

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Kliininen asiantuntija

2013

Anna Valtanen

SAIRAANHOITAJAVASTAAN- OTON ALOITTAMINEN NAANTALIN TERVEYSKESKUKSESSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Kliininen asiantuntija

2013 | 65 sivua, 3 liitettä

Anna Valtanen

SAIRAAHOITAJAVASTAANOTON ALOITTAMINEN NAANTALIN TERVEYSKESKUKSESSA

Terveyskeskuksessa työskentelevien hoitajien työnkuva elää isoa muutosvaihetta. Työnjaon ja tehtäväkuvan uudelleen järjestäminen ja kehittäminen ovat tärkeitä tulevaisuuden muutostekijöitä toimivan sekä laadukkaan palvelun järjestämiselle.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli aloittaa uusi sairaanhoitajavastaanotto Naantalin terveyskeskuksen avosairaanhoidossa. Näin terveydenhoitajat voivat keskittyä ennaltaehkäisevään hoitotyöhön ja sairaanhoitajat sairaanhoidolliseen vastaanotto toimintaan. Projektin tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli selvittää avosairaanhoidon sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä siitä, mitä sairaanhoitajavastaanotto toiminnan tulisi sisältää, sekä heidän näkemyksiään sairaanhoitajavastaanotto toiminnan edellytyksistä ja hyödyistä. Lisäksi tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien osaaminen sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan osalta.

Tutkimus toteutettiin toukokuussa 2012 kokonaistutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua sähköistä kyselylomaketta. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Naantalin terveyskeskuksen avosairaanhoidon vakituiset sairaanhoitajat (N=5) ja lääkärit (N=9). Kyselyn vastausprosentti oli 93 %.

Tutkimustuloksia hyödynnettiin sairaanhoitajavastaanoton aloittamisessa. Tulokset osoittivat, että lähes kaikki lääkärit ja sairaanhoitajat näkivät sairaanhoitajavastaanoton tarpeellisena sekä lähes kaikki sairaanhoitajat olivat valmiita aloittamaan sairaanhoitajavastaanoton. Kaikki lääkärit olivat valmiita antamaan konsultaatioapua sairaanhoitajille. Osaamiskartoituksen pohjalta saatiin näkyväksi sairaanhoitajien osaaminen sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan osalta sekä saatiin selville sairaanhoitajien vastaanottotehtäviin liittyvä koulutustarve.

ASIASANAT: Sairaanhoitajavastaanotto, sairaanhoitaja, osaaminen, perusterveydenhuolto, terveyskeskus

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Masters of Health Care | Advanced Nursing Practice

2013 | 65 pages, 3 appendices

Anna Valtanen

INTRODUCING A NURSE APPOINTMENT SYSTEM AT NAANTALI HEALTH CARE CENTER

The work description of nurses working at public health care centres is undergoing a massive change. Reorganizing and redeveloping the division of work and job descriptions are important factors in organizing working quality services in public health care.

The purpose of this development project was to launch a new nurse appointment system at the outpatient clinic of Naantali Health Care Center. Public health nurses can concentrate on preventive health care and medical nurses on medical appointments. The investigatory part of the study was to find out nurses' and doctors' opinions on the things the nurse appointment system should include and also what prerequisites and benefits the system might have. The purpose was also to map out the nurses' competence and knowledge when working at nurse appointment in regard to their job description.

The study was carried out in May 2012 as a total research. The Data collection was performed by an electronic structured questionnaire. The target group consisted of full time nurses (N=5) and doctors (N=9) at the outpatient clinic of the Naantali Health Care Center. The response rate was 93 %.

The study results were utilized in the starting introduction of the nurse appointment system. The results showed that almost all doctors and nurses considered the system necessary and almost all nurses were ready to start with the nurse appointment system. All the doctors were willing to provide consultation to nurses involved. The nurses' job description at the nurse appointment became evident on the basis of the competence inquiry, and furthermore, it was also found out that there is a need for further education for the nurses working at a nurse appointment.

KEYWORDS: Nurse appointment, nurse, competence, basic health care, health care centre

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet	9
2.2 Kohdeorganisaation kuvaus	10
2.3 Projektiorganisaatio	12
2.4 Kehittämiprojektin eteneminen	13
3 PERUSTERVEYDENHUOLTO	15
3.1 Perusterveydenhuoltoa koskevat kansalliset kehittämishankkeet	15
3.2 Perusterveydenhuollon järjestämistä ohjaava lainsäädäntö	16
4 VASTAANOTTOTOIMINTA TERVEYSKESKUKSESSA	19
4.1 Sairaanhoidajavastaanotto	20
4.2 Työnjako ja tehtäväkuvan laajentaminen	22
4.3 Sairaanhoidajavastaanoton kehittäminen ja muutos organisaatiossa	26
5 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN	29
5.1 Sairaanhoidaja asiantuntijana	29
5.2 Ammatillinen osaaminen	30
5.3 Osaamisen kehittäminen ja mittaaminen	33
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS	35
6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	35
6.2 Tutkimusmenetelmä ja -aineisto	35
6.3 Aineiston analyysi	37
7 TUTKIMUSTULOKSET	38
7.1 Sairaanhoidajavastaanoton aloittamisen edellytykset ja sen arvioitu hyödyllisyys	38
7.2 Henkilökunnan tärkeinä pitämiä asioita sairaanhoidajavastaanottoa aloitettaessa	41
7.3 Henkilökunnan näkemykset tarvittavista tehtävistä sairaanhoidajavastaanotolla	42

7.4 Sairaanhoidajien oma arvio osaamisestaan sairaanhoidajavastaanoton tehtäväkuvan osalta	45
7.5 Tutkimustulosten tarkastelua	47
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	51
8.1 Luotettavuus	51
8.2 Eettisyys	52
9 SAIRAANHOITAJAVASTAANOTON ALOITTAMINEN	54
10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	56
10.1 Kehittämiprojektin tuloksen ja kehittämismenetelmien arviointi	56
10.2 Projektiorganisaatiotoiminnan arviointia	60
10.3 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämissuunnitelma	60
LÄHTEET	62

LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje
- Liite 2. Kyselylomake sairaanhoidajille
- Liite 3. Kyselylomake lääkäreille

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin toteutusmalli	14
Kuvio 2. Edellytykset aloittaa sairaanhoidajavastaanotto Naantalın terveyskeskuksessa (n=13)	39
Kuvio 3. Kuinka tärkeänä nähdään kyseisiä asioita sairaanhoidajavastaanoton aloittamiselle (f=13)	42
Kuvio 4. Tehtäväkuvan tärkeys sairaanhoidajavastaanotolla Naantalın terveyskeskuksessa (n=13)	44
Kuvio 5. Sairaanhoidajien oma arvio osaamisestaan sairaanhoidajavastaanoton tehtäväkuvan osalta (n=5)	46

KÄYTETYT LYHENTEET

APN	Advanced Practice Nurse
CNS	Clinical Nurse Specialist
ICN	International Council of Nurses
NCS	Nurse Competence Scale
NP	Nurse Practitioner
OECD	Organization of Economy Co-operation and Development
OPM	Opetusministeriö
SN	Specialist Nurse
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
THL	Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos
TENK	Tutkimuseettinen neuvottelukunta
VSSHP	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon palvelujärjestelmä on kokenut suuria muutoksia viime vuosina ja tulee kokemaan niitä myös tulevaisuudessa. Tästä syystä terveydenhuoltoa on kehitettävä hallitusti ja etsittävä uusia suuntia sekä toimintamalleja. Terveydenhuollossa väestön terveyserot ja palvelutarve ovat kasvaneet, palvelujärjestelmä on jakautunut kahtia ja resurssit ovat vähentyneet kustannusten kasvassa. Lisäksi väestön eriarvoisuus palveluiden saannissa on lisääntynyt ja väestö ikääntyy sekä muuttuu monikulttuurisemmaksi. Väestö asettaa entistä enemmän vaatimuksia palvelun laadulle ja saatavuudelle, lisäksi teknologia kehittyy nopeaa vauhtia. Yhteiskunnan muutokset edellyttävät palvelun sisällön ja järjestelmän mukautumista uusiin olosuhteisiin ja vaatimuksiin. Terveydenhuollon suurimpia tulevaisuuden haasteita ovat hoitohenkilökunnan riittävyyden ja osaamisen vahvistaminen. Tämän yhtälön kehittäminen on haastavaa, mutta välttämätöntä. (Nurkkala 2010, 21; STM 2008, 20-21.)

Terveydenhuollon työ on viime vuosikymmeninä ollut keskeinen puheenaihe, johon myös valtioneuvosto on ottanut kantaa käynnistämällä laajoja kehitysohjelmia. Terveyskeskuksessa työskentelevien hoitajien työnkuva elää isoa muutostvaihetta. Keskustelua käydään siitä, miten terveydenhuollon ammattihenkilöiden välistä työjakoa voidaan kehittää. Koulutuksen kehittyminen on osaltaan antanut terveydenhuollon ammattihenkilöille uusia valmiuksia ja osaamista, jota tulisi hyödyntää täysimittaisesti työnjakokysymyksiä tarkasteltaessa. (Markkanen 2002, 7.)

Terveydenhuoltohenkilöstön ammatillisen pätevyyden varmistaminen on tärkeä ja keskeinen menestystekijä tulevaisuudessa. Osaamiskartoitusten avulla saadaan tietoa työyhteisössä jo olevasta osaamisesta. (Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi 2004, 124.) Yhteiskunnassamme osaamisen merkitys kasvaa koko ajan. Terveydenhuollon tuloksellinen ja toiminnaltaan tehokas kivijalka on osaava ja työstään innostunut henkilöstö. (Meretoja 2005, 4.)

Vastaanottotoiminnan tavoitteena perusterveydenhuollossa on turvata asiakkaiden ja potilaiden yhteydensaanti ammattihenkilöön, palvelujen hyvä saatavuus ja toimivuus sekä potilaiden hoidon jatkuvuus. Sairaanhoidajavastaanottotyön kehittämistä tulee suunnata entistä itsenäisempään päätöksentekoon ja yksilöllisempiin potilaskontakteihin. Tämä mahdollistaa sairaanhoitajien työnkuvan jäsentymisen laaja-alaisemmaksi ja yhteistyön tiivistymisen lääkäreiden kanssa. (Koski 2010, 87; Peltonen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä & Elonheimo 2010, 69.)

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli aloittaa sairaanhoitajan vastaanottotoiminta Naantalin terveyskeskuksen avosairaanhoidon yksikössä. Työnjaon ja tehtäväkuvan uudelleen järjestäminen ja kehittäminen ovat tärkeitä tulevaisuuden muutostekijöitä toimivan sekä laadukkaan palvelun järjestämiselle.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämiprojekti sai alkunsa sairaanhoitajavastaanoton selkeästä tarpeesta Naantalın terveystakeskuksen avosairaanhoidon yksikössä. Naantalın terveystakeskuksessa kaksi avosairaanhoidon terveydenhoitajaa pitää yleistä hoitajavastaanottoa, eikä sairaanhoitajavastaanottoa ole ollut aikaisemmin. Avosairaanhoidon terveydenhoitajien tehtäväkuva on hyvin laaja-alainen ja vastaanottotoiminta ylikuormitettua. Avosairaanhoidon poliklinikan ongelmana on, että potilaat tulevat ennalta sovittuihin hoitotoimenpiteisiin päivystyksen tiloihin ja tulevat hoidetuksi kiireen keskellä ilman asianmukaisia ja rauhallisia hoitotiloja.

Tämän kehittämiprojektin tarkoituksena oli aloittaa uusi sairaanhoitajavastaanotto Naantalın terveystakeskuksen avosairaanhoidossa. Tavoitteena oli saada ensisijaisesti päivystyksen tiloissa hoitajien suorittamia toimenpiteitä vastaanottohoitajan hoidettavaksi, kuten muun muassa infuusiotiputukset ja siedätyshoidot. Tavoitteena oli myös toteuttaa työnjakoa resurssien mukaan siirtämällä osa terveydenhoitajien vastaanoton asiakkaista sairaanhoitajille. Näin terveydenhoitajat voivat keskittyä enemmän ennaltaehkäisevään hoitotyöhön ja sairaanhoitajat keskittyvät sairaanhoidolliseen vastaanottotoimintaan. Lisäksi tavoitteena oli poistaa kuormitusta lääkäreiltä muun muassa äkillisten infektioiden ja lyhytaikaisten sairauslomatodistusten osalta. Pitkänajan tavoitteena oli uudella työnjaolla ja tehtäväkuvalla saada aikaan toimiva ja laadukas palvelujärjestelmä, josta hyötyvät niin henkilökunta kuin potilaat.

Työn lähtökohtana on Naantalın kaupungin henkilöstöstrategian toimintasuunnitelma vuosille 2011–2020 (2011, 5, 10, 20, 29), jonka tavoitteena on osaava henkilökunta, työvoimatarpeiden ennakointi, motivoiva palkkaus sekä töiden sisällön monipuolisuus ja mielekäs kokonaisuus. Tulevaisuudessa tarvitaan entistä suurempaa kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin. Selviytyäkseen muuttuvassa toimintaympäristössä Naantalın kaupungin on pystyttävä uusiutumaan ja tuottamaan kuntalaisille vaikuttavia palveluita yhä laadukkaammin ja tehok-

kaammin. Lisäksi valtakunnalliset kehittämishankkeet ovat taustalla vaikuttamassa työnkuvien uudelleen järjestämiseen ja kehittämiseen. Sairaanhoidajan työnkuvan uudistamisessa korostuvat lainsäädännön asetukset sekä koulutus- ja osaamisvaatimukset. (OPM 2006, 4.)

Työyksikössä tehtiin samanaikaisesti toista kehittämisprojektia lääkäri-hoitaja - parityöskentelymallista, jonka toteutti YAMK- opiskelija sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelmasta. Tarkoituksena oli, että nämä kaksi projektia tukevat toisiaan siten, että sairaanhoitajavastaanotto toiminta aloitetaan ensin, jotta hoitajat saavat kokemusta itsenäisestä vastaanotto toiminnasta, mikä edesauttaa lääkäri-hoitaja - parityöskentelymallin toteuttamista myöhemmin.

Kehittämisedellytykset olivat hyvät projektille. Työyksikössä oli remontoitu tiloja ja käytössä oli tarvittavat tilat sairaanhoitajavastaanotto toiminnan aloittamiselle. Haasteellisuutta projektiin toivat omalta osaltaan poliklinikan henkilöstömäärä ja - rakenne. Vastustusta työyhteisössä pelättiin aiheutuvan työntekijöiden pelosta lisääntyvästä työmäärästä ja muutoksista tehtäväkuvassa. Lisäksi rahallinen korvaus laajennetusta tehtäväkuvasta ja lisääntyvästä vastuusta koettiin tärkeäksi.

2.2 Kohdeorganisaation kuvaus

Naantali järjestää itse omat terveyskeskuspalvelunsa ja perusterveydenhuollon huolehtii Naantalin kaupungin terveystoimi. Naantalissa on neljä terveysasemaa, joista pääterveysasema sijaitsee Naantalin keskustassa ja sivuterveysasemat Rymättylässä, Merimaskussa ja Velkualla. Naantalin asukaskasluku on tällä hetkellä (päivitetty 31.12.2011) 18 871. (Naantalin kaupunki 2013.)

Naantalin terveyskeskus on avoinna joka päivä klo 8.00–22.00. Arkisin klo 16.00 jälkeen alkaa päivystysvastaanotto ilman ajanvarausta. Viikonloppuisin ja arkipyhinä päivystys on klo 8.00–22.00. Yöpäivystys on ostettu Turun terveystoimelta klo 22.00–8.00.

Huhtikuussa 2013 Naantalin ilta- ja viikonloppupäivystys siirtyy osittain Turun uuteen yhteispäivystykseen Turun yliopistolliseen keskussairaalaan. Tällöin Naantalissa iltapäivystys loppuu arkisin klo 20.00 ja viikonloppuisin päivystys toimii klo 10.00–18.00.

Terveyskeskuksen avosairaanhoidon yksikössä työskentelee vakituisesti yhdeksän lääkäriä ja ylilääkäri, kuusi sairaanhoitajaa ja kaksi terveyskeskusavustajaa sekä viisi terveydenhoitajaa. Lisäksi konekirjoituksessa työskentelee kolme terveyskeskusavustajaa. Vastaanotto toiminnan työskentelymallina on tiimityömalli. Päivisin poliklinikan yksikössä työskentelee kuusi hoitajaa ja hoitajien työskentely on jaettu kolmeen eri työpisteeseen, joihin kuuluvat potilastoimisto, puhelinyksikkö ja päivystys. Iltaisin ja viikonloppuisin päivystyksessä työskentelee yksi – kaksi hoitajaa lääkärin kanssa.

Naantalin terveyskeskuksen avosairaanhoidossa hoitajien tehtäväkuvaan kuuluu vastata ajanvarauksesta, hoidon tarpeen arvioinnista ja kiireellisyydestä puhelimesta ja potilastoimistossa sekä potilasohjeistuksen antamisesta. Hoitajat työskentelevät yhteistyössä lääkärin kanssa ja valmistavat potilaan toimenpidettä varten sekä avustavat lääkäriä toimenpiteissä. Lisäksi hoitajat suorittavat lääkäreiltä tulevat määräykset hoidosta, lääkityksestä ja näyttöidenotoista sekä vastaanottavat potilaan päivystyksessä ja ottavat tarvittavat näytteet potilaasta ennen lääkärin saapumista tutkimaan potilasta.

Lääkärin toimenkuvaan kuuluu vastata potilaiden tutkimisesta, taudin määrittelystä ja sairauksien hoidosta sekä ehkäisevästä työstä. Lääkärit hoitavat oman väestönsä kiireettömät ja kiireelliset potilaat virka-aikana. Lisäksi lääkäreistä yksi vuorollaan päivystää aamupäivän ja yksi iltapäivän. Päivystävä lääkäri hoitaa omien potilaiden lisäksi ulkopaikkakuntalaiset sekä poissaolevien lääkäreiden kiireelliset potilaat.

Avosairaanhoidon kaksi terveydenhoitajaa tekevät laaja-alaista yleistä vastaanottotoimintaa, käsittäen akuuttien infektioiden hoitoa ja lyhytaikaisten sairauslomatodistusten kirjoittamista sekä pitkäaikaissairauksien hoitoa ja ehkäisyä. Terveydenhoitajat pitävät ajanvarausaikojen lisäksi vastaanottoa ilman ajanvaraus-

ta kaksi tuntia päivässä. Vastuualueita ovat astman hoito, haavahoidot ja matkailijoiden rokotukset sekä hygieniahoitajalla tartuntataudit. Lisäksi tehtäväkuvaan kuuluvat lääkkeiden jako, infuusiotiputukset, puhelinohjaus, laboratoriotutkimuksiin lähettäminen, pienten vammojen hoito ja seuranta sekä erilaiset toimenpiteet, kuten ompeloiden poistot, ventipreshoidot, syylien jäädytykset ja spirometriamittaukset. Lisäksi avosairaanhoidon kuuluvat diabeteshoitaja ja muistihoitaja, joka huolehtii väestön muistitesteistä, sekä korvaushoitaja, joka vastaa päihdevieroituksesta.

2.3 Projektioorganisaatio

Kehittäminen vaatii toiminnan organisointia, jonka keskeinen osa on toimijoiden määrittäminen, kuka osallistuu ja millaisilla resursseilla. Tavoitteena on, että toimintaan voivat osallistua kaikki, joita kehittäminen koskettaa. (Toikko & Rantanen 2009, 56.) On tärkeää, että projektin vaikutuksen kohteena olevat sidosryhmät otetaan mukaan suunnitteluun ja päätöksentekoon jo alkuvaiheessa, mikä mahdollistaa projektin perusrajausten sidosryhmien tarpeista ja mahdollisuuksista (Silfverberg 2010, 4).

Projektioorganisaatio on tehokas keino muutoksen etenemisessä ja ymmärtämisessä. Projektiryhmien tapaamisissa suunnitellaan, analysoidaan ja etsitään kokonaisuuteen sopivia ratkaisuja. (Valpola 2004, 69.) Tämän kehittämisprojektin projektipäällikkönä toimi YAMK-opiskelija. Projektipäällikön tehtäviin kuuluivat säännöllisistä kokoontumisista huolehtiminen ja tiedottaminen ohjaus- ja projektiryhmälle sekä henkilökunnalle projektin etenemisestä (vrt. Silfverberg 2010, 50).

Kehittämisprojektin ohjausryhmään kuuluivat projektipäällikön lisäksi ylilääkäri, johtava hoitaja, opiskelijan mentori ja sairaanhoitaja (YAMK-opiskelija) sekä tutoropettaja Turun ammattikorkeakoulusta. Ohjausryhmän tehtävänä oli mahdollistaa kehittämisprojekti, valvoa, arvioida ja hyväksyä projektin eteneminen sekä tukea projektipäällikköä projektin suunnittelussa (vrt. Silfverberg 2010, 49).

Projektiryhmään kuuluivat ylilääkäri, avosairaanhoidon osastonhoitaja ja opiskelijan mentori sekä avosairaanhoidosta kaksi sairaanhoitajaa. Projektiryhmän tehtävänä oli suunnitella ja kehittää projektin kulkua. Lisäksi kehittämiskohteen koko henkilökunta osallistui suunnitteluun, kehittämiseen ja toteuttamiseen koko projektin ajan.

2.4 Projektin eteneminen

Kehittämiprojekti on aikataulutettu ja selkeisiin tavoitteisiin tähtäävää toimintaa (Silfverberg 2010, 5). Kehittämiprojekti toteutettiin syksyn 2011 ja kevään 2013 välisenä aikana. Kehittämiprojekti käynnistyi (kuvio 1) ideavaiheella lokakuussa 2011 ylilääkäriin, johtavan hoitajan ja projektipäällikön kokoontumisella. Esi-selvitys valmistui helmikuussa 2012, jonka jälkeen aloitettiin projekti- ja tutkimussuunnitelman laatiminen. Tutkimuslupa saatiin ylilääkäriltä toukokuun alussa 2012. Tutkimus toteutettiin toukokuun lopulla ja tulosten analysointi aloitettiin kesäkuussa 2012. Tutkimuksen avulla arvioitiin edellytyksiä sairaanhoitajavastaaanottotoiminnan aloittamiselle ja sairaanhoitajien koulutustarvetta.

Sairaanhoitajavastaaanottotoiminta aloitettiin joulukuussa 2012 osa-aikaisesti iltpäivisin kahden tunnin ajan sairaanhoitajien vähäisten resurssien vuoksi ja hoitajien työnkuvaa tarkastettiin. Vastaaanottotoiminta on tarkoitus saada kokopäiväiseksi tulevaisuudessa.

Tutkimustulosten mukaan henkilökunta koki tarvitsevansa koulutusta ja yhtenäisen linjauksen sairaanhoitajavastaaanoton tehtäväkuvan osalta. Koulutusta järjestettiin hoitajien itsensä toimesta marras- ja joulukuussa 2012. Organisaation omien lääkäreiden antama koulutus järjestettiin keväällä 2013.

Alkaneesta sairaanhoitajavastaaanoton toiminnasta kerättiin alustavaa suullista palautetta keväällä 2013. Projekti päättyi ja loppuraportti valmistui maaliskuussa 2013.



Kuvio 1. Kehittämiprojektin toteutusmalli

3 PERUSTERVEYDENHUOLTO

Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan laissa kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa sekä terveystarkastuksia siltä osin, kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon palveluita annetaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisillä lääkäriasemilla ja palvelujen järjestämisvastuu kuuluu Suomessa lain mukaan kunnille ja kaupungeille. (Peltonen ym. 2010, 63-64; Terveystarkastuslaki 30.12.2010/1326.)

Perusterveydenhuoltoon kuuluvat terveydenhuollon keskeiset toiminnot, muodostaen maan terveysjärjestelmän ytimen, jonka palvelut ovat yleisesti kaikkien kansalaisten saatavilla ja kansalainen voi itse ottaa yhteyttä perusterveydenhuoltoon ilman väliportaita. Kunnallisen järjestelmän erikoissairaanhoidon palveluihin tarvitaan aina lähete. (Kaila 2010, 14-17.)

Perusterveydenhuollon tavoitteena on tarjota kaikille kansalaisille hyvätasoiset palvelut kattavasti ja tasa-arvoisesti tarpeen mukaan (Raunio 2008, 4). Kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä kansanterveystyölaissa (28.1.66/1972) 5 §:n mukaan. Kansanterveystyön tehtävien hoitamista varten kunnalla tulee olla *terveyskeskus*. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2011, 9) laatiman selvityksen mukaan vuonna 2011 Suomessa oli 336 kuntaa ja terveyskeskuksia yhteensä 172, joista 106 oli kuntien, 36 kuntayhtymien ja 30 isäntäkuntien terveyskeskuksia. Yli 20 000 asukkaan terveyskeskuksia oli 75 ja alle 20 000 asukkaan terveyskeskuksia oli 97.

3.1 Perusterveydenhuoltoa koskevat kansalliset kehittämishankkeet

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisesta suunnittelusta ja kehittämisestä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetussa laissa (3.8.1992/733), jonka mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämis-

ohjelman. Työryhmä vahvisti 31.1.2008 vuosia 2008–2011 koskevan ohjelman, joka nimitettiin Kaste-ohjelmaksi. Siinä määritellään lähivuosien sosiaali- ja terveydenhuollon konkreettiset kehittämistavoitteet ja keskeisimmät toimenpiteet, joilla ne voidaan saavuttaa. (STM 2008, 3-4.)

Kaste-ohjelmaan kuului kolme päätoimenpidealuetta, joita olivat sosiaalisten ja terveyteen liittyvien ongelmien ehkäisy, henkilöstön riittävyyden varmistaminen ja osaamisen vahvistaminen sekä eheän palvelukokonaisuuden luominen ja siihen vaikuttavat toimintatavat. Keskeisenä toimenpidealueena oli perusterveydenhuollon vahvistaminen kehittämällä terveyskeskusten käytäntöjä, hallintoa ja johtamista sekä alan kouluttamista ja tutkimusta. Lisäksi keskeisenä strategisena voimavarana nähtiin henkilöstövoimavarojen vahvistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuuden ja tuottavuuden parantamisessa. (STM 2008, 3-4; Vallimies-Patomäki 2010, 128-129.)

Kaste-ohjelmaan kuului lisänä Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma, jonka tarkoitus oli terveyskeskusten toimivuuden parantaminen ja edistäminen tekeillä selkeitä, määrätietoisia ja konkreettisia ohjeita. Käytännön esimerkkeinä olivat uusien moniammatillisten toimintamallien käyttöönotto, kuten terveydenhuollon ammattihenkilöiden itsenäisen vastaanotto toiminnan lisääminen sekä tehtävien ja työnjaon uudistaminen. Lisäksi yhtenä kehittämistoimien esimerkkinä oli työnjakojen tukeminen taloudellisesti. (STM 2009c, 1.)

Uusimman Kaste-ohjelman vuosille 2013–2015 työryhmä vahvisti 2.2.2012. Ohjelman tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Tavoitteena on siirtää painopiste ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. (STM 2012, 4.)

3.2 Perusterveydenhuollon järjestämistä ohjaava lainsäädäntö

Sairaanhoitajien ammatillisen toiminnan lähtökohtana ovat kulloinkin voimassa oleva lainsäädäntö ja Suomen terveyspoliittiset linjaukset (OPM 2006, 63). Ter-

veydenhuoltolailla (30.12.2010/1326) on yhdistetty kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoidolaki osittain siten, että uudella terveydenhuoltolailla säädellään koko julkisen terveydenhuollon toiminnan sisältöä. Terveydenhuoltolain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä toteuttaa väestön tarvitsemi-en palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Lisäksi lain 2 §:n mukaan tarkoitus on vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytksiä ja parantaa terveydenhuollon eri toimijoiden yhteistyötä.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta tuli (9.2.2007/169) voimaan puitelakina. Tämän niin sanotun Paras-hankkeen sekä sitä koskevan lain tarkoituksena oli luoda edellytykset kunta- ja palvelurakennemuutokselle. Laki oli uudistusta ohjaava määräaikainen suunnittelulaki, jota kunnat toteuttavat yhteistyössä valtion kanssa vuoteen 2012 saakka. Uudistuksen tavoitteena oli saada toimintakykyinen ja eheä kunta- ja palvelurakenne sekä kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia. (STM 2011, 7.) Valtiovarainministeriön (2009, 5) teettämän valtioneuvoston selonteon mukaan tulevaisuudessa uudistuksen myötä sosiaali- ja terveyspalveluita tullaan järjestämään suuremmissa kokonaisuuksissa, joko aiempaa suuremmissa kunnissa tai muodostuvilla yhteistoimintaluilla. Perusterveydenhuollosta ja sosiaalitoimesta vastaavien organisaatioiden määrä on tulevaisuudessa miltei puolittumassa alustavien arvioiden mukaan. Tämä asiakkuuden muutos vaikuttaa merkittävästi myös palvelurakenteen ratkaisuihin tulevaisuudessa.

Kansanterveislain (28.1.1972/66) 15b § 1. mom. mukaan perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas saa arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen ja yhteydensaanti tulee järjestää siten, että yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (25.11.2004/1019) 1 § ei kuitenkaan tarkemmin säätele, mitä välitön yhteydenotto ajassa mitattuna tarkoittaa. Kansanterveislain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena

arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Hoidon tarpeen yhteydessä tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää potilaan terveydentilan ja sairauden mukaan kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluttua hoidon tarpeen arvioinnista. Kiireelliseen hoitoon potilaan on kuitenkin aina päästävä välittömästi ja virka-ajan ulkopuolella tulee terveyskeskuksen järjestää päivystysvastaanottoa. (Syväoja & Äijälä 2009, 10.)

Hoidon tarpeen arviointi tarkoittaa arvioita potilaan hoitoon pääsystä ja hoidon kiireellisyydestä terveydenhuollon ammattilaisen tekemänä. Hoidon tarpeen arviointi käsitteenä sai uuden painoarvon tullessaan osaksi lakitekstiä 1.3.2005, jolloin astui voimaan niin sanottu hoitotakuu, joka koskee kiireettömän hoidon tarpeen arviointia ja toteuttamista. Hoidon tarpeen arviointi on hoitotakuussa ensimmäinen vaihe potilaan hoitoprosessissa. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.)

4 VASTAANOTTOTOIMINTA TERVEYSKESKUKSESSA

Terveyskeskusten vastaanottotoimintaa voi olla muun muassa *työparimalli*, joka tarkoittaa lääkärin ja hoitajan kiinteää yhdessä työskentelyä, jossa työtilat ovat lähekkäin. He vastaavat yleensä tietystä asuinalueesta tai väestöstä. (Koski 2010, 85; Peltonen ym. 2010, 65.)

Perinteisempi malli vastaanottotoiminnassa on *tiimityömalli*, jossa on valittu ryhmä henkilöitä, jotka työskentelevät kiinteästi yhdessä. Tiimityömallissa toimii yleensä lääkäri, sairaan- tai terveydenhoitaja, lähi- tai perushoitaja tai terveyskeskusavustaja. Jokaiselle on suunniteltu ja määrätty erilaiset tehtävät ja vastualueet. Tiimityömallissa esimerkiksi sairaan- tai terveydenhoitajalla voi olla itsenäistä vastaanottotoimintaa. (Peltonen ym. 2010, 65.)

Peltosen (2009, 3) tekemässä tutkimuksessa vertailtiin kymmentä terveyskeskuksen toimintamallia, joista viiden toimintamallina oli työparityö ja viiden terveyskeskuksen tiimityömalli. Tutkimuksessa työparityöterveyskeskuksille oli ominaista, että ajanvarausasioissa asiakkaat ottivat yhteyden suoraan omaan hoitajaan. Hoitajille oli erilliset puhelintunnit ja hoitajien avosairaanhoidon vastaanotot toimivat 80 % ajanvarauksella. Tiimityöterveyskeskuksissa puolestaan hoitajavastaanotto oli järjestetty ajanvarauksella toimiviksi 24 %:lla hoitajista. Lääkärin vastaanotolle työpariterveyskeskuksissa asiakkaat pääsivät kiireettömässä asioissa paremmin kuin tiimityöterveyskeskuksissa. Tutkimukseen osallistujien mukaan lääkäreiden ja hoitajien työnjakoa voidaan kehittää selkiyttämällä ja uudistamalla toimintatapoja, johon tarvitaan riittävä ja sitoutuva henkilöstö. Lisäksi työnjakoa voidaan edistää tekemällä sopimuksia ja suunnitelmia töiden jaosta mieluiten siten, että lääkärin työparina olisi hoitaja. Myös osaamisen laajentaminen ja syventäminen nähtiin merkittävänä asiana työnjaon kehittämiseen.

4.1 Sairaanhoidajavastaanotto

Hoitajavastaanoton käsitettä käytetään kuvaamaan sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottoa äkillisesti sairastuneille ja pitkäaikaissairaille. Perusterveydenhuollossa sairaanhoidajavastaanoton yleisimmät tehtävät ovat omahoidon ohjaus ja hoitoon ohjaaminen puhelinneuvonnassa, lievien ja äkillisten terveysongelmien hoidon tarpeen arviointi ja hoito sekä kroonisiin sairauksiin liittyvä vastaanotto joko sairaanhoitajan päivystysvastaanottona tai ajanvaraukseen perustuvana seurantavastaanottona sekä näiden yhdistelmänä. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3-4, 54; Vallimies-Patomäki 2008, 10.)

Potilaiden ohjautumista hoitajien vastaanotolle selittivät vahvimmin Klaukan, Helin-Salmivaaran, Huupposen & Idänpään-Heikkilän (2002, 4480-4483) mukaan sairauslomatodistuksen tarve ja hoitajien yleisimmin tekemät diagnoosit olivat flunssa, suolistoinfektio ja nielutulehdus. Tutkimustulosten mukaan terveyskeskuksissa hoitajia voitaisiin käyttää nykyistä enemmän infektipotilaiden hoidossa, jolloin lääkäreiden työaika voitaisiin käyttää vaativampaan potilastyöhön.

Vastaanottosairaanhoitajien työtehtäviin kuuluvat myös yleisesti potilaan kotiuttaminen, laskimokanylointi, iv-lääkityksenanto, verensiirtojen toteutus, sekä Marvan-lääkityksen seuranta ja annoksen määritys (Partanen, Heikkinen & Vehviläinen-Julkunen 2004, 28-29; Hiltunen 2011, 2). Myös kipsaukset, korvahuuhtelut, syylien jäädytykset, cystofixin vaihto, poskionteloiden tutkiminen ultraäänilaitteella ja tiettyihin laboratorikokeisiin ja röntgentutkimuksiin määrääminen olivat sairaanhoitajien itsenäisesti suorittamia tehtäviä (Markkanen 2002, 25).

Lindström (2003, 29-31) tutki terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä työnjaon kehittymistä Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Tutkimuksen mukaan yleisimmin Pohjoismaissa sairaanhoitajien vastaanottotehtäviin perusterveydenhuollossa kuuluvat akuuttien infektioiden ja pitkäaikaissairauksien (diabetes, astma, reuma, verenpaine, dementia) hoito sekä pienten vammojen hoito ja seuranta. Sairaanhoitaja arvioi sairauden tai vamman hoidon tarpeen puheli-

messa ja ohjaa potilaan sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle tai antaa kotihoito-ohjeita. Lisäksi sairaanhoitaja voi määrätä laboratorionäytteitä sekä suorittaa pieniä kirurgisia toimenpiteitä kuten pienten tuoreiden haavojen ompelua ja liimausta, pienten luomien poistoja ja pienten tapaturmien hoitoa.

Hukkasen & Vallimies-Patomäen työryhmän (2005, 3-4) tutkimuksessa työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollossa liittyi yleisimmin hoitajavastaanottotyöhön, jossa hoitajien päivystysvastaanottokäynnit muodostivat parhaimmillaan lähes 60 % lääkärin ja hoitajien yhteenlasketuista vastaanottokäynneistä. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän raportin mukaan terveyskeskusten lääkärikäynnit ovat vähentyneet viime vuosina, kun taas muun avohoidon vastaanottokäynnit ovat lisääntyneet. Avosairaanhoidon vastaanottokäynneistä oli lääkärikäynneitä vuonna 2009 enää vajaa kolmasosalla puolet. (THL 2010, 5.)

Iglesiasin ym. (2013) Espanjassa tekemän tutkimuksen (n=1461) tarkoitus oli selvittää, kuinka hyvin aikuispotilaan oireisiin saatiin selvyys ja miten tyytyväisiä potilaat olivat hoitaja- tai lääkärivastaanoton jälkeen. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitaja kykenee ottamaan lääkärin paikan ja antamaan laadultaan samantasoista hoitoa kun ratkaistaan yksinkertaisia akuutteja terveysongelmia. Osaa potilaista hoiti lääkäri, osaa sairaanhoitaja. Hoitajat pystyivät hoitamaan suurimman osan (86,3 %) potilastapauksista. Parhaiten hoitajat pystyivät selvittämään akuutit ripuli-infektiot. Huonoimmin he pystyivät ratkomaan alaselkäkipua, lieviä akuutteja hengitystieoireita sekä virtsaamisessa koettua epämukavuutta. Potilaat olivat yhtä tyytyväisiä riippumatta siitä, olivatko he käyneet hoitajalla vai lääkäriellä.

Yhdeksi tärkeimmäksi edellytykseksi laajentuneen tehtäväkuvan onnistumiselle koettiin Haaralan, Illikaisen & Ollin (2011, 48) hankkeessa lääkäreiden konsultaatioapu ja vieriovetus käytännön työssä. Lisäkoulutuksen saanut sairaanhoitaja pystyi perusterveydenhuollossa hoitamaan heidän vastaanotolleen tulleista potilaista suurimman osan (81–96 %) ja lopuista tapauksista he joutuivat konsultoimaan lääkäriä (Vallimies-Patomäki, Perälä & Lindström 2003, 10-11). Noin Pohjois-Karjalan terveyskeskusten vastaanoton hoitajilla (n=270) olivat kirjalliset ohjeet tehtävän suorittamiseksi sairaanhoitajavastaanotolla sekä siirrettyihin

tehtäviin vaadittiin kolmasosalta hoitajista kirjallinen tai suullinen kokeen suorittaminen (Hiltunen 2011, 2).

Iso-Britanniassa Redsellin, Stokesin, Jacksonin, Hastingsin & Bakerin (2007, 172-180) tekemässä systemaattisessa tarkastelussa ilmeni, että potilaat kävivät mieluummin lääkärin vastaanotolla koettuaan oireensa vakavaksi ja pienempien oireiden kanssa sairaanhoitajan vastaanotolla. Tutkimuksessa ilmeni, että sairaanhoitajat voivat korvata osan yleislääkärien toiminnoista perusterveydenhuollossa potilaiden ollessa tyytyväisiä palveluun. Suurin syy potilaiden tyytyväisyyteen oli sairaanhoitajien kokonaisvaltainen lähestymistapa ja se, että sairaanhoitajat käyttivät enemmän aikaa kuuntelemiseen sekä olivat avoimempia potilaille. Osalle tutkimukseen osallistuneista potilaista sairaanhoitajan laajentunut työnkuva ja rooli aiheuttivat epävarmuutta. Samoilla linjoilla olivat Newhouse ym. (2011, 230-250), joiden tutkimuksessa osoitettiin asiantuntijasairaanhoitajan tarpeellisuutta lääkärivastaanottojen rinnalla. Tutkimuksissa ilmeni, että sairaanhoitajien antama hoito oli asiakkaiden mielestä turvallista, laadukasta ja tehokasta. Samoin Jenskasen (2008, 5-6) mukaan potilaat luottavat kokeneisiin ja ammattitaitoisiin hoitajiin.

Sairaanhoitajat ovat kokeneet työn omalla vastaanotolla muuttuneen entistä itsenäisemmäksi ja voivansa hoitaa potilasta kokonaisvaltaisemmin. Lisäksi toimenkuvansa laajentumisen myötä he ovat kokeneet osaamisen vahvistuneen ja kehittyneen sekä työhön on tullut uudenlaista sisältöä ja sitä kautta myös hoitajien työmotivaatio on parantunut. Hoitajat pystyvät hyödyntämään omaa osaamistaan ja sitä kautta osaltaan vapauttavat lääkärin työaikaa vaativampaan hoitoon. (Partanen ym. 2004, 28-29; Helle-Kuusjoki, Vuorinen, Kankkunen, Renholm & Kärkkäinen 2006, 33-37; Jenskanen 2008, 5-6; Keinänen & Kolehmainen 2008, 32-33; Peltonen 2009, 12-13; Haarala ym. 2011, 48.)

4.2 Työnjako ja tehtäväkuvan laajentaminen

Toimintaympäristön ja väestön terveystarpeiden muutokset edellyttävät klinisen asiantuntijuuden vahvistamista kaikissa hoitotyön ammattiryhmissä. Tämä tar-

koittaa hoitotyössä työskentelevien tehtäväkuvien laajentamista uudistamalla eri ammattiryhmien työnjakoa ja yhteistyötä. (Vallimies-Patomäki 2010, 130.)

Työnjako nähdään organisaatioiden kannalta tuotannollisena työn osiin jakamisena ja töiden järjestämisenä, missä huomioidaan ihmisten suhde toisiinsa ja vastuullisuus tehtävien suorittamisesta. Riittävien palvelujen takaamiseksi ja laadun säilyttämiseksi suuntauksena on pyrkimys eri ammattiryhmien koulutuksen ja osaamisen laajaan sekä kokonaisvaltaiseen käyttöön pyrkimällä jokaisen ammattitaidon optimaaliseen hyödyntämiseen. Suunnitelmallisella työnjaolla pyritään muun muassa tukemaan ja vahvistamaan perusterveydenhuollon henkilöstön erityisosaamista laadukkaasti ja tehokkaasti. (Merkel 2011, 4.)

Tehtäväkuvan laajentaminen tarkoittaa tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä henkilön osaamista. *Tehtäväsiirto* puolestaan tarkoittaa tietylle henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13.) Kun terveydenhuollossa tehdään tehtäväsiirtoja, tulee kiinnittää huomio potilasturvallisuuteen. Työyksikön johdon tulee aina varmistua, että henkilöstöä on riittävästi ja työntekijöillä on riittävä osaaminen työnsä toteuttamiseen. (STM 2009a, 14.)

Organisation of Economic Co-operation and Development (OECD) raportin mukaan työnjako käsitteenä voidaan nähdä eri ammattiryhmien taitojen käyttämisenä ja hyödyntämisenä sen hetkisen tilanteen tai ajankohdan aiheuttamien vaatimusten mukaan vaihdellen. Se voi olla myös yksittäisten ammattiryhmien rooliin kuuluvaa tehtävien yhdistämistä. (Buchan & Calman 2004, 4.)

Työnjaon kehittämistä vauhdittaneita tekijöitä oli useita Hukkanen & Vallimies-Patomäen (2005, 21) tutkimuksessa. Ne liittyivät henkilöstövajeeseen sekä hoidon laadun ja terveydenhuollon toimivuuden parantamiseen. Lisäksi kehittämistä vauhdittavia tekijöitä olivat kustannusten rajoittaminen, tekninen innovaatio, terveydenhuollon uudet ohjelmat tai hankkeet ja lainsäädäntömuutokset. Työnjaon kehittämisessä nähtiin myös tarve työhyvinvoinnin lisäämiseen. Yleisimpiä tekijöitä olivat henkilöstövaje ja hoidon laadun parantaminen.

Lindstömin (2003, 29) tutkimuksen mukaan noin joka neljännessä terveyskeskuksessa oli uudistettu henkilöstön työnjakoa. Lääkärin ja hoitajan välinen työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollossa koski sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan itsenäistä vastaanotto toimintaa sekä lääkäri-hoitaja -työparin toimintaa. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) selvityksessä ilmeni, että kaikissa terveyskeskuksissa oli siirretty tehtäviä lääkäreiltä hoitajille. Valmiudet tehtäväsiirtoihin olivat huonot resurssipulan vuoksi joka neljännellä terveyskeskuksella. Vastaajista 29 % ilmoitti, että hoitajien rahakorvaus on ollut edellytys tehtäväsiirroille ja 14 % arveli lääkärin palkkioiden olevan este tehtäväsiirroille. Vastanneista 58 % oli henkilökuntaa, jolle tehtäviä voi siirtää. (Routamaa & Arve 2005, 12-16.) Australiassa Seniorin (2008, 8) tekemässä tutkimuksessa 90 % sairaanhoitajista oli kokenut työnkuvan laajentumisen. Vastaajista 86,4 % oli tyytyväisiä uuteen tehtäväkuvaan, hoidon laatu oli parantunut ja työtyytyväisyys lisääntynyt.

Eniten lääkäreiltä siirrettyjä tehtäviä sairaan- ja terveydenhoitajille olivat lyhyiden poissaolotodistusten kirjoittaminen, pienten vammojen hoitaminen, päivystyspotilaan hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon ohjaus sekä pitkäaikaissairauksien seuranta ja ohjaus. (Markkanen 2002; Vallimies-Patomäki, Perälä & Lindström 2003, 10-11; Routamaa & Arve 2005, 12-16; Keinänen 2008, 2.) Siirrettyjä tehtäviä olivat myös rokotusten suunnittelu ja neuvonta sekä sovittujen lähetteden kirjoittaminen, ravitsemusneuvonta (Hiltunen 2011, 2) ja Marevanpotilaiden ylläpito hoidon toteuttaminen (Haarala ym. 2011, 48). Tehtäväsiirron saaneen hoitajan osaamisen varmistamiseen on käytetty eniten henkilökohtaista koulutusta, näyttöjä sekä kirjallisia ohjeita ja -kokeita (Markkanen 2002, 34; Partanen ym. 2004, 30).

Myös muissa Pohjoismaissa terveydenhuollon eri ammattiryhmien välistä työnjakoa on kehitetty sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä perusterveydenhuollossa. Muissa Pohjoismaissa ei enää ole työnjaolle lainsäädännöllisiä esteitä, kun lääkäreiden erityiset oikeudet ovat Suomea lukuun ottamatta suurelta osin hävinneet Pohjoismaiden lainsäädännöstä. Lääkkeiden määräämisoikeus on edelleen lääkäreiden erityisoikeus Tanskassa ja Norjassa. Suomessa vuoden 2010

lopulla säädetty Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeenmääräämisestä (2.12.2010/1088) toi mahdolliseksi sairaanhoitajalle rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden. Ruotsissa sairaanhoitajilla on ollut vuodesta 2001 lähtien rajoitettu oikeus lääkkeiden määräämiseen (Lindstöm 2003, 29-30). Myös Pohjois-Amerikassa, Iso-Britanniassa, Kanadassa, Hollannissa, Australiassa ja Uudessa Seelannissa sairaanhoitajilla on lääkkeen määräämisoikeus (Fageström 2011, 26).

Hoitajat ovat kokeet työnjaon kehittämisen myönteisenä sekä ovat olleet tyytyväisiä työhönsä ja yhteistyöhön lääkäreiden kanssa. Uudella työnjaolla hoitajien vastuullisuus ja haasteellisuus ovat lisääntyneet ja kehittämishankkeen myötä on luotu uusia toimintatapoja ja hoito-ohjeita. (Partanen ym. 2004, 29; Keinänen & Kolehmainen 2008, 2.) Samoin Kinnusen (2011, 2) tutkimuksessa hoitajalääkäri -työparimallin kehittämisen vaikutukset olivat myönteisiä ja työparimallin kehittyessä työnjaon koettiin selkeytyneen ja potilasohjauksen parantuneen sekä työtapojen yhdenmukaistuneen. Uudet työnjaot vähensivät myös työn määrää. Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille ovat lisänneet hoidon laatua, sairaanhoitajan työ on koettu entistä vaativammaksi ja tiimityön on koettu lisääntyneen (Helle-Kuusjoki ym. 2006, 33-37). Samoin lääkäreiden mielestä terveyskeskusten sisäinen toiminta ja yhteistyö hoitajien kanssa ovat parantuneet (Haarala ym. 2011, 48; Haimakainen, Kumpusalo & Vehviläinen 2011, 1283-1287). Myönteiset tulokset osoittivat, että työnjakoa uudistamalla voidaan perusterveyden palvelujärjestelmää kehittää, ja uudistunutta työkajoa pidetään järkevänä ja tarpeellisena (Haarala ym. 2011, 48).

Kielteisiä kokemuksia työnjaosta eniten aiheuttivat työn vaativuuden lisääntyminen ja työn ohessa opiskelu. Vain puolella hoitajista oli nostettu palkkausta joko tehtävän vaativuuden perusteella tai toimenpidepalkkiona. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3-4.) Keinänen (2008, 2) mukaan kielteisiä kokemuksia työnjaon kehittämiseksi aiheuttivat henkilöstön resurssipula ja vaihtuvuus. Vastanneiden palkkauksessa työnkuvan laajentuminen ja vastuu eivät näkyneet lainkaan (Partanen ym. 2004, 28-29; Hiltunen 2011, 2). Yksi suuri este laajennetulle tehtävänkuvulle olivat tilojen- ja ajan puute Seniorin (2008, 14) mukaan.

Tutkimuksissa ilmeni myös, että hoitajat eivät olleet saaneet mielestään riittävää koulutusta uusiin tehtäviin (Partanen ym. 2004, 28-29; Haarala 2011, 48) eikä tehtäväsiirtojen osaamisen varmistaminen ole ollut hoitajien mielestä selkeää (Hiltunen 2011, 2) ja että selkeät toimintamallit puuttuivat (Merkel 2011, 34). Haaralan ym. (2008, 48) kuvaamassa projektissa hankkeen alussa ilmenneet joidenkin lääkäreiden kielteiset asenteet muuttuivat hankkeen edetessä heidän huomatessaan, että uudistus todella vapauttaa heidän aikaansa vaativampaan lääkäriyöhön.

4.3 Sairaanhoidajavastaanoton kehittäminen ja muutos organisaatiossa

Edellytyksiä yksikön toiminnan muutokselle on ajattelutapojen muutos. Pysyvä muutos vaatii pitkäjänteisyyttä ja kykyä nähdä tulevan muutoksen merkitys osana laajempaa kokonaisuutta (Lauri 2006, 115). Muutostarpeen hyväksyminen on tärkeä perusta koko projektin käynnistymiselle ja kehittymiselle. Jos työntekijät eivät tunnista muuttuvaa tilannetta, heidän on vaikea innostua ja ottaa osaa uusiin suunnitelmiin. Rakenteelliset muutokset vaativat hoitohenkilökunnalta valmiuksia toimia jatkuvassa muutoksessa. (Valpola 2004, 30.)

Muutoksen vaiheet etenevät työyksikössä tietyn järjestyksen mukaisesti. Muutosprosessi alkaa valitun tilanteen kyseenalaistamisesta, tarpeen tunnistamisesta tai tiedostamisesta. Tarpeen tunnistamisen jälkeen käsitellään yhdessä muutoshalukkuutta, muutokseen sitoutumista, uuden toiminnan tavoitteita ja menetelmiä. Muutos toteutetaan ja arvioidaan uusi toiminta sekä vakiinnutetaan se osaksi käytäntöä. (Lauri 2006, 115.)

Muutoksessa on avainasemassa osallistava johtamistapa, sillä sen avulla saadaan kaikkien ammattiryhmien osaaminen toiminnan kehittämiseen (STM 2009b, 11-12). Mahdollisuudet muutoksen hallinnassa paranevat, kun muutos voidaan toteuttaa nykyistä käytäntöä kehitellen ennakoiden ja vähittäin. Muutoksesta on laadittu erilaisia malleja. Yleensä niissä on neljä vaihetta: kriisi, muutos tai uudistus, ylimenokausi sekä vakiinnuttaminen. Muutosta voidaan jäsentää myös kolmen vaiheen kautta: ennakointi, toteuttaminen ja vakiinnutta-

minen. Muutosta ennakoitaessa suunnitellaan tiedonvälitystä, tarvittavaa koulutusta ja ajoituksen oikea-aikaisuutta. Lisäksi ennakoitaan muutosvalmiutta ja tulevia odotuksia, asenteita, rooleja ja vastustuksen voittamista. Toteutusvaiheessa toimintaa muutettaessa korostetaan tiedottamisen merkitystä, yritetään ylläpitää emotionaalista tasapainoa ja järjestetään tarvittaessa tukitoimia, kuten työnohjausta. (Juusola, Oksa, Pukuri & Rantalaiho 2002, 9, 12.)

Kanadassa on luotu PEPPA–viitekehysmalli, joka on tarkoitettu asiantuntijasairaanhoidajan roolin kehittämiseen. Lisäksi mallin avulla voidaan suunnitella ja kehittää ajankohtainen, tehokas ja tuloksia tuottava hoitotyön mallikehys, joka parhaiten vastaa tietyn potilasryhmän tarpeita. Malli sopii hyvin myös kuvaamaan sairaanhoitajavastaanoton kehittämisprosessia. PEPPA on lyhenne sanoista osallistuva (participatory), näyttöön perustuva (evidence-informed), potilaskeskeinen prosessi käytännön hoitotyön kehittämiseen (patient-centred process for advanced practice nursing role development), toteuttaminen (implementation) ja arviointi (evaluation). (DiCenso & Bryant-Lycosius 2010, 45.)

PEPPA-malli sisältää yhdeksänportaisen prosessin, jossa 1) määritellään potilasmateriaali ja kuvataan nykyinen hoitomalli, 2) kootaan moniammatillinen työtyhmä, 3) määritetään tarve uudelle toiminnalle tai hoitomallille, 4) määritellään pääongelmat ja tavoitteet hoitomallille, 5) määritellään uusi hoitomalli ja asiantuntijasairaanhoidajan rooli toiminnassa, 6) suunnitellaan hoitomallin toteutus, johon sisältyy arviointisuunnitelma, perustietojen keruu, hoitohenkilöstön koulutus, hallinnollinen tuki ja resurssit, 7) mallin käyttöönotto ja asiantuntijasairaanhoidajan roolin kehittäminen, 8) hoitomallin ja henkilöstön arviointi sekä 9) pitkän aikavälin seuranta. (DiCenso & Bryant-Lycosius 2010, 46.)

Organisaation kehittämissuunnitelmassa muutos voidaan määritellä siten, että työpaikalla siirrytään nykyisestä toimintatavasta uuteen toimintatapaan. Muutos voi olla myönteisen oppimisen, kasvun, kehityksen ja edistyksen prosessi. Organisaatiossa tapahtuvat muutokset työyhteisössä saatetaan joskus kokea kielteisenä rasitteena ja lisäkuormituksena. Kehittäminen voidaan nähdä arjen työstä irrallisena ja sen pelätään kuluttavan työntekijöiden voimavaroja ja jo ennestään niukkoja resursseja. (Juusola ym. 2002, 7; Väistö & Häkkinen 2005, 8-9.) Leh-

tomäen (2009, 176) tutkimuksessa vastaajat kokivat terveyskeskuksen olevan kiireinen työpaikka, jossa työn kehittämiseksi ei koettu jäävän riittävästi aikaa. Jokaisessa ammattiryhmässä koettiin kiirettä, mutta erityisesti vastaanotolla työskentelevät lääkärit ja hoitajat kokivat kiireen kovaksi. Vastaanotolla työskentelevien mukaan työ on muuttunut koko ajan haastavammaksi ja kiireisemmäksi.

Juusolan ym. (2002, 12) työryhmässä onnistuneen muutoksen edellytyksiksi nousi henkilökunnan vastauksista viisi asiaa: tiedonkulkuun liittyvät asiat, ihmisten kuuleminen, omat vaikutusmahdollisuudet ja yhteiseen ilmapiiriin ja sen hoitamiseen liittyvät asiat sekä konkreettisiin muutoksiin liittyvät asiat. Onkin tärkeää, että koko työyhteisö otetaan mukaan uuden toiminnan kehittämiseen. Tällöin henkilöstö nähdään resurssina, jota voidaan käyttää uuden toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Sarala & Sarala 2010, 127.)

5 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN

5.1 Sairaanhoitaja asiantuntijana

Sairaanhoitajana voi toimia henkilö, jolla lain edellyttämä koulutus. Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) tarkoitetaan henkilöä, joka lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (*laillistettu ammattihenkilö*) tai ammatinharjoittamisluvan (*luvan saanut ammattihenkilö*) sekä henkilöä, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (*nimikesuojattu ammattihenkilö*).

Vastaanottohoitajana sairaanhoitajalta edellytetään erityisosaamista. Vastaanottohoitajan erityisosaaminen viittaa asiantuntijuuteen ja vastaanottohoitajasta puhutaankin asiantuntijahoitajana (Rimpelä 2004, 16-17). *Asiantuntijalla* tarkoitetaan Juujärjen, Myyryn & Pesson (2007, 9-10) mukaan henkilöä, jolla on tavallista enemmän tiettyyn aiheeseen, asiaan, tehtävä- tai ongelma-alueeseen liittyvää osaamista ja kykyä soveltaa taitoa luovasti ongelmien ratkaisuun. Lepäsen & Puupposen (2009, 5) mukaan hoitotyön asiantuntijuutta ei voi määritellä yksiselitteisesti. Hoitotyön asiantuntija on laadukkaan hoidon antaja, erikoisasiantuntija, tiedon antaja ja muutoksen alulle panija. Lisäksi keskeistä ovat johtajuus, soveltavuus, potilaan puolesta puhuminen ja kehittyneet vuorovaikutustaidot.

Asiantuntija-käsite on moniselitteinen ja kirjava. Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton, International Council of Nurses (ICN 2009, 2) mukaan asiantuntijasairaanhoitaja Advanced Practice Nurse (APN) tai Nurse Practitioner (NP) on rekisteröitynyt sairaanhoitaja, jolla on vaadittavaa erityisosaamista ja joka omaa päätöksentekytaitoa ja kliinistä osaamista laajennettuun tehtäväkuvaan. Lähtötasona suositellaan maisterin tasoa. Muita ammattinimikkeitä ja alatermejä asiantuntijalle kansainvälisesti löytyy Clinical Nurse Specialist (CNS), Specialist Nurse (SN). Näihin usein vielä lisätään ammattikielinen termi, kuten Expert Practice

(asiantuntijatehtävät) ja Extended role (laajennettu tehtäväkuva). (Leppänen & Puupponen 2009, 3; Newhouse ym. 2011, 3.)

Nopeasti uudistuvat työnkuvat ja työympäristö edellyttävät hyvää taitoa itsenäiseen ja tehokkaaseen oppimiseen (Katajamäki 2012, 26-27). Hoitotyön asiantuntijanasairaanhoitajan toiminnan tulee perustua tutkittuun tietoon ja näyttöön edellyttäen vahvaa eettistä ja ammatillista päätöksentekotaitoa sekä kykyä hankkia ja arvioida kriittisesti tietoa ja käyttää sitä toimintansa perusteena sekä työyhteisönsä kehittämisessä ja arvioinnissa (OPM 2006, 64). Lisäksi tehtävään kuuluu valvoa valtakunnallisten suositusten ja sairaanhoitopiirin antamien ohjeiden noudattamisesta sekä verkostoitua alueen muiden toimijoiden kanssa (Luoma, Vikberg-Aaltonen & Kukkola 2012, 28-30).

Leppäsen & Puupposen (2009, 41) systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta nousi esiin kolme erilaista lähestymistapaa hoitotyön asiantuntijuuden määrittelyyn. Hoitotyön asiantuntijuus voi olla tiettyyn potilasryhmään tai terveysongelmaan liittyvää asiantuntijuutta. Toiseksi asiantuntijuus määriteltiin laajennettujen tehtäväkuvien ja tehtäväsiirtojen näkökulmasta. Kolmannen määritelmän mukaan hoitotyön asiantuntijan toiminta voi keskittyä hoitotieteellisen ja hoitotyön tiedon syventämiseen ja laajentamiseen.

5.2 Ammatillinen osaaminen

Osaamisen määritteitä on useita. Osaamista voidaan tarkastella yksilön ja organisaation näkökulmasta. Yksilön osaaminen muodostuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta, asenteista ja kontakteista (Sydänmaalakka, 2007, 16). Osaaminen määritetään lyhyesti taitotiedoksi (know-how) Suomen Sanakirjan (2012) mukaan. Osaaminen tarkoittaa kykyä suoriutua tehtävästä hyvin ihmisen itsensä sekä muiden arvioimana, parantaa ja kehittää työtään sekä ratkaista ongelmia. Osaaminen voi olla tietoista tai tiedostamatonta. *Tietoinen osaaminen* tarkoittaa, että ihminen tuntee taitonsa ja suoriutuu hyvin tehtävistään ja *tiedostamaton osaaminen* eli *intuitionismi* tarkoittaa puolestaan sitä, että ihminen oivaltaa ja käyttää kykyään, tietoaan ja taitojaan vaistonvaraisesti, miettimättä asiaa.

(Hilden 2002, 33-34; Ojala 2008, 47.) Osaaminen voidaan katsoa organisaation tärkeimmäksi aineettomaksi pääomaksi (Luoma, Vikberg-Aaltonen & Kukkola 2012, 28-30). Yksilön osaaminen muuttuu organisaation osaamiseksi, kun työntekijät jakavat, yhdistävät ja kehittävät osaamistaan yhdessä ja kun osaaminen muotoutuu yhteiseksi näkemykseksi ja toiminnaksi (Ojala 2008, 53).

Käsitteitä osaaminen eli kompetenssi eli pätevyys tai kyvykkyys ja osaamisvaatimus eli kvalifikaatio käytetään toistensa synonyymeinä. Käsitteet ovat sukulaisia, lähtöisin samasta käsiteperheestä. Käsitteillä on yhteinen sisällön ydin, mutta niillä on myös oma erityinen merkityksensä. Kompetenssi-käsitteen painopiste on yksilössä ja kvalifikaatio-käsitteen painopiste toimintojen suorituskyvyssä ja työtehtävissä. (Pelttari 1997, 23-29; Hilden 2002, 33.)

Feyn ja Miltnerin (2000, 127) mukaan osaaminen muodostuu ydinosaamisesta, erikoisosaamisesta ja potilaan hoitoon liittyvästä pätevyydestä eli yleisosaamisesta. *Ydinosaaminen* tarkoittaa sellaista osaamista, jonka organisaation työntekijät hallitsevat erityisen hyvin ja joiden avulla organisaatio on muita parempi sekä menestyy. Ydinosaaminen liitetään yleensä organisaation osaamiseen, ei yksilön. *Erikoisosaamiseen* sisältyvät tiedot ja taidot, joita edellytetään, kun hoitotyöntekijä toteuttaa tarkoituksenmukaista hoitoa määrätyle potilasjoukolle. *Yleisosaamiseen* puolestaan sisältyy se, kuinka hoitotyöntekijä osaa yhdistää ydinosaamisen ja erikoisosaamisen suunnitellessaan potilaan yksilöllistä hoitoa.

Riley, Brodien & Shuldhamin (2005, 15-21) mukaan osaaminen on jaettu ammatilliseen osaamiseen ja kliiniseen osaamiseen. Ammatillisen perusosaamisen katsotaan olevan työrooliin liittyvää, joka on kaikille hoitajille yhteistä, riippumatta työyksiköstä. Kliininen osaaminen on puolestaan työyksikköön kohdennettua osaamista ja on kaikille yhteistä. Kliininen osaaminen jaetaan vielä kliiniseen perusosaamiseen, joka on työyksikössä tarvittavaa ja kaikille yhteistä sekä kliiniseen erityisosaamiseen, joka on erityisosaamista vaativaa hoitotyön kliinistä osaamista.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008, 4) yksi tulevaisuuden haaste on hoitohenkilökunnan osaamisen vahvistaminen. Tavoitteeseen pääsemiseksi voidaan

esimerkiksi laajentaa henkilökunnan toimenkuvaa hyödyntämällä heidän osaamistaan paremmin. Lisäksi osaamisen tarkastelu on tärkeää, koska se vaikuttaa merkittävästi työssä jaksamiseen ja viihtyvyyteen (Hilden 2002, 50).

Opetusministeriön (2006, 64-71) mukaan sairaanhoitajan *ammattillinen osaaminen muodostuu* 1) eettisestä toiminnasta, 2) terveyden edistämisestä, 3) hoitotyön päätöksenteosta, 4) ohjauksesta ja opetuksesta, 5) yhteistyöstä, tutkimus- ja kehittämistyöstä sekä johtamisesta, 7) monikulttuurisesta hoitotyöstä, 8) yhteiskunnan toiminnasta, 9) kliinisestä hoitotyötä ja 10) lääkehoidosta. Sairaanhoitajan osaaminen perustuu jatkuvasti uusiutuvaan, laaja-alaiseen, monitieteiseen tietoperustaan ja käytännölliseen osaamiseen sekä sosiaalisiin ja vuorovaikutuksellisiin taitoihin. Sairaanhoitajan tulee osata hankkia oikeaa tietoa sekä luoda uutta tietoa. Kehittyneen asiantuntijasairaanhoitajan tulee osata soveltaa tietojaan ja taitojaan uudenslaisiin ja muuttuviin tehtäviin ja työtilanteisiin sekä soveltaa omaa ja oman alansa arvoperustaa sekä ammattieettisiä periaatteita työelämän kehittäjänä. (Meretoja 2005, 4; Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 10-11.)

Sairaanhoitajan ammatilliseen perusosaamiseen kuuluvat Naantalın terveystieteiden keskuksen poliklinikalla potilaiden hyvinvoinnista ja turvallisuudesta huolehtiminen, hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi, lääkärin vastaanottoaikojen antaminen, asiakkaiden ohjaus ja neuvonta, potilaan voimien seuraaminen, sairaanhoidolliset toimenpiteet ja näytteiden otto, lääkehoito-osaaminen, lääkärin avustaminen pientoimenpiteissä sekä ensiaputaitojen hallinta. Lisäksi sairaanhoitaja tuo asiantuntemuksensa moniammatilliseen yhteistyöhön. Tämä edellyttää sairaanhoitajalta vastuunottoa ja selkeää näkemystä vastuualueistaan sekä muiden asiantuntemuksen tuntemista ja kunnioittamista. Lisäksi sairaanhoitaja toteuttaa ja kehittää hoitotyötä ja hänen toimintaansa ohjaavat hoitotyön arvot, eettiset periaatteet, ohjeet ja säädökset. (Vrt. OPM 2006, 64.)

Jauhaisen (2004, 4) mukaan tulevaisuudessa hoitotyöntekijöiden osaamisen laadun määrittää hoitamisen osaaminen, hoitotyön tiedonhallinta sekä muutoksen hallinta ja kehittäminen. Työssä oppimisen kannalta on tärkeää, että työ on organisoitu hyvin ja työntekijöille on luotava hyvät oppimismahdollisuudet. Heik-

kilä (2005, 273-275) korostaa, kuinka tärkeää on huolehtia omasta jatkuvasta ammattitaidosta ja kehittämisestä.

Osaamisen tunnistaminen liittyy ammatti-identiteettiin. Ammatillinen identiteetti voidaan määritellä asiantuntijan käsitykseksi itsestään ammatillisena toimijana ja millaiseksi hän haluaa kehittyä ammatissaan. Asiantuntijan identiteetti muovautuu paljon työn kautta ja nykyajan työelämän käytännöt osoittavat, kuinka tärkeitä ovat käsitykset suhteessa työhön ja ammattiin. Työntekijältä vaaditaan yhä enemmän oman osaamisen tunnistamista ja arviointia, näkyväksi tekemistä ja markkinointia. Tämä vaatii jatkuvaa ammatillisen identiteetin rakentamista ja oman osaamisen uudelleenmäärittelyä. Työntekijä joutuu kehittyessään miettimään uudelleen suhdetta itseensä, työhönsä ja organisaatioonsa. (Eteläpelto & Vähäsantanen 2008, 26-27; Juuti 2008, 229.)

5.3 Osaamisen kehittyminen ja mittaaminen

Oppivan organisaation toimintamallissa organisaatiossa tapahtuvan työnjaon ja uuden toiminnan taustalla tulee aina olla pyrkimys edistää henkilöstön osaamista (Sarala & Sarala 2010, 41). Kehittymisen edellytyksiä ovat oma aktiivisuus, motivaatio sekä avoin oppimista ja kehittymistä tukeva työyhteisö (Lauri 2006, 85, 94). Organisaation tulee edellyttää ja huolehtia siitä, että henkilökunta on pätevää. Organisaation tulee myös määritellä ja dokumentoida henkilökunnan pätevyys ja organisaatiolla tulee olla menetelmä, jolla varmistetaan, että hoitotyöntekijöillä on ne taidot, joita tarvitaan heille osoitettujen tehtävien suorittamisessa. (Hilden 2002, 90.)

Osaamisen kehittämisen kokonaisuuteen kuuluvat Hätösen (2010, 2) mukaan osaamiskartoitus eli linjaukset kehitettävistä alueista, jossa käytetään osaamisprofiilia apuna osaamisen arviointiin ja nostetaan esille tarvittavat kehittämistarpeet. Osaamiskartoituksen pohjalta laaditaan kehittämissuunnitelma ja kehitetään toimintaa suunnitelman mukaisesti. Vaihtoehtoina ovat muun muassa koulutus, perehdyttäminen ja työssä oppiminen. Toiminnan muutoksen jälkeen arvioidaan muutosta ja tuloksia. Näin siis saadaan tietoa siitä, millaista osaamista

organisaatiossa on nyt, mitä osaamista tulisi hankkia, kehittää ja hyödyntää sekä miten kehittämistoimien vaikuttavuutta arvioidaan (Viitala 2006, 226).

Osaamisen mittaaminen ja kuvaaminen antaa kokonaiskuvan organisaation osaamisesta. Osaamiskartoitukset tarjoavat systemaattisen tavan arvioida helposti hoitohenkilöstön osaamista, vahvuuksia ja siinä tapahtuvia muutoksia. (Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi 2004, 124; Tuokko 2005, 6-7; Hätönen 2007, 9; Hätönen 2010, 3, 11.) Arvioinnin keskeisenä lähtökohtana on osaamista koskeva taso-olettamus. Osaamista on tarpeen arvioida myös yksityiskohtaisesti, koska silloin voidaan paikantaa tarkemmin kehittämistarpeita. (Viitala 2006, 154, 156.)

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän projektin tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli selvittää avosairaanhoidon sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä siitä, mitä sairaanhoitajavastaanottotoiminnan tulisi sisältää, sekä heidän näkemyksiään sairaanhoitajavastaanottotoiminnan edellytyksistä ja hyödyistä. Lisäksi tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien osaaminen sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan osalta.

Tutkimuksen tavoitteena oli saadun tutkimustiedon avulla suunnitella realistinen, kaikkien osapuolten näkemykset huomioon ottava sairaanhoitajavastaanotto sekä tarvittaessa suunnitelma vastaanoton edellyttämien tehtävien osaamisen kehittämiseksi sairaanhoitajille. Tutkimusongelmat muodostuivat teoreettisen viitekehyksen pohjalta ja ne ovat seuraavat:

- 1) Minkälaiset edellytykset on aloittaa sairaanhoitajavastaanotto Naantalissa terveyskeskuksessa ja mitä hyötyä henkilökunta arvioi sen aloittamisella olevan?
- 2) Minkälaisia asioita henkilökunta pitää tärkeinä sairaanhoitajavastaanottoa aloitettaessa?
- 3) Minkälaisen sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan henkilökunta kokee tarpeelliseksi?
- 4) Minkälaiseksi sairaanhoitajat arvioivat osaamisensa sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan osalta?

6.2 Tutkimusmenetelmä ja -aineisto

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan kerättyä täsmällistä, numeraalista tietoa

nopeasti ja tehokkaasti ja aineiston tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin (Heikkilä 2005, 16; Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009,140).

Tutkimus toteutettiin toukokuussa 2012 kokonaistutkimuksena ja tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Kyselylomakkeella saadaan kerättyä tietoa tosiasioista, tiedoista ja asenteista, käsityksistä, mielipiteistä ja toiminnasta (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 197). Kyselylomakkeen kysymykset sekä sairaanhoitajien vastaanottotehtävien osaamiskartoitus perustuivat kirjallisuuskatsaukseen. Mittarin kehittämisessä on tärkeää pohjata kysymykset aiheutta koskevaan teoriaan eli lomakkeen on mitattava sitä, mitä teoreettisilla käsitteillä väitetään mittaavan (Vilkkä 2005,80).

Kvantitatiivinen menetelmä valittiin, jotta henkilökunta voi vastata täysin anonymisti kyselyyn, minkä uskottiin parantavan vastausten luotettavuutta. Lisäksi sairaanhoitajien osaamiskartoitus edellytti sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan sisältämien tehtävien tarkkaa erittelyä jo ennakolta. Kyselylomaketta suunniteltaessa oletettiin sairaanhoitajan hallitsevan sairaanhoitajilta edellytettävä perustason osaaminen, minkä vuoksi keskityttiin erityisosaamista edellytettävään sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan osaamiskartoitukseen.

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Naantalin terveyskeskuksen avosairaanhoidon kaikki vakituiset sairaanhoitajat (N=5) ja lääkärit (N=9). Sairaanhoitajille (liite 2) ja lääkäreille (liite 3) oli laadittu eri kyselylomakkeet, mutta yhteinen saatekirje (liite 1). Kyselylomakkeen kysymykset oli jaettu tutkimusongelmien mukaan. Kysymykset 1–4 vastaavat tutkimusongelmaan yksi, kysymys 5 vastaa tutkimusongelmaan kaksi ja kysymys 6 tutkimusongelmiin kolme ja neljä. Sairaanhoitajille oli yhdeksän kysymystä kattaen osaamiskartoituksen ja lääkäreille oli kahdeksan kysymystä. Kyselylomakkeen kysymykset sisälsivät Likertin-asteikollisia väittämiä sekä muutaman täydentävän avoimen kysymyksen. Likertin-asteikko on järjestysasteikon tasoinen, jolle ei yleensä lasketa keskiarvoa, mutta mielipidekysymyksissä näin voidaan tehdä yleiskuvan antamiseksi (Heikkilä 2005, 54). Taustatietoja ei vastaajilta kysytty anonymiteetin säilymisen vuoksi.

Kyselylomake testattiin oman organisaation eri yksiköiden kolmella sairaanhoitajalla ja yhdellä lääkäriä. Esitestauksen tarkoituksena on testata kysymysten muotoilua, yksiselitteisyyttä ja vastaamiseen käytettyä aikaa (Hirsijärvi ym 2009, 204). Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin muutamia tarkennuksia.

Kyselylomake muokattiin internetpohjaiselle webropol- tiedonkeruuohjelmistolle. Jokainen vastaaja sai sähköpostissa linkin, jonka avulla he pääsivät täyttämään lomakkeen verkossa. Verkkokysely on nopea, joustava, helppo ja ympäristöystävällinen tapa toteuttaa kyselytutkimus. Verkkokyselyn etuna on lisäksi sen taloudellisuus, sillä kustannukset jäävät alhaisiksi. Internetin on myös todettu mahdollistavan laajan tutkittavien joukon tavoittamisen. (Heikkilä, Hupli & Leino-Kilpi 2008, 102.) Vastausaikaa annettiin ensin kymmenen päivää, jota tutkimuksen aikana pidennettiin vielä kaksi päivää. Vastaajat saivat kolme muistutusta kyselyyn osallistumisesta. Kyselyyn vastaajat kirjautuivat anonymisti ohjelman tietokantaan, josta vastaukset saatiin analysoitavaksi vastaajan henkilöllisyyttä tunnistamatta.

6.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto käsiteltiin ja analysoitiin tilastollisesti SPSS 20.0 -ohjelmalla. Tutkimusaineiston analysointi suoritettiin tarkastelemalla muuttujien keskiarvoja ja frekvenssitauluja. Analysoinnissa ei tarkastella prosenttilukuja pienen vastajamäärän vuoksi. Avointen kysymysten vastaukset luokiteltiin aineistolähtöisesti. Tuloksia havainnollistettiin pylväskuvion sekä avointen kysymysten osalta autenttisin ilmauksin.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Tulokset esitetään tutkimusongelmien mukaan. Kyselyyn vastasi viisi sairaanhoitajaa (n=5) ja kahdeksan lääkäriä (n=8). Vastausprosentiksi tuli 93 %. Vastajia pyydettiin perustelemaan vastaus, jos he olivat valinneet vaihtoehdon jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Keskiarvoasteikon luokitus oli 1-5 ja mitä suurempi luku, sen myönteisempi vastaus.

7.1 Sairaanhoitajavastaanoton aloittamisen edellytykset ja sen arvioitu hyödyllisyys

Sairaanhoitajista kaksi ja lääkäreistä seitsemän olivat täysin samaa mieltä sairaanhoitajavastaanoton aloittamisen tarpeellisuudesta. Jokseenkin tarpeellisena sen näki kaksi sairaanhoitajaa ja yksi lääkäri. Yksi sairaanhoitaja ei ollut samaa eikä eri mieltä sairaanhoitajavastaanoton tarpeellisuudesta.

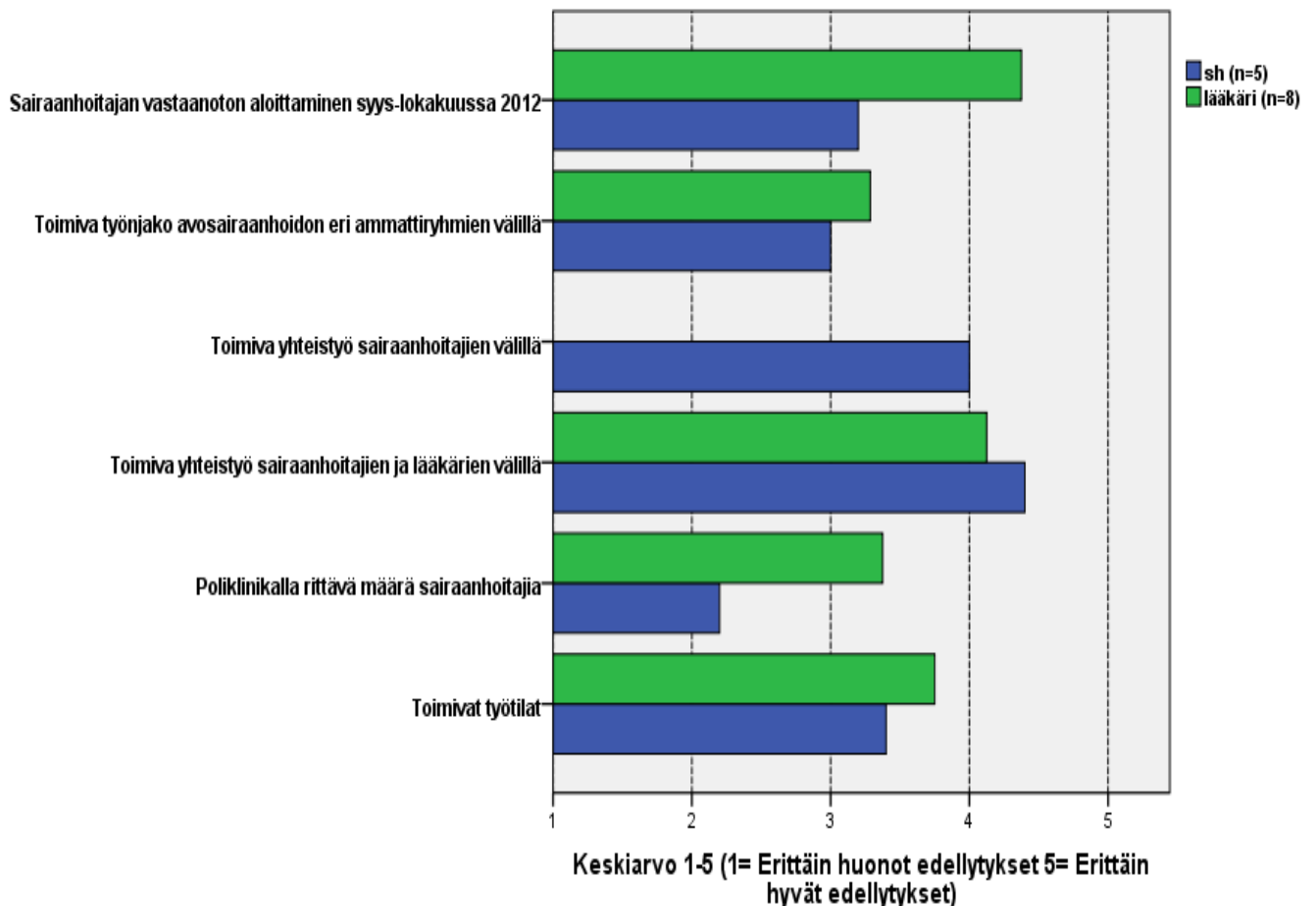
Kysyttäessä sairaanhoitajilta valmiutta aloittaa vastaanottotoiminta, neljä viidestä olivat vähintään jokseenkin valmiita aloittamaan vastaanottotoiminta. Lääkäreiltä kysyttiin valmiutta antamaan konsultaatioapua ja vieriovetusta sairaanhoitajille. Lääkäreistä kuusi oli täysin valmiita ja kaksi jokseenkin valmiita antamaan konsultaatioapua sairaanhoitajille. Vieriovetusta puolestaan oli täysin valmiita antamaan viisi lääkäriä. Kaksi oli jokseenkin valmiita. Yksi lääkäri oli jokseenkin eri mieltä sekä yksi lääkäri täysin eri mieltä vieriovetuksen antamisesta.

Kuviossa 2 on kuvailtu lääkäreiden ja sairaanhoitajien arvioinnit sairaanhoitajavastaanoton aloittamisen edellytyksistä asteikolla 1-5 (1=Erittäin huonot edellytykset, 2=Jokseenkin huonot edellytykset, 3=EI huonot, eikä hyvät edellytykset, 4=Jokseenkin hyvät edellytykset ja 5=Erittäin hyvät edellytykset).

Sairaanhoitajat näkivät parhaimmaksi edellytykseksi sairaanhoitajavastaanoton aloittamiselle toimivan yhteistyön sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä (ka 4,4). Toimivat työtilat (ka 3,4), vastaanottotoiminnan aloittamisen ajankohdan (ka 3,2)

ja toimivan työnjaon avosairaanhoidon eri ammattiryhmien välillä (ka 3,0) sairaanhoitajat arvioivat kohtalaisiksi edellytyksiksi aloittaa vastaanottotoiminta. Huonoimmaksi edellytykseksi sairaanhoitajat näkivät sairaanhoitajien riittävyyden sairaanhoitajavastaanoton aloittamiselle (ka 2,2).

Lääkärit puolestaan näkivät parhaimmaksi edellytykseksi vastaanottotoiminnan aloittamisen ajankohdan (ka 4,38). Toimivan yhteistyön sairaanhoitajien ja lääkärin välillä (ka 4,13) ja toimivat työtilat (ka 3,75) lääkärit arvioivat seuraavaksi parhaimmiksi edellytyksiksi. Huonoimmiksi edellytyksiksi lääkärit näkivät sairaanhoitajien riittävän määrän (ka 3,38) ja toimivan työnjaon avosairaanhoidon eri ammattiryhmien välillä (ka 3,29).



Kuvio 2. Edellytykset aloittaa sairaanhoitajavastaanotto Naantalın terveyskeskuksessa (n=13).

Avoimeen kysymykseen ”Mitä hyötyä näet sairaanhoitajavastaanoton aloittamisesta?” sairaanhoitajien vastauksista tuli vahvasti esille terveydenhoitajien liiallinen työn kuormitus sekä työtehtävien- ja työnjaon selkeyttämisen tarve. Lisäksi sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajeneminen nähtiin haasteellisena ja työtyytyväisyyttä lisäävänä asiana. Myös asiakaspalvelun paraneminen tuotiin esille.

”Asiakaspalvelu paranee, työpaineet aikuispuolen terveydenhoitajien osalta pienenee, toimenkuva sairaanhoitajien suhteen laajenee ja tuo työtyytyväisyyttä lisää, ns. yksinkertaiset asiat hoituvat ilman lääkärin vastaanottoa sairaanhoitajan päivystysvastaanotolla, työtehtävät jakautuvat päiv. puolen ja päiv. sairaanhoitajan kesken niin että osa ruuhkasta purkautuu pois päivystävästä yksiköstä.”

”Selkeyttää työnjakoa. Helpottaa siedätys asioissa. On mahdollisesti paikka johon ohjata poissaolotodistuksien hakijat. Ammattitaitoa ja mielenkiintoa lisäävä. Vähentää terveydenhoitajien työtaakkaa.”

”Terveydenhoitajilta saadaan siirrettyä pois tehtäviä, jotka kuuluvat sairaanhoitajille. Sairaanhoitajat voisivat hoitaa potilaita, jotka nyt ohjautuvat lääkäreille.”

Lääkärrien vastausten mukaan hyötyjä olivat työnjaon selkiyttäminen ja järjeittäminen, sekä lääkärrien työkuormituksen vähentäminen. Lisäksi sairaanhoitajavastaanotosta nähtiin olevan hyötyä tulevaa päiväpäivystystoimintaa ajatellen ja siirtymisessä tulevaan Turun yhteispäivystykseen.

*”Sairaanhoitaja voisi hoitaa potilaat, jotka tarvitsevat sairauslomaa maha-
taudin/flunssan tms. lyhytkestoisen syyn takia, eivätkä tarvitse lääkärin
vastaanottoa, jolloin kiire hiukan helpottaisi lääkärrien vastaanotolla. Tä-
mä helpottaisi kuormitusta myös iltapäivystykseltä. Esim. pienet haavat,
hyönteisen puremat yms. voisi ensin ohjata hoitajalle. Myös esim. kiireel-
liset haavahoidot yms. Lääkärin konsultaatio pitää olla helposti saatavilla
myös. VTI- potilaat voisi myös mennä alkuun hoitajan kautta ja lääke-
pyynnön voisi laittaa lääkärille.”*

”Lääkärin vastaanottoaikoja saadaan ”säästettyä” niitä enemmän tarvitseville, nyt ainakin päivystysajoilla on aika paljonkin potilaita, jotka eivät olisi lainkaan tarvinneet vaivaansa hoitoon lääkäriä.”

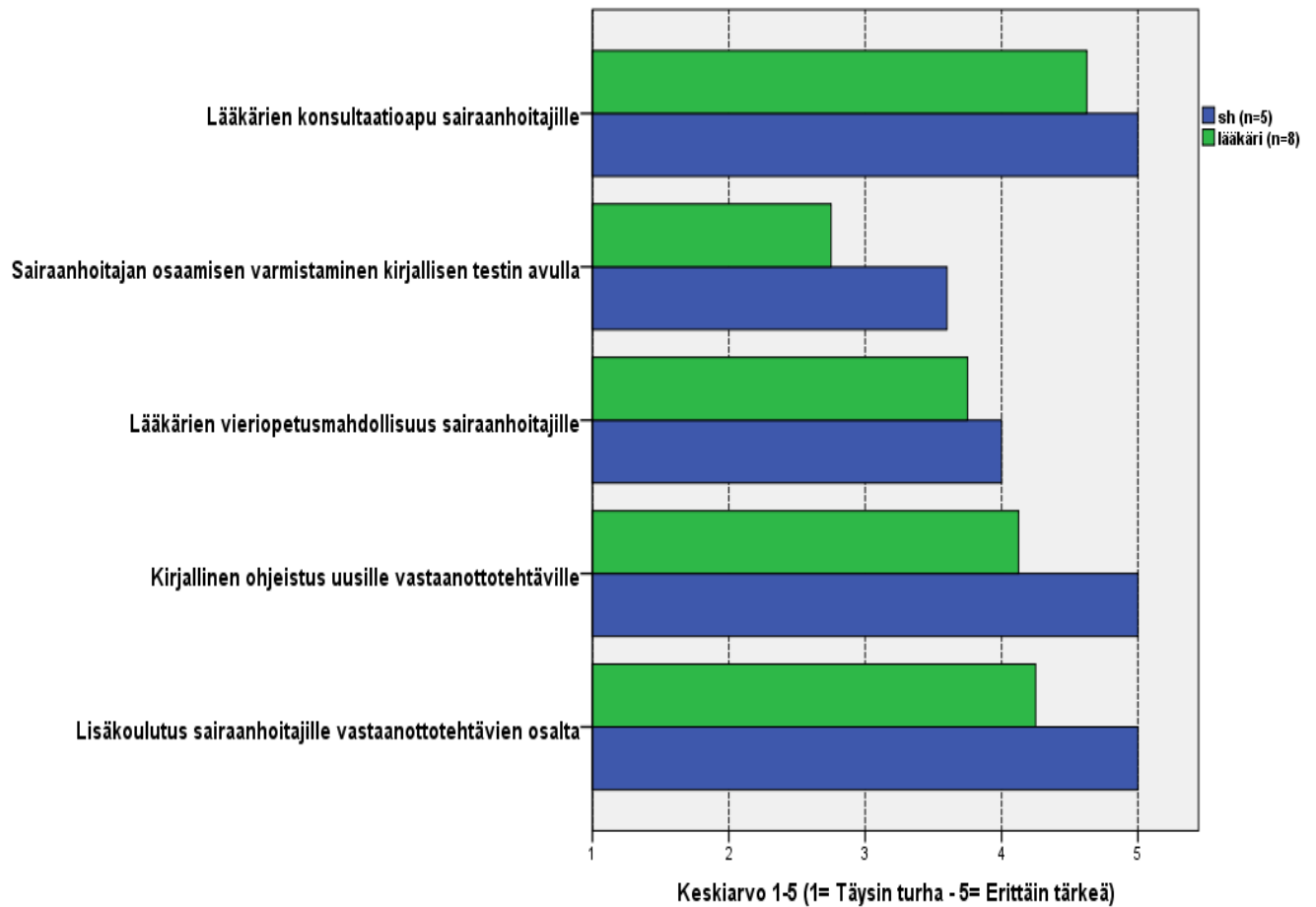
”Selkiyttää työnjakoa (tiputukset, siedätykset, akuuttivastaanotto). Toivottavasti helpottaa päivystysvastaanottoa ja edesauttaa jatkossa päiväpäivystystoiminnan tehostamista ja järjeistämistä, kun ajatellaan siirtymistä iltapäivystykseen osalta Turkuun.”

7.2 Henkilökunnan tärkeinä pitämiä asioita sairaanhoitajavastaanottoa aloitettaessa

Tärkeinä pidettyjä asioita sairaanhoitajavastaanoton aloittamiselle (Kuvio 3) pyydettiin vastaajia kuvaamaan asteikolla 1-5 (1=Täysin turha, 2=Jokseenkin turha, 3=Ei turha, eikä tärkeä, 4=Jokseenkin tärkeä ja 5=Erittäin tärkeä).

Sairanhoitajat näkivät erittäin tärkeänä lääkärin konsultaatioavun (ka 5,0), kirjallisen ohjeistuksen uusiin vastaanottotehtäviin (ka 5,0) ja lisäkoulutuksen (ka 5,0). Jokseenkin tärkeänä nähtiin lääkärin vieriovetusmahdollisuus sairaanhoitajille (ka 4,0). Sairanhoitajien osaamisen varmistamiseen kirjallisen testin avulla sairaanhoitajilla oli neutraali kanta (ka 3,6).

Lääkärit pitivät tärkeänä lääkärin konsultaatioavun antoa sairaanhoitajille (ka 4,63), lisäkoulutusta sairaanhoitajille (ka 4,25) ja kirjallista ohjeistusta uusiin vastaanottotehtäville (ka 4,13). Melko tärkeänä lääkärit pitivät lääkärin vieriovetusmahdollisuutta sairaanhoitajille (ka 3,75) sekä jokseenkin turhana sairaanhoitajien testaamista kirjallisen testin avulla (ka 2,75).



Kuvio 3. Kuinka tärkeänä nähdään kyseisiä asioita sairaanhoitajavastaanoton aloittamiselle (n=13)

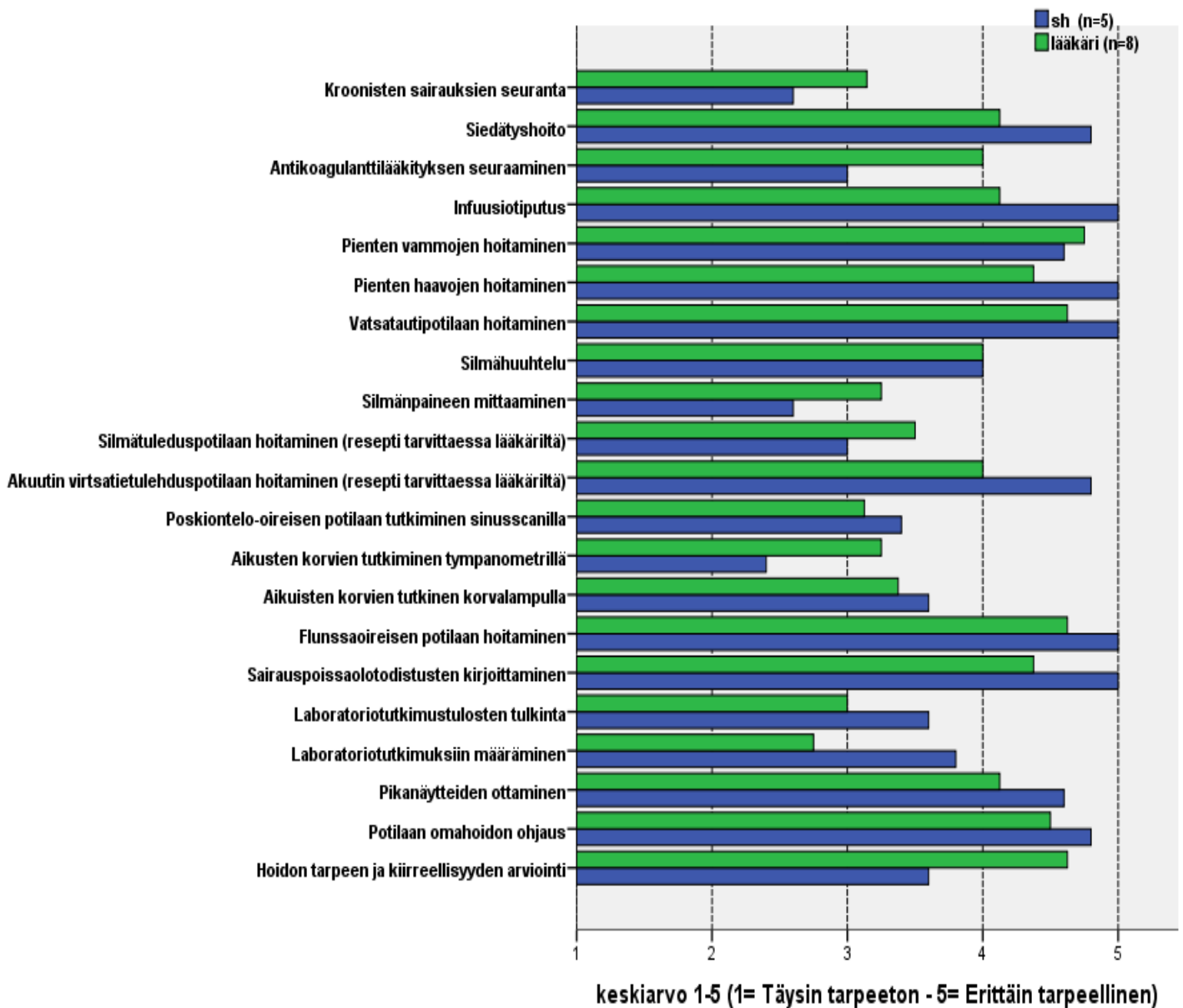
Sairaanhoitajilta kysyttiin erikseen, kuinka tärkeänä he pitivät taloudellisen korvauksen saamista vastaanottoiminnasta. Sairaanhoitajista kolme piti asiaa erittäin tärkeänä ja kaksi jokseenkin tärkeänä asiana (ka 4,6).

7.3 Henkilökunnan näkemykset tarvittavista tehtävistä sairaanhoitajavastaanotolla

Sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvaan liittyvien tehtävien tarpeellisuutta (Kuvio 4) pyydettiin vastaajia arvioimaan asteikolla 1-5 (1=Täysin tarpeeton, 2=Jokseenkin tarpeeton, 3=Ei tarpeeton, eikä tarpeellinen, 4=Jokseenkin tarpeellinen ja 5=Erittäin tarpeellinen).

Sairaanhoitajat kokivat erittäin tarpeelliseksi tehtäväksi flunssaoireisen potilaan hoitamisen (ka 5,0), infuusiotiputukset (ka 5,0), vatsatautipotilaan hoitamisen (ka 5,0), sairauspoissaolotodistusten kirjoittamisen (ka 5,0) ja pienten haavojen hoitamisen (ka 5,0). Hyvin tarpeelliseksi sairaanhoitajat kokivat potilaan omahoidon ohjauksen (ka 4,8), akuutin virtsatietulehduspotilaan hoitamisen (ka 4,8), siedätyshoidon (4,8), pikanäytteiden ottamisen (ka 4,6) ja pienten vammojen hoitamisen (ka 4,6) sekä silmähuuhtelun (ka 4,0). Keskinäköisen tarpeelliseksi sairaanhoitajat kokivat laboratoriotutkimuksiin määräämisen (ka 3,8), hoidon ja kiireellisyyden arvioinnin (ka 3,6), laboratoriotutkimusten tulkinna (ka 3,6) ja aikuisten korvien tutkimisen korvalampulla (ka 3,6). Hieman näitä huonomman keskiarvon saivat poskiontelo-oireisen potilaan tutkiminen sinusscanilla (ka 3,4), silmätulehduspotilaan hoitaminen (ka 3,0) ja antikoagulanttilääkityksen seuraaminen (ka 3,0). Jokseenkin tarpeettomaksi koettiin silmänpaineen mittaaminen (ka 2,6), kroonisten sairauksien seuranta (ka 2,6) ja aikuisten korvien tutkiminen tympanometrillä (ka 2,4).

Lääkärit kokivat tarpeellisimmiksi tehtäviksi pienten vammojen hoitamisen (ka 4,75), hoidon ja kiireellisyyden arvioinnin (ka 4,63), flunssaoireisen potilaan hoitamisen (ka 4,63), vatsatautipotilaan hoitamisen (ka 4,63) ja potilaan omahoidon ohjauksen (ka 4,5). Myös sairauspoissaolotodistusten kirjoittamista (ka 4,38), pienten haavojen hoitamista (ka 4,38), pikanäytteiden ottamista (ka 4,13), siedätyshoitoja (ka 4,13) ja infuusiotiputuksia (ka 4,13), akuutin virtsatietulehduspotilaan hoitamista (ka 4,0), silmähuuhteluja (ka 4,0) ja antikoagulanttilääkityksen seuraamista (ka 4,0) pidettiin jokseenkin tarpeellisina. Keskinäköisen tarpeellisina lääkärit pitivät silmätulehduspotilaan hoitamista (ka 3,5), aikuisten korvien tutkimista korvalampulla (ka 3,38), silmänpaineen mittaamista (ka 3,25), aikuisten korvien tutkimista tympanometrillä (ka 3,25), kroonisten sairauksien seuranta (ka 3,14), poskiontelo-oireisen potilaan tutkimista sinusscanilla (ka 3,13) ja laboratoriotutkimusten tulkintaa (ka 3,0). Laboratoriotutkimuksiin määräämistä (ka 2,75) pidettiin jokseenkin tarpeettomana. Yksi lääkäri oli kirjoittanut kenttään ”muu” uniapneapotilaan laitehoitokontrollin, koska epäilee jatkossa kontrollien siirtymisen terveystakeskukseen.



Kuvio 4. Tehtäväkuvan tarpeellisuus sairaanhoitajan vastaanotolla Naantalın terveyskeskuksessa (n=13)

Vastaajia pyydettiin lisäksi mainitsemaan kolme edellä mainituista sairaanhoitajavastaanoton tehtävistä, joihin katsottiin olevan suurin koulutustarve sairaanhoitajille. Sairanhoitajien (n=5) vastauksista suurimmiksi koulutustarpeiksi ko-

ettiin aikuisten korvien tutkiminen korvalampulla ja tympanometrillä (f=4), poskiontelo-oireisen potilaan tutkiminen sinuscanilla (f=3) ja silmiin liittyvät asiat (f=3). Lisäksi mainittiin antikoagulanttilääkityksen seuraaminen (f=2), haavahoitot (f=1) ja kroonisten sairauksien seuranta (f=1) sekä siedätyshoito (f=1).

Lääkärit (n=6) katsoivat sairaanhoitajien tarvitsevan eniten koulutusta silmiin liittyvissä asioissa (f=4). Seuraavaksi tärkeimmäksi lääkärit kokivat aikuisten korvien tutkimisen (f=2), laboratoriotutkimustulosten tulkinnan (f=2), antikoagulanttilääkityksen seuraamisen (f=2) ja kroonisten sairauksien seurannan (f=2). Lisäksi lääkärit katsoivat sairaanhoitajien tarvitsevan koulutusta flunssaoireisen potilaan tutkimiseen (f=1), hoidon tarpeen ja kiirreellisyyden arviointiin (f=1), poskiontelo-oireisen potilaan tutkimiseen sinuscanilla (f=1), pienten vammojen hoitamiseen (f=1) ja siedätyshoitoon (f=1) sekä CPAP- laitehoitokontrolliin (f=1).

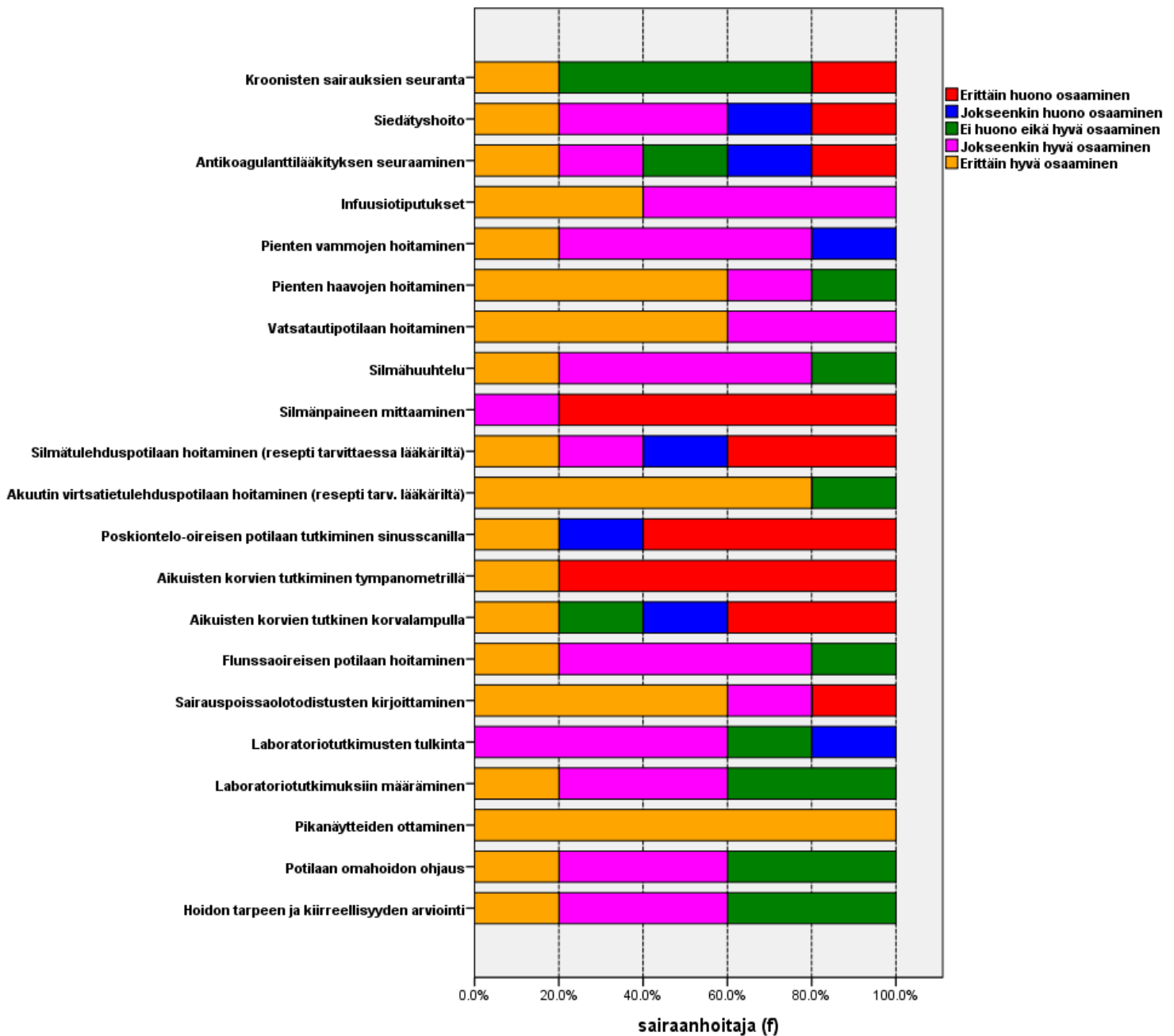
7.4 Sairaanhoitajien oma arvio osaamisestaan sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan osalta

Kuviossa 5 kuvataan frekvensseinä sairaanhoitajien (n=5) arvioita omasta osaamisestaan sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan sisältämistä tehtävistä asteikolla 1-5 (1=Erittäin huono osaaminen, 2=Jokseenkin huono osaaminen, 3=Ei huono, eikä hyvä osaaminen, 4=Jokseenkin hyvä osaaminen ja 5=Erittäin hyvä osaaminen).

Kaikki sairaanhoitajat arvioivat osaavansa erittäin hyvin pikanäytteiden ottamisen potilaalta. Sairaanhoitajista neljä arvioi osaavansa erittäin hyvin akuutin virtsatietulehduspotilaan hoitamisen ja kolme vatsatautipotilaan hoitamisen, sairauspoissaolotodistuksen kirjoittamisen ja pienten haavojen hoitamisen. Sairaanhoitajista kaksi arvioi puolestaan osaavansa erittäin hyvin infuusiotiputukset. Yksi sairaanhoitaja arvioi osaavansa erittäin hyvin kroonisten sairauksien seurannan, silmänpaineen mittaamisen, poskiontelo-oireisen potilaan tutkimisen sinuscanilla, aikuisten korvien tutkimisen korvalampulla ja tympanometrillä.

Sairaanhoitajista neljä arvioi osaavansa erittäin huonosti aikuisten korvien tutkimisen tympanometrillä ja silmänpaineen mittaamisen. Kolme sairaanhoitajaa

arvioi osaavansa erittäin huonosti poskiontelo-oireisen potilaan tutkiminen sinusscanilla ja kaksi aikuisten korvien tutkimisen korvalampulla. Sairaanhoitajista yksi arvioi osaavansa erittäin huonosti kroonisten sairauksien seurannan, siedätyshoidon ja sairauspoissaolotodistusten kirjoittamisen.



Kuvio 5. Sairaanhoitajien oma arvio osaamisestaan sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan osalta (n=5)

7.5 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli selvittää avosairaanhoidon sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä siitä, mitä sairaanhoitajavastaanottotoiminnan tulisi sisältää, sekä selvittää sairaanhoitajan vastaanottotoiminnan edellytyksiä ja hyötyjä. Lisäksi tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien osaaminen vastaanottotoiminnan tehtäväkuvan osalta.

Tutkimustulosten avulla saatiin organisaation henkilökunnalta arvokasta tietoa, jota pystyttiin hyödyntämään sairaanhoitajavastaanoton aloittamisessa ja kehittämisessä. Osaamiskartoituksen pohjalta saatiin näkyväksi sairaanhoitajien osaaminen sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan osalta. Sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvaa ja työn- ja tehtäväkuvan muutoksia on tutkittu Suomessa ja kansainvälisesti jonkin verran, mutta varsinaista uuden sairaanhoitajavastaanoton aloittamista koskevia tutkimuksia ei löytynyt.

Tulokset osoittivat, että lähes kaikki lääkärit ja sairaanhoitajat näkivät sairaanhoitajavastaanoton tarpeellisena sekä lähes kaikki sairaanhoitajat olivat valmiita aloittamaan sairaanhoitajavastaanoton. Syyksi siihen, miksi kaikki eivät olleet valmiita aloittamaan sairaanhoitajavastaanottoa, perusteltiin asiaa sillä, että *"sairaanhoitajavastaanotosta ei ole kokemusta"* ja *"tiedoissa koetaan puutteita"* sekä *"asia jännittää"*.

Kaikki lääkärit olivat valmiita antamaan konsultaatioapua sairaanhoitajille ja lähes kaikki vieriovetusta. Haaran ym. (2011, 48) mukaan yhdeksi tärkeimmäksi edellytykseksi laajentuneen tehtäväkuvan onnistumiselle koettiin lääkäreiden konsultaatioapu ja vieriovetus käytännön työssä. Syyksi siihen, miksi kaikki eivät olleet valmiita vieriovetukseen, nähtiin *"työkiire"* ja *"vaikeus opetustyöhön työn ohella"*. Samoin Lehtomäen (2009, 176) tutkimuksessa lääkärit ja hoitajat kokivat terveyskeskuksen olevan kiireinen työpaikka, jossa työn kehittämiselle ei koettu jäävän riittävästi aikaa. Vastaanotolla työskentelevien mukaan työ on muuttunut koko ajan haastavammaksi ja kiireisemmäksi.

Edellytyksiä aloittaa sairaanhoitajavastaanotto pidettiin kaiken kaikkiaan kohtalaisen hyvinä. Vertailtaessa lääkärien ja sairaanhoitajien vastauksia lääkärin näkivät lähes kaikissa kysytyissä asioissa paremmat edellytykset kuin sairaanhoitajat. Merkittävin ero oli sairaanhoitajavastaanoton aloittamisen ajankohdassa. Myönteistä oli huomata, että sekä sairaanhoitajat että lääkärin näkivät toimivan yhteistyön sairaanhoitajien ja lääkärien välillä yhdeksi parhaimmaksi edellytykseksi. Molemmat ammattiryhmät näkivät huonoimmaksi edellytykseksi poliklinikan riittämättömän määrän sairaanhoitajia vastaanotto toiminnan aloittamiseksi.

Avoimeen kysymykseen ”Mitä hyötyä näet sairaanhoitajavastaanoton aloittamisesta?” sairaanhoitajien vastauksista tuli vahvasti esille terveydenhoitajien liiallinen työn kuormitus sekä työtehtävien- ja työnjaon selkeyttämisen tarve. Lisäksi sairaanhoitajan tehtäväkuvan laajeneminen nähtiin haasteellisena, työtyytyväisyyttä lisäävänä ja asiakaspalvelua parantavana. Samoin Helle-Kuusjoen ym. (2006, 33-37), Jenskasen (2008, 5-6), Keinäsen & Kolehmaisena (2008, 32-33) sekä Haaralan ym. (2011, 48) mukaan sairaanhoitajat kokivat vastaanottotyön muuttaneen heidän työskentelyään entistä itsenäisemmäksi. Lisäksi toimenkuvan laajentumisen myötä sairaanhoitajat ovat kokeneet osaamisen kehittyneen ja työmotivaation parantuneen sekä työhön on tullut myös uutta mielekästä sisältöä.

Myös lääkärien vastausten mukaan hyöty sairaanhoitajavastaanoton aloittamisesta olisi työnjaon selkiyttäminen sekä heidän oman työkuormituksensa vähentäminen. Lisäksi sairaanhoitajavastaanotolla nähtiin olevan hyötyä tulevaa päiväpäivystystoimintaa ajatellen ja siirtymisessä Turun yhteispäivystykseen.

Molemmat ammattiryhmät näkivät erittäin tärkeänä asiana sairaanhoitajavastaanottoa aloitettaessa lääkärien konsultaatioavun, kirjallisen ohjeistuksen uusiin vastaanottotehtäviin ja lisäkoulutuksen sairaanhoitajille. Myös aiempien tutkimusten mukaan uuden tehtäväkuvan saaneen hoitajan osaamisen varmistamiseen on käytetty eniten henkilökohtaisia koulutuksia ja kirjallisia ohjeita, mutta myös näyttöjä ja kirjallisia kokeita (Markkanen 2002, 34; Partanen ym. 2004, 30). Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan nähty tärkeänä osaamisen varmistamista kirjallisen testin avulla. Molemmat ammattiryhmät näkivät jokseenkin tär-

keänä lääkärien vieriopetusmahdollisuuden sairaanhoitajille. Sairaanhoitajat pitivät myös tärkeänä taloudellisen korvauksen saamista vastaanotto toiminnasta. Myös valtakunnallisessa kehittämissuunnitelmassa ja aiemmissa tutkimuksissa taloudellinen korvaus nähtiin edellytyksenä tehtäväkuvan muutoksissa (Routamaa & Arve 2005, 12-16, STM 2009c, 1).

Lääkärit ja sairaanhoitajat kokivat tarpeellisimmiksi tehtäviksi sairaanhoitajavastaanotolla flunssaoireisen potilaan hoitamisen, sairauspoissaolotodistusten kirjoittamisen, vatsatautipotilaan hoitamisen, pienten haavojen hoitamisen ja potilaan omahoidon ohjauksen. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemminkin tutkimuksissa on todettu (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3-4; Vallimies-Patomäki 2008, 10). Vähiten tarpeellisiksi molemmat ammattiryhmät näkivät silmänpaineen mittaamisen ja aikuisten korvien tutkimisen tympanometrillä. Lääkäreiden ja sairaanhoitajien suurimmat erot tehtävien tarpeellisuudesta olivat laboratoriotutkimuksiin määräämisessä (sairaanhoitajien ka 3,8, lääkäreiden ka 2,75), hoidon ja kiireellisyyden arvioinnissa (sairaanhoitajien ka 3,6, lääkäreiden ka 4,63), antikoagulanttilääkityksen seuraamisessa (sairaanhoitajien ka 3,0, lääkäreiden ka 4,0) ja infuusiotiputuksissa (sairaanhoitajien ka 5,0, lääkäreiden ka 4,13).

Osaamiskartoituksen perusteella sairaanhoitajat arvioivat osaavansa parhaiten sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvasta pikanäytteiden ottamisen, vatsatautipotilaan hoitamisen, akuutin virtsatietulehduspotilaan hoitamisen, infuusiotiputukset, pienten haavojen hoitamisen, sairauspoissaolotodistuksen kirjoittamisen, silmähuuhtelun ja flunssaoireiden potilaan hoitamisen. Heikoiten sairaanhoitajat arvioivat osaavansa silmätulehduspotilaan hoitamisen, aikuisten korvien tutkimisen korvalampulla, aikuisten korvien tutkimisen tympanometrillä ja poskiontelon oireisen potilaan tutkimisen sinusscanilla. Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi (2004, 124), Tuokko (2005, 6-7), Hätönen (2007, 9) ja (2010, 3, 11) toteavatkin, että osaamiskartoituksen avulla voidaan helposti arvioida hoitohenkilöstön osaaminen, vahvuudet ja heikkoudet. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että ne tehtävät, joita pidettiin tarpeellisimpana, myös osattiin parhaiten. Keskeisenä lähtökohta osaamiskartoituksessa oli sairaanhoitajien osaamista koskeva taso-

olettaen. Osaamista on tarpeen arvioida myös yksityiskohtaisesti, koska silloin voidaan paikantaa kehittämistarpeita (Viitala 2006, 154, 156).

Tutkimuksessa saatiin esille se, mitä tehtäviä sairaanhoitajavastaanoton tulisi sisältää ja minkälaista koulutustarvetta tehtävien hoitaminen edellyttää. Koulutustarvetta kysyttiin tutkimuksessa osaamiskartoituksen lisäksi erikseen, jotta saataisiin selville tarvittavat koulutusaiheet. Sairaanhoitajien vastauksista suurimmiksi koulutustarpeiksi koettiin juuri ne tehtävät, jotka arvioitiin osattavan myös heikoiten: aikuisten korvien tutkiminen korvalampulla ja tympanometrillä, poskiontelo-oireisen potilaan tutkiminen sinusscanilla ja silmiin liittyvät asiat. Lääkärit puolestaan katsoivat sairaanhoitajien tarvitsevan eniten koulutusta silmiin liittyvissä asioissa, aikuisten korvien tutkimisessa, laboratoriotutkimustulosten tulkinnassa, antikoagulanttilääkityksen seuraamisessa ja kroonisten sairauksien seurannassa. Sairaanhoitajavastaanoton kannalta oli tärkeää ottaa juuri koulutustarpeista nousseet aiheet sairaanhoitajien koulutuksen sisällöksi. Tällä pyritään sairaanhoitajavastaanoton hoidon laadun ja sairaanhoitajien itseluottamuksen parantamiseen.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

8.1 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusprosessin eri vaiheisiin. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella tutkijan, aineiston, aineiston keruun, analyysin ja tulosten luotettavuutena (Kylmä & Juvakka 2007, 130-133).

Tässä tutkimuksessa käytetään tutkimuksen luotettavuuskriteereinä validiteettiä ja realibileettiä. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä. Jotta tutkimuksella on korkea validiteetti, täytyy tutkimustulosten vastata siihen, mitä oli tarkoituskin saada selville. Tärkeä osa validiteettia on se, kuinka hyvin käytetty mittari vastaa määriteltuihin tutkimusongelmiin. Tässä tutkimuksessa saatiin vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Korkea vastausprosentti lisää tutkimuksen validiteettia. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Heikkilä 2005, 29-30; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 231-232.) Hyvän tutkimuksen perusvaatimukseen kuuluu luotettavien vastausten saaminen tutkimuskysymyksiin (Heikkilä 2005, 29). Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella. Saatekirjeessä oli tutkijan yhteystiedot mahdollista yhteydenottoa varten. Lisäksi saatekirjeellä pyrittiin välttämään katoa ja motivoimaan henkilökuntaa vastaamaan kyselyyn.

Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi myös se, että tutkija itse toteutti aineiston analysoinnin sekä käytti analysointimenetelmätapaa, jonka hallitsi hyvin. Mahdollisimman rehellisten ja luotettavien vastausten saamiseksi toteutettiin kysely haastattelun sijasta, koska projektipäällikkö työskentelee kyseisessä organisaatiossa ja tuntee kaikki tutkittavat, mikä olisi voinut vaikuttaa vastauksien rehellisyyteen.

Tutkittavien pieni määrä (n=13) voi vaikuttaa tämän tutkimuksen luotettavuuteen. Toisaalta kysymyksessä oli kokonaistutkimus, jonka vastausprosentti oli korkea (93 %). Mihinkään tutkimuskysymykseen ei myöskään jätetty vastaamat-

ta. Luotettavuutta varmaankin lisäsi se, että henkilökunta on otettu vahvasti mukaan kehittämisprojektiin ja kyse on heidän oman työyksikkönsä toimivuuden parantamisesta.

Mittaria kehittäessä on tärkeää pohjata kysymykset aihetta koskevaan luotettavaan teoriaan. Tutkimusongelmat muodostuivat teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Ennen käyttöä kyselylomakkeen testasi oman organisaation eri yksiköiden kolme sairaanhoitajaa ja yksi lääkäri. Lomakkeeseen tehtiin muutama korjaus testaamisen jälkeen. Kyselylomaketta testaamalla pyrittiin poistamaan kysymysten väärinymmärtäminen.

8.2 Eettisyys

Tämän kehittämisprojektin eettisyys perustui tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) hyvän tieteellisen käytännön ohjeisiin, jossa käsitellään tieteellisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä ja hyvää tieteellistä käytäntöä (Asetus tutkimuseettisestä neuvottelukunnasta 15.12.1991/1347). Tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkija on noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä (Vilkkä 2005, 143; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Kehittämisprojektin tutkimuksen eettisiä lähtökohtia ovat tutkittavien suostumus, vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus sekä vastaajien anonymiteetti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177–178; Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5). Anonymiteetin vuoksi ei myöskään kyselylomakkeessa ollut taustakysymyksiä ja tutkimus suoritettiin sähköisesti Webropol-ohjelmalla. Anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan ja tutkimustulokset julkaistiin siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäisten osallistujien näkemyksiä.

Tutkimuksessa on noudatettu rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tulosten tallentamisessa ja raportoinnissa sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimuksen suorittamiseen saatiin lupa kohdeorganisaation ylilääkäriltä.

Saatekirjeessä kerrottiin tutkittavalle, että kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista ja että tutkittavan henkilöllisyys suojataan niin, ettei se paljastu koko tutkimusprosessin aikana. Saatekirjeessä selvitettiin tutkittavalle tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja menetelmät sekä tutkimuksesta odotettavissa oleva hyöty. Tällä varmistettiin, että vastaaja tietää, mistä tutkimuksessa on kysymys (Tuomi 2007, 145).

9 SAIRAANHOITAJAVASTAANOTON ALOITTAMINEN

Tämän kehittämisprojektin tuloksena oli sairaanhoitajavastaanotto. Tutkimusten (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3-4; Redsell ym 2007, 172-180; THL 2010, 5) mukaan tehtäväkuvan ja työnjaon kehittäminen perusterveydenhuollossa liittyi yleisimmin hoitajavastaanottotyöhön. Sairaanhoitajavastaanottotoiminta aloitettiin joulukuussa 2012 osa-aikaisesti iltapäivisin kahden tunnin ajaksi sairaanhoitajien vähäisten resurssien vuoksi. Yksi sairaanhoitaja vastaa vastaanottotoiminnasta aina viikon vuorollaan. Avosairaanhoidon tulossa uusi sairaanhoitajan toimi keväällä 2013, mikä mahdollistaa tulevaisuudessa kokopäiväisen vastaanottotoiminnan. Jo tätä ennen marraskuun 2012 alussa terveydenhoitajat lopettivat kaksituntisen vastaanoton ilman ajanvarausta asiakkaiden liian suuren määrän vuoksi. Ajanvarauksella on Peltosen (2009, 3) mukaan helpompaa kontrolloida vastaanottotoiminnan sujuvuutta. Terveydenhoitajien vastaanoton vetoisuus heikentyi näin ollen hieman. Tämä vahvisti entistä enemmän sairaanhoitajavastaanoton tarvetta.

Alkaneen sairaanhoitajavastaanoton työtehtäviä ovat olleet muun muassa siedätyshoidot, lyhytaikaiset sairauslomatoistukset, korvien huuhtelut, antibioottitiputukset, ompeleiden poistot ja pienten vammojen hoidot. Edellä mainituista työtehtävistä siedätyshoidot, korvien huuhtelut, pienten vammojen hoidot ja antibioottitiputukset ovat samoja, joita sairaanhoitajat ovat aiemmin tehneet avosairaanhoidon poliklinikalla. Sairaanhoitajavastaanoton uusia työtehtäviä ovat sairauslomatoistusten kirjoittaminen ja ompeleiden poistot, jotka on aiemmin suunnattu avosairaanhoidon terveydenhoitajille. Tulevaisuudessa sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuva tulee vähitellen laajenemaan. Sairaanhoitajille annetaan vastaanottoaikoja samoin kuin lääkäreillekin, mikä tapahtuu joko puhelimitse tai siten että potilas käy varaamassa ajan potilastoimistosta. Lisäksi voidaan antaa potilaalle myös soittoaika sairaanhoitajalle esimerkiksi akuutin suolistoinfektoiden yhteydessä.

Uusi alkanut sairaanhoitajavastaanottotoiminta edellyttää sairaanhoitajilta uudenlaista osaamista. Erityisosaamisen tarve kasvaa uusien toimintatapojen

myötä. (Hilden 2022, 36.) Tehtäväkuvan laajentaminen edellyttää peruskoulutuksen ja vahvan ammattikokemuksen lisäksi osaamisen varmistamista. Ennen sairaanhoitajavastaanoton aloittamista sairaanhoitajia koulutettiin loppuvuodesta 2012 omien hoitajien toimesta. Koulutusaiheita olivat hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi, flunssa-, yskä- ja vatsatautipotilaan anamneesin teko ja yhtenäinen kirjaaminen. Koulutuksista valmistui myös sairaanhoitajille ohjekansio sairaanhoitajavastaanotolle. Osa koulutusaiheista perustui tutkimuksen osaamiskartoitukseen. Keväällä 2013 sairaanhoitajia koulutettiin puolestaan organisaation omien lääkärien kouluttamana. Tällöin koulutusaiheita olivat korvien, silmien ja poskionteloiden tutkiminen. Koulutuksilla lisätään sairaanhoitajan asiantuntijuutta ja kykyä toimia aikaisempaa itsenäisemmin sekä laajalaisemmin vastaanottotyössä.

Avosairaanhoidossa on tapahtunut myös edistystä kohti tehtäväkuvien tarkennusta siirryttäessä parityöskentelynä tapahtuvaan päiväpäivystystoimintaan sekä suunnitteilla olevaan kattavaan lääkäri-hoitaja -parityöskentelymalliin. Tällä hetkellä yksi lääkäri päivystää aamupäivän ja yksi iltapäivän kuten ennenkin, mutta nyt lääkäriellä on vain päivystysaikoja, kun ennen hänellä oli päivystyksen lisäksi myös kiireetöntä potilasvastaanottoa. Päivystävälle lääkärille nimetään hoitaja työpariksi työn sujuvuuden vuoksi. Päivystävä lääkäri työskentelee päivystyksen tiloissa oman työhuoneen sijasta. Näin päivystävä lääkäri voi keskittyä vain päivystysvastaanottoon päivystysvuoronsa aikana ja muut lääkärit saavat keskittyä enemmän kiireettömään potilasvastaanottoon, eikä akuutteja päivystysaikoja tule liikaa kuormittamaan heidän päiväohjelmaansa. Jokaisella lääkärillä on muutamia akuutteja päivystysaikoja jokaiselle päivälle.

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Työnjakoa järkeistämällä voidaan kohderyhmän resursseja kohdentaa paremmin palvelurakennetta vastaavaksi. Sairaanhoidajavastaanottotyön kehittäminen entistä itsenäisempään työhön ja päätöksentekoihin edesauttaa lääkärin kuorituksen pienentämistä. Näin ollen lääkärin työpanosta voidaan paremmin suunnata haasteellisimpiin tehtäviin, joissa heidän ammattiosaamistaan erityisesti tarvitaan. Samoin Helle-Kuusjoki yms. (2006, 33-37), Redsell ym. (2007), Jenskanen (2008, 5-6), Keinänen & Kolehmainen (2008, 32-33) sekä Haarala ym. (2011, 48) toteavat, että sairaanhoidajat pystyvät hyödyntämään omaa osaamistaan ja sitä kautta osaltaan vapauttavat lääkärin työaikaa vaativampaan hoitoon. Redsellin ym. (2007, 172-180) mukaan sairaanhoidajat voivat korvata hyvin osan perusterveydenhuollon vastaanottokäynneistä. Organisaatioissa, jossa hoitajavastaanottoa järjestetään, hoitajavastaanottokäynnit muodostavat suuren osan lääkärin ja hoitajien yhteenlasketuista päivystysvastaanottokäynneistä perusterveydenhuollossa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3-4, THL 2010, 5).

10.1 Kehittämiprojektin tuloksen ja kehittämismenetelmien arviointi

Pyrkimyksenä oli yhdessä organisaation henkilökunnan kanssa aloittaa ja kehittää sairaanhoidajavastaanottoa työn sujuvuuden ja laadukkaan hoidon varmistamiseksi. Työnjaon kehittämistä eniten vauhdittaneita tekijöitä ovat henkilöstövaje, hoidon ja laadun paraneminen, hankkeet ja lainsäädäntömuutokset (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3-4). Suomessa on viime vuosina ollut puutetta terveydenhuollon ammattilaisista. Henkilöstövaje onkin edesauttanut terveyskeskuksissa luomaan uusia toimintamalleja ja menetelmiä toimivan organisaation takaamiseksi. (Peltonen ym. 2010, 63-64.) Naantalissa sairaanhoidajavastaanoton tarve lähti enemmän terveydenhoitajien ylikuormittumisesta sekä työtehtävien järkeistämisestä kuin henkilöstövajeesta sinänsä.

Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että sairaanhoitajavastaanoton aloittaminen ja toiminnan kehittäminen vastasi hyvin projektin alussa todettuun organisaation kehittämistarpeeseen. Lisäksi aihevalinta vastasi hyvin valtakunnallisten hankkeiden tavoitteita, joissa työnjaon ja tehtäväkuvan uudelleen järjestämisellä ja kehittämisellä saadaan uusia toimintamalleja ja vahvistetaan perusterveydenhuollon henkilöstön erityisosaamista toimivan sekä laadukkaan palvelun järjestämiselle (vrt. Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13; STM 2008:6, 3-4; STM 2009, 1). Kehittämisprojektissa pyrittiin pysyvien vaikutusten aikaansaamiseen. Tämä mahdollisti projektin ja uuden toimintamallin suunnittelun kestäväälle pohjalle. Pysyviä vaikutuksia syntyy paremmin, jos hanke perustuu aitoihin kehittämistarpeisiin (Silfverberg 2010,8).

Aihevalinta ja kohdeorganisaatio olivat helppoja ja perusteltuja projektipäälliköille, koska tavoitteena oli kehittää omaa organisaatiota. Aihe oli hyvin ajankohtainen ja tärkeä, koska tarve sairaanhoitajavastaanotolle oli suuri. Tutkimuksellinen alkukartoitus oli hyödyllinen ja tarkoituksenmukainen. Tutkimuksella saatiin arvokasta tietoa henkilökunnalta ja sairaanhoitajavastaanoton kehittämistoimintaa laajemmin näkyvämmäksi ja ajankohtaisemmaksi sekä lähtökohtatietoa tämän hetkisestä sairaanhoitajien vastaanotto-osaamisesta. Tutkimusongelmat olivat selkeät ja jokaiseen tutkimusongelmaan saatiin vastaus. Aineistonkeruun menetelmänä kyselylomake oli hyvä valinta anonymiteetin säilyvyyden vuoksi. Aineistoa analysoidessaan projektipäällikkö huomasi jättäneen kyselylomakkeesta pois muutamia sairaanhoitajavastaanotolla tehtäviä työtehtäviä kuten esimerkiksi ompeleiden poistamisen, kipsauksen, korvahuuhtelun ja verenpaineen mittauksen. Nämä ovat työtehtäviä, joita sairaanhoitaja tekee avosairaanhoidossa lähes päivittäin lukuun ottamatta ompeleiden poistoa, joten ne kuuluvat ilman muuta myös sairaanhoitajavastaanottotehtäviin.

Muutoksen läpivieminen on harvoin ongelmaton, eikä vastaanotto toiminnan käytännön järjestelyistä ole yhtenäistä kansallista määrittelyä. Kehittämisprojektissa käytettiin apuna Swot-analyysiä, jossa kartoitettiin projektin vahvuudet, heikoudet, uhat ja mahdollisuudet. Kehittämisprojektin vahvuuksia on ollut henkilökunnan innostus kehittää työyksikköään sekä kohdeorganisaation johdon myön-

teinen asenne ja tuki projektia kohtaan. Johdon ja henkilökunnan sitoutuminen kehittämistoimintaan on ollut välttämätöntä projektin etenemiselle. Johto on myös pyrkinyt luomaan kehittämistoiminnalle riittävät resurssit, tilat ja toimintamahdollisuudet.

Vastarintaa ilmaantui jonkin verran hoitajien keskuudessa, lähinnä pelosta lisääntyvästä työmäärästä ja muutosten paljoudesta. Kehittämiprojektin riskitekijöiksi alussa määriteltiin yksikössä lähiaikoina tapahtuneet useat muutokset, pelko lisääntyvästä työmäärästä ja muutoksista tehtäväkuvassa. Rahallinen korvaus laajennetusta tehtäväkuvasta ja lisääntyvästä vastuusta koettiin myös tärkeäksi. Heikkoudeksi kehittämissuorituksissa määriteltiin muun muassa sairaanhoitajien vähäinen määrä. Samoin Partasen ym. (2004, 28-29), Hukkasen & Vallimies-Patomäen (2005, 3-4) ja Hiltusen (2011, 2) mukaan uusi tehtäväkuva ja työnjako aiheuttivat kielteisiä kokemuksia henkilöstön resurssipulan vuoksi ja työn vaativuuden lisääntyminen ilman taloudellista korvausta

Projektissa pyrittiin löytämään tehokkain tapa käyttää olemassa olevia resursseja projektin etenemiseksi ja mahdollisten ongelmien ratkaisemiseksi (vrt. Silfverberg 2010,47-48). Riskien hallitsemiseksi henkilökuntaa on toistuvasti tiedotettu tulevasta kehittämissuorituksesta sekä sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Lisäksi henkilökunta on otettu vahvasti mukaan kehittämissuoritukseen. Kohdeorganisaatiota pyrittiin sitouttamaan kehittämissuoritukseen motivoimalla henkilökuntaa osallistumaan projektiin ja kehittämään omaa työyhteisöä. Juusola ym. (2002, 12) korostavatkin onnistuneen muutosten edellytykseksi työyksikössä hyvän tiedonkulun ja ilmapiirin sekä vaikutusmahdollisuuden.

Työyksikössä tehtiin samanaikaisesti toista kehittämissuoritusta lääkäri-hoitaja -parityöskentelymallista, jonka toteutti YAMK opiskelija sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmasta. Tarkoitus oli, että nämä kaksi projektia tukevat toisiaan siten, että sairaanhoitajavastaanotto toiminta aloitetaan ennen lääkäri-hoitaja -parityöskentelyä. Näin sairaanhoitajat saavat kokemusta itsenäisestä vastaanotto toiminnasta, mikä edesauttaa lääkäri-hoitaja -parityöskentelymallin toteuttamista myöhemmin. Työparityöskentely on jo alkanut päiväpäivystystoiminnan osalta, mutta koko toiminnan kattavaa työparityös-

kentelyä vasta käynnistellään. Tässä mielessä sairaanhoitajavastaanoton aloituksen ajoittaminen onnistui hyvin.

Tässä kehittämisprojektin etenemisessä oli samansuuntaisia vaiheita kuin PEPPA-viitekehysmallissa (DiCenso & Bryant-Lycosius 2010, 46). Projektissa kuvattiin ensin nykyinen työskentelymalli, koottiin moniammatillinen työryhmä ja määriteltiin kehittämistarve sekä -tavoitteet. Lisäksi toteutettiin tutkimuksellinen osuus, joka vahvisti kehittämistarpeen ja antoi lähtökohtatiedon tämän hetkisestä sairaanhoitajavastaanoton tehtäväkuvan osaamisesta. Projektissa aloitettiin uusi toimintamalli, jota ennen hoitohenkilöstöä koulutettiin. Kaikkeen tähän prosessiin tarvittiin hallinnollinen tuki ja resurssit toimintamallin käyttöönottoa sekä vakiinnuttamista varten. Arviointia suoritettiin suullisesti kyselemällä kohdeorganisaation henkilökunnalta ja pitkän aikavälin seuranta suoritetaan vuoden kuluttua.

Arvioitaessa kehittämisprojektia kokonaisuudessaan voidaan sanoa, että projekti on onnistunut kohtalaisen hyvin. Projekti toteutui suunnitelman mukaisesti ja tavoitteet tulivat saavutettua. Projekti pysyi suunnitellussa aikataulussa. Ainoastaan sairaanhoitajavastaanoton aloittaminen viivästyi kahdella kuukaudella. Sairaanhoitajavastaanoton on koettu lyhyenkin kokemuksen jälkeen saavuttaneen myönteisiä vaikutuksia. Sairaanhoitajat ovat kokeneet vastaanottoiminnan tuoneen uutta mielekästä sisältöä työhön ja motivaatioita kehittää itseään. Samoin Partanen ym. (2004, 28-29), Helle-Kuusjoki, Vuorinen, Kankkunen, Renholm & Kärkkäinen (2006, 33-37), Jenskanen (2008, 5-6), Keinänen & Kolehmainen (2008, 32-33), Peltonen (2009, 12-13) ja Haarala ym. (2011, 48) toteavat sairaanhoitajien kokeneet työn omalla vastaanotolla muuttuneen entistä itsenäisemmäksi ja he ovat kokeneet osaamisen vahvistuneen ja kehittyneen sekä työhön on tullut uudenlaista sisältöä ja sitä kautta myös hoitajien työmotivaatio on parantunut.

10.2 Projektioorganisaation toiminnan arviointia

Projektipäällikkö on säännöllisesti kutsunut projektinryhmän sekä henkilökunnan koolle ja tiedottanut projektin etenemisestä sekä esittänyt tutkimustulokset koko henkilökunnalle. Projektiryhmä on kokoontunut neljä kertaa, ohjausryhmä kerran ja henkilökunnan kanssa on kokoonnuttu kuusi kertaa. Projektioorganisaatio on ollut tehokas keino muutoksen etenemisessä ja ymmärtämisessä. Lauri (2006, 115) toteaaakin, että pysyvä muutos vaatii kykyä nähdä tulevan muutoksen merkitys osana laajempaa kokonaisuutta. Projektioorganisaation tapamisissa on käyty läpi projektin eteneminen, suunniteltu tulevaan sairaanhoitajavastaanoton aloittamiseen liittyviä asioita, kuten aloittamisen ajankohtaa ja sairaanhoitajien resurssitilannetta sekä etsitty kokonaisuuteen sopivia ratkaisuja yhdessä. (vrt. Valpola 2004, 69.)

Projektin kustannukset projektipäällikkö on suorittanut omarahoitteisesti. Kohdeorganisaation lupa tulostaa ja kopioida auttoi kustannuksissa. Projekti on kokonaisuudessaan tarjonnut projektipäällikölle hyvän kokemuksen kehittämistoiminnasta. Oli hienoa huomata, kuinka yhdessä toimimisella kehitettiin uutta toimintamallia ja sairaanhoitajien osaamista.

10.3 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämissuunnitelma

Organisaatiolle ja sairaanhoitajan työlle on ominaista jatkuvat muutokset. Tässä kehittämissuunnitelmassa toteutettua sairaanhoitajavastaanoton aloittamista voidaan hyödyntää muidenkin terveyskeskusten sairaanhoitajien tehtäväkuvan muutoksissa ja sairaanhoitajavastaanoton aloittamisessa.

Jatkokehittämissuunnitelmaksi voidaan ehdottaa sairaanhoitajavastaanoton muutoksen tuomaa arviointia. Uuden toimintamallin tuottaman palvelutoiminnan laadun paranemista, osaamisen kehittymistä ja työn mielekkyyttä voidaan tarkastella arvioimalla, miten hyvin tarkoituksenmukainen ja räätälöity palvelutoiminta vastaa organisaation ja potilaiden tarpeisiin (Nurminen 2011, 7).

Olisi aiheellista selvittää työntekijöiden ja potilaiden kokemuksia uuden sairaanvastaanoton toimivuudesta. Sairaanhoidajien osaamisen kehittymistä voidaan seurata uusilla osaamiskartoituksilla. Työnjakoa muutettaessa ja kehitettäessä arviointia tulee suorittaa jatkuvasti niin henkilökunnan kuin potilaidenkin näkökulmasta.

LÄHTEET

Asetus tutkimuseettisistä neuvottelukunnasta 15.12.1991/1347.

Buchan, J. & Calman, L. 2004. Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced role. DELSA/ ELSA/ WD/ HEA. 8. OECD health working papers.

DiCenso, A. & Bryant- Lukosius, D. 2010. Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada. A Decision Support Synthesis. Viitattu 11.2.2012.
http://www.chsrf.ca/Libraries/Commissioned_Research_Reports/Dicenso_EN_Final.sflb.ashx

Eteläpelto, A. & Vähäsantanen, K. 2008. Ammatillinen identiteetti persoonallisena ja sosiaalisena konstruktiona. Teoksessa: Eteläpelto, J. & Onnismaa, J. (toim.) Ammatillisuus ja ammatillinen kasvu. Aikuiskasvatuksen 46. vuosikerta. Vantaa: Hansaprint Oy. 26-45.

Fagerström, L. 2011. Avancerad Klinisk Sjuksköterska. Advarecad klinisk omvårdnad i teori og praxis. Hynary: Elanders Hungary Kft.

Fey, M. K. & Miltner, R. S. 2000. A Competency- Based Orientation Program for New Graduate Nurses. Journal of Nursing Administration 3. 126-132.

Haarala, S.; Illikainen, K. & Olli, R. 2008. HOLA, Hoitajien toimenkuvan laajentaminen Oulun Eteläisen alueella. HOLA2- projektin loppuraportti. Ylivieska: Vieskan terveydenhuoltokuntayhtymä.

Haimakainen, H.; Kumpusalo, E. & Vehviläinen, A. 2011. Terveyskeskusten toimivuus ei ole viime vuosina parantunut. Suomen Lääkärilehti Vol. 66 No.15. 1283-1287.

Heikkilä, T. 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkilä, A.; Hupli, M. & Leino-Kilpi, H. 2008. Verkkokysely tutkimusaineiston keruumenetelmänä. Hoitotiede 20/2. 101-110.

Helle-Kuusjoki, T.; Vuorinen, T.; Kankkunen, P.; Renholm, M.; Kärkkäinen, O. & Suominen, T. 2006. Sairaanhoidajien ja lääkärin kuvaus tehtävänsiirroista erikoissairanhoidossa. Premissi 2. 33-37.

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.

Hiltunen, P. 2011. Tehtäväsiirrot Pohjois- Karjalan terveyskeskusten vastaanotoilla. Opinnäytetyö. YAMK. Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

Hirsijärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.1.2012
<http://pre20090115.stm.fi/pr1129788573664/passthru.pdf>

Hätönen, H. 2007. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hätönen, H. 2010. Osaamisen kehittämisen kokonaisuus - Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Aineistoa seminaariin 8.10.2010. Helsinki: Educa-Instituutti Oy.

ICN. 2009. Nursing matters. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics. Switzerland: Geneva. Viitattu 24.1.2012.
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf

Iglesias B.; Ramos F.; Serrano B.; Fàbregas M.; Sánchez C., García M.J.; Cebrian H.M.; Aragónés R., Casajuana J. & Esgueva N. 2013. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. *Journal of Advanced Nursing* 00(0), 000–000. doi: 10.1111/jan.12120. Viitattu 3.4.2013
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12120/abstract>

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintätekniikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Jenskanen, A. 2008. Ilomantsin terveyskeskuksen päivystyksen ja vastaanottojen kehittämishankkeen loppuraportti. Kehittämishanke v. 2006–2008. Ilomantsi: Ilomantsin terveyskeskus.

Juujärvi, S.; Myyry, L. & Pesso, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi.

Juusola, M.; Oksa, H.; Pukuri, T. & Rantalaiho, I. 2002. Muutostilanteiden hallinta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 12/2002. Tampere: Tampereen yliopistollinen sairaala, muutoksenhallintaryhmä.

Juuti., P. 2008. Ikäjohtaminen, viisaus ja kokemustiedon siirtäminen. Teoksessa: Toom, J.; Onnismäa, J. & Kajanto, A. (toim.) Hiljainen tieto: tietämistä, toimimista, taitavuutta. Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja. Helsinki: Gummeruksen Kirjapaino Oy. 221-234.

Kaila, M. 2010. Perusterveydenhuolto- mitä se on? Teoksessa: Agge E.; Muurinen S.; Nenonen M. & Wilskman K. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy. 15-20.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.

Katajamäki, E. 2012. Arvot moniammatilliseen toimintaan oppimisessa. Teoksessa Matikainen, A.; Hahtela, N. & Suutarla, A. (toim.) Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Porvoo: Bookwell Oy. 25-36.

Kansanterveyslaki 28.1.66/1972.

Keinänen, L. & Kolehmainen, H. 2008. Työnjaon kehittäminen. Vastaanotto toiminnan työnjaon kehittämisen arviointi Varkauden terveyskeskuksessa. Opinnäytetyö. YAMK. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kinnunen, A. 2011. Hoitaja- lääkäri työparimallin kehittäminen Lappeenrannassa - pilottina Lauritsalan terveysasema. Opinnäytetyö. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. YAMK. Lappeenranta: Saimaan ammattikorkeakoulu.

Klaukka, T.; Helin-Salmivaara, A.; Huupponen R. & Idänpään- Heikkilä, J. 2002. Hoitajat - liian vähän käytetty voimavara infektoiden hoidossa. Suomen lääkirlehti Vol. 57 No. 44/2002. 4480-4483.

Koski, J. 2010. TUUMA- terveyskeskuksen avovastaanotto toiminnan uusi yhteistyömalli. Teoksessa Agge E.; Muurinen S.; Nenonen M. & Wilskman, K. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy. 75- 88.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 3.8.1992/ 733.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY. Oppimateriaalit Oy.

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisia suosituksia terveyskeskuksen talon tavaksi. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.

Leppänen, N. & Puupponen, A. 2009. Hoitotyön asiantuntija – Käsitteen määrittelyä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisu 123/2009. Jyväskylä: Keski- Suomen sairaanhoitopiiri.

Lindström, E. 2003. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittyminen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2003:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Luoma, O.; Vikberg- Aaltonen, P. & Kukkola, S. 2012. Asiantuntijasairaanhoitajat vahvistavat hoitotyötä perusterveydenhuollossa. Sairaanhoitaja nro 1. 28-30.

Markkanen, K. 2002. Tehtäväsiirrot terveydenhuollossa. Julkaisusarja B: Selvityksiä 1/2002. Tehy ry.

Merkel, T. 2011. Hoitotyöntekijöiden työnjako ja työn sisältö Helsingin terveyskeskuksen sairaaloiden vuodeosastoilla. Pro Gradu - tutkielma. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Kuopio: Itä- Suomen yliopisto

Meretoja, R. 2005. Tarvitaanko osaamisen johtamisessa tieteellisesti kehitettyjä mittareita. Pro terveys nro 2. 3-4.

Meretoja, R.; Isoaho, H.; & Leino-Kilpi, H. 2004. Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. Journal of Advanced Nursing Vol. 47 No. 2/2004. 124-133.

Naantalin kaupunki. 2013. Viitattu 16.2.2013 http://www.naantali.fi/Kunta-info/fi/Fl/naantali_pahkinankuoressa/

Naantalin kaupungin henkilöstöstrategia vuosille 2011- 2020. 2011.

Newhouse, R.; Stanik- Hutt, J.; White, K.M.; Johantgen, M.; Bass, E.B.; Zangaro, G.; Wilson, R.F.; Fountain, L.; Steinwachs, D.M.; Heindel, L. & Weiner, J.P. 2011. Advanced Practice Nursing, how are we doing? Advanced Practice Nurse Outcomes 1990-2008: A Systematic Review. Nursing Economic\$ Vol. 29 No. 5. 230-250.

Nurkkala H. 2010. Terveystieteiden edistäminen kuntien perusterveydenhuollossa. Teoksessa: Agge, E.; Muurinen S.; Nenonen M. & Wilskman K. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy. 21-26.

Nurminen, R. 2011. Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa - hanke. Teoksessa: Nurminen, R. (toim.) Tulevaisuuden osaaminen erikoissairaanhoidossa. Oppimateriaaleja, puheenvuoroja, raportteja 113, tutkimuksia. Viitattu 20.02.2013. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522162038.pdf>

OPM. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Opetusministeriö, koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Viitattu 11.1.2012 <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Helsinki: WSOY.

Partanen, P.; Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2004. Sairaanhoitajien työbarometri 2004. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely. Raportti. Viitattu 10.1.2011 <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/@Bin/1472413/Tyoolobarometri-1.pdf>

Peltonen, E.; Vehviläinen- Julkunen, K; Pietilä, A-M. & Elonheimo, O. 2010. Uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan. Teoksessa: Agge E.; Muurinen S.; Nenonen M. & Wilsman K. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Fioca Oy. 63-73.

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden vaatimukset. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Raunio, K. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä. Katsaus peruskäsitteisiin, palvelujen tuottamiseen ja palvelujen käyttäjän asemaan. Versio huhtikuu 2008. Tampereen yliopisto. Sosiaali- ja terveysalan moniammatilliset johtamisopinnot.

Redsell, S.; Stokes, T.; Jackson, C.; Hastings, A. & Baker, R. 2007. Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. Journal of Advanced Nursing Vol. 57 No. 2. 172-180.

Riley, J.; Brodie, E. & Shuldham C. 2005. Cardiac nursing. Achieving competent practitioners. European journal of Cardiovascular Nursing 4. 15- 21.

Rimpelä, M. 2004. Lääkäreiltä siirtynyt hoitajille runsaasti tehtäviä. Dialogi, nro 3. 16-17.

Routamaa, M. & Arve, S. 2005. Lääkäreiden ja hoitajien työnjako Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin terveyskeskuksissa. Pro terveys nro 8. 12-16.

Sarala, U. & Sarala, A. 2010. Oppiva organisaatio. Oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Senior, B. 2008. How general practice nurses view their expanding role. Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 26 No. 1. 8-15.

Silfverberg, P. 2010. Ideasta projektiksi, projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoiminto Planpoint Oy. Työministeriö.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. ETENE- julkaisu 32. Viitattu 22.2.2012. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088.

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2011:7 Helsinki. Viitattu 7.1.2011. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-13703.pdf

STM. 2009a. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009- 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:3. Helsinki. Viitattu 3.1.2012 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf

STM. 2009b. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2009:18. Helsinki. Viitattu 22.1.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf

STM. 2009c. Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelma. Viitattu 19.1.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf

STM. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisongelma. Kaste 2008- 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Viitattu 19..2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ ja_ terveydenhuollon_ kansallinen_ kehittämisohjelma_ KASTE_ 2008_ 2011_ fi.pdf

SuomiSanakirja.fi. Viitattu 10.1.2012. <http://suomisanakirja.fi/osaaminen>

Sydänmaalakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Keski- Suomen Painotuote Oy. Gummerus Kirjapaino Oy.

Syväoja P. & Äijälä O.2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

THL. 2010. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa. Viitattu 4.2.2013. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr24_10.pdf

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittäminen. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

Tuomi, J. 2007. Johdatus tieteelliseen tekstiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.Viitattu 10.2.2013. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf

Vallimies-Patomäki, M. 2010. Sairaanhoidajan uudistuva rooli perusterveydenhuollossa. Teoksessa: Agge E.; Muurinen S.; Nenonen M. & Wilskman K. (toim.) Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy. 127-140.

Vallimies-Patomäki, M. 2008. Miten työnjaon kehittäminen terveydenhuollossa etenee? Poliklinikka. Suomen poliklinikkasairaanhoitajat ry:n jäsenlehti 2/2008. 10-11.

Vallimies-Patomäki, M.; Perälä, M-L. & Lindström, E. 2003. Miten sairaanhoitajien tehtäväkuvien laajentuminen on onnistunut? Tutkiva hoitotyö. Vol. 1 No. 2. 10-15.

Valpola, A. 2004. Organisaatiot yhteen. Muutosjohtamisen käytännön keinot. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 2.5.2004/1019.

Valtiovarainministeriö. 2009. Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Viitattu 7.1.2011. http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ ja_ asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/VNK-selonteko_ suomi%2bkansi.pdf

Viitala, R. 2006. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Keuruu: Ota-van kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2006. Hyvä tieteellinen käytäntö. Helsinki: Tammi.

Väistö, R. & Häkkinen, M. 2005. Kehittämistyö voimaantumisen lähteenä. Pro Terveys 3/2005, 8-10.



Saatekirje

Hyvä poliklinikan henkilökunta

Kohteliaimmin pyydän Sinua vastaamaan tämän saatekirjeen liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tarkoituksena on selvittää avosairaanhoidon lääkärin ja sairaanhoitajien näkemyksiä siitä, mitä sairaanhoitajan vastaanottoiminnan tulisi sisältää sekä heidän näkemyksiään vastaanottoiminnan edellytyksistä ja hyödyistä. Lisäksi tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien osaaminen sairaanhoitajan vastaanottoiminnan tehtäväkuvien osalta.

Kysely liittyy kehittämisprojektiin, jonka tarkoituksena on aloittaa uusi sairaanhoitajan vastaanottoiminta Naantalin terveyskeskuksen avosairaanhoidossa. Kyselyn tulosten pohjalta suunnitellaan sairaanhoitajan vastaanottoa ja sen edellyttämää osaamisen kehittämistä. Lupa aineiston keruuseen on saatu Naantalin ylilääkäriltä.

Olisin suuresti kiitollinen, jos voisit osallistua kyselyyn ja olla mukana kehittämässä sairaanhoitajan vastaanottoimintaa omassa työyhteisössäsi. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista ja tutkimuksen vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi paljastu missään tutkimuksen vaiheessa. Lääkäreille ja hoitajille ovat erilliset kyselylomakkeet. Pyydän ystävällisesti vastaamaan 23.5.12 mennessä. Vastaa mielelläni, mikäli tarvitset lisätietoa kyselystä.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintooni, kliininen asiantuntija – koulutusohjelmaan kuuluvaan opinnäytteeseen.

Yhteistyöterveisin ja vastauksista lämpimästi etukäteen kiittäen

Anna Valtanen

Sairaanhoitaja / yamk- opiskelija

Kyselylomake sairaanhoitajille



Kyselylomake sairaanhoitajille. Sairaanhoitajavastaanoton aloittaminen Naantalin terveyskeskuksessa

1. Minkälaiseksi arvioit seuraavat edellytykset aloittaa sairaanhoitajan vastaanotto työpaikallasi tällä hetkellä? Arviointiasteikko 1-5 (1= Erittäin huonot edellytykset, 2= Jokseenkin huonot edellytykset, 3=Ei huonot eikä hyvät edellytykset, 4=Jokseenkin hyvät edellytykset, 5=Erittäin hyvät edellytykset)

	1	2	3	4	5
Toimivat työtilat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poliklinikalla on riittävä määrä sairaanhoitajia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimiva yhteistyö sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimiva yhteistyö sairaanhoitajien välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimiva työnjako avosairaanhoidon eri ammattiryhmien välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaanhoitajan vastaanoton aloittaminen syys- lokakuussa 2012	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mitä? (valitse ensin arviointi, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mikä? (valitse ensin arviointi, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Mitä hyötyä näet olevan sairaanhoitajan vastaanoton aloittamisesta?

Arvioi seuraavien kysymysten 3-4 kohdalla missä määrin olet väitteiden kanssa samaa tai eri mieltä. Arviointiasteikko 1-5. (1= Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei eri eikä samaa mieltä, 4= Jokseenkin samaa mieltä, 5= Täysin samaa mieltä)

3. Näen tarpeellisena sairaanhoitajan vastaanoton aloittamisen.

1 2 3 4 5

4. Jos vastauksesi oli kysymyksessä 3 1 tai 2, niin miksi?

5. Olen valmis aloittamaan sairaanhoitajan vastaanotto toiminnan.

1 2 3 4 5

6. Jos vastauksesi oli kysymyksessä 5 1 tai 2, niin miksi?

7. Miten tärkeänä pidät seuraavia asioita sairaanhoitajan vastaanoton aloittamiselle? Arviointiasteikko 1-5.
(1= Täysin turha, 2= Jokseenkin turha, 3= Ei turha eikä tärkeä, 4= Jokseenkin tärkeä, 5= Erittäin tärkeä)

	1	2	3	4	5
Lisäkoulutus sairaanhoitajille vastaanottotehtävien osalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjallinen ohjeistus uusille vastaanottotehtäville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaanhoitajan osaamisen varmistaminen kirjallisen testin avulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkärien konsultaatioapu sairaanhoitajille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkärien vieriovetusmahdollisuus sairaanhoitajille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taloudellinen korvaus sairaanhoitajille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mikä? (valitse arviointi ensin, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mikä? (valitse arviointi ensin, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Arvioi vasemmanpuoleiseen sarakkeeseen, kuinka tarpeelliseksi näet alla esitetyt tehtävät sairaanhoitajan vastaanotolla Naantalinnin terveyskeskuksessa? Arviointiasteikko 1-5. (1= Täysin tarpeeton, 2= Jokseenkin tarpeeton, 3= Ei tarpeeton eikä tarpeellinen, 4= Jokseenkin tarpeellinen, 5= Erittäin tarpeellinen)

Arvioi lisäksi oikeanpuoleiseen sarakkeeseen osaamisesi kunkin tehtävän osalta. Arviointiasteikot 1-5. (1= Erittäin huono osaaminen, 2= Jokseenkin huono osaaminen, 3= Ei huono eikä hyvä osaaminen, 4= Jokseenkin hyvä osaaminen, 5= Erittäin hyvä osaaminen)

	Tarpeellisuus					Osaaminen				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan omahoidon ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pikanyytteiden ottaminen (esim. crp, A-step, plv, Hb, Tnt, Fidd)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratoriotutkimuksiin määrääminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratoriotutkimustulosten tulkinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairauspoissaolotodistuksen kirjoittaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flunssaoireisen potilaan hoitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aikuisten korvien tutkiminen korvalampulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aikuisten korvien tutkiminen tympanometrillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poskiontelo-oireisen potilaan tutkiminen sinusscanilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akuutin virtsatietulehduspotilaan hoitaminen. (resepti tarvittaessa lääkariltä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmätulehduspotilaan hoitaminen. (resepti tarvittaessa lääkariltä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmänpaineen mittaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmahuuhtelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vatsatautipotilaan hoitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienten haavojen hoitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienten vammojen hoitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infuusiotiputus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antikoagulanttilääkityksen seuraaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siedätyshoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kroonisten sairauksien seuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mitä? (valitse arviointi ensin, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Mihin edellä mainittuihin (kysymys 8) tehtäviin itselläsi olisi suurin koulutustarve? Mainitse kolme tärkeintä.

1. _____

2. _____

3. _____

Kyselylomake lääkäreille



Kyselylomake lääkäreille. Sairaanhoidajan vastaanoton aloittamien Naantalin terveyskeskuksessa

1. Minkälaiseksi arvioit seuraavat edellytykset aloittaa sairaanhoidajan vastaanotto työpaikallasi tällä hetkellä?
Arviointiasteikko 1-5. (1= Erittäin huonot edellytykset, 2= Jokseenkin huonot edellytykset, 3= Ei huonot eikä hyvät edellytykset, 4= Jokseenkin hyvät edellytykset, 5= Erittäin hyvät edellytykset)

	1	2	3	4	5
Toimivat työtilat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poliklinikalla on riittävä määrä sairaanhoitajia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimiva yhteistyö sairaanhoitajien ja lääkärin välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimiva työnjako avosairaanhoidon eri ammattiryhmien välillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vastaanotto toiminnan aloittaminen syys- lokakuussa 2012	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mitä? (valitse arviointi ensin, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mitä? (valitse arviointi ensin, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Mitä hyötyä näet olevan sairaanhoidajan vastaanoton aloittamisesta?

Arvio seuraavien kysymysten 3-7 kohdalla missä määrin olet väitteiden kanssa samaa tai eri mieltä.
Arviointiasteikko 1-5. (1= Täysin eri mieltä, 2= Jokseenkin eri mieltä, 3= Ei eri eikä samaa mieltä, 4= Jokseenkin samaa mieltä, 5= Täysin samaa mieltä)

3. Näen tarpeellisena sairaanhoidajan vastaanoton aloittamisen.

1 2 3 4 5

4. Jos vastauksesi oli kysymyksessä 3 1 tai 2, niin miksi?

5. Olen valmis antamaan konsultaatioapua sairaanhoitajille.

1 2 3 4 5

6. Jos vastauksesi oli kysymyksessä 5 1 tai 2, niin miksi?

7. Olen valmis antamaan vieriovetusta sairaanhoitajille.

1 2 3 4 5

8. Jos vastauksesi oli kysymyksessä 7 1 tai 2, niin miksi?

9. Miten tärkeinä pidät seuraavia asioita sairaanhoitajan vastaanoton aloittamiselle? Arviointiasteikko 1-5.
(1= Täysin turha, 2= Jokseenkin turha, 3= Ei turha eikä tärkeä, 4= Jokseenkin tärkeä, 5= Erittäin tärkeä)

	1	2	3	4	5
Lisäkoulutus sairaanhoitajille vastaanottotehtävien osalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjallinen ohjeistus uusille vastaanottoehtäville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaanhoitajan osaamisen varmistaminen kirjallisen testin avulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkärien konsultaatioapu sairaanhoitajille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkärien vieriovetusmahdollisuus sairaanhoitajille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mitä? (valitse arviointi ensin, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mitä? (valitse arviointi ensin, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Kuinka tarpeellisenä näet alla esitetyt tehtäväkuvat sairaanhoitajan vastaanotolla Naantalinnin terveyskeskuksessa? Arviointiasteikko 1-5. (1= Täysin tarpeeton, 2= Jokseenkin tarpeeton, 3= Ei tarpeeton eikä tarpeellinen, 4= Jokseenkin tarpeellinen, 5= Erittäin tarpeellinen)

	1	2	3	4	5
Hoidon tarpeen ja kireellisyyden arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaan omahoidon ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pikänäytteiden ottaminen potilaalta (esim. crp, A-sterp, plv, Hb, Tnt, Fidd)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratoriotutkimuksiin määrääminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratoriotutkimustulosten tulkinta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairauspoissaolotodistuksen kirjoittaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flunssaoireisen potilaan hoitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aikuisten korvien tutkiminen korvalampulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aikuisten korvien tutkiminen tympanometrillä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poskiontelo-oireisen potilaan tutkiminen sinusscanilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akuttin virtsatietulehduspotilaan hoitaminen. (resepti tarvittaessa lääkäriltä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmätulehduspotilaan hoitaminen. (resepti tarvittaessa lääkäriltä)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmänpaineen mittaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Silmähuuhtelu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vatsatautipotilaan hoitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienten haavojen hoitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pienten vammojen hoitaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infuusioputus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antikoagulanttilääkityksen seuraaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siedätyshoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kroonisten sairauksien seuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mitä? (valitse arviointi ensin, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu, mitä? (valitse arviointi ensin, jotta voit kirjoittaa kenttään)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Mihin edellä mainittuihin (kysymys 10) tehtäviin koet tai arvelet sairaanhoitajilla olevan suurin koulutustarve? Mainitse kolme tärkeintä.

1. _____
2. _____
3. _____