itse sisällönanalyysivaiheessa muodostamani yläluokka, mikäli yläluokka ei analyysivaiheessa löytynyt suoraan kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän analyysimallista. Otsikkojen alla on lueteltu muodostamani alaluokat. Sulkeissa on numeroilla merkittynä frekvenssit.

Taulukko 1. Pääterveysaseman nykyiset vahvuudet henkilökunnan kuvailemana

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän mallin mukaan
Henkilökunnan ammattitaito (11) Hyvä työkokemus (11) Mukava työyhteisö, hyvä yhteishenki (8) Innostunut, motivoitunut, eteenpäin menevä ja ajan hengessä mukana pysyvä henkilöstö (6) Eri-ikäisiä ja erityyppisiä työntekijöitä sopivasti (2) Henkilökunnan pysyvyys (1) Keskinäinen tiedonjako (1) Työn yhteinen tavoite löytynyt ja siihen pyritään (1) Henkilöstön avuliaisuus (1) Henkilöstö kokee työnsä tärkeäksi (1)	Henkilökunta (52)	Tekijän vahvuudet (52)

<p>Iloisuus (1)</p> <p>Paljon hiljaista tietoa (1)</p> <p>Kaikki hoitajavakanssit on täytetty (1)</p> <p>Lääkäreitä saadaan toistaiseksi (1)</p> <p>Työnohjaus menossa (1)</p> <p>Opiskelijoilta on saatu hyvää palautetta (1)</p> <p>Lääkäreiden hoitajia kohtaan osoittama arvostus(1)</p> <p>Asiakaslähtöisyyteen pyrkiminen (1)</p> <p>Henkilöstön avoin asenne uusille haasteille (1)</p>		
<p>Oheispalvelujen läheisyys (lab, rtg, fys.terapia, vuodeosasto) (9)</p> <p>Hyvät, asialliset työtilat (3)</p> <p>Vaihteleva, mukava ja haasteellinen työ (2)</p> <p>On haluttu työyhteisö (1)</p> <p>Pääterveysaseman hyvä sijainti keskustassa (1)</p> <p>Työn jatkuvuus (asiakkaita riittää aina) (1)</p> <p>ATK-järjestelmä tukee terveyskeskuksen ja keskussairaalan yhteistoimintaa (1)</p> <p>Digitaalinen röntgenkuvajärjestelmä (1)</p> <p>Effica (1)</p>	<p>Fyysinen toimintaympäristö (21)</p>	<p>Välineiden vahvuudet (21)</p>

Työnantajan tarjoamat koulutusmahdollisuudet (1)		
Omalääkärijärjestelmä (2) Asiakkaiden ja heidän tarpeidensa tunteminen (1) Toimiva potilasohjaus (1) Sairaanhoidajan tekemät etukäteistutkimukset (1) Erikoistuneet kansanterveyshoitajat (1)	Palvelujen laatu (6)	Kohteen ja tuloksen vahvuudet (6)

Taulukko 2. Pääterveysaseman nykyiset heikkoudet henkilökunnan kuvailemana

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän mallin mukaan
Henkilökuntavaje (10) Vastaanottoaikojen puute (4) Sijaisten puute (3) Henkilökunnan vaihtuvuus (2) Kysynnän ja tarjonnan kohtaamattomuus (1) Päivystyksen toimimattomuus (1) Potilaille pitkä matka vastaanotoille (V-joki, Rjärvi)(1) Vaikeus vastata asiakkaiden tarpeisiin (1) Ontuva asiakaspalvelu (1)	Palvelujen laatu (30)	Kohteen ja tuloksen heikkoudet (30)

<p>Toiminnan tehokkuuden katoaminen omalääkärijärjestelmän ontuessa (1)</p> <p>Lääkäripula (1)</p> <p>Muista kunnista enenevässä määrin tuleva potilastulva (1)</p> <p>Hoidon tarpeen arviointi ei toteudu ensikontaktissa (1)</p> <p>Potilaiden tyytymättömyys (1)</p> <p>Puuttuvat mahdollisuudet lakisääteisten palvelujen tarjoamiseen (1)</p>		
<p>Huono, selkiytymätön johtaminen (5)</p> <p>Johtoporras ei tiedä alaistensa asioista (3)</p> <p>Huono tiedonkulku (2)</p> <p>Puutteellinen koulutussuunnitelma (2)</p> <p>Selkiytymättömät vastuukyvykset (1)</p> <p>Puutteelliset koulutuspalautteet tai niitä ei tule lainkaan (1)</p> <p>Puuttuva ohjeistus ongelmatilanteiden varalta (1)</p> <p>Ei vuorovaikutusta hallinnon ja suoritusportaan välillä (1)</p> <p>Hajanainen organisaatio (1)</p> <p>Puuttuva kustannustehokkuusajattelu (1)</p> <p>Päätösvallan vieminen pois työyksiköstä (1)</p>	Hallinnollinen toiminta (21)	Yhteisön heikkoudet (21)

<p>Koulutukseen pääsemisen vaikeus (1)</p> <p>Turhan hyssyttelyn harrastaminen (1)</p>		
<p>Keskustelemattomuus, huonohkot vuorovaikutustaidot (3)</p> <p>Huonot henkilökemiat (2)</p> <p>Tiedon sisäistämisen puute (1)</p> <p>Tiedon puute (1)</p> <p>Puuttuva motivaatio (1)</p> <p>Luonnollisuuden ja avoimuuden puute (1)</p> <p>Osaamaton taloudellisten resurssien käyttö (1)</p>	<p>Henkilökunnan toiminta (10)</p>	<p>Tekijän heikkoudet (10)</p>
<p>Tiukka työtahti, pakkotahtinen työ (4)</p> <p>Laaja potilaskirjo, kaikesta pitää tietää jotain (1)</p> <p>Effica-Pegasos-problematiikka (1)</p> <p>ATK-järjestelmien toimimattomuus/ hitaus (1)</p> <p>Tilaratkaisut eivät anna mahdollisuutta huomioida lisääntyviä hoitajavastaanottoja, huoneet loppuvat kesken eikä tilaratkaisujen vuoksi voida toimia tiimeittäin (1)</p>	<p>Fyysinen toimintaympäristö ja työn sisältö (8)</p>	<p>Välineiden heikkoudet (8)</p>
<p>Toisten ammattiryhmien kunnioitus puutteellista (2)</p>	<p>Työyhteisön säännöt (7)</p>	<p>Sääntöjen heikkoudet (7)</p>

Tiedotteita ei lueta (1) Omapäisyys (1) Palautteen antaminen negatiiviseen sävyyn (1) Koulutukseen osallistumattomuus (1) Jatkuva kiireestä puhuminen (1)		
Epäselvät tehtäväkuvat (4) Ammattiryhmien välisen yhteistyön ontuminen (2) Ammattiryhmien eriytyminen (1)	Henkilöstöryhmien välinen työnjako (7)	Työnjaon heikkoudet (7)

Taulukko 3. Pääterveysaseman nykyiset mahdollisuudet henkilökunnan kuvailemana

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän mallin mukaan
Lisähenkilöstön rekrytointi myös lyhyisiin sairauslomiin (4) Säännölliset, yhteiset palaverit (3) Yhteisen strategian ja toimintatavan luominen (2) Parempaa tiedottamista (2) Kehityskeskustelut (1) Ongelma-asioihin tarttuminen (1) Resurssien ja työmäärän uudelleen arviointi (1)	Hallinnollinen toiminta (18)	Yhteisön kehittämisen mahdollisuudet (18)

<p>Esimiehen vastuunotto omasta työstään ja henkilöstön jaksamisesta (1)</p> <p>Henkilöstölle aikaa työn kehittämistä ja suunnittelua varten (1)</p> <p>Riittävät toimintaresurssit turvattava joka tapauksessa (1)</p> <p>Keskivertokainuuta paremmat rekrytointimahdollisuudet (1)</p>		
<p>Työtehtävien tarkastelu/työtehtävien uudelleen jakaminen (7)</p> <p>Yhteistyön kehittäminen eri ammattiryhmien välillä (4)</p> <p>Tiimityöskentely (1)</p> <p>Omat vastualueet (1)</p> <p>Päivystävä sairaanhoitaja toimistoon (1)</p> <p>Hoitaja-lääkäri-yhteistyön kehittäminen (1)</p>	Työnjako (15)	Työnjaon kehittämisen mahdollisuudet (15)
<p>Yhteisistä tavoitteista/pelisäännöistä sopiminen yhdessä (4)</p> <p>Perustehtävämme esille ottaminen ja muistaminen (2)</p> <p>Palautteen antaminen kasvokkain (1)</p> <p>Työyksikön ”sisäisen hengen” luominen (1)</p> <p>Avoimuuden, yhteistyökykyisyyden, joustavuuden ja toistemme tukemisen oppi-</p>	Säännöt (10)	Mahdollisuudet työpaikan sääntöjen parantamiseksi (10)

minen (1)		
Työnohjausmahdollisuus? (1)		
Täydennyskoulutuksen saamisesta huolehtiminen (2)	Työn laatu (8)	Mahdollisuudet kohteeseen ja tulokseen vaikuttamiseksi (8)
Työjärjestelyt (1)		
Potilaiden omahoitoon kannustaminen (1)		
Henkilöstön halu kehittää palveluja (1)		
Päivystystoiminnan selkiyttäminen (1)		
Hyvien hoitosuhteiden luomisen mahdollisuus ½ tunnin vastaanottoajoilla (1)		
Henkilökunnan motivaation ylläpito ja parantaminen (1)		
Tietotekniikan hyödyntäminen (1)	Fyysinen toimintaympäristö ja työn sisältö (2)	Mahdollisuudet välineiden kehittämiseksi (2)
Turhan työn väheneminen reseptien sähköistymisen myötä (1)		

Taulukko 4. Pääterveysaseman tämänhetkiset uhat henkilökunnan kuvailemana

Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmän mallin mukaan
Henkilöstön uupuminen (15)	Henkilöstö (36)	Tekijään liittyvät uhat (36)
Henkilöstön väheneminen/siirtyminen muihin töihin (10)		

<p>Lääkäripulan paheneminen (3)</p> <p>Henkilöstön vanhentunut ikärakenne (2)</p> <p>Klikkiytyminen (2)</p> <p>Työmotivaation lasku (2)</p> <p>Muutosvastarinta (1)</p> <p>Asioiden jääminen hoitamatta tietämättömyyden vuoksi (1)</p>		
<p>Rekrytointiongelmat (4)</p> <p>Päivystystoiminnan ulkoistaminen ja oman henkilöstön irtisanominen (1)</p> <p>Vaihtelevat tulevaisuuden visiot (1)</p> <p>Rahojen loppuminen ja työntekijöiden lomauttaminen/irtisanominen (1)</p> <p>Pegasos (1)</p> <p>Hirmupompon ilmaantuminen (1)</p> <p>Omalääkärijärjestelmän purku (1)</p> <p>Hallintokokeilun jatkuminen (1)</p> <p>Vastuunkannon häviäminen (1)</p> <p>Liiallinen säästämisinto esim. sijaisten suhteen (1)</p> <p>Yläpuolelta (johtoporras, PPKL) tulevat jatkuvat uhka-vaatimukset toiminnan tehostamisesta olemattomilla resursseilla (1)</p>	Hallinto (14)	Yhteisön toimintaan liittyvät uhat (14)

<p>Lisääntyvä asiakastyytymättömyys (3)</p> <p>Vaikeus selviytyä kansanterveyslain velvoitteista (2)</p> <p>Hoidon laadun kärsiminen vastaanottoaikojen puuttuessa (1)</p> <p>Sairauksien ennaltaehkäisyä ei ehdi hoitaa (1)</p>	<p>Palvelujen laatu (7)</p>	<p>Kohteeseen ja tulokseen liittyvät uhat (7)</p>
<p>Lähikuntien toimintahankaluuksista aiheutuva ylikuormapotilasmäärässä (3)</p> <p>Lisääntyvän vanhusväestön hoidontarpeeseen vastaaminen (3)</p>	<p>Ulkopuolelta tulevat uhat (6)</p>	<p>Toimintajärjestelmän ulkopuoliset uhat (6)</p>
<p>Henkilöstöryhmien välisten ristiriitojen lisääntyminen (5)</p>	<p>Säännöt (5)</p>	<p>Sääntöihin liittyvät uhat (5)</p>

MONIAMMATILLISTEN TIIMIPALAVEREIDEN KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Ensimmäisen tiimipalaverin 12.3.2008 suunnittelemat kehittämisehdotukset:

1. Enemmän säännöllisiä, yhteisiä kokouksia, joihin osallistuvat kaikki ammattiryhmät.
2. **Koulutussuunnitelmat jokaiselle ammattiryhmälle ja mahdollisuus myös osallistua koulutuksiin esim. sijaisjärjestelyin.**
3. Uusien lääkäreiden työmäärä on suhteettoman suuri. Jos lääkärinpaikkoja ei saada täytettyksi, olisiko mahdollista palkata hoitaja ”paikkaamaan” päivystystä?
4. **Työnkuvien uudelleen miettiminen, onko hoitajan tarkoituksenmukaista tehdä esim. silmänpohjakuvaukset, hoitotarvikejakelu? Marevan- ohjeetkin voisi soittaa joku muu kuin hoitaja. Marevan- määritykset jatkossa kansanterveyshoitajalle?**
5. Lisääkö tiimityöskentely klikkiytymistä ja joustamattomuutta, hoidetaanko vain omia asiakkaita? Miten tiimityössä järjestetään toiminta useamman työntekijän ollessa pois? Reseptien uusimiset myös omaan tiimiin.

Toisen tiimipalaverin 18.3.2008 suunnittelemat kehittämisehdotukset:

1. **Yhteistyön lisääminen päivystyspoliklinikan ja sairaankuljetuksen kanssa. Yhteiset palaverit ja koulutukset, johon osallistuisivat hoitajat, lääkärit ja avustajat. Sovitaan yhteiset pelisäännöt ja noudatetaan niitä, tehdään yhteiset yksinkertaiset ohjeet, jotka tulee olla jokaisen työntekijän tiedossa päivitettyinä.**
2. Kotihoidolle mahdollisuus lääkärin puhelinkonsultaatioon, ennen kuin tilaavat ambulanssin.
3. **Yhteistyön lisääminen maahanmuuttopalvelujen kanssa, palaverit. Uuden mamuryhmän laboratorionkokeet otettaisiin mamupalvelupisteessä. Päiväpäivystyslääkärin listoille ei maahanmuuttajia!**

4. Kansanterveyshoitajalle päivän päätteeksi soittopyynnöt, jotta puhelintunneilla potilaat saisivat hoitajaan puhelinyhteyden.
5. Lääkäreille toimistotunti päivän päätteeksi.
6. Verenpainemittauspisteeseen infopäivä, jossa hoitaja opettaa mittaustekniikkaa ja potilaat voisivat tuoda omankin mittarin mukanaan. Verenpainemittareita myös lainattavaksi kotiseurantaa varten.
7. Eri toimipisteiden yhteiset palaverit (laboratorio, röntgen, vuodeosasto).
8. Virkistyspäivä koko porukalle.
9. Puhelinneuvonta-aika lääkärille iltapäiväksi, esim. venähdykset, lapset jne.
- 10. Tiedottamisesta selkeät ohjeet.**
- 11. Käypä Hoito-suositusten yhdessä lukeminen ja pohtiminen ja laboratorionkokeiden yhtenäistäminen.**
- 12. Tiedottaminen lehdessä, esim. influenssarokotuksista ensin alustava ilmoitus ja sitten lähempänä rokotuksia tarkempi.**
13. Kansanterveyshoitajien asioista tiedottaminen, esim. milloin asiakkaan tulee ottaa yhteyttä reuma-, astma- ym. hoitajiin.
- 14. Yhteistyön kehittäminen ns. ongelmapotilaiden hoitotahojen kanssa. Ongelmana huumereseptit ja lääkkeiden väärinkäyttäjät. Näiden reseptien keskittäminen yhteen paikkaan, esim. A-klinikalle tai psyk. puolelle.**
- 15. Nuorien lääkäreiden tutorointi, perehdytysohjelma tulee käydä läpi. Uusille lääkäreille kansanterveyshoitajien ja päivystyshoitajien puhelinnumerot ja opetusajanvarauksesta päivystyshoitajan ajanvarauskirjalle. Lääkäreiden työohjelmiin varattava perehdytysaika lääketieteen opiskelijoille.**
16. Ajanvarausta lääketieteen kandeille, esim. luomenpoistoja?
17. Uusien lääkäreiden houkuttelevuus, esim. starttiraha, käyntipalkkio, laskettelulippuja ym. Kunnossa olevat välineet houkuttelevat lääkäreitä.

18. Työnkuvien selkiyttäminen toisi lisää voimavaroja ja tehokkuutta.
19. Keskussairaalan tehtävä lähetteet valmiiksi, esim. kipsikontrollit.
20. Kaikkien on kirjattava selkeästi etenkin potilaan jatkosuunnitelmat -> avustajien helpompi ohjata.

Kolmannen tiimipalaverin 19.3.2008 suunnittelemat kehittämisehdotukset:

1. Töiden rajaaminen; työuupumuksen estäminen sekä vakituisen henkilöstön ja sijaisten pysyvyyden lisääminen
2. ATK-laitteet tehokkaammiksi – vaikutus työn tehoon ja henkilökunnan ”pinnaan”.
3. Päivätyöajassa pysyminen.
4. Jokainen miettii kohdallaan, kuinka antaa palautetta. Myös palautteen vastaanottaja voi joskus olla ”haavoittuva”.
5. Terapeuttien huoneiden sijainti vastaanoton yhteydessä?
6. Lääkäreiden ja hoitajien päällekkäisajat; punainen aika, punainen mieli. Huomiota kiinnitettävä vastaanottoaikojen pituuteen!
7. Tarkkailuhoitaja voi tarpeen mukaan hankkia ambulanssikyödin Kajaanista potilaan kotipaikkakunnasta huolimatta. Huom. työaika!
- 8. Potilasmäärän rajaaminen, miten? Maantieteellisesti?**
9. Keskustelemattomuuden hoidoksi pienempiä suunnittelu/keskusteluryhmiä.
10. Klikkien laukaiseminen puhumalla.
11. Vastaavan lääkärin Seppo Kallion vastaanottoajat puolitettava, esim. aamupäivät hallintoa.
12. Selvitettävä Lehtikankaan terveysaseman mahdollisuudet jakaa pääterveysaseman työtaakkaa.

- 13. Röntgenajanvaraus vie aikaa, kenen tehtävä? Voiko ohjelmaa tarkistaa?**
- 14. Hoitotarvikejakelu, kenen työ? Tarvitseeko hoitajan siihen työhön?**
15. Henkilökuntaan liittyvien uhkien helpottaminen työnohjauksella.
16. Yhteistyöpalavereiden järjestäminen päivystyspoliklinikan kanssa.
17. Ryhmäohjaus

KAJAANIN PÄÄTERVEYSASEMAN PALAVERIPÖYTÄKIRJA 27.3.2008 KLO 8-9.30

Läsnä: Tarja Korhonen, Asta Komulainen (poistui klo 8.45), Ritva Heinistö, Päivi Pietikäinen, Arja Kontio-Pöllänen, Aira Ala-Karhu, Eila Autio, Marketta Tuhkanen, Valma Heikkinen, Pirjo Mård, Ave Meier, Mervi Tiihonen, Seppo Kallio, Kari Hynynen, Seija Juntunen, Hannu Kempainen

1. Palaverin ensimmäisenä aiheena henkilökunnalle suorittamani ja pääterveysaseman toiminnan nykytilaa kartoittava kysely. Kävin läpi kyselyn tulokset, joiden mukaan pääterveysaseman henkilökunta arvostaa omaansa ja työyksiköiden muiden työntekijöiden osaamista, henkilökunta on työpaikkamme suurin vahvuustekijä. Yhteishenki on hyvä ja sen voimalla töissä jaksetaan. Ammattitaidosta ja osaamisesta huolimatta henkilöstön koko ammattitaito ei vastaajien mielestä ole käytettävissä. Työtehtävien uudelleen tarkasteluun löytyy halukkuutta, mutta uusista työtehtävistä halutaan asianmukainen korvaus ja sen on näyttävä myös henkilöstömäärässä. Hallinto ja johtaminen keräsivät kritiikkiä. Päätöksenteko ja esimiehet ovat karanneet liian kauas työyksiköstä. Henkilökunta ei koe saavansa osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon, jolloin esimiehen tukea asioiden etenemiselle ei saada. Vastauksista tuli myös esille, ettei aina tiedä kuka johtaa ja ketä, kuka on tosiasiallisesti vastuussa päätöksenteosta ja asioista. Yhteisten sääntöjen ja toimintatapojen puuttuessa toiminta on sekavaa. Epäselvät tehtävänkuvat ja kiire sekavoittavat tilannetta vielä lisää. Aina ei edes tiedetä, mitä toinen ammattiryhmä työkseen tekee. Kiireen keskellä unohtuu perustehtävä, mitä varten työtä tehdään. Aina vain lisääntyvä potilas- ja vanhusmäärä herättää pelkoa tulevaisuudesta. Naapurikuntien lääkäripula heijastuu väijäämättä pääterveysasemalle ja työmäärä kasvaa. On syntynyt itseään ruokkiva kierre: työtä on enemmän kuin ehtii tekemään, henkilökunta väsyä, lähtee toisiin työtehtäviin ja jäljelle jäävät uupuvat ja jäävät pitkille sairauslomille. Uuden henkilökunnan rekrytointi vaikeutuu. Väsyneen henkilökunnan keskuudessa ilmapiiri kiristyy ja muuttuu negatiiviseen suuntaan. Pelätään uusia, tilannetta entisestään huonontavia päätöksiä organisaation ja hallinnon puolelta. Kaikki edellä mainitut asiat yhdessä vaikuttavat huonontavasti antamamme hoidon laatuun.

Astan mukaan meidän tulee jatkossa kiinnittää huomiota johtamisen, sääntöjen ja työnjaon parantamiseen.

2. Toisena aiheena käsiteltiin moniammatillisten tiimien tekemiä työmme parannusehdotuksia. Teen eteenpäin vietävistä kehittämisehdotuksista aivan lähiaikoina listan, joka tulee kiertämään jokaisella pääterveysaseman työntekijällä ammattiin katsomatta. Annan tästä ohjeet myöhemmin.

Palaverissa päätettiin seuraavia asioita, jotka jokaisen tulee huomioida:

- PIDETÄÄN KUUKAUSITTAISET HENKILÖKUNTAPALAVERIT (KUUKAUDEN 2. TORSTAI?) KLO 8-9.30, JOHON JOKAISELLA

HENKILÖKUNNAN JÄSENELLÄ ON VELVOLLISUUS OSALLISTUA, YLEMPI JOHTO MYÖS MUKAAN

- KANSANTERVEYSHOITAJILLE TARKOITETUT SOITTOPYYN-
NÖT LAITETAAN HEILLÄ PÄIVÄN PÄÄTTEEKSI OLEVILLE
TOIMISTOAJOILLE. JOKAINEN KANSANTERVEYSHOITAJA
HUOLEHTII OMAN AJANVARAUSKIRJANSA OSALTA, ETTÄ TÄL-
LAINEN MAHDOLLISUUS SIELTÄ LÖYTYY
- LÄÄKÄREILLE TOIMISTOAIKA PÄIVÄN PÄÄTTEEKSI, JOLLOIN
TULEE OLLA MAHDOLLISUUS KONSULTOIDA HEITÄ SEKÄ
KIIREELLISISSÄ ETTÄ KIIREETTÖMISSÄ ASIOISSA
- LÄHDETÄÄN HOMMAAMAAN ESIM. AMMATTIKORKEAKOU-
LUN KAUTTA VERENPAINEN MITTAUSPISTEESEEN OPISKE-
LIJOIDEN PITÄMÄÄ INFOPÄIVÄÄ, JOKA VOISI OLLA AINAKIN
KERRAN VUODESSA TOISTUVA PERINNE. TARJA VOI SELVI-
TELLÄ ASIAA ETEENPÄIN
- PÄIVYSTÄVÄLLE LÄÄKÄRILLE VOI KONS-AJALLE LAITTA
SELLAISIA SOITTOPYYNTÖJÄ, JOISSA JOKU TARVITSEE NI-
MENOMAAN LÄÄKÄRIN ANTAMIA OHJEITA
- KAIKKIEN (ETENKIN LÄÄKÄREIDEN) ON KIRJATTAVA SEL-
KEÄSTI POTILAAN JATKOSUUNNITELMAT EFFICALLE (KE-
NELTÄ MÄÄRÄTYT LABRAVASTAUKSET KYSYTÄÄN, MILLAI-
NEN AIKA VARATAAN JNE) JOKAISEN LÄÄKÄRIN ON ITSE PI-
DETTÄVÄ HUOLI TÄMÄN ASIAN SUJUMISESTA, SE SÄÄSTÄÄ IT-
SE KUNKIN TYÖTÄ
- JOKAINEN MIETTII, MITEN ANTAA PALAUTETTA TYÖKAVE-
RILLE, TAVOITTEENA RAKENTAVA PALAUTE
- AIKOJA VARATESSA HUOMIOITAVA SE, ETTÄ OLEMME TÄÄLLÄ
TÖISSÄ KLO 16: EEN SAAKKA, KAIKKIA ASIAKKAITA EI TAR-
VITSE LAITTA PÄÄLLEKKÄISILLE AJOILLE. TOIMISTOSSA
ASIOINTI EI TARKOITA SITÄ, ETTÄ POTILAS PÄÄSEE SUORAAN
VASTAANOTOLLE. POTILAALLE VOI ANTAA AJAN MYÖS ILTA-
PÄIVÄLLE TAI SEURAVALLE PÄIVÄLLE HOIDON TARVE
HUOMIOIDEN. TÄMÄ KOSKEE SEKÄ HOITAJIEN ETTÄ LÄÄKÄ-
REIDEN AJANVARAUKSIA (PUNAINEN AIKA = PUNAINEN MIE-
LI)
- ASTA KERTOI, ETTÄ SAAMME ANTAA VUOLIJOKELAISILLE,
RISTIJÄRVELÄISILLE JA PALTAMOLAISILLE AIKOJA MYÖS LEH-
TIKANKAAN LÄÄKÄREILLE. ESIM. SOTKAMOLAISEN ANOESSA
ASIOIMISPAIKAKSEEN KAJAANIA, HÄNET VOI OHJATA LEHTI-

KANKAALLE JA SEPPO VOI MYÖS OHJATA ANOMUKSIA MERJA ROMPPAISALLE. ESIM. KORHOLANMÄKI ON LÄHELLÄ LEHTIKANGASTA

- JOKAINEN LÄÄKÄRI LAITTAAN KUTSUNTATARKASTUKSIA VARTEN AJANVARAUSKIRJALLEEN OMAT AJAT KUTTUNNUKSELLA, TÄMÄ ON JOKAISEN LÄÄKÄRIN VELVOLLISSUUS. TURHIA VIRTSATESTEJÄ EI TERVEILLE KUTSUNTAPOJILLE TEHDÄ
- ARJA KONTIO- PÖLLÄNEN TEKEE LÄHIAIKOINA PÄÄTERVEYSASEMAN HENKILÖKUNTALISTAN, JOHON TULEE AMMATTI, SIJAINTI, PUHELINNUMERO JA MILLOIN KYSEISEEN HENKILÖÖN OTETAAN YHTEYTTÄ
- SEPPO JÄI MIETTIMÄÄN OMAA TYÖNKUVAANSA, VÄHENNETÄÄNKÖ VASTAANOTTOAIKOJA JA LISÄTÄÄN HALLINTOA. PALATAAN ASIAAN SEURAAVASSA PALAVERISSA

Äsken kuulin, että osastolta oltaisiin siirtämässä kaikki syöpähoidot meille. Miksi heti palaverin perään päätös, jossa meitä ei kuultu lainkaan? Ambulanssipotilaita tulee pääterveysasemalle edelleenkin eikä lisähoitajia ole luvassa. Tämä asia vaatii vielä keskustelua henkilökunnan kesken, koska yhden syöpäpotilaan hoito pysäyttää päivystyksen n. tunniksi. Toivon päivystäviin hoitajiin otettavan yhteyttä asian selvittämiseksi.

Seuraava palaveri sovittiin pidettäväksi to 8.5.2008, tämä tiedoksi myös Astalle. Siihen mennessä kehittämis ehdotuslista on kiertänyt kaikilla henkilökuntaan kuuluvilla ja päätetään jatkosuunnitelmista.

Kissa on nostettu pöydälle, miten nämä päätetyt asiat saadaan nyt vietyä käytäntöön ja myös pysymään siellä?

Asiat kirjoitteli ylös muutama tunti palaverin jälkeen Tarja, joten joku asia saattoi unohtua. Mutta tästä on hyvä jatkaa eteenpäin, ajatelkaa miten paljon ideoita meidän väestä löytyikään!

Ps. Yritin lähettää tämän kaikille hoitajille, avustajille ja lääkäreille, sekä Astalle, pyydän anteeksi jos joku epähuomiossa unohtui.

TEPPANAN PUOLEN SUUNNITELMA

Toiminta	Sijainti	Työntekijät	Tehtävät
Infopiste	Nykyinen Teppanan toimisto	2 terveyskeskusavustaja	<ul style="list-style-type: none"> • Yleinen asiakasneuvonta sekä paikalla puhelimessa • Vastaanotolle ilmoittautumisten vastaanotto sekä laskutus • Reseptien vastaanotto ja luovutus • Lausunto- ja todistusasiat, neuvonta, ohjaus ja aikojen varaaminen vastaanotolle näissä asioissa sekä lausuntojen postitus (T-todistukset, ajokorttitodistukset, B- ja C-lausunnot ym.) • RTG- ja UÄ- ajanvaraus (laboratorio?) • Muut postitukset • Kaikki hoidon tarpeen arviointia tarvitsevat asiakkaat ohjataan triageen tai laitetaan soitto-pyyntö kansanterveys-hoitajalle • (Reseptien uusiminen ja täky-laskutus)
Reseptien uusimispiste	Teppanan huone 6	1 terveyskeskusavustaja	<ul style="list-style-type: none"> • Reseptien uusimiseen liittyvät asiat • Puhelinliikenne apteekkeista päin • Täky-laskutus
Erityisterapia	Teppanan huoneet 1, 2, 3, 4, ja	Terapeutit	

	5		
Insuliinidiabeteshoitaja tai osastonhoitaja?	Teppanan huone 1, 2, 3 tai 4		
Haavanhoituhuone?	Teppanan toimipidehuone		
Verenpaineen itsemitauspiste	Nykyinen huone Teppanassa		<ul style="list-style-type: none"> • Toiminta jatkuu ennallaan

KESKUSTAN PUOLEN SUUNNITELMA

Toiminta	Sijainti	Työntekijät	Tehtävät
Triage = ”hoidon tarpeen arviointikeskus”	Nykyinen keskustan toimiston ilmoittautumispiste	1 päivystävä sairaanhoitaja	<ul style="list-style-type: none"> • ”Ensimmäinen vastaanotto” • Hoidon kiireellisyyden arviointi, triage • Hoidon tarpeen arviointi ja hoitotakuukirjaukset • Ajanvaraus • Reseptejä EI oteta täällä vastaan eikä luovuteta • Ohjaus kansanterveyshoitajalle (soittopyynnot) pitkäaikais-sairauksissa • Laboratoriolähetteen tekeminen ja vastausten antaminen
Puhelinpäivystys	Nykyinen keskustan toimisto	2 päivystävää sairaanhoitajaa	<ul style="list-style-type: none"> • Puhelinajanvaraus • Hoidon kiireellisyyden arviointi • Hoidon tarpeen arviointi ja hoitotakuukirjaukset • Oikeaan paikkaan ohjaaminen • Ohjaus kansanterveyshoitajalle (soittopyynnot) pitkäaikais-sairauksissa • Laboratoriolähettei-

			den tekeminen ja vastausten antaminen
Tarkkailu	Nykyinen seuranta huone	1 päivystävä sairaanhoitaja	<ul style="list-style-type: none"> Ambulanssipoti-laati Iv-lääkitykset Spiirat Akuutit traumat Immobilisaatiot (Puhelin, jos ei ole potilaita)
Päivystävän sairaanhoitajan vastaanotto	????	2 päivystävää sairaanhoitajaa, 1 hoitaja keskustan ja 1 hoitaja Teppanan alueen potilaille	<ul style="list-style-type: none"> Päivystysvastaanotto (hoitajan puhelinpäivystyksen tai triagen kautta tai lääkärin vastaanotolta tulevat potilaat) Puhelinajat?
Kansanterveyshoitajan vastaanotto	????	5 kansanterveyshoitajaa, 2 hoitajaa keskustan ja 2 hoitajaa Teppanan alueen potilaille, insuliinidiabeteshoitaja ja hoitotarvikejakelu erillään? Tekevätkö kaikki kaikkea?	<ul style="list-style-type: none"> Vastaanotto pitkäaikaisairaille Puhelinneuvonta ja ohjaus Ajanvaraus Hoidon tarpeen arviointi pitkäaikaisairauksissa Hoitotakuukirjaukset Laboratoriolähetteen tekeminen ja vastausten antaminen Oikeaan hoitopaikkaan ohjaaminen Hoitotarvikejakelu?

Lääkärin vastaanotto	????	? lääkäriä. Aluejako keskustan ja Teppanan kesken	<ul style="list-style-type: none"> Päivystysvastaanotto Kiireetön ajanvaraus Potilaiden hoidon tarve on arvioitu kansanterveyshoitajan tai päivystävän sairaanhoitajan toimesta Konsultaatioapu hoitajille
????	????	2 terveyskeskusavusta-	<ul style="list-style-type: none"> Lääkäreiden avustami-

		jaa	nen toimenpiteissä <ul style="list-style-type: none"> • Varastotilaukset • Välinehuolto • Lääkäreiden vastaanottohuoneiden ja toimenpidehuoneen välineistöstä huolehtiminen • Hoitotarvikejakelu?
Toimenpidehuone	Nykyinen keskustan toimenpidehuone		<ul style="list-style-type: none"> • Toimenpiteet, toiminta säilyy ennallaan

SUUNNITELMAN MUKANAAN TUOMIA HYVIÄ ASIOITA:

- Työnkuvat selkiytyvät
- Reseptejä työstävät työntekijät ovat itse vastaanottamassa ja luovuttamassa reseptejä - > asiakkaille ajantasainen tieto uusimisajasta
- Kaikki reseptit löytyvät yhdestä paikasta -> koko talon työntekijät eivät enää metsästä kadonneita reseptejä
- Lakisääteinen hoidon tarpeen arviointi toteutuu potilaan ensikontaktissa joko paikan päällä tai puhelimitse
- Useita asioita voidaan hoitaa jo triagessa, ilman että potilaan tarvitsee enää jonottaa varsinaiselle hoitajan vastaanotolle
- Hoitajan vastaanotolle menevät potilaat ovat jo valmiiksi ”seulottuja”, hoidon tarpeen arvioinnin joko puhelimesta tai triagessa saaneita
- Tiedonkulku työyksikön sisällä paranee toiminnan tiivistyessä
- Paremmat konsultaatiomahdollisuudet itse kullekin ammattiryhmälle (nuoret/uudet lääkärit?)
- Hyödynnetään itse kunkin ammattiryhmän osaamista ja ammattitaitoa paremmin -> työssä jaksaminen paranee?
- Asiakkaiden turha ”luukutus” vähenee viimeistään toiminnan käynnistysongelmien jälkeen
- Etenkin päivystävillä hoitajilla mahdollisuus valita omaa osaamistaan vastaavia tehtäviä
- Ei tule niitä päiviä, että on vain yksi lääkäri puolellaan töissä
- Yksi keskusvarastotavaroiden säilytyspaikka -> ei turhaa tavaroiden tilaamista -> säästyy sekä aikaa että rahaa
- Yksi lääkekaappi -> säästöä ja järkevyyttä lääkekaapin sisällön suhteen
- Ei enää ”väärällä puolella” odottelevia ja siten vastaanotolta myöhästyviä potilaita

VIELÄ POHDITTAVIA ASIOITA:

- Keskustan puolen huoneiden riittävyys vastaanottokäyttöön (17 kpl)
- Vastaanottohuoneiden järjestyminen; keskusta- Teppana, kansanterveyshoitaja-lääkäri-kansanterveyshoitaja-päivystävä hoitaja jne...)

- Insuliinidiabeteshoitajan rooli
- Kansanterveyshoitajien työnkuva, eriytyneet tehtävät vai tekevätkö kaikki kaikkea?
- Oma, työyksikkökohtainen triage, jossa selkeä ohje siitä, kenen tulee saada päivystysaika samalle päivälle?
- Kansanterveys­sairauksissa kirjallinen ohje, milloin potilas ohjataan lääkärin ja milloin kansanterveys­hoitajan vastaanotolle?

Vastaanoton palaveri

Torstai 18.9.08

Läsnä: Tuula Karppinen puh.joht., Seppo Kallio, Heli Ylitalo, Aaro Tolonen, Seija Juntunen, Sari Mikkonen-Paasi, Pirjo Mård, Marja-Liisa Pihlajamaa, Aira Ala-Karhu, Kari Hynynen, Marja Mäntymaa, Marjo Kemppainen, Eila Pulkkinen, Tuula Moilanen, Ari Kurkinen, Marketta Tuhkanen, Tuula Väisänen, Liisa Aula, Pentti Väätäinen, Hannu Kemppainen, Valma Heikkinen siht.

Tiimityöskentelyn suunnittelua

- 1 kansanterveyshoitaja ja 2 lääkäriä
- kth:lle kons.aikaa läärille 1 h / viikko
- mietittäväksi jäi tiimien teko

Huonesuunnittelu

- keskustan puolella osa huoneista pieniä
- odotustilat ahtaita
- terapeuttien tilat ja keittiö vasta remontoitu, kallista siirtää

Tehtävien siirtoa

- inr-katsominen hoitajille? Seppo antaisi koulutusta
- plv hoidot: käytäntö sekavaa, sama päiv. hoitaja hoitaisi alusta loppuun!
- hoitotukilausunnot: ksh täyttää asiakkaan kaavakkeen ja lääkäri tekee lausunnon tai liittää epikriisin mukaan.

HENKILÖKUNTAA LISÄÄ !

PÄIVYSTÄVÄT HOITAJAT

Toimintavaihtoehto 1:

- Päivystävät hoitajat toimivat samalla tavalla tiimin jäsenenä kuin kansanterveyshoitajatkin, hoitaen oman alueensa asiakkaita.

Toimintavaihtoehto 2:

- Kaikki päivystävät hoitajat tekevät kaikkea, kiertäen eri toimipisteissä.

Toimintavaihtoehto 3:

- ”Erikoistutaan”, eli oman osaamisen ja halun mukaan voi valita puhelin-, vastaanotto-, tarkkailu- tai triagetyöskentelyyn. Pääsääntöisesti omat työpisteet, mutta voi vaihtaa työpistettä.

Lähtökohtana päivystävien hoitajien työn uudelleen suunnittelulle on 6 hoitajavakanssia. Tällöin olisi aina 2 vastaanottohoitajaa, 2 puhelinhoitajaa, tarkkailuhoitaja ja triagehoitaja.

Päivystävät hoitajat hoitaisivat:

- Päivystys- ja ajanvarauspotilaiden hoidontarpeen arvioinnin ja tarvittavan ohjauksen ja neuvonnan muiden paitsi kansanterveysasiakkaiden kohdalla (triage) -> ohjaus heti tarkoituksenmukaiseen hoitopaikkaan mahdollisten edeltävien tutkimusten kautta (lab ym.) Samalla hoitotakuukirjaukset.
- Puhelinneuvonnan ja -ajanvarauksen muiden paitsi kansanterveysasiakkaiden kohdalla.
- Päivystyspotilaiden (jotka hoitaja on jo arvioinut puhelimesta tai triagessa) vastaanoton sekä lääkärein vastaanotolta tulevien potilaiden jatkohoidon.
- Ambulanssipotilaat ja lääkärin vastaanotolta tulevat tarkkailupotilaat.
- Immobilisaatiot ja iv-lääkehoidot.
- Akuuttien traumojen arvioinnin.
- Haavojen hoidoista palovammat, akuutit traumaattiset haavat sekä leikkaushaavainfektiot.

KANSANTERVEYSHOITAJAT

Toimintavaihtoehto 1:

- Hoitajat toimivat tiimeissä, mutta työtehtävät eriytyneet. Eli erikseen astmahoitaja, reumahoitaja jne. Insuliinidiabeteshoitaja erillään tiimitoiminnasta.

Toimintavaihtoehto 2:

- Kaikki tekevät kaikkia, eli jokaisen tiimin kansanterveyshoitaja hoitaa oman tiiminsä asiakkaiden kansanterveyssairaudet. Insuliinidiabeteshoitaja myös mukana jonkun tiimin jäsenenä.

Lähtökohtana kansanterveyshoitajien työn uudelleen suunnittelulle on 5 hoitajavakanssia, joista 3 keskustan alueelle ja 2 Teppanan alueelle.

Kansanterveyshoitajat hoitaisivat:

- Kansanterveysasiakkaiden hoidon tarpeen arvioinnin ja ajanvaraukset.
- Kansanterveysasiakkaiden ajanvarausvastaanoton.
- Korvahuuhtelut.
- Ompeleiden ja hakasten poistot.
- Diabeettisten ja verisuoniperäisten säärihaavojen hoidon.
- Leikkauksenmenotarkastukset.
- Diabetesvälinejakelun.
- Säännölliset injektiot.
- Luomien/ihomeutosten arvioinnit.
- Kynsisieniepäilyt.
- Marevansoitot (ja määräykset?)