



Outi Lastumäki

**LÄÄKÄRI - HOITAJA TYÖPARIMALLI RAAHEN  
TERVEYSASEMAN PERUSTERVEYDENHUOLLON  
VASTAANOTOLLA**

**LÄÄKÄRI - HOITAJA TYÖPARIMALLI RAAHEN  
TERVEYSASEMAN PERUSTERVEYDENHUOLLON  
VASTAANOTOLLA**

Outi Lastumäki  
Opinnäytetyö  
Lukukausi Kevät 2013  
Sosiaali- ja terveysalan  
kehittämisen ja johtamisen  
koulutusohjelma  
Oulun seudun  
ammattikorkeakoulu

# TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, Ylempi AMK

---

Tekijä: Outi Lastumäki

Opinnäytetyön nimi: Lääkäri - hoitaja työparimalli Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolla

Työn ohjaaja(t): Pirkko Sandelin, Helena Siira

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2013 Sivumäärä: 52 +3liitesivua

---

Viime vuosina terveyskeskustyön houkuttelevuutta on pyritty lisäämään kehittämällä siellä työskentelevien ammattilaisten yhteistyötä ja työnjakoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmalla (Kaste) pyritään luomaan, levittämään ja juurruttamaan uusia hyviä käytäntöjä. Kasteen tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti. Lisäksi useissa muissa hankkeissa on kehitetty erityisesti pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoitoa ja parannettu hoidon saatavuutta sekä yli organisaatorajojen meneviä hoitoketjuja.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvailla lääkäri-hoitajatyöparimallia Raahen terveysasemalla perusterveydenhuollon vastaanotolla. Kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa lääkäri - hoitajatyöparimallin toiminnasta. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää myös muilla terveysasemilla ja terveyskeskuksissa kehitettäessä lääkäri-hoitajatyöparimalli työskentelyä. Kehittämismenetelmänä käytettiin toimintatutkimusta ja kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän terveyden- ja sairaanhoidon tulosaluejohtaja asetti työryhmän elokuussa 2011, jonka tavoitteena oli kehittää lääkärin ja hoitajien työparityöskentelyä. Kehittämistyössä osallistettiin myös terveysaseman työntekijöitä. Lääkäri-hoitajatyöparimalli pilotoitiin huhtikuussa 2012 Raahen terveysasemalla perusterveydenhuollon vastaanotolla.

Raahen lääkäri - hoitajatyöparimalli kehitettiin pitkäaikaissairauksia sairastavia potilaita varten, jotka käyvät säännöllisesti määräaikaishetkillä lääkärillä. Kehittämistyössä pyrittiin kehittämään määräaikaishetkillä laatu entistä paremmaksi. Työparimallissa lääkärin tietyt työtehtävät siirrettiin hoitajien tehtäviksi. Tämä tarkoitti muun muassa sitä, että potilas kävi sekä hoitajan että lääkärin vastaanotolla. Raahen lääkäri - hoitajatyöparimallissa pitkäaikaissairauksia sairastavat potilaat eivät listautuneet tietyille työpareille. Tämä siitä syystä, että työparimallin kehittämistyö oli vasta aluillaan. Määräaikaishetkillä käyvien pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden listautuminen tietyille lääkäri - hoitajatyöpareille havaittiin keskeiseksi tulevaisuuden haasteeksi.

---

Asiasanat: perusterveydenhuolto, lääkäri - hoitajatyöparimalli, työnjako, pitkäaikaissairaudet

## **ABSTRACT**

Oulu University of Applied Sciences  
Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Social and Health  
Development and Management

---

Author(s): Outi Lastumäki

Title of thesis: Doctor - nurse pair model at Raahe's primary health care

Supervisor(s): Pirkko Sandelin, Helena Siira

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2013  
Number of pages: 52+  
3 appendix pages

---

In past recent years, a key part increasing attractiveness of the health care work has been improving cooperation and coordination of the health care professionals. The Aim of The National Development Programme of Social Welfare and Health (the Kaste programme) is to create, promote and implement good practices. The targets of the Kaste programme are to reduce inequalities and organize structures and services of social welfare and health care in a client-oriented way and also bearing in mind economic way of thinking. Also other projects have been specially developed for chronic care, improved access to care and across organizational boundaries reaching treatment chains.

The purpose of this development was to describe doctor - nurse pair model at Raahe's health center. Development work aimed to gain knowledge about practice of doctor - nurse working pair model. Produced knowledge can be utilized in other health centers. Action research was used as a development method and collected data was analyzed with content analysis.

Head of health and medical department established a working group at Raahe District Hospital in August 2011. The aim of the working group was to develop a doctor - nurse pair model. Raahe's doctor - nurse pair model was developed by the working group alongside with employees. Piloting of the model took place in April 2012

Raahe's doctor - nurse pair model was developed for patients with chronic diseases who visit a doctor regularly at preset medical appointments. In this model nurse's workload was expanded. The patient has a preset appointment for nurse and doctor. The development work has enhanced quality of regular appointments. In Raahe's pair model patients with chronic diseases are not enlisted to certain pairs, because the development process has just begun. Patients' enlisting is challenge for the future.

---

Keywords: primary health care, doctor - nurse pair model, chronic diseases

# SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT .....	4
1 LÄÄKÄRI - HOITAJATYÖPARIMALLIN KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TARVE .....	7
2 LÄÄKÄRI - HOITAJATYÖPARIMALLIN KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	9
2.1 Vastaanotto toiminta .....	9
2.2 Lääkärin ja hoitajan työnkuva perusterveydenhuollossa.....	11
2.3 Pitkäaikaissairaudet ja kontrollit terveysasemalla.....	12
2.4 Lääkäri - hoitajatyöparimalli .....	13
3 LÄÄKÄRI - HOITAJATYÖPARIMALLIN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	16
4 LÄÄKÄRI-HOITAJATYÖPARIMALLIN KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN.....	17
4.1 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä.....	17
4.2 Osallistujat ja aineiston keruun vaiheet .....	18
4.3 Aineistojen analyysi ja kehittämistulosten esittäminen .....	22
5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET .....	23
5.1 Raahan perusterveydenhuollon lääkäri-hoitajatyöparimallin kehittäminen .....	23
5.1.1 Tilat ja henkilökunta .....	23
5.1.2 Lääkäri-hoitajatyöparimallin lomakkeet .....	25
5.1.3 Lääkärin ja hoitajan työnjako lääkäri - hoitajatyöparimallissa.....	26
5.1.4 Tutustuminen tiimityöskentely terveyskeskukseen .....	28
5.1.5 Lääkärin ja hoitajan ajankäyttö lääkäri - hoitajatyöparimallissa.....	29
5.2 Raahan perusterveydenhuollon lääkäri - hoitajatyöparimalli .....	30
5.3 Lääkärien ja hoitajien kokemukset ja kehittämissuhteet lääkäri - hoitajatyöparimallista .....	32
6 YHTEENVETO KEHITTÄMISTYÖN TULOKSISTA .....	36
6.1 Kehittämistulosten tarkastelua kirjallisuuden ja teorian avulla.....	36
6.2 Johtopäätökset ja jatkokehittämissuhteet .....	40
7 POHDINTA .....	42
7.1 Kehittämistyön luotettavuus .....	42
7.2 Kehittämistyön eettiset haasteet .....	45
7.3 Oman osaamisen kehittyminen.....	47

LÄHTEET .....	49
LIITTEET .....	55

## **TAULUKOT, KUVIOT, KUVAT JA LIITTEET**

TAULUKKO 1. Työntekijöiden ajatukset lääkäri – hoitajatyöparimallin työnjaosta ....	27
KUVIO 1. Aineistojen keruiden syklit .....	21
KUVIO 2. Raahen lääkäri - hoitajatyöparimallin työnjako.....	28
KUVA 1. Lääkäriin ja hoitajan aikataulut Raahen työparimallissa .....	30
LIITE 1. RSHVky AJANVARAUSILMOITUS .....	55
LIITE 2. MÄÄRÄAIKAISTARKASTUS.....	56
LIITE 3. TARKISTUSLISTA VASTAANOTON JÄLKEEN .....	57

# **1 LÄÄKÄRI - HOITAJATYÖPARIMALLIN KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TARVE**

Kehittämistyöni olen tehnyt Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymälle ja se on erityisesti tehty Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanottoa varten. Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä vastaa Raahen kaupungin sekä Pyhäjoen, Siikajoen ja Vihannin kuntien yhteensä 35.000 asukkaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista lukuun ottamatta varhaiskasvatusta ja ympäristöterveydenhuoltoa (Raahen seudun hyvinvointi kuntayhtymä 2012, hakupäivä 21.2.2012). Raahen terveysaseman väestöpohja on hieman yli 22.500 asukasta.

Syksyllä 2011 Raahen terveysaseman tiloja remontoitiin ja remontti mahdollisti myös toimintojen kehittämistä niin, että lääkäreiden ja hoitajien yhteistyön mahdollisuudet paranevat. Elokuussa 2011 Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymän terveyden- ja sairaanhoidon tulosaluejohtaja asetti työryhmän, jonka tavoitteena oli kehittää lääkärin ja hoitajien työparityöskentelyä Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolla.

Työryhmälle annettiin tavoitteeksi laatia vuoden 2011 loppuun mennessä lääkäri - hoitajatyöparimalli. Työryhmään kuuluivat avohoidon tulosyksikön johtaja, (yleislääketieteen erikoislääkäri, työryhmän puheenjohtaja), sisätautien ylilääkäri, terveyskeskuslääkäri, lääkärinvastaanoton osastonhoitaja, toisen yksikön osastonhoitaja ja avohoidon tulosyksikön palveluesimies. Syyskuussa 2011 olin yhteydessä esimieheeni kehittämistyön aiheesta etsiessäni ja esimieheeni ehdotti lääkäri - hoitajatyöparityöryhmässä kehittämistehtävän tekemistä työryhmälle. Työryhmä hyväksyi minut tekemään kehittämistehtävääni työparimallista.

Työryhmää perustettaessa Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolla työskenteli 10 sairaanhoitajaa, osastonhoitaja, 2 osastosihteeriä ja lääkärin virkoja oli 11. Käytännössä kuitenkin vain 3 vakituista lääkäriä oli töissä ja 5 - 6 osa-aikaista lääkäriä työskenteli vastaanotolla vakituisten lisäksi. Lääkärin työpanokset jakautuivat lääkärin vastaanoton lisäksi neuvolan, koulun ja vanhushuollon kesken. Lääkärin työpanosten jakautumisen ja suurien jonojen vuoksi, koettiin tärkeänä optimoida

lääkärin aika sekä kiinnittää huomiota potilasjonon sisällön parempaan purkamiseen. Raahen vastaanoton jonolistassa oli noin tuhat potilasta jonossa vuoden 2011 lopussa, jotka odottivat lääkärille pääsyä, ja sama tilanne jatkui 2012 keväällä.

Lääkäri - hoitajatyöparimallilla haluttiin varmistaa perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta terveydenhuoltolain määrittämälle tasolle. Uusi terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1. toukokuuta 2011. Siinä määritellään hoitoon pääsemisen aikarajat perusterveydenhuollossa. Terveydenhuoltolaissa sanotaan mm. näin: ”Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 6:51§).

Kehittämistyön tarkoituksena on ollut kuvailla lääkäri - hoitajatyöparimallia Raahen terveysasemalla ja sen tavoitteena on ollut tuottaa tietoa lääkäri - hoitajatyöparimallin toiminnasta Raahen terveysasemalla, mutta sitä voidaan käyttää muillakin terveysasemilla/-keskuksissa soveltuvien osien kehitettäessä lääkäri-hoitajatyöparimallin työsken- telyä.

## **2 LÄÄKÄRI - HOITAJATYÖPARIMALLIN KEHITTÄMISTYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT**

### **2.1 Vastaanotto toiminta**

Perusterveydenhuollolla terveydenhuoltolaissa tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa; perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 1:3§.) Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 1:10§.)

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 1:3§.)

Välitöntä yhteydensaantia terveyskeskukseen täsmennettiin Valtioneuvoston asetuksella hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004). Asetuksen mukaan välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen arkipäivisin virka-aikana tulee järjestää siten, että yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai

tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen. Terveyskeskuksilla on useita vaihtoehtoja välittömän yhteydensaannin järjestämisessä. Hoitoon pääsyn toteuttamista koskevassa asetuksessa ei määritellä yksityiskohtaisesti sitä, mitä välittömällä yhteydensaannilla virka-aikana tarkoitetaan. Sosiaali- ja terveysministeriö katsoo, että odotusajan yhteyden saamiseksi puhelimitse ei tule ylittää viittä minuuttia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, hakupäivä 22.2.2012.)

Peruspalveluministeri Paula Risikko julkisti Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelman syyskuussa 2008. Toimiva terveyskeskus oli osa sosiaali- ja terveyshuollon kansallista kehittämisohjelmaa (Kaste) ja toimenpideohjelman tavoitteina olivat: laadukkaiden ja tarpeenmukaisten palvelujen hyvä saatavuus, asiakaskeskeisyyden ja valinnanvapauden parantaminen, osaavan työvoiman saannin turvaaminen, johtamisen vahvistaminen ja johtamisosaamisen kehittäminen sekä terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy toiminnan perustaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, hakupäivä 22.2.2012.)

Kansanterveyslain tultua voimaan vuonna 1972 kunnanlääkärit muuttuivat kunnallisiksi virkamiehiksi, terveyskeskuslääkäreiksi. Jo 70-luvun lopulla alkoivat kuulua ensimmäiset vaatimukset järjestelmän edelleen kehittämisestä ja toivottiin lääkärien vastaanotto-toiminnan muuttamista enemmän vanhan kunnallislääkärijärjestelmän kaltaiseksi. Ensimmäinen omalääkärikokeilu toteutettiin vuonna 1985 suurissa kaupungeissa, kun Helsinki, Turku, Tampere, Lahti ja Kuopio aloittivat omalääkärikokeilun. (Suomen kuntaliitto 2002, 17.)

Väestövastuulääkärijärjestelmän purkamisen seurauksena osa kuntalaisista ei tiedä, kuka vastaa heidän hoidostaan. Potilas voi myös kokea, ettei hän saa omalta terveysasemalta tarvitsemiaan palveluita. Näiden potilaiden on havaittu hakeutuvan helposti yhteispäivystykseen, tai he pyrkivät aktiivisesti saamaan lähetteen erikoissairaanhoidon, mikä ei välttämättä ole heidän hoitonsa kannalta tarkoituksenmukaista. Nämä tekijät ovat osaltaan johtaneet palveluiden hallitsemattomaan ja epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. (Kanste, Holappa, Miettinen, Rissanen & Törmänen 2010, 54.)

Suomessa perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisvastuu kuuluu lain mukaan kunnille ja kaupungeille. Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan organisoinnin

määrittäminen yksiselitteisesti on mahdotonta, eikä vastaanotto toiminnan käytännön järjestelyistä ole yhtenäistä kansallista määrittelyä. (Peltonen, Vehviläinen- Julkunen, Pietilä & Elonheimo 2010, 63 – 64.) Kuntien järjestämät perusterveydenhuollon palvelut voidaan tuottaa kolmella vaihtoehdolla. Kunta voi harjoittaa itsenäistä toimintaa eli kunnalla on oma terveystakeskus. Kunta voi myös järjestää perusterveydenhuollon palvelun olemalla jäsen kansanterveysyön kuntayhtymässä tai ostamalla palvelut yksityiseltä tai yksityisiltä palveluiden tuottajilta. Yksityinen palveluidentuottaja voi olla yritys tai voittoa tavoittelematon ns. kolmannen sektorin yhteisö. Palveluiden tuottaminen tai järjestäminen ei ole sidottu yhteen vaihtoehtoon. Palveluita voidaan järjestää yhdistämällä eri tuottamismalleja. (Jylhäsaari 2009, 19.)

## **2.2 Lääkärin ja hoitajan työnkuva perusterveydenhuollossa**

Yksinkertaisesti perusterveydenhuollon voi määritellä niin, että kansalainen voi ottaa sen palveluihin itse yhteyttä ilman väliportaita. Perinteisesti kunnallisen järjestelmän erikoislääkäripalveluihin ja ylipäänsä erikoissairaanhoidon palveluihin pääsee vain läheteellä. Lääkäripula ja uudet työjakomallit ovat johtamassa yhä selvemmin siihen, että ensimmäinen vastaanottava ammattilainen onkin hoitotyön osaaja, tavallisimmin sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Lääkärin hoitoon ohjataan vasta, jos ensisijainen arvioija näkee sen tarpeelliseksi. (Kaila 2010, 17.)

Terveydenhuollon toimintaa on useita vuosia vaikeuttanut lääkäreiden huono saatavuus, ja suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle kaikista terveydenhuollon henkilöstöryhmistä tulee olemaan puutetta. (Peltonen ym. 2010, 64). Lääkärin työn sisältö terveystakeskuk- sessa on hyvin monipuolinen. Häneltä edellytetään erityisen hyvää tavallisten tautien tuntemusta, varhaisdiagnostiikan kliinisiä taitoja sekä ensiapuvalmiuksia. Merkittävin osa terveystakeskuslääkärin kokonaistyöajasta kuluu perusterveydenhoitoon. Siihen sisältyvät potilasvastaanotot, kotisairaanhoido, muu pitkäaikaissairaiden hoito ja mahdollisesti työ vuodeosastolla. Lisäksi terveystakeskuslääkäri osallistuu sairauksien ennalta- ehkäisyyn ja potilaan kuntoutukseen pitämällä neuvolan ja kouluterveydenhuollon vas- taanottoa. (Virtanen & Lohi 2005, 69.)

Yleislääkäri hoitaa valtaosan potilaistaan itse, mutta seuloo ja ohjaa hoitoon myös erikoissairaanhoidon tutkimuksia tarvitsevia potilaita. Lisäksi hän vastaa potilaiden

jatkohoidosta heidän palattuaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Palvelujen helppo saatavuus on yksi yleislääkärin työn keskeisistä periaatteista. (Nenonen 2005, 23.)

Sairaanhoitajat tekevät itsenäistä ja vastuullista työtä, joka perustuu hoitotieteeseen. Sairaanhoitajien tehtävänä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Asiantuntijoina toimivien sairaanhoitajien työssä korostuvat potilaslähtöinen, terveyskeskeinen ja kokonaisvaltainen ajattelutapa. Sairaanhoitajien asiantuntijuus rakentuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Sairaanhoitajilla on asiantuntijoiden tietotaito tuoda hoitotyön näkökulma moniammatilliseen työryhmään. (Sairaanhoitajaliitto 2013, hakupäivä 3.3.2013.) Sairaanhoitajan vastaanotto on osa terveyskeskuksen päivystys- ja ajanvaraustoimintaa sekä yhteispäivystystä (Vallimies-Patomäki 2010,131).

### **2.3 Pitkäaikaissairaudet ja kontrollit terveysasemalla**

Pitkäaikaissairauksien syntyyn vaikuttavat perintötekijöiden ohella ihmisen omat elintavat, joilla on lisäksi suuri merkitys sairauden hoidossa. Terveystieteiden toimintatavat tulevat tukea potilaan aktiivisuutta ja omatoimista, arjessa tapahtuvaa terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista (omahoitoa). (Suurnäkki, Leppäkoski & Pellikka 2010, 28.)

Pitkäaikaissairauksien hoito on yhteistyötä potilaan ja ammattilaisten välillä. Toimivassa hoitotiimissä hoitajien ja lääkäreiden työnjako on selkeää ja ajankäyttö järkevää. Hoitotiimin tärkein jäsen on potilas itse. Pitkäaikaissairauksien hoito on potilaan ammattihenkilöstön yhteistyötä. Potilaan kokonaistilanne arvioidaan yksilöllisen tarpeen mukaan säännöllisesti 1 - 2 vuoden välein sairaan - tai terveydenhoitajan ja lääkärinvastaanotolla (vuosikäynti). (Suurnäkki ym. 2010, 27, 34.)

Terveysasemien arjessa on havaittu, että joidenkin potilaiden hoidosta puuttuu punainen lanka. Heidän tilannettaan käsitellään vain pintapuolisesti, ja heidät ohjataan nopeasti pois vastaanotolta. Osa potilaista koetaan hankaliksi. Lisäksi on tilanteita, joissa jokainen terveysaseman hoitotyöntekijä tietää mikä on potilaan todellinen ongelma, mutta kenelläkään ei ole velvollisuutta puuttua siihen. Kenenkään vastuuseen ei kuulu

kysyä, mitä potilaan elämään kokonaisuudessaan kuuluu. Pikaisella käynnillä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ei pystytä vastaamaan monisairaiden potilaiden hoidontarpeisiin. Myös keikka- ja vuokralääkärit, jotka eivät tunne kuntalaisten tilannetta syvällisesti, vaikeuttavat potilaiden palvelukokonaisuuden hallintaa. (Kanste ym. 2010, 54.)

## **2.4 Lääkäri - hoitajatyöparimalli**

Omassa kehittämistyössäni käytän kehittämistyönkohteesta nimitystä lääkäri - hoitajatyöparimalli. Lääkäri - hoitajatyöparimallista on kirjallisuudessa myös muita nimityksiä. Samaa tarkoittavia nimityksiä on kirjallisuudessa mm. työparityö, hoitajien ja lääkäreiden työparityöskentely, lääkäreiden ja hoitajien työnjakomalli. Lääkäri - hoitajatyöparimalli on 2000-luvulla käyttöön otettu toimintamalli. 1990-luvulla useissa terveyskeskuksissa oli käytössä väestövastuumalli. Väestövastuumalli on kuitenkin ajautunut vaikeuksiin mm. lääkäreiden liian suurien vastuuväestöjen vuoksi. (Seilo ym. 2010, 2861.) Lääkäri-hoitajatyöparimallin käyttöön oton syynä on ollut mm. vallitseva lääkäripula ja työn päivystyspainotteisuus terveyskeskuksissa.

Lääkäreiltä on viime vuosina siirtynyt terveyskeskuksissa paljon tehtäviä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille, osoittaa Stakesin kysely. Neljän viime vuoden aika tehtäviä on siirretty lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle neljässä terveyskeskuksessa viidestä (77 prosenttia). Siirtoja on tehty myös sellaisissa terveyskeskuksissa, joissa ei ole lääkäripulaa. Yhteys lääkäripulaan kuitenkin oli selvä: jos vaje oli kolmannes tai suurempi, tehtäviä oli siirretty pois lääkäreiltä 63 - 74 prosentissa terveyskeskuksista. (Rimpelä 2005, 16.) Työparityöskentelyyn siirtyneissä terveyskeskuksissa jonot ovat lyhentyneet, ja se keventää myös päivystyksen kuormaa (Vierula 2010, 3388).

Lääkäri - hoitajatyöparimallissa hoitaja ja lääkäri työskentelevät viereisissä huoneissa. Potilas käy aina ensin hoitajalla ennen kuin tulee lääkärin vastaanotolle. Hoitaja on vastuussa siitä, että kaikki lääkärin määräämät ja sairauden edellyttämät kokeet on otettu ennen lääkärin vastaanottoa. (Nukari 2008, 16.) Keskeistä toimintatavassa on, että terveystalvelujen käyttäjä ottaa yleensä aina yhteyden omaan nimettyyn sairaan- tai terveydenhoitajaan. Omahoitaja arvioi hoidon kiireellisyyden tarpeen ja ohjaa potilaan sovituin esivalmisteluin lääkärille tai varaa potilaalle ajan omalle vastaanotolleen.

Lisäksi monia hoitoon ja hoidon seurantaan sekä terveydentilan tarkastuksiin liittyviä käytännön järjestelyjä ja kysymyksiä hoidetaan puhelinyhteydessä. Hoitaja vastaa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidosta ja seurannasta pitämällä omaa vastaanottoa, avustaa lääkäriä tarvittaessa ja lisäksi huolehtii määrättyistä erityistehtävistä. (Peltonen 2009, 51.) Jos potilas ei tavoita omahoitajaa, osassa terveyskeskuksissa on potilaan mahdollisuus jättää soittopyyntö ja omahoitaja soittaa takaisin potilaille. (Perttula 2009, 16; Kauppinen 2009, 16 - 17).

Toimintamallissa korostuu erityisesti hoitajan keskeinen työ ja osaaminen kroonisten sairauksien hoidossa ja ennaltaehkäisyssä. Sekä lääkärin että hoitajan työ kohdistuu oman ammattitaidon ja yhteistyön kautta potilaan parhaaksi. (Kauppinen 2009, 16.) Kun lääkäreitä on vähän ja osaavaa henkilökuntaa löytyy, kannattaa ja pitääkin hyödyntää kaikkien ammattitaitoa. Jatkokoulutettu, asiaan perehtynyt sairaanhoitaja voi myös arvioida tilannetta ja hoidon tarvetta itsenäisesti. (Peltonen 2010, 35.)

Monisairaana potilaan lääkityksen selvittäminen on terveysasemien vastaanotolla usein työlästä. Lääkäri - hoitajatyöparimallissa sairaanhoitajan osuus painottuu lääkityksen toteutumisen selvittämiseen ja kirjaamiseen. Ennakkoselvitys vapauttaa lääkärille aikaa lääketieteellisesti haastavan monilääkityksen arviointiin ja jatkolääkityksen suunnitteluun. Yhteinen tehtävä on varmistaa potilaan tietämys sairautensa hoidosta. Terveystieteiden ammattilaisten saumaton ja selkeä työnjako helpottavat sairaanhoitajien lisääntyvää vastuuta pitkäaikaissairaiden lääkehoidossa. (Kokko 2010, 42.)

Onnistunut työparityöskentely on mahdollista vain, jos työparilla on aikaa myös vaihtaa tietoja ja kehittää työtä yhdessä. Väestövastuualueet pitää suunnitella sopivan kokoiseksi. Yhdellä työparilla ei saa olla liikaa potilaita. (Vierula 2010, 3388.) Toimivassa työparityöskentelyssä lääkärit ovat todella kokeneet työtaakkansa keventyneen. Hoitajien työ on ollut järkevää; lääkäri ohjaa sitä ja antaa palautetta heti, jos valmistelevat toimenpiteet ovat jääneet tekemättä. Lääkärin ei myöskään tarvitse vastaanotolla käyttää aikaa kaiken jatkohoidon yksityiskohtaiseen neuvontaan, vaan sen tekee omahoitaja. (Nukari 2008, 16.) Työparimallin myötä potilaiden hoitosuunnitelmat ovat parantuneet ja potilaiden omahoito on lisääntynyt (Vierula 2010, 3387).

Yhteistyö on monimutkainen ja hienostunut prosessi. Se vaatii kaikkien osapuolten luottamusta, osaamista ja sitoutumista. Vaikka organisaatiot voivat olla keskeisessä asemassa tukemassa yhteistyötä, ei organisaatio voi taata yhteistyön menestystä. Yhteistyö on prosessi, joka syntyy yksilöiden välille, ei laitosten välille ja vain yksilöt voivat määrittää syntykö yhteistyötä vai ei. (Hanneman, Lee & Cohen 1995, 108.) Työntekijöiden ja esimiesten pitää kestää kaaosta, jonka muutos tuo tullessaan ja alkuun tuntuu, että kaikki asiat ovat sekaisin, jopa nekin, jotka olivat aiemmin toimineet. Esimiesten tulee luoda henkilökuntaan uskoa ja luottaa pitkäjänteiseen kehittämiseen ja miettiä yhdessä henkilökunnan kanssa ongelmiin ratkaisuja. (Kauppinen 2009, 17.) Monissa terveyskeskuksissa onkin panostettu yhdessä kehittämiseen, johon kaikki työparimallin työntekijät voivat osallistua ja vaikuttaa. (Kauppinen 2009, 17 - 18; Perttula 2009, 16; Vierula 2010, 3388; Peltonen 2010, 37.)

### **3 LÄÄKÄRI - HOITAJATYÖPARIMALLIN KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Kehittämistyön tarkoituksena on kuvailla lääkäri - hoitajatyöparimallia Raahan terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolla. Tavoitteena on tuottaa tietoa lääkäri - hoitajatyöparimallin toiminnasta, jota voidaan käyttää muilla terveysasemilla/-keskuksissa kehitettäessä lääkäri - hoitajatyöparimalli työskentelyä.

Kehittämistyössä vastataan seuraaviin kehittämiskysymyksiin:

1. Miten Raahan terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolla kehitettiin lääkäri - hoitajatyöparimalli?
2. Millainen on Raahan terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanoton uusi käyttöönotettu lääkäri - hoitajatyöparimalli?
3. Millaisia kokemuksia lääkäreillä ja hoitajilla on lääkäri - hoitajatyöparimallin toiminnasta ja miten sitä pitäisi kehittää?

## **4 LÄÄKÄRI - HOITAJATYÖPARIMALLIN KEHIITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN**

### **4.1 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä**

Kehittämismenetelmänä olen käyttänyt toimintatutkimusta, koska kehittämistyöni tarkoituksena on kehittää organisaation toimintatapoja ja mielestäni toimintatutkimus antaa siihen hyvät lähtökohdat. Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Pienimuotoisimmillaan toimintatutkimus on oman työn kehittämistä. Työtehtävät edellyttävät kuitenkin lähes aina yhteistyötä muiden kanssa, ja siksi työn kehittäminen vaatii ihmisten välisen yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistämistä. Se onnistuu hyvin harvoin ilman, että otetaan huomioon muiden tehtävät, koko organisaatio ja toimintaympäristö. (Heikkinen 2007, 17.)

Toimintatutkimus on luonteeltaan keskeisesti yhteisöllinen prosessi. Toimintatutkimuksessa tutkija osallistuu tutkittavan yhteisön toimintaa ja pyrkii ratkaisemaan tietyn ongelman yhdessä yhteisön jäsenten kanssa. Lähestymistapa edellyttää yhteisöltä valmiutta muutokseen ja itsensä kehittämiseen. Samalla se edellyttää panostusta oman toiminnan arvioivaan tarkasteluun. (Kiviniemi 1999, 64 - 65.)

Toimintatutkimukseen liittyy käsitys toiminnan vähitellen ja usean vaiheen kautta tapahtuvasta prosessinomaisesta kehittämisestä. Työtään kehittävässä yhteisössä pyritään toisin sanoen hyödyntämään kehittämiskokemuksista ja eri aineistonkeruuvaiheista saatava palaute meneillään olevan toiminnan muuttamiseksi ja uudentyypisten toimintakäytäntöjen toteuttamiseksi. (Kiviniemi 1999, 63.)

Toimintatutkimus edellyttää tiivistä yhteistyötä tutkijan ja työntekijöiden kesken ja sen painopisteenä on edistää muutosta organisaation sisällä (Gray 2004, 26). Toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan tehden tutkimuskohteensa tarkoitukselliseen muutokseen tähtäävän väliintulon, intervention (Heikkinen 2007, 19). Interventiossa

muutetaan siis jotain – tehdään jotain toisin kuin on ennen tehty - ja katsotaan, mitä sitten tapahtuu. Toimintatutkimuksessa ei kuitenkaan ole tarkoitus tehdä millaisia muutoksia tahansa, vaan toimintatutkimuksen keskeisenä ideaalina pidetään juuri muutosta parempaan. ( Heikkinen & Jyrkämä 1999, 44 - 45.)

Osallistuminen tutkimuskohteen toimintaa vaikuttaa tutkijan kielenkäyttöön. Hän ei välttämättä etäännytä itseään kohteesta piiloutumalla passiivimuotoon tai yksikön kolmanteen persoonaan vaan käyttää aktiivimuotoa ja ensimmäistä persoonaa. Tutkimusraportin kertojana voi olla minä tai me, jolloin siitä tulee kertova, narratiivinen. Raportissa on ajassa etenevä juoni: kertomus alkaa jostain, etenee tiettyjen juonikäänneiden kautta vaiheesta toiseen ja päättyy johonkin. (Heikkinen 2007, 20 - 21.)

## **4.2 Osallistujat ja aineiston keruun vaiheet**

Toimintatutkimuksen hankkeen suunnittelemisen jälkeen, seuraava kysymys on miten kerätä tietoa. Kuten useissa tutkimusmetodeissa erilaisia tekniikoita on käytettävissä toimintatutkimuksessa, pääperiaate on kuitenkin kerätä systemaattisesti tietoa, joka on pysyvää tietoa siitä mitä on tapahtunut. Mitä tahansa tiedonkeruumenetelmää käytetäänkään, on suositeltavaa pitää päiväkirjaa koko toimintatutkimuksen hankkeen ajan, se antaa vähintäänkin tosiasiallisen kuvauksen tapahtumista, päivämääristä ja ihmisistä hankkeessa. (Gray 2004, 384.)

Kehittämistyöni aikana olen kirjoittanut päiväkirjaa työryhmän palavereista, joita on pidetty lääkäri - hoitajatyöparimallin kehittämiseksi. Olen nauhoittanut palavereja osallistujien luvalla, jotta voisin tarkastella myöhemmin esiin tulleita asioita. Kehittämiskysymyksiin on kerätty tietoa sekä suullisesti että kirjallisesti työparimallin pilotointiin osallistuvilta. Haastattelut ovat erityisen hyödyllisiä syvällistä ymmärrystä hankittaessa osallistujan henkilökohtaisista kokemuksista. Ne myös antavat sekä tutkijalle ja osallistujalle mahdollisuuden tavoittaa syvällistä tietoa aiheesta tai ongelmasta (Koch & Kralik 2006, 31.)

Haastattelun eduksi on laskettava myös se, että kun haastatteluluvasta sovitaan henkilökohtaisesti, tiedonantajat luvan annettuaan harvoin kieltäytyvät haastattelusta tai kieltävät haastattelunsa käytön tutkimusaineistona. Laadullisen tutkimuksen

vastaamattomuus ei ole ongelma ns. yleistettävyyden kannalta, koska ei ole edes tarkoitus yleistää. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 74.)

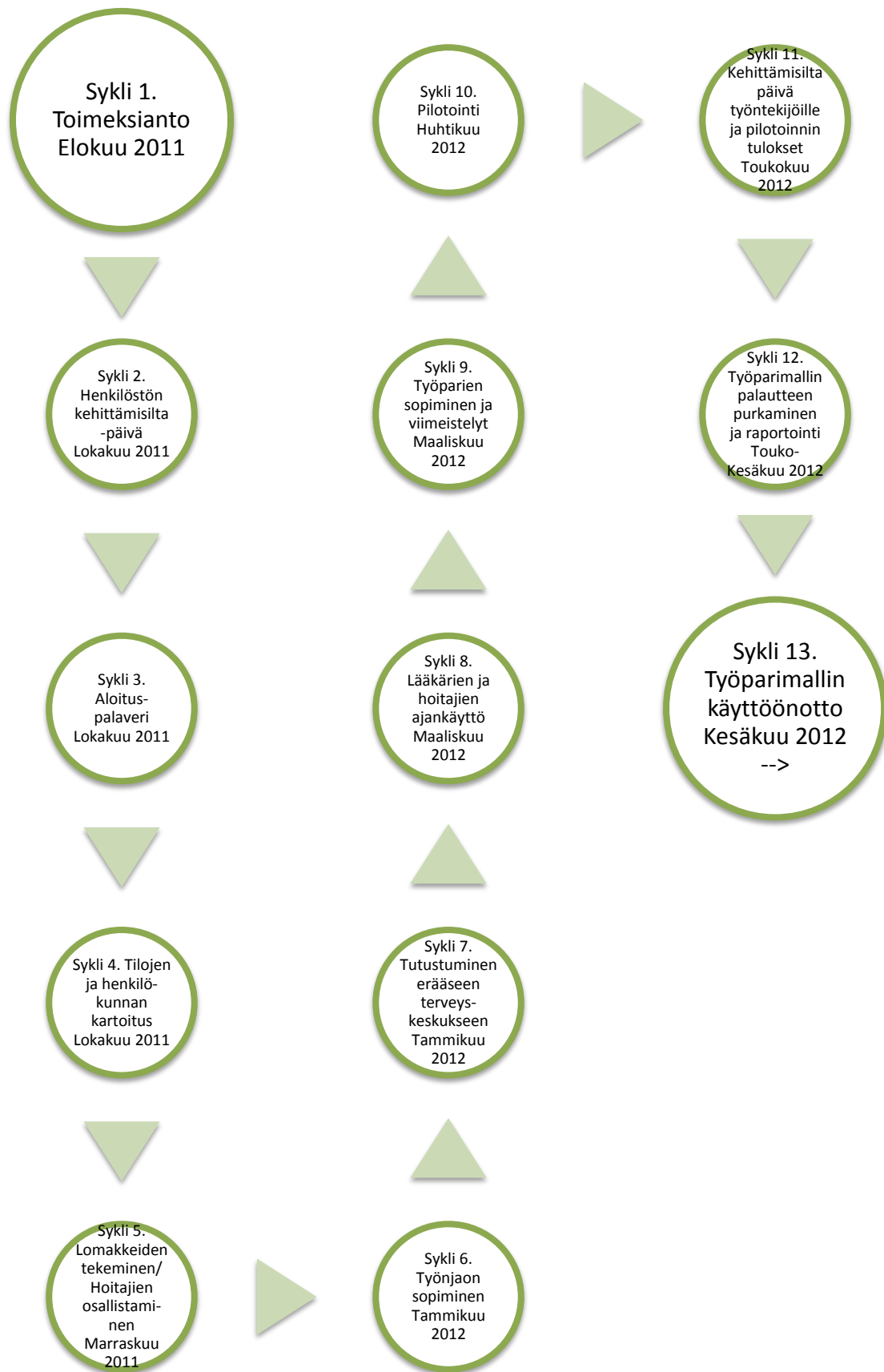
Haastattelujen lisäksi Raahen perusterveydenhuollon vastaanoton henkilökuntaa on osallistettu lääkäri - hoitajatyöparimallin kehittämiseen. Osallistamisen käsite on tietyssä mielessä paradoksaalinen. Toisaalta käsite korostaa toimijoiden subjektiivutta (henkilö osallistuu johonkin), mutta toisaalta siihen liittyy ulkoapäin vaikuttaminen ja objektivointi (joku osallistaa henkilöä). Ulkopuolisen aloitteesta huolimatta itse osallistavan toiminnan ajatellaan johtavan omaehtoiseen osallistumiseen. Osallistamisen ja osallistumisen käsitteet liittyvät tiiviisti toisiinsa. Osallistaminen on mahdollisuuksien tarjoamista, kun taas osallistuminen on mahdollisuuksien hyödyntämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 90.)

Osallistumisella on kaksi suuntaa: kehittäjät osallistuvat käytännön toimintaan, mutta myös toimijat osallistuvat kehittämiseen. Kehittäjän rooli voi vaihdella. Yksi kehittäjän rooleista on kehittäjä-työntekijä, joka työskentelee, kerää tietoa ja analysoi sitä reflektiivisesti yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Osallistavassa toimintatutkimuksessa kehittäjät ovat aktiivisia toimijoita ja toimijat aktiivisia kehittäjiä. (Toikko & Rantanen 2009, 91.)

Lääkäri - hoitajatyöparimallin pilotointi tapahtui keväällä 2012. Pilotointiin osallistui kaksi hoitajaa ja kaksi lääkäriä. Olen pilotoinut ja ollut havannoimassa työparien työskentelyä. Havainnointi (observing) on yksi tavallisimmista aineiston keruun menetelmistä kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Se sopii aineistojen keruuseen, jos tutkimusaiheesta tiedetään vähän tai ei juuri lainkaan. Sen avulla tutkittavan asian voi nähdä oikeissa yhteyksissä ja asiasta voi saada monipuolisemman kuvan. Lisäksi havainnointi kytketään usein muihin aineiston hankkimisen menetelmiin kuten haastatteluihin. Havainnointi voi olla piilohavainnointia, havainnointia ilman osallistumista, osallistuvaa havainnointia tai osallistavaa havainnointia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93 - 94.) Osallistuvaa havainnointia voidaan tehdä joko niin, että tutkija on enemmän tutkijan roolissa (havainnoija osallistujana) tai että hän on enemmän tutkijan roolissa (osallistuja havainnoijana). Viimeksi mainittu tilanne on useissa toimintatutkimuksissa. Todellisissa tarkkailutilanteissa tutkijan on vaikeaa – joskus jopa tarpeetonkin – olla täysin ulkopuolisenä tarkkailtavassa tilanteessa.

Tutkijalla on oma moraalinen vastuu puuttua epäkohtiin tai vääryyksiin. (Metsämuuronen 2006, 117.)

Toimintatutkimukselliselle työkäytäntöjen uudistamiselle on ominaista jatkuvuus. Ensimmäisen toteutusvaiheen tulisi olla lähinnä alkua jatkuvalla kehittämistyöllä ja sen ideoinnilla, miten käytäntöjä tulisi muuttaa. (Kiviniemi 1999, 67.) Heikkisen (2007, 19) mukaan toimintatutkimukseen kuuluukin syklisyys. Yhteen suunnitelmaan perustuvaa kokeilua seuraa kokemusten pohjalta parannettu suunnitelma. Toimintaa hiotaan useiden peräkkäisten suunnittelu- ja kokeilusykliden avulla. Näin muodostuu kokeilujen ja tutkimusten vuorovaikutuksena etenevä spiraali. Raahen lääkäri - hoitajatyöparimallin aineistojen keruiden vaiheet on esitetty sykleittäin elokuun 2011 ja kesäkuun 2012 välillä. (Kuvio 1.)



KUVIO 1. Aineistojen keruiden syklit

### 4.3 Aineistojen analyysi ja kehittämistulosten esittäminen

Toimintatutkimus yhdistää tutkimuksen ja toiminnan joustavaan tapahtumaketjuun, joka on kokonaisvaltainen eikä niinkään erillisiä vaiheita: tiedonkeruu tutkimuksen aiheesta, tiedon analyysi ja tiedon tulkinta; suunnitteleminen ja käyttöönotetut toimintasuunnitelmat tuovat positiivisia muutoksia; ja arviointi näistä muutoksista tuo yhä edelleen uutta tietoa, analysointi ja tulkinta... ja niin edelleen yhä uuteen joustavaan tapahtumaketjuun, kunnes syntyy päätös aineiston julkaisemisesta tämän hetkisestä tilanteesta. Koska toimintatutkimus on vahvasti kytköksissä työelämän toimintaan, syklinen prosessi ei lopu vaikka tutkimuksen tiedot on kirjoitettu vaikkakin tiedonkeruu vähenee. (Somekh 2005, 6 - 7.)

Perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä, on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysiä voi pitää paitsi yksittäisenä metodina myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Voidaan myös sanoa, että useimmat eri nimillä kulkevat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa tavalla tai toisella sisällönanalyysiin, jos sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Tämän kehittämistyön aineisto koostuu kehittämistyön aikana tehdyistä kirjallisista materiaaleista, työpapereista, haastatteluista, tutkittavan kohteen havainnoimisesta ja tutkijan pitämästä päiväkirjasta. Aineiston analysointi on tehty sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysi sopii hyvin stukturoimattomankin aineiston analyysiin. Sisällönanalyysissä voidaan analysoida dokumentteja, joita ovat esimerkiksi kirjat, artikkelit, päiväkirjat, kirjeet, haastattelu, puhe, keskustelu, dialogi, raportit ja miltei mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 108.)

## 5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

### 5.1 Raahan perusterveydenhuollon lääkäri-hoitajatyöparimallin kehittäminen

Lääkäri - hoitajatyöparimallin toiminta muokkautui palavereissa sovituista ja työstetyistä asioista sekä Raahan terveysaseman työntekijöiden työpanoksista toimintaa varten. Työntekijöitä osallistettiin kehittämisiltapäivässä (sykli 2), joka oli suunnattu koko henkilökunnalle, sekä antamalla tehtävänanto työntekijöille. Kehittämisiltapäivän tehtävänannossa työntekijät työstivät työnjakoa lääkäri - hoitajatyöparimallissa.

Syksyllä 2011 työstimme sykli 3:n vaiheessa terveyden- ja sairaanhoidon tulosaluejohtajan toimeksiantoa. (sykli 1.) Tähän palaveriin osallistuivat avohoidon tulosyksikön johtaja, (yleislääketieteen erikoislääkäri, työryhmän puheenjohtaja), lääkärinvastaanoton osastonhoitaja, avohoidon tulosyksikön palveluesimies ja sairaanhoitaja (ts. kehittämistyön tekijä, työryhmän sihteeri). Palavereja pidettiin yhteensä 10, joista yksi oli tutustumisen erään terveyskeskuksen tiimityöskentelymalliin. Keväällä 2012 palavereissa oli myös mukana työparimallia pilotoineet lääkäri ja hoitaja.

Raahan lääkäri - hoitajatyöparimalli kehittyi pitkäaikaispotilaiden määrääikaistarkastukseen liittyvistä osatekijöistä. Näitä osatekijöitä olivat *ajankäyttö, työnjako, lomakkeet, tilat ja henkilökunta sekä toiseen terveyskeskukseen tutustuminen*. Seuraavissa luvuissa on kuvattu Raahan työparimallin kehittämisen osatekijät.

#### 5.1.1 Tilat ja henkilökunta

Lääkäri-hoitaja työparimallin kehittämistoiminta alkoi potilaiden vastaanoton tilojen kartoittamisella ja suunnittelulla (sykli 4). Raahan lääkärinvastaanoton tilat oli juuri remontoitu. Tämä mahdollisti tietyt ehdot täyttävien tilojen valinnan työparimallin työskentelyä varten. Yhtenä ehtona oli, että löytyisi kaksi huonetta väliovella. Käytännön työtä ajatellen pohdittiin myös huoneiden kalustamista ja työvälineiden sijoittelua. Järkevintä olisi työn sujuvuuden kannalta huoneiden samanlainen sisustaminen eli työvälineet löytyisivät kutakuinkin samoista paikoista joka huoneessa.

Pohjapiirustuksen ja työryhmän osaamisen ja kokemusten perusteella määriteltiin kolme huonetta, joita voisi käyttää pilotoinnissa.

Tilojen kartoittamisen yhteydessä mietittiin myös henkilöstöresursseja Raahen lääkärin vastaanotolla (sykli 4). Vastaanotolla työskenteli kehittämistehtävän aikana 10 sairaanhoitajaa, osastonhoitaja, 2 osastosihteeriä ja lääkärin virkoja vastaanotolla on 11. Käytännössä vastaanotolla oli 3 vakituista lääkäriä. Heidän lisäksi töissä oli 5 - 6 osa-aikaista lääkäriä. Lääkärien työpanokset jakautuvat lääkärin vastaanoton lisäksi neuvolan, koulun ja vanhushuollon kesken. Lääkärin työpanoksen jakautumisen ja pitkien potilasjonojen vuoksi, koettiin tärkeinä optimoida sekä lääkärin työaika että potilasjonon purkaminen sisällöllisesti paremmin eli tarkoituksena oli pitkäaikaissairauksia sairastavan potilaan hyötyminen vastaanotosta aikaisempaa enemmän.

Lääkärien työaika oli kartoitettu Raahen lääkärin vastaanotolla jo keväällä 2011 ja yhdeltä viikolta oli laskettu lääkärin tekemät tunnit eri työtehtävissä. Tuntijakauma yhdelle viikolle kaikkien lääkärin kesken Raahen lääkärinvastaanotolla jakautui seuraavasti: Lääkärin vastaanotto 38 h, päivystysajat 83 h, puhelinajat 10 h 30 min, reseptien uusinta-ajat 11 h 20 min.

Hoitajien työtehtävät ovat päivittäin jaettu Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolla ja hoitajien työnkuvat vaihtelevat myös erikoisosaamisen perusteella. Diabeteshoitajat, keuhkohoitaja, gynekologian sairaanhoitaja ja sydänhoitaja ovat poissa perusterveydenhuollon vastaanottotyöstä silloin, kun heillä on omat erikoissairaanhoidonvastaanottonsa. Koulutuksiin osallistuminen vähentää myös hoitajaresursseja. Hoitajan työnkuviin kuuluu mm. puhelinvastaanoton pitäminen, lääkärin avustaminen, reseptien kirjoittaminen, ajanvaraushoitajana ja päivystävänä hoitajana toimiminen.

Raahen kaupungin väestöpohja on noin 22.000 ihmistä. Potilasjonot Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolle olivat pitkät kehittämistyön alkaessa. Kehittämistyössä korostui lääkärin ajankäyttö sisällöllisesti ja sen toivottiin myös vähentävän päällekkäisyyksiä erikoissairaanhoidon kanssa. Suunniteltua pilottijaksoa jouduttiin lykkäämään kertaalleen vakituisen lääkärinkunnan vajeen takia.

Vakituinen ja pysyvä lääkärikunta koettiin olevan lääkäri-hoitajatyöparimallin peruspilari. Lääkäri-hoitajatyöparimallin kokeilu oli kuitenkin toivottu ja hoitohenkilökunnasta oli useampia hoitajia jo ilmoittanut osallistuvansa. Pilotointi (sykli 10) tapahtui keväällä 2012. Pilotointia helpotti lääkärin vastaanoton työntekijöiden osallistaminen työparimallin suunnitteluun, koska työntekijät pystyivät viemään informaatiota toisille työntekijöille. Pilotointia kokeilleet työntekijät kertoivat kokemuksiaan pilotoinnin jälkeen vastaanoton työntekijöille suunnatussa kehittämisiltapäivässä (sykli 11).

Hoitajien koulutustarpeesta keskusteltaessa todettiin, että hoitajilla on jo paljon erityisosaamista ja koulutustarpeen arviointi onnistuisi vasta kokeilun jälkeen. Tärkeänä asiana tuotiin esille yhteinen aika ja koulutus työntekijöiden kesken kokeilun yhteydessä sekä korostettiin työntekijän sosiaalisten taitojen osuutta työparimallissa. Hoitajan työnkuvan vaativuuden arviointia pohdittiin toteutuvaksi kokeilun jälkeen.

### **5.1.2 Lääkäri-hoitajatyöparimallin lomakkeet**

Lomakkeita (sykli 5), joita tarvittiin työnjakoa, hoitosuunnitelmaa ja ajanvarausta varten Raahen terveysaseman työparimallissa, oli yhteensä neljä. Näitä lomakkeita olivat *ajanvarausilmoitus* potilaalle (liite 1), hoitajan *määräaikaistarkastus* (liite 2), lääkärin määräykset eli *LÄMÄ-lehti* ja hoitajan *tarkistuslista vastaanoton jälkeen* (liite 3).

Aiemmin jo käytössä ollut ajanvarausilmoitusta muokkasimme sellaiseksi, että potilas tietää sen perusteella tulevansa sekä hoitajan että lääkärin vastaanotolle. Ajanvarausilmoituksessa pyydetään potilasta ottamaan mukaansa vastaanotolle tarvittavat hänen terveydentilaa koskevat dokumentit, henkilöllisyystodistuksen ja käymään määrättyissä tutkimuksissa ennen lääkärinvastaanottoa. Ajanvarausilmoituksen ulkoasua pohdittiin työryhmässä ja kehitystyön tekijä muokkasi sitä pohdinnan mukaisesti. Ilmoitus arvioitiin ja viimeisteltiin työryhmässä ennen sen käyttöönottamista. Ajanvarausilmoituksen kehittäminen perustui työryhmän jäsenten käytännön kokemuksiin, joiden mukaan ilmoituksen tuli olla mahdollisimman lyhyt, helppolukuinen ja erityisesti helposti ymmärrettävissä. Ilmoituksen ulkonäköä suunniteltaessa otettiin huomioon, että se oli välittömästi kirjekuoreen laitettavissa ja

potilaan nimi- ja osoitetiedot tulivat näkyviin kirjekuoren ikkunaan.

Hoitajan määräaikaistarkastuksen työstämiseksi Raahen terveysaseman vastaanoton hoitajista nimettiin siihen kolme hoitajaa (sykli 5). Hoitajat eivät kuitenkaan saaneet esihaastattelulomaketta valmiiksi vaan sen työstämistä jatkettiin työryhmässä. Sen sijaan hoitajat määrittivät hyvin mitä asioita pitäisi huomioida lääkärin vastaanoton jälkeen ja työstivät hoitajan tarkistuslistan vastaanoton jälkeen. Työryhmässä tuli esiin useita sellaisia asioita, jotka olisivat sisällytettävissä vastaanoton yhteydessä hoitajan määräaikaistarkastukseen. Näitä asioita olivat mm. kelan tukiasiat, verenpainemittaukset, lääkelista, päihteet, tupakointi, alkoholi, ravitsemus, ravitsemusneuvonta, liikunta, uni, aistit, kotimittaukset (pef, verensokeri ja verenpaine), asuminen, muisti, mieliala, harrastukset, sosiaaliset suhteet. Osa näistä asioista oli tullut jo työntekijöiden kehittämisiltapäivässä esille. Määräaikaistarkastuksen kehittämisen pohjana käytettiin kotisairaanhoidon potilaan vuositarkastuslomaketta. Lisäksi työryhmässä pohdittiin myös aikuisneuvolan haastattelulomakkeen hyödyntämistä, jota ei kuitenkaan käytetty hoitajien määräaikaistarkastuksen kehittelyssä.

### **5.1.3 Lääkärin ja hoitajan työnjako lääkäri-hoitajatyöparimallissa**

Lääkäri-hoitajatyöparimallin kehittämistyön haastavin vaihe oli mallin työjaon suunnittelu ja määrittely (sykli 6). Lääkärin ja hoitajan työnjakoa pohdittiin kehittämisiltapäivällä terveysaseman työntekijöiden kanssa. Kehittämisiltapäivän ideoista työnjakoa työstettiin edelleen työryhmän palaverissa. Työnjako koski pitkäaikaissairaiden määräaikaistarkastuspotilaiden lääkärin ja hoitajan vastaanottotoimintaa.

Työntekijät olivat pohtineet kehittämisiltapäivässä hoitajan ja lääkärin välistä työnjakoa, työjaon ongelmia, edellytyksiä, hyötyjä sekä ”hoitosuunnitelmaa”. Hoitosuunnitelmalla tarkoitettiin lähinnä kirjaamista ja sen toteutumista. Työntekijöiden ajatukset työjaosta on kerätty taulukkoon 1.

TAULUKKO 1. Työntekijöiden ajatukset lääkäri – hoitajatyöparimallin työnjaosta

Hoitajan ja lääkärin työnjako	Edellytykset lääkäri-hoitajatyöparimallille
<ul style="list-style-type: none"> <li>- riittävästi aikaa</li> <li>- lääkityslista, RR, monia asioita -tulostus ja tarkastus? lääkäri päivittää</li> <li>- osoitetiedot, lähiomaiset</li> <li>- kotimittaukset, resepti (ajanvarauskirjeeseen maininta)</li> <li>- reseptien uusiminen</li> <li>- dosetti mukaan vastaanotolle iäkkäille</li> <li>- B- ja C-lausuntojen tarve, lomakkeen esitäyttäminen?</li> <li>- asiakkaan riisuttaminen</li> <li>- vastaanoton jälkeen hoitosuunnitelman läpikäyminen</li> <li>- lääkäri+hoitaja+asiakas = suunnitelma</li> <li>- Rava, MMSE -&gt;tutkimusten suunnittelu? omaiselle/asiakkaalle etukäteen</li> <li>- tutkimusten ohjaaminen, näytteenottopurkit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toimivat tilat ja välineet, huoneet vierekkäin väliovella!</li> <li>- riittävät resurssit</li> </ul>
	<p><b>Ongelmat lääkäri-hoitajatyöparimallissa</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aikataulussa pysyminen!</li> <li>- mitä jos labrat ottamatta, reseptit kotona jne.</li> </ul>
	<p><b>Hyödyt lääkäri-hoitajatyöparimallissa</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ”raskas” potilasmateriaali hyötyy</li> <li>- lääkärintyötä helpottaa</li> <li>- ”suurkuluttajille” oma vastaanotto/aulaemäntä</li> <li>- määräraikaiskontrollit vähentäisivät laboratorionkokeiden ottoa</li> </ul>
<p><b>Hoitosuunnitelma</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- sissun tyylinen ei palvele tarkoitusta</li> <li>- blanko+fraasit</li> <li>- suunnitelma, toteutus?</li> <li>- mahdollisimman yksinkertainen</li> <li>- tallentuu efficalle</li> <li>- diagnoosi eri lehdelle?</li> <li>- lääkelista + tiivistelmä + hoitosuunnitelma</li> <li>- hoitosuunnitelma heti käytettävissä</li> <li>- mitä käytetään kokeilun aikana?</li> </ul>	

Lääkärien ja hoitajien välistä työnjakoa kontrollipotilaiden kohdalla mietittiin työryhmässä kotisairaanhoidon potilaan vuositarkastuslomakkeen pohjalta. Kotisairaanhoidon vuositarkastuslomakkeen ja työntekijöiden kehittämisiltapäivän pohjalta syntyi työnjako Raahen lääkäri-hoitajatyöparimallille, joka on esitetty kuviossa 2.



*KUVIO 2.* Raahen lääkäri - hoitajatyöparimallin työnjako

### 5.1.4 Tutustuminen tiimityöskentely terveystieteeseen

Tutustuminen erääseen terveystieteeseen (sykli 7), jossa oli käytössä tiimityöskentelymalli, oli lääkäri-hoitajatyöparimallin kokeilemiseen kannustava. Tässä terveystieteessä olivat lähtöasetelmat olleet samat kuin Raahen terveystasemalla; lääkäripula ja vastaanotto päivystyspaineista. Terveystieteeseen tiimityöskentelymallin kehittämisessä oli luotu tiimit vastuuhoidajan ja vastuulääkärin ympärille. Jokaisessa tiimissä toimi neljä lääkäriä ja hoitajaa.

Potilaiden jako tiimien kesken oli tehty maantieteellisin perustein ja se oli teetättänyt paljon työtä. Työryhmä, joka vieraili tässä terveystieteessä, ei halunnut palata maantieteelliseen potilaiden jakoon. Aiemmin myös Raahessa on potilaat jaettu eri lääkäreille ja terveystasemille potilaan asuinpaikan mukaan. Lääkäri - hoitajatyöparimallin työryhmä koki, että maantieteellinen jako on työlästä ja eikä se sovellu nykypäivään enää.

Vierailtavassa terveystieteiden keskuksessa oli pidetty kerran viikossa tiimipalavereja työntekijöiden kesken. Kaikilla terveystieteiden keskuksen työntekijöillä oli mahdollista osallistua myös kehittämissuunnitelmapalavereihin. Uuden työskentelymallin käyttöönottoaiheessa ilmeni aluksi muutostarintoa. Tässä tilanteessa oli terveystieteiden keskuksessa turvauttu työterveyshuollon apuun. Terveystieteiden keskuksessa korostui avoin keskustelu ja yhdessä kehittäminen. Lääkäri - hoitajatyöparimallin työryhmälle jäi voimakas tunne siitä, että työntekijöiden osallistaminen oman työn kehittämiseen on tärkeää. Lisäksi työntekijöiden yhteisiä palavereita tulisi pitää lääkäri - hoitajatyöparimallia toteutettaessa.

Tiimityöskentelymallin mukaan toimivilla terveystieteiden keskuksen lääkäreillä ja hoitajilla oli erityisosaamista. Heillä oli myös mahdollisuus konsultoida toisen tiimin erityisosaajaa tarvittaessa. Työryhmä koki, että Raahen terveystieteiden keskuksen hoitajilla oli erityisosaamista myös ja erikoissairaanhoidon lääkärit sekä hoitajat ovat helposti konsultoitavissa. Tätä pidettiin Raahen terveystieteiden keskuksen hyvänä puolena. Konsultaation mahdollisuus on tärkeää ja Raahessa sen mahdollistaa se, että erikoissairaanhoidon toteutetaan samassa rakennuksessa.

Vierailumme kohteena olevan terveystieteiden keskuksen tiimityöskentelymallissa lääkäreille oli tarjolla tutorointia ja hoitajille mentorointia. Tutoroinnin ja mentoroinnin tarkoitus oli tarjota uusille ja kokemattomille työntekijöille mahdollisuus helppoon työkehittämiseen ja ongelmatilanteiden ratkomiseen kokeneen työntekijän opastuksella. Raahessa tutorointia on järjestetty lääkäreille yhtenä päivänä viikossa.

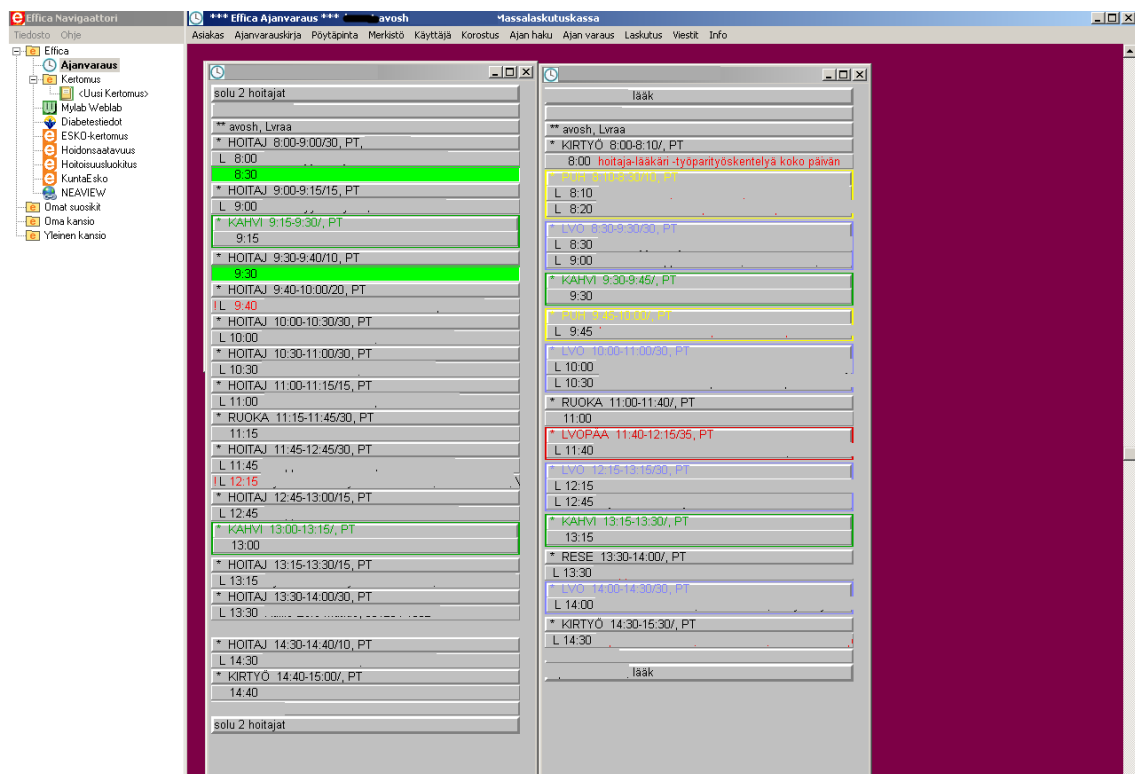
Tiimityöskentelymallia toteuttavassa terveystieteiden keskuksessa oli vierailuhetkenä jopa ylitarjontaa lääkäreistä. Mallin toimivuus oli levinnyt työntekijöiden kesken ”suusanallisesti”. Heikkona puolena pidettiin sitä, että tiimin varsinaisten hoitajien tilalle sijaisten saaminen oli vaikeaa ja sijaisuuksia tekemään oli jo pohdittu varahenkilöstön palkkaamista.

### **5.1.5 Lääkärin ja hoitajan ajankäyttö lääkäri-hoitajatyöparimallissa**

Lääkäri-hoitajatyöparimallin työryhmä suunnitteli lääkärin ja hoitajan ajankäyttöä yhdessä palavereista. Ajankäytön suunnitteleminen oli haasteellista sillä sekä lääkärille

että hoitajalle oli suunniteltava sellaiset aikataulut, joissa kummallakin olisi työtä ja toiminta olisi joustavaa. Näiden asioiden saavuttamiseksi lääkärin tuli aloittaa työpäivänsä jollain muulla kuin potilastyöllä, sillä hoitaja haastatteli ensin ennen lääkärin vastaanottoa potilaan. Tämän vuoksi lääkärin päivä suunniteltiin alkavaksi puhelintunnilla. Lääkärille lisättiin samasta syystä ja ajankäytön optimoimiseksi aikatauluun yksi päivystysaika ja soittoaika.

Hoitajalle varattiin määräaikaishoidon ensikontaktiin puoli tuntia. Sama aika varattiin lääkärin vastaanottoon. Lääkärin vastaanoton jälkeen hoitajalla oli 10 – 15 minuuttia aikaa hoitaa potilaan jatkohoitajärjestelyt. Efficalle tehtiin ajanvarauskirjat lääkäri – hoitajatyöparimallia varten. Hoitajan ja lääkärin aikataulu on nähtävissä kuvassa 1.



KUVA 1. Lääkärin ja hoitajan aikataulut Raahen työparimallissa

## 5.2 Raahen perusterveydenhuollon lääkäri - hoitajatyöparimalli

Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanoton jonolistalla on paljon monisairaita ja kansansairauksia sairastavia potilaita, jotka odottavat määräaikaistarkastustaan. Lääkäri - hoitajatyöparimallin yksi lähtökohta on ollut tarjota

määräaikaipotilaille parempaa palvelua. Lisäksi määräaikaistarkastuksen sisältöön on pyritty vaikuttamaan lääkäri - hoitajatyöparityöskentelyllä.

Raahen lääkäri - hoitajatyöparimallissa potilaat eivät ole listautuneet eikä potilaita ole jaoteltu asuinpaikan mukaan tietyille työparille. Raahen osastosihteeri tai potilasjonohoitaja valitsee jonolistasta määräaikaistarkastusta tarvitsevat potilaat ja heille lähetetään ajanvarausilmoitus. Potilasta pyydetään käymään tarvittavissa tutkimuksissa ennen vastaanotolle saapumista sekä tuomaan mukanaan tarvittavat dokumentit koskien pitkäaikaissairauksia.

Kaikki lääkärit ja hoitajat eivät toteuta lääkäri - hoitajatyöparimallia Raahen terveysasemalla, sillä perusterveydenhuollon toiminnassa on tarvetta mm. päivystyspotilaiden hoitoon ja hoitajan vastaanottoon. Työntekijät, jotka toteuttavat lääkäri - hoitajatyöparimallia, ovat vapaaehtoisia ja työparimallityöskentelystä kiinnostuneita. Hoitajat, jotka ovat mukana lääkäri - hoitajatyöparimallissa, omaavat hyvän ammattitaidon ja heillä on paljon työkokemusta. Hoitajien ammattitaitoisuus auttaa uutta tai vastavalmistunutta lääkäriä työssään. Kokeneilta hoitajilta on helppo kysyä toimintatavoista, jotka ovat jokaisella terveysasemalla ainakin hieman toisistaan poikkeavia. Hoitajien ammattitaitoisuus ja lääkäri - hoitajatyöparimallityöskentely auttavat myös rekrytoinnissa.

Hoitaja haastattelee potilaan ensin määräaikaistarkastuksessa. Ennen lääkäri - hoitajatyöparimallitoimintaa potilas meni suoraan lääkärin vastaanotolle. Hoitaja selvittää potilaan ongelmat ja terveydentilan lääkärinvastaanottoa varten sekä tarkistaa potilaan lääkityslistan. Tämä työ on ennen kuulunut lääkärille ja usein voi käydä niin, ettei lääkärin aika riitä kaikkeen siihen mitä määräaikaistarkastukseen pitäisi sisältyä. Lääkäriltä kuluu aikaa hänen selvittäessään potilaan vastaanottohetken ongelmaa ja silloin muut asiat jäävät ajanpuutteen vuoksi selvittämättä. Lääkärin työn siirtämisellä hoitajalle on yritetty saada entistä laadukkaampaa palvelua potilaalle.

Hoitajan vastaanoton jälkeen potilas menee lääkärinvastaanotolle. Hoitaja antaa potilaasta raportin lääkärille ja tuo esille etenkin potilaan mahdolliset uudet vaivat ja terveysongelmat. Lääkäri tekee tarkemman potilaan anamneesin, tutkii potilaan statusken ja käy läpi mahdolliset potilaalle tehdyt mittaukset ja kokeiden tulokset.

Koska hoitaja on tarkistanut potilaan lääkelistan, lääkäri voi tehdä lääkemuutokset ja reseptien uusinnat vastaanotolla ilman lääkelistan läpikäymistä potilaan kanssa. Potilaasta tehtävät lääkärinmääräykset lääkäri kirjaa potilaan sairauskertomuksen LÄMÄ-lehdelle.

Lääkärin käynnin jälkeen potilas käy vielä uudelleen hoitajan vastaanotolla. Hoitaja käy LÄMÄ-lehdelle kirjoitetut lääkärin määräykset potilaan kanssa läpi. Lisäksi hoitaja tilaa ja varaa lääkärin vastaanotolla potilaalle määrätyt tutkimukset ja tekee uudet ajanvaraukset. Potilaan ei tarvitse näin tehden mennä enää terveysaseman palvelupisteeseen varaamaan aikoja ja mahdollisesti epäselviksi jääneet asiat selvitetään hoitajan vastaanotolla heti lääkärin vastaanottokäynnin jälkeen. Tällä menettelytavalla pyritään välttämään potilaan ”luukuttamista” terveydenhuollossa. Tavoitteena on, että potilaalle ei jää vastaanottokäynnistään epäselviä asioita. Tämä puolestaan vähentää potilaiden tarvetta soittaa terveysasemalle.

### **5.3 Lääkärien ja hoitajien kokemukset ja kehittämisehdotukset lääkäri-hoitajatyöparimallista**

Lääkärien ja hoitajien kokemuksia kerättiin pilotoinnin jälkeen (sykli 11). Lääkärien ja hoitajien kokemukset lääkäri-hoitaja työparimallista olivat enemmän positiivisia kuin negatiivisia. Molemmat ammattikunnat mainitsivat haastateltaessa ensimmäisenä hyvänä kokemuksena yhteistyön tekemisen vastaanotossa. Vastaanoton pitäminen koettiin mielekkäämpänä, koska se ei ollut yksinäistä. Sekä hoitajat että lääkärit mainitsivat vastaanoton pitämisen entistä sujuvampana ja helpompana, koska vastaanottoa pidettiin viereisissä huoneissa. Potilaan asioiden tarkentaminen sujui helposti, kun lääkäri ja hoitaja olivat viereisissä huoneissa. Huoneet oli ennen kokeilua valittu niin, että niitä yhdisti väliovi. Tilojen merkitys oli myös tärkeä ja myönteinen osatekijä vastaanoton toimivuudessa molempien ammattikunnan mielestä.

Hoitajat haastattelivat potilaita määräaikaistarkastuslomakkeen mukaisesti ennen lääkärin vastaanottoa. Hoitajat kokivat määräaikaistarkastuslomakkeen selkeäksi ja helpoksi täyttää. Havainnoijan näkökulmasta tarkasteltuna potilaat vastasivat mielellään kyselyyn ja valtaosa potilaista vaikutti hyväntuuliselta hoitajan haastattelussa. Tosin hyväntuulisuuteen saattoi vaikuttaa myös kokeneen hoitajan asenne ja haastattelutyöli.

Lääkärien vastaanotto oli haastateltavien mukaan entistä jäsentyneempää ja kokonaisvaltaisempaa, koska hoitaja oli kirjannut potilaan vaivat ja ongelmat jo määräaikaistarkastuslomakkeeseen ja raportoinut niistä myös lääkärille. Hoitajan ja potilaan yhdessä läpikäyty lääkelista ja reseptien esikäsittely helpottivat osaltaan lääkäriä vastaanoton pitämisessä. Lääkelistan läpikäymisestä toinen lääkäri toi esille omien työskentelytapojen rutinoitumisen ja niiden muuttamisen. Tällä hän tarkoitti sitä, että pitäisi oppia olemaan puuttumatta kaikkeen siihen mihin on tottunut puuttumaan mm. potilaan lääkelistaan. Hoitajan täyttämän määräaikaistarkastuslomakkeen lääkärit kokivat palvelevan hyvin heidän vastaanoton pitämistä. Potilaan asioiden kartoittaminen ja potilaan tilan kokonaisuuksien hallinta oli helpompaa lääkärin vastaanoton pitämisessä kuin aiemmin.

Työryhmän ennako-oletuksena oli, että potilaat eivät todennäköisesti ole lukeneet huolella heille lähetettyä ajanvarauskirjeitä. Lääkäri-hoitajatyöparimallin pilotointi osoitti toisin. Potilaat olivat lukeneet ajanvarauskirjeen ja tiesivät tulevansa sekä hoitajan että lääkärin vastaanotolle. Potilailla oli mukanaan pyydetyt reseptit, kelakortti, lääkedosetit ja kotimittaukset. Käytännössä hoitajat huomasivat, ettei potilaalta kannattanut pyytää lääkedosetin mukaan ottamista ajanvarauskirjeessä. Useimmilla potilailla oli mukanaan dosettiin jaetut lääkkeet, mutta ei ajan tasalla olevaa lääkelistaa. Potilaan mukanaan tuoman dosetin perusteella lääkelistan läpikäyminen oli mahdotonta.

Lääkäri - hoitajatyöparimallia pilotoineen lääkärin mielestä potilaat eivät ole pahoillaan, jos joutuvat kertomaan samat asiat sekä hoitajalle että lääkärille. Lääkäri koki myös, että potilaat uskaltavat kysyä hoitajalta ongelmistaan, lääkityksistään monesti helpommin kuin lääkäriltä. Eräs potilas totesi lääkäri - hoitajatyöparimallista: ”Kyllä mää saatan käydä näin. Mielellään.” Tämä tuli ilmi, kun potilaalle selvisi, ettei hänen lääkärin vastaanoton jälkeen tarvinnut käydä enää asioimassa terveysaseman ”luukulla” jatkohoitojärjestelyitä varten vaan hoitaja varasi ajat potilaalle heti lääkärin vastaanoton jälkeen. Jatkohoidon järjestäminen oli sujuvaa hoitajan näkökulmasta, sillä lääkäri oli helposti konsultoitavissa viereisessä huoneessa. Kokenut hoitaja koki pilotointipäivän ”helpoksi päiväksi”.

Aikataulut oli edeltä käsin mietitty työryhmässä niin, että molempien ammattikuntien työaika olisi tehokasta ja järkeenkäypää. Aikataulujen yhteensovittamisessa ilmeni

aikatauluongelmia, joita hoitohenkilökunta ei voinut hallinnoida. Aikatauluongelmat olivat potilaslähtöisiä, tässä hoitohenkilökunta viittasi lähinnä potilaiden monisairauksiin, runsaisiin lääkityksiin ja useisiin vaivoihin, joita potilaalla oli.

Terveyskeskuksessa, jossa oli käytössä tiimityöskentelymalli, oli käytössä potilaiden takaisinsoittojärjestelmä. Hoitajat purkivat joko päivällä työtehtävien niin salliessa takaisinsoittojärjestelmän listaa tai päivän päätteeksi. Raahen terveysasemalla ei ole takaisinsoittojärjestelmää vielä käytössä. Työryhmän mielestä takaisinsoittojärjestelmä voi olla tarpeen ja takaisinsoittojärjestelmä sai työryhmän pohtimaan olisiko lääkäri - hoitajatyöparimallissa tarvetta hoitajan puhelintuntiin.

Pilotoidessaan hoitaja kirjasi määräaikaistarkastuslomakkeeseen esille tulleet asiat ja potilaan haastattelun jälkeen hoitaja kirjasi asioita vielä elektroniseen tietokantaan (Efficaan). Tästä ns. kaksinkertaisesta kirjaamisesta johtuen määräaikaistarkastuslomaketta toivottiin hoitajien osalta sähköiseen muotoon esimerkiksi fraasien muodossa, jotta kahdesti kirjaaminen jäisi pois. Hoitajat kritisoivat lomakkeen asiakokonaisuuksien järjestystä. Pilotoidessa lomake tuntui epäloogiselta. Hoitajalle oli varattu puoli tuntia aikaa käydä lomakkeen asiakokonaisuudet potilaan kanssa läpi. Aika koettiin riittämättömäksi. Tämän vuoksi määräaikaistarkastuslomakkeen tiivistämistä pohdittiin myöhemmin työryhmässä. Lääkärit toivoivat lomakkeeseen lisättävän näkyville potilaan iän, painon ja pituuden. Hoitajat eivät pystyneet käyttämään tarkistuslomaketta vastaanottokäynnin jälkeen rajoitetun ajan vuoksi. Lääkärin vastaanoton jälkeiselle hoitajan vastaanotolle oli varattu aikaa yhtä potilasta kohden 10 - 15 minuuttia.

Pilotoinnin aikana LÄMÄ-lehti (lääkärin määräykset) ei ollut käytössä teknisistä syistä. Tälle lehdelle lääkäriin oli tarkoitus kirjoittaa vastaanotolla tulevat lääkäriin määräykset esimerkiksi verikoepyyntöt, röntgenpyyntöt tai muut määräykset, jotka koskivat potilaan jatkohoitoa tai jatkohoidon suunnitelmaa. Jatkohoidon suunnitelma kehitettiin puolestaan helpottamaan lääkäriin ja hoitajan välistä kommunikaatiota. Lääkäriin vastaanoton jälkeen hoitajalla on mahdollisuus lukea lääkäriin määräykset lehdeltä ja tilata potilaalle tarvittavat kokeet ja hoidot sekä varata ajat. Pilotoinnin aikana hoitaja sai lääkäriltä viestiä tarvittavista jatkotoimenpiteistä ”perinteisellä lappuviestillä”. Nykyisin LÄMÄ-lehti on jo käytössä. Kokeilun kautta syntyi kehitysidea siitä, että lehti

voisi toimia myös erikoissairaanhoidon puolella. Tällä hetkellä erikoissairaanhoido kirjaa omalle lehdelleen (esim. Efficassa kirsu=kirurgian suunnitelma, sissu=sisätauti suunnitelma). Jos kaikki organisaatiossa työskentelevät lääkärit kirjaisivat samaan kohtaan potilaan asiakirjaan, voitaisiin potilaan hoidossa välttyä päällekkäisyyksiltä esimerkiksi tutkimusten tilauksissa ja näin toiminta olisi entistä kustannustehokkaampaa. Potilaan hoidossa ilmenisi kenties myös vähemmän sekaannuksia, koska jokainen potilasta hoitava näkisi määräykset ilman useiden asiakirjojen avaamista.

Tulevaisuuden haasteiksi nimettiin kansansairaudet ja ”kansanterveyshoitajat”. Raahen terveysasemalla on jo paljon erikoisosaamista, sillä vastaanoton hoitajissa on diabeteshoitajia, hengityshoitajia ja sydänhoitajia. Lääkärin määrätessä seuraavaa määräaikaistarkastusta potilaalle voitaisiin pohtia saako potilas riittävän avun vuoden kuluttua hoitajan vastaanotolla vai onko lääkärin vastaanotolla käynti tarpeen. Pitkäaikaissairaudet eli kansansairaudet lisääntyvät ja niitä sairastavien potilaiden auttamiseksi tarvitaan henkilölisäresursseja lisää.

Lääkäri - hoitajatyöparimallin pilotoijat toivoivat vakituisia työpareja. Vakituisten työparien ehtona pidettiin kuitenkin lääkäritilanteen vakiintumista. Tällä tarkoitettiin sitä, että vakituisia lääkäreitä pitää olla enemmän, jotta työparityöskentely on mahdollista. Työparimallin todettiin hioutuvan työparimallin pilotoijien ja työryhmän mielestä vain jatkamalla lääkäri - hoitajatyöparimallin mukaista toimintaa terveysaseman vastaanotolla. Työparimallitoiminnan jatkuessa pidettiin tärkeänä myös yhteisten palaverien pitämistä työntekijöiden kesken Raahen terveysasemalla.

## 6 YHTEENVETO KEHITTÄMISTYÖN TULOKSISTA

### 6.1 Kehittämistulosten tarkastelua kirjallisuuden ja teorian avulla

Tämän kehittämistyön yhtenä lähtökohtana oli panostaa Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanoton pitkäaikaissairaiden potilaiden määräaikaistarkastusten palveluiden laatuun, huomioiden samalla terveystalouden taloudellisuuden ja asiakaslähtöisyyden. Palvelun laatuun panostaminen on ajankohtaista perusterveydenhuollossa, joka näkyy kansallisella tasolla. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmalla (Kaste) pyritään luomaan, levittämään ja juurruttamaan uusia hyviä käytäntöjä. Kasteen tavoitteena on kansalaisten eriarvoisuuden vähentäminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, hakupäivä 10.3.2013, 13.)

Toimiva terveyskeskus-ohjelma on ollut osa kansallista kehittämisohjelmaa. Peruspalveluministeri Paula Risikko on toimiva terveyskeskus-ohjelman alkaessa todennut, että "kaksi keskeistä tavoitetta ovat vastaanotto toiminnan varmistaminen sekä lääkäreiden ja hoitajien sitouttaminen terveyskeskuksiin. Terveyskeskusten houkuttelevuutta työpaikkana on parannettava. Sitoutuneet ja osaavat työntekijät varmistavat laadun". (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, hakupäivä 10.3.2013.) Tämän kehittämistyön tausta-ajatuksena oli työntekijöiden osallistaminen oman työnsä kehittämiseen ja heidän sitoutumisensa työhön. Kehittämistyön tuloksena tuotettua toimintamallia puolestaan on tarkoitus käyttää työntekijöiden rekrytoinnissa. Terveyskeskuksia on vaivannut lääkäripula ja terveyskeskustyön pakkotahtisuus ja kiire, erikoistumisen tarve ja uusi työpaikka muualta ovat tärkeimpiä syitä siihen miksi lääkärit lähtevät terveyskeskuksista. (Vehviläinen, Takala, Häggren, Roitto & Kumpusalo 2003, 188.)

Viime vuosien aikana keskeinen osa terveyskeskustyön houkuttelevuuden lisäämistä on ollut siellä työskentelevien ammattilaisten yhteistyön ja työnjaon kehittäminen. Kaste-ohjelman lisäksi useat hankkeet ovat saaneet valtionavustusta. Hankkeissa on kehitetty erityisesti pitkäaikaissairauksien hoitoa, parannettu hoidon saatavuutta ja yliorganisaatorajojen ylittäviä hoitoketjuja. (Guzenina-Richardson 2012, hakupäivä 10.3.2013.)

Sosiaali- ja terveysala on laaja ja monipuolinen yhteiskunnan toiminta- ja palvelujärjestelmä, jonka tarkoituksena on ihmisen ja hänen elinympäristönsä, terveyden ja hyvinvoinnin takaaminen. Palvelujen järjestäjinä toimivat kunnat, jotka yhteiskunnan käytettävissä olevien voimavaroin vastaavat väestön lakisääteisten palvelujen tuottamisesta. Terveyspalvelujen avulla pyritään ennakoimaan syntyviä ongelmia, ylläpitämään ja edistämään terveyttä, tutkimaan ja hoitamaan sairauksia sekä korjaamaan ja lievittämään toimintakyvyn puutteita ja muita terveysongelmia. (Suomen kuntaliitto 2002, 34.)

Pitkäaikaissairauksien lisääntyessä ja niistä koituvien kustannusten noustessa on terveyskeskusten palvelurakennetta arvioitu ja kehitetty edelleen Suomessa ja ulkomailla. Enää ei tarkkailta vain terveydenhuollon kävijämäärää vaan panostetaan palvelujen laatuun. Esimerkkejä ulkomailla kehitetyistä toimintamalleista ovat USA:ssa kehitetty chronic care model ja Englannissa kehitetty the NHS and social care model. Suomessa puolestaan chronic care model - mallia eli terveyshyötymallia on juurrutettu käytäntöön esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon POTKU- ja RAMPE kehittämishankkeissa.

Suomessa terveydenhuollon organisaatioiden mukaan henkilökunnan tehtäväkuvien laajentamisella tai tehtävänsiirroilla pyritään kehittämään työn joustavuutta. Toimintatapojen uudistamisessa lähtökohtina ovat väestön tarpeet ja palvelujen toimivuus sekä mahdollisesti henkilöstön työmotivaation ja hyvinvoinnin lisääminen. Näiden lisäksi toimintatapojen uudistamista suunniteltaessa on otettava huomioon mm. terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa ohjaava lainsäädäntö sekä mahdolliset

henkilöstön koulutusta ja ammatillista osaamista koskevat muutostarpeet. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994:2§) antaa mahdollisuuden siirtää tehtäviä tarpeen mukaan ammattiryhmältä toiselle. Tehtäviä voidaan jakaa koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon antamien valmiuksien mukaan. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, hakupäivä 23.3.2013, 7 - 8; Suomen kuntaliitto 2002, 37.)

Terveydenhuollon tehtävien siirtoa puoltaa taloudellisen tilanteen kiristyminen, henkilöstöpula ja henkilökunnan ammattitaidon entistä tarkoituksenmukaisempi käyttö. Yleisimmin tehtäviä on siirretty lääkäreiltä muille laillistetulle hoitohenkilökunnalle, joista suurimpana ryhmänä ovat sairaanhoitajat. (Haapa-aho ym. 2009, hakupäivä 23.3.2013, 8.) Tässä kehittämistyössä tehtävänsiirtoa on tehty lääkäreiltä sairaanhoitajille. Ammattihenkilöstön työnkuvaa on muutettu potilaslähtöisesti. Samalla henkilöstö-resurssien käyttöä on pyritty tehostamaan ja luomaan entistä mielekkäämpi toimintatapa työntekijälähtöisesti. Työparimallin pilotoinnissa eri ammattikuntien välinen yhteistyö koettiin hyväksi toimintatavaksi ja työparimalli tuki etenkin lääkärin työtä. Työ monisairaiden potilaiden kanssa on haasteellista ja vaatii yleislääkäriltä laaja-alaista syventymistä potilaan sairaus- ja elämänhistoriaan, ajan hallintaa ja hyviä vuorovaikutustaitoja. Tasapainoinen yhteistyö mahdollistaa sen, että hoitosuhde lääkärin ja terveystalveluja paljon käyttävän, monisairaana välillä toimii silloinkin, kun potilaan kaikkiin tarpeisiin ei pystytä vastaamaan. Lääkäri kulkee potilaan rinnalla ja auttaa potilasta kantamaan oireensa ja vaivansa. (Jyväskylä 2005, 409.)

Lääkäri - hoitajatyöparimallin pilotoinnissa yhteistyötä ja konsultoinnin helppoutta pidettiin mallin suurena etuna. Terveyttä edistävän toiminnan kannalta on tärkeää, että eri toimijoiden; lääkäreiden, terveyden- ja sairaanhoitajien, fysioterapeuttien, ja muiden kuntoutustyöntekijöiden yhteistyö tehostuu ja yhteistyömuotoja kehitetään helpottamalla konsultointia, parantamalla ammattiryhmien vuorovaikutusta sekä luomalla ohjausta, hoitoa ja kuntoutusta parantavia paikallisia ja alueellisia verkostoja. Yksittäisiltä työntekijöiltä niin lääkäreiltä kuin hoitajiltakin edellytetään hyvän profession lisäksi ennen kaikkea ammattitaidon ja käytännön soveltamista hyväksi asiakas- ja potilastyöksi. Lääketieteen ja lääkärin rooli on kiistaton perusterveydenhuollossa, mutta perusterveydenhuolto kokonaisuudessaan rakentuu

erilaisista toimintayksiköistä, joissa työskentelee lukuisia muitakin ammattiryhmiä. Palvelujen saatavuutta, tuottamista, tehokkuutta ja laatua on tarkasteltava toimijoiden yhteisenä tuotoksena, ei irrallisena yhden toimijan toimenpiteinä. (Suomen kuntaliitto 2002, 35.)

Kehittämistyössä työparimallin tavoitteena oli henkilöstöresurssien järkevä käyttö. Tästä syystä mallia kokeiltaessa pohdittiin myös pitkäaikaissairauspotilaiden määräaikaistarkastusten siirtämistä lääkäreiltä hoitajille. Hoitaja voisi silloin toteuttaa määräaikaistarkastuksen, jos asiakkaan pitkäaikaissairaus on tasapainossa ja tarvetta lääkärikäynnille ei olisi. Muurisen ja Mäntyrannan (2011, hakupäivä 9.3.2013, 14) mukaan lääkäreiden työpanos ei yksin riitä kaikkien asiakkaiden hoidon seurantaan, eikä hyvässä tasapainossa olevan sairauden seuranta välttämättä aina vaadi lääkärin työpanosta. Kun terveyskeskuksessa suunnataan voimavaroja pitkäaikaisesti sairaiden asiakkaiden suunnitelmalliseen hoitoon, se vaatii huomion kiinnittämistä voimavarojen tarkoituksenmukaiseen käyttöön.

Kehittämistyössä työntekijät toivoivat potilaiden listautumista. Pirkkalassa potilaiden listautumista suositellaan ensisijaisesti niille potilaille, joilla on seurantaa ja hoitoa vaativa pitkäaikaissairaus. Osa Pirkkalan työporeista on profiloitunut omien osaamisalueidensa ja kiinnostustensa mukaisesti. Työparien profiloituminen ohjaa mm. diabeetikoiden, reumapotilaiden ja astmaatikkojen listautumista. Oletuksena on, että kun hoitaja oppii tuntemaan väestönsä, hän pystyy arvioimaan hoidon tarpeen ja vastaamaan itsenäisesti entistä suuremmasta osasta potilaiden yhteydenotoista. Lääkäriliitto on suositellut Pirkkalan mallia yhdeksi tavaksi tuottaa perusterveydenhuollonpalveluita. (Seilo ym. 2010, 2862.) Myös Jyväskylä (2005, 409) kiinnittää huomiota potilaan tuntemiseen. Jyväskylä toteaa, että pitkät potilas-lääkärisuhteet ovat perusterveydenhuollon lääkärin työn tärkeää sisältöä. Parhaimmillaan lääkäri tuntee potilaan ja hänen omaisensa monen sukupolven ajalta, jolloin potilas ja hänen perheensä on luontevaa ottaa mukaan hoitopäätöksiin.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelujen yhdistämiseksi uudenaikaisiksi palvelukokonaisuudeksi on paljon mahdollisuuksia (Suomen kuntaliitto 2002, 39). Kehittämistyössä yhdeksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistäväksi tekijäksi mainittiin LÄMÄ-lehden käyttö. Sen käyttäminen on kuitenkin vain yksi pieni tekijä ajatellen resursoimisen uudistamista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

## **6.2 Johtopäätökset ja jatkokehittämissuositukset**

Johtopäätökset:

1. Perusterveydenhuolto tarvitsee suunnitelmallista kehittämistä. Raahen työparimalli on yksi suunniteltu ja toteutettu kehittämismalli perusterveydenhuollossa, jonka lähtökohdaksi on ollut kehittää pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden määräraaja-aikastarkastusta. Perusterveydenhuollon suunnittelussa tulee kiinnittää huomiota palvelun laatuun ja laadunhallintaan.

2. Työnjako on nykypäivänä yleistä terveydenhuollossa. Perusterveydenhuollossa lääkäreiden töitä on jaettu hoitajille kuten tässäkin kehittämissuosituksessa Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolla. Lääkäri - hoitajatyöparimallin onnistunut toteutus edellyttää siihen osallistuvien henkilöiden kouluttautumista, osaamisen kartoitusta ja hyvää perehdytystä mallin mukaiseen toimintaan. Osaava henkilökunta on työparimallin onnistuneen toiminnan perusta.

3. Työn kehittämistä edistävät säännölliset työpaikkapalaverit, työntekijöiden osallistaminen kehittämiseen ja oikea aikainen tiedottaminen meneillään olevasta kehittämistoiminnasta. Tärkeää on myös se, että työntekijöillä on mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä, sen kehittämiseen ja tuoda omat mielipiteensä ja kehittämissuosituksensa julki työyhteisössä.

4. Sähköisillä asiakirjoilla voidaan helpottaa työntekijöiden välistä kommunikaatiota työparimallissa sekä myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden välillä. Sähköisiin asiakirjoihin kirjaamisen yhtenäisistä käytännöistä

täytyy kuitenkin sopia organisaation sisällä ja välillä, jotta kaikki toimintaan osallistuvat ovat tietoisia uusista käytänteistä. Potilaan pirstalemainen hoitokokonaisuus ja hoitosuunnitelmat kehittyvät ja eheytyvät, jos käytänteet ovat kirjaamisessa yhtäläiset.

Jatkokehittämissuunnitelmissa esitän:

Hoitajien osaamisen ja koulutustarpeen kartoittamista lääkäri - hoitajatyöparimallissa.

Asiakastyytyväisyyden ja palvelun laadullisuuden selvittämistä lääkäri -

hoitajatyöparimallissa.

Suunnitelmallisen potilaiden listautumisen kehittämistä lääkäri – hoitajatyöparimallissa.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Kehittämistyön luotettavuus

Perinteisissä sosiaalitieteellisissä tutkimuksissa on käytetty validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimustulos vastaa asioiden tilaa todellisuudessa. Validiteetin käsite pohjautuu näin ollen ajatukseen tosiasioiden ja väitteiden vastaavuudesta, korrespondenssista. Reliabiliteetilla puolestaan tarkoitetaan sitä, kuinka samana tutkimustulos pysyy, jos tutkimus toistetaan uudelleen. Näin pyritään tarttumaan siihen, onko tutkimuksen tulokseen mahdollisesti vaikuttanut jokin satunnaistekijä, ”väliintuleva muuttaja”, jolloin tutkimuksen tulos olisi häiriintynyt. Jotta tällaiset tuntemattomat tekijät saataisiin kontrolloitua, tutkimusmenettelyä voidaan toistaa uudelleen. Jos tulos on sama eri mittauskerroilla, tulos on validi eli vapaa satunnaistekijöistä. (Huttunen, Kakkori & Heikkinen 1999, 113.) Huttunen ym. (1999, 113) mukaan validiteetin ja reliabiliteetin käsitteet eivät kuitenkaan sovi sellaisinaan toimintatutkimukseen ja käsitteiden käyttäminen on vaikeaa useastakin syystä. Etenkin reliabiliteetti on huonosti sopiva käsite, koska toimintatutkimus on itsessään ”väliintuleva muuttaja”, jota käytetään tarkoituksellisesti muuttamaan tilannetta.

Laadullisen tutkimuksen piirissä kysymykset reliabiliteetista ja validiteetista on pyritty korvaamaan vakuuttavuuden käsitteellä. Tutkijan on vakuutettava tiedeyhteisö tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat näkyviksi. Tutkijan on näytettävä aineistonsa ja siihen perustava argumentaatio mahdollisimman avoimesti, jolloin tutkija voi vakuuttaa tiedeyhteisön tutkimuksensa pätevyydestä. (Toikko & Rantanen 2009, 123.)

Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Ei riitä, että kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto on todenmukaista, vaan sen tulee olla hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121 - 122.). Toimintatutkimuksen pätevyyteen on korrespondenssiteorian lisäksi toinen näkemys, jossa toimintatutkimuksen avulla ennen kaikkea kehitetään yhteisön toimintaa. Onnistunut toimintatutkimus merkitsee järkevämpää uutta käytäntöä, joka osoittautuu toimivaksi.

(Huttunen ym. 1999, 118 - 119.)

Kehittämistyössäni on kehitetty lääkäri - hoitajatyöparitoimintaa. Kehittämistyön tarkoituksena on ollut luoda toimintatapa, joka jäisi pysyväksi toiminnaksi työyhteisöön ja että siitä voisivat hyötyä myös muut työyhteisöt. Kehittämistyön päättyessä voidaan todeta, että lääkäri - hoitajatyöparimallin mukainen toimintatapa jäi pysyväksi käytännöksi Raahen terveysaseman perusterveydenhuollon vastaanotolla. Lisäksi muut työyhteisöt voivat hyödyntää kehittämistyön tuloksia, jolloin kehittämistyön tuloksia voidaan pitää pätevinä. Toikko ym. (2009, 126 - 127) toteavat, että kehittämistyön kannalta käyttökelpoisuus tarkoittaa ennen kaikkea kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä. Toisaalta heidän mukaan voidaan myös korostaa jokaisen työorganisaation ja kehittämisprosessin ainutkertaista luonnetta. Muualla kehitettyä on vaikea istuttaa erilaisiin työympäristöihin sellaisenaan. Kehittämistoiminnan tulokset ja tuotokset ovat tässä mielessä kontekstisidonnaisia. Toikko ja Rantanen korostavat viitaten Lincolnin ja Cubaan (1985, 316), että tutkija ei ole vastuussa siirrettävyyteen (transferability) liittyvistä ongelmista, mutta hänen tehtävänsä on tuoda esille tutkimuksen toteutus ja konteksti niin läpinäkyväksi, että muut voivat arvioida tulosten käyttökelpoisuutta omassa yhteisössään.

On myös otettava huomioon se, että tutkimuksen täytyy alkaa ja päättyä johonkin vaikka kehittämistyö ei loppuisikaan. Tämän vuoksi kehittämistyössäni esitetään tulokset sellaisina kuin ne ovat pilotoinnin loppuessa. Heikkinen ja Jyrkämä (1999, 45) toteavat myös, että toimintatutkimuksen tuloksena ei voida kuitenkaan pitää jotain tiettyä, uutta toimintakäytäntöä, jota toteutettaisiin sitten toimintatutkimusprojektin päättymisen jälkeen hamaan tulevaisuuteen saakka. Parempi käytäntö on aina tilapäinen, kunnes kehitetään entistä parempi tapa toimia.

Kehittämistoiminnan näkökulmasta luotettavuuden osatekijöihin voidaan liittää kysymys toimijoiden sitoutumisesta. Kehittämistoiminta on usein luonteeltaan sosiaalinen prosessi, jossa kehittäjät osallistuvat toimintaan ja toimijat kehittämiseen. Toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen kehittämisprosessiin vaikuttaa aineiston, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. (Toikko & Rantanen 2009, 124.) Tähän kehittämistehtävään on osallistunut kehittämistyön työryhmä, työyhteisö ja pilotointiin osallistuneet työntekijät. Yhteistyö osallistujien kesken on ollut tiivistä ja sujuvaa.

Laadullisessa tutkimuksessa voidaan tutkimuksen luotettavuutta tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä. Tutkimusmenetelmien yhteiskäytöstä käytetään käsitettä triangulaatio. (Hirsjärvi 1997, 233) Triangulaatiolla voidaan tarkoitaa myös useamman kuin yhden tutkijan, aineiston, teorian, analyysiyksikön tai analyysimetodin ja tieteenalan yhdistämistä tutkimuksessa. Aineistojen triangulaatiota (data triangulation) voidaan toteuttaa keräämällä eri aineistoja eri aikoina, eri paikoissa tai eri tasoilla. Tällöin tavoitteena on tutkimusilmion syvempi ja laajempi ymmärtäminen. Aineistojen triangulaation haasteena on eri aineistoihin perustuvien tulosten yhdistäminen tutkimusraportissa siten, että raportti muodostaa loogisen kokonaisuuden. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 58 - 59.) Tämän kehittämistyön aineisto on kerätty haastatteluin, päiväkirjaa pitäen, työpapereista ja muita dokumentteja hyödyntäen sekä havainnoimalla lääkäri - hoitajatyöparimallin toimintaa ja osallistamalla työyhteisön jäseniä.

Tutkijoiden pitää kunnioittaa kehittämisprosessia. Tämä tarkoittaa mm. sitä, että prosessin joka vaiheessa huomioidaan tutkimus- ja kehittämistoimintaa säätelevät lait, kehittämistoiminta raportoidaan rehellisesti, väärentämättä aineistoa ja tai tuloksia, vältetään plagiointia ja kunnioitetaan tekijänoikeuksia ja sitä sääteleviä lakeja. Jos tutkija ei saavuta ns. onnistunutta loppua kehittämis- ja tutkimustoiminnalleen, hänen ei silloin tule myöskään väittää, että näin on tapahtunut. Tämä on erityisen tärkeää toimintatutkimuksessa, sillä toimintatutkimuksen tarkoitus on osoittaa ymmärtämisen kehittymistä, joka usein tapahtuu asioiden epäonnistuessa. (McNiff 2000, 136.)

Olen ollut mukana kehittämistyössä sekä tutkijana että aktiivisena osallistujana lääkäri - hoitajatyöparimallin kehittämisessä. Kehittämistyön aikana olen tehnyt havaintoja ulkopuolisena ja osallistunut pilotointiin. Kun tutkijan hyveinä on perinteisesti pidetty ulkopuolisuutta ja objektiivisuutta, toimintatutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija, eikä hän edes oleta olevansa ulkopuolinen tai neutraali (Heikkinen 2007, 19 - 20). Mikäli toimintatutkija tulee yhteisöön ulkopuolelta, hän ei pyrikään jäämään ulkopuolisen tarkkailijan näkökulmaan, vaan osallistuu toimintaan. Näin ollen toimintatutkijan työajasta kuluu huomattava osa erilaisiin keskusteluihin ja kokouksiin, jossa toimintaa suunnitellaan ja arvioidaan. (Heikkinen ym. 1999, 40.)

## 7.2 Kehittämistyön eettiset haasteet

Laadullisen tutkimuksen erilaisia perinteitä tarkasteltaessa huomio kiinnittyy siihen, että niissä suhtaudutaan tutkimuksen etiikkaan monin eri tavoin. Voidaan sanoa, että toisessa ääripäässä tutkimusetiikkaan suhtaudutaan ikään kuin teknisluontoisena normina: Tutkimusetiikan ongelmat liittyvät silloin pääasiassa itse tutkimustoimintaan, kuten tutkimukseen osallistuvien informoimiseen, aineiston keräämiseen ja sen analyysiin, käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonymiteettiongelmiin, tutkimustulosten esittämistapaan. Tällöin tutkimuksen metodologia nähdään lähinnä strategisena tutkimusongelmien ratkaisemisen pulmina. Toisessa ääripäässä tutkimusetiikka ymmärretään metodologiaan kiinteästi liittyvänä. Tällöin kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja. Kyse on tutkimuksen taustalla olevan tiedekäsityksen ja tutkimuksen metodisten valintojen arvosidonnaisuutta koskevasta eettisestä pohdinnasta: miten tutkimusaiheet valitaan ja mitä pidetään tärkeänä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128.)

Pietarinen (2002, 60) on tarkastellut tutkimustyön eettisiä perusvaatimuksia ammattitaidon hankkimisen, informaation tuottamisen, välittämisen ja käyttämisen sekä kollegiaalisen toiminnan kautta. Pohdin omaa kehittämistyön etiikkaa näihin perusvaatimukseen nojautuen. Tutkijan ammattitaidon vähimmäisvaatimuksena voidaan pitää sitä, että hän pystyy seuraamaan oman alansa kehitystä ja välittämään sen tuloksia muille. Tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta ja hänen on paneuduttava huolella alaansa, jotta hänen hankkimansa ja välittämänsä informaatio olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. (Pietarinen 2002, 60.)

Kehittämistyöni on omaa alaani liittyvä tutkimus. Oma ammattitaitoni ja kiinnostus lisäävät kehittämistyön luotettavuutta, mutta toisaalta ne voivat vaikuttaa kehittämistyöni raportointiin. Heikkinen ym. (1999, 46) ovat pohtineet toimintatutkijan roolia ja todenneet, että toimintatutkija on toimiva subjekti, joka tulkitsee sosiaalista tilannetta omasta näkökulmastaan, hän ei ole puolueeton tarkastelija, joka tarkkailisi etäältä ihmisyyhteisön toimintaa. Toimintatutkimuksessa tuotettu tieto ei voi olla pelkästään subjektiivista sanan tavanomaisessa merkityksessä vaan se on toimintatutkimukseen osallistuvan yhteisön ja sen jäsenten arvoihin sidottua.

Kiviniemen (1999, 80) mukaan toimintatutkimuksen yhteisöllisyyden näkökulmasta raporttiin liittyy jännitteisyyttä. Toisaalta tutkijan velvollisuus ja oikeus on tehdä omat tulkintansa tutkimuskohteesta, toisaalta hänellä on myös velvoitteensa toimintatutkimuksen yhteisöä kohtaan. Haasteena on siis tutkittavan yhteisön mukaanotto tavalla tai toisella myös raportointiin. Raportoinnissa olen pyrkinyt tuomaan esille pilotoijien ja työyhteisön osaan ottamisen kehittämistyöhön.

Ensisijaisesti tutkimuksen tuottaman tiedon luotettavuus perustuu tutkimusmenetelmien hallintaan, mutta luotettavuus edellyttää myös tutkijalta rehellisyyttä ja tutkija ei saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen. (Pietarinen 2002, 65.) Kehittämistyön raportoinnissa olen pyrkinyt rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkaavaisuuteen, jotta hyvät tieteelliset käytännöt toteutuisivat (Hirsjärvi 1997, 23 - 24; Pietarinen 2002, 66). Muiden tuottaman tiedon käyttö on osoitettu asianmukaisin lähdemerkinnöin, jolloin epäeettistä plagiointia ei ole tapahtunut. (Hirsjärvi 1997, 26). Toisten tutkijoiden ja heidän tuottamansa tiedon arvostamista nimitetään eettiseksi kollegiaalisuuden vaatimukseksi. Tutkijan ammattietiikka vaatii puolestaan vilpin paljastamista, sillä on kysymys tutkimuksen tuottaman informaation luotettavuudesta eli koko tieteenharjoituksen perustasta (Pietarinen 2002, 68 - 69).

Kehittämisasiheen tai ilmiön eettiseen pohdintaan kuuluu selkeyttää se, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Nämä eettiset kannanotot tulevat tahtoen tai tahtomatta tutkimuksen julkilausutussa tarkoituksessa ja tutkimusongelman tai -tehtävän muotoilussa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129.) Tutkijan on pohdittava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti, mutta erityisesti myös sitä, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Tutkimukseen osallistujat eivät aina hyödy tutkimuksen tuloksista, vaan niitä voidaan toisinaan hyödyntää vasta tulevaisuudessa uusissa terveydenhuollon palveluprosesseissa ja potilas- ja asiakaskontakteissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176 - 177). Lääkäri -hoitajatyöparimallin pitkäaikaispotilaiden määrääikaistarkastusten aikana on haastateltu ja havainnointu potilaita kahden pilotointipäivän ajan Raahen terveysasemalla. Potilaille on kerrottu työparimallikokeilusta ja he ovat olleet tietoisia myös kehittämistyöstä. Koska kyseessä on ollut pilotointi, potilaat eivät ehkä ole vielä hyötäneet kehitetystä työparimallista niin hyvin kuin työparimallin tarkoituksena on. Kehittämistyön hyöty

todennäköisesti saavutetaankin vasta pidemmällä tähtäimellä, kun työparimalli on käytössä jatkuvasti. Tällöin myös potilaan saavuttamaa hyötyä on järkevämpää tutkia.

Toikko & Rantanen (2009, 129) ovat pohtineet anonymiteetin ja kehittämisprosessin avoimuuden dilemmaa. Heidän mielestä käytännössä kehittäjä joutuu tasapainoilemaan anonymiteetin ja kehittämisprosessin avoimuuden välillä. Kaiken kaikkiaan kehittäjäposition analysointia voidaan pitää keskeisenä arvolähtökohtien ja luotettavuuden tarkastelun osana. Kehittäjäposition liittyy moninaisia odotuksia ja sitoumuksia. Yhtäältä kehittäjällä on sitoumuksiaan kehittämishankettaan ja organisaatiotaan kohtaan. Pyrkimyksenä on tuloksellinen toiminta. Toisaalta tutkimukselliseen käytäntöön liittyy rehellisyyden ja kriittisyyden vaatimus. Kolmanneksi kehittäjän on huomioitava myös asiakkaiden ja palvelun käyttäjän näkökulma. Parhaassa tapauksessa näkökulmat ovat yhteneviä, mutta ristiriitaisten odotusten ilmaantuessa kehittäjä joutuu analysoimaan valitsemaan näkökulmaa. Tässä kehittämistyössä on mainittu työparimallin kehittämiseen osallistuneiden ammattinimikkeet. Tämän vuoksi anonymiteetti ei ole täysin varmistettua, mutta ammattinimikkeiden näkyminen kertoo myös laadullisuudesta. Kehittämistyöllä on tavoiteltu organisaation, työntekijöiden ja potilaiden hyötyä. Potilaiden nimiä eikä henkilöllisyyttä ole paljastettu missään kehittämistyön vaiheessa, eikä salassapitovelvollisuutta ole rikottu.

### **7.3 Oman osaamisen kehittyminen**

Etsiessäni kehittämistyön aihetta ajattelin, että aiheen löytäminen on vaikeaa. Suuri kiitos hyvästä ja mielekkästä aiheesta kuuluu palveluesimiehelleni, joka tarjosi aihetta ja on ollut tukenani koko kehittämisprosessin ja koulutusohjelman ajan. Olen saanut häneltä paljon käytännön neuvoja työelämän kehittämiseen ja ymmärrystä johtamisen haasteisiin sekä johtamisen työkalujen käyttämiseen. Oman esimiehen tuki on tärkeää työssä ja ilman esimiehen myönteistä suhtautumista ei voida kehittää työtä. Tämän olen esimerkiksi oppinut omalta palveluesimiehelläni.

On ollut rikkaus kehittää oman työnsaran toimintaa entistä toimivammaksi palvelumuodoksi sekä asiakkaille että työntekijöille. Moniammatillisessa työryhmässä

toimiminen ja yhteistyö Raahen terveysaseman työntekijöiden kanssa on ollut antoisaa. Yhteistyön kautta olen ymmärtänyt ammatillisen kehittämisen lähtevän käytännön työntekijöistä ja heidän osallistaminen omaan työhön on tärkeää. Oman työn kehittämiseksi tulisi työyhteisössä varata aikaa ja kaikkien työntekijöiden pitäisi saada vaikuttaa kehittämiseen tasavertaisina työntekijöinä. Uskon, että tämä kokemus auttaa minua tulevaisuudessa työssäni, sen kehittämisessä ja johtamisessa. Raahen terveysaseman työilmapiiri on avoin ja välitön ja kehittämistehtävään osallistuneet työntekijät ovat tehneet oman osuuteni helpommaksi kehittämistyössä. Toisin sanoen kiitos kuuluu myös osallistuneille työntekijöille ja työryhmässä toimineille henkilöille.

Vaikka lääkäri - hoitajatyöparimallin työryhmä ja Raahen terveysaseman työntekijät ovat tehneet kehittämistyön helpoksi, ei kehittämistyön tekeminen ole ollut niin suoraviivaista ja mutkatonta. Kehittämistyön aihe on pysynyt koko ajan samana, mutta alkuperäinen tutkimussuunnitelma on elänyt kehittämistyön edetessä. Kehittämistyön tutkimussuunnitelmaa on muokattu useaan otteeseen ja kehittämistehtävät ovat muuttuneet eri vaiheiden varrella. Kun kehittämistyöni on ollut ns. umpikujassa, on opettajani Pirkko Sandelin auttanut minua eteenpäin ja kannustanut minua jatkamaan. Toivottavasti olen onnistunut kuvaamaan kehittämisprosessin niin, että se palvelee tarkoitustaan ja siitä on hyötyä jatkossakin työelämän kehittämisessä.

Opettavaisinta on ollut itse kehittämistyössä mukana oleminen. Kehittämistyötä tehdään paljon projektiluontoisesti nykypäivänä ja työntekijällä on oltava valmiuksia nopeatahtiseen oman työn kehittämiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut ovat koko ajan muutospaineen alla ja työnkuvat vaihtuvat kehityksen myötä. Työnkuvien vaihtuvuus vaatii työntekijältä kykyä sopeutua kehittämisen tuomiin muutoksiin. Ilman kehittämisen ja johtamisen opiskelujani en olisi löytänyt aikaa ja kiinnostusta oman työni kehittämisen tärkeyden löytämiseen sekä huomannut oman ammatillisuuden kasvua vuosien varrella. Kehittämistyön ja opiskelujen myötä olen oppinut käsittämään paremmin myös taloudellisuuden näkökulman työssäni. Resurssien kanavoiminen paremmin ja työn osaamisen kehittäminen on tärkeää esimiestyössä.

Lopuksi haluan kiittää vielä vanhempiani, jotka ovat tukeneet minua opiskeluissani. Isälleni omistan hiljaisen kiitoksen opiskelujen aloittamisen motivoimisesta ja tukemisesta opiskelun alkutaipaleella.

## LÄHTEET

Gray, D.E. 2004. Doing research in the real word. London: SAGE.

Guzenina-Richardson, M. 2012. Lääkäreiden koulutuspaikkojen lisääminen ja julkisen sektorin lääkäripula. Ministerin vastaus. KK 862/2012 vp — Ritva Elomaa /ps.

Hakupäivä 10.3.2013.

[http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?\\${APPL}=utpkk&\\${BASE}=faktautpkk&\\${THWIDS}=0.46/1364027326\\_157507&\\${TRIPPIFE}=PDF.pdf](http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/thw.cgi/trip/?${APPL}=utpkk&${BASE}=faktautpkk&${THWIDS}=0.46/1364027326_157507&${TRIPPIFE}=PDF.pdf)

Haapa-aho, M., Koskinen, M - K., & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit – Laajennetaanko tehtävänkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. Tehyn julkaisusarja F: 3/2009.

Hakupäivä 23.3.2013.

<http://www.tehy.fi/@Bin/45478/357823+Ty%C3%B6njaokomallit.pdf>

Hanneman, E.A., Lee, J.L. & Cohen, J.I. 1995. Collaboration: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing; Jan 1995, Vol. 21 Issue 1, p.103-M109.

Heikkinen H.L.T. & Jyrkämä J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H.L.T.

Heikkinen, R.Huttunen & P. Moilanen. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. WSOY – kirjapaino. 25 - 62.

Heikkinen, H.L.T. 2007. Mitä toimintatutkimus on. Teoksessa H.L.T. Heikkinen., E.

Rovio & L. Syrjälä. 2007. Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Dark Oy.

Hirsjärvi, S. 1997. Tutkimuksen reliaabelius ja validius. Teoksessa S. Hirsjärvi, P.

Remes & P. Sajavaara. Tutki ja kirjoita. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

Hirsjärvi, S. 1997. Tieteelliselle tutkimustyölle asetetut vaatimukset. Teoksessa S.

Hirsjärvi, P. Remes & P. Sajavaara. Tutki ja kirjoita. Kariston Kirjapaino Oy.

Hämeenlinna.

Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H.L.T. 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R.Huttunen & P. Moilanen. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. WSOY – kirjapaino. 111 - 136.

Jylhäsaari J. 2009. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatioissa. Tietoista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista. Vaasa. Vaasan yliopisto.

Jyväskylä S. 2005. Terveyspalveluita usein käyttävät ja monisairaat potilaat. Teoksessa E. Kumpusalo, M. Ahto, K. Eskola, S. Keinänen - Kiukaanniemi, E. Kosunen, I. Kunnamo & J. Lohi (toim.) Yleislääketiede. Hämeenlinna. Kustannus Oy Duodecim. 409-421.

Kaila, M. 2010. Perusterveydenhuolto – mitä se on? Teoksessa S. Muurinen, M. Nenonen, K. Wilskman, E (toim.) Uusi Terveysdenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki. Sairaanhoidtajaliitto Fioca. Edita Prima Oy.13 - 20.

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

Kanste, O., Holappa, M., Miettinen, K., Rissanen, A. & Törmänen, L. 2010. Monisairaille oma palveluohjaaja terveysasemalta – kohti hyvää elämää. Teoksessa S. Muurinen, M. Nenonen, K. Wilskman & E. Agge. (toim.) Uusi Terveysdenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki. Sairaanhoidtajaliitto Fioca. Edita Prima Oy. 51 - 61.

Kauppinen, T. 2009. Työparimallilla tuottavuutta ja toimivaa palvelua. Sairaanhoidtaja 2009 vol.82 no.3. 16 - 18.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä projektina. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, R.Huttunen & P. Moilanen. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva. WSOY – kirjapaino. 63 - 84.

Koch, T. & Kralik, D. 2006. Participatory Action Research in Health Care. Singapore. Blackwell Publishing Ltd.

- Kokko, A. 2010. Työparityöskentely auttaa monisairaana lääkityksen hallinnassa. *Sairaanhoitaja* 83(2010): 10.42 - 43.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Lincoln, Y. & Guba, E. 1985. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills. Sage.
- McNiff, J. 2000. *Action Research in Organisations*. Florence, KY, USA. Routledge.
- Metsämuuronen, J. 2006. *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2011. *Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Hakupäivä 9.3.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf)
- Nenonen M. 2005. Väestön terveys ja sairaus. Teoksessa E. Kumpusalo, M. Ahto, K. Eskola, S. Keinänen - Kiukaanniemi, E. Kosunen, I. Kunnamo & J. Lohi (toim.) *Yleislääketiede*. Hämeenlinna. Kustannus Oy Duodecim. 23-37.
- Nukari, H. 2008. Työparityöskentely helpottaa terveyskeskuslääkärin työtä. *Suomen lääkärilehti* 2008 vol.63 no. 16. 1535.
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa: vertaileva tutkimus. *Kuopion yliopisto*.  
*Kuopion yliopiston julkaisuja e. Yhteiskuntatieteet* 168.
- Peltonen, H. 2010. Työ hallinnassa: työn mielekkyys kasvoi Saarijärvellä, kun lääkäreiden ja hoitajien työnjakomallista tuli pysyvä käytäntö. *Tesso: sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti* 2(2010): 3-4. 34 - 37.
- Peltonen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M. & Elonheimo, O. 2010. Uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan. Teoksessa S. Muurinen, M.

Nenonen, K. Wilskman & E. Agge. (toim.) Uusi Terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki. Sairaanhoidajaliitto Fioca. Edita Prima Oy.63 - 73.

Perttula, M. 2009. Hoitajavetoinen työparimalli takaa: nopeasti hoitoon. Tehy 29 (2009): 5, 14 - 17.

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Tampere. Tammer - Paino. 58 - 69.

Raahen seudun hyvinvointi kuntayhtymä 2012. Hakupäivä 21.2.2012  
[http://www.ras.fi/tietoa\\_kuntayhtymasta](http://www.ras.fi/tietoa_kuntayhtymasta)

Rimpelä, M. 2005. Lääkäreiltä on siirtynyt hoitajille runsaasti tehtäviä. Dialogi 14(2005): 3. 16 - 17.

Sairaanhoidajaliitto. 2013. Sairaanhoidajan työ. Hakupäivä 3.3.2013.  
[http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_ty\\_ ja\\_hoitotyon/sairaanhoidajan\\_ty/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_ty/)

Seilo, N., Koskela, T., Jääskeläinen, J., Salminen, T., Saarinen, M., Ranki, P., Sonninen, M., Litmanen, M. & Mattila, K. 2010. Pirkkalan malli – Työparityöskentelyä ja potilaiden listautumista soveltava toimintatapa terveyskeskuksissa. Suomen lääkäri-lehti. 2010;65(36). 2861 - 2866.

Somekh, B. 2005. Action Research: A Methodology for Change and Development. Berkshire, GBR. McGraw-Hill Education.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Ministeri Risikko: Terveyskeskusten palvelukykyä vahvistetaan - vastaanotto toiminta ja lääkäripalvelut kehitystyön pääkohdat. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 9/2009. Hakupäivä 10.3.2013.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1372989>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010: 4. Hakupäivä

22.2.2013.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087418&name=DLFE-11742.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11742.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Ohje terveyskeskuksille välittömästä yhteydensaannista. STM/424/201. Hakupäivä 22.2.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2664824&name=DLFE-15422.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2664824&name=DLFE-15422.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2012 - 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Tampere. Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy. Hakupäivä 10.3.2013.

Suomen kuntaliitto. 2002.. M. Liukko (toim). Perusterveydenhuollon uudistuvat toimintatavat. Terveydenhuollon toimivuushankkeen julkaisu 1. Helsinki. Kuntatalon painatuskeskus.

Suurnäkki, A., Leppäkoski M. & Pellikka M. 2010. Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaissairauksien hoitomalli. Teoksessa S. Muurinen, M. Nenonen, K. Wilskman & E. Agge. (toim.) Uusi Terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki. Sairaanhoidajaliitto Fioca. Edita Prima Oy.27 - 49.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Toikko T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vallimies-Patomäki, M. 2010. Sairaanhoidajan uudistuva rooli perusterveydenhuollossa. Teoksessa S. Muurinen, M. Nenonen, K. Wilskman, E (toim.) Uusi Terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki. Sairaanhoidajaliitto Fioca. Edita Prima Oy.127 – 140.

Vehviläinen, A., Takala, J., Häggren, O., Roitto, H. – M. & Kumpusalo, E. 2003. Miksi lääkärit lähtevät terveyskeskuksesta? Terveyskeskustyön nykytila ja tulevaisuus 2002 – tutkimus III. Suomen Lääkärilehti 2003 vol. 58 no 2. 188 – 193.

Vierula, H. 2010. Työparityö muuttaa terveyskeskuksia. Suomen lääkäri-lehti 2010 vol 65 no. 42. 3386 - 3388.

Virtanen A. & Lohi J. 2005. Yleislääkäri terveyskeskuksessa. Teoksessa E. Kumpusalo, M. Ahto, K. Eskola, S. Keinänen - Kiukaanniemi, E. Kosunen, I. Kunnamo & J. Lohi (toim.) Yleislääketiede. Hämeenlinna. Kustannus Oy Duodecim. 69 - 72.

# LIITTEET

Liite 1.

RSHVky

AJANVARAUSILMOITUS  
12.3.2012

NIMI

OSOITE

HENKILÖTUNNUS

Olette ollut Raahen lääkärinvastaanoton jonolistalla odottamassa vastaanottoaika.  
Teille on varattu aika hoitajalle ja lääkärille:

**Raahen lääkärin ja hoitajan vastaanotto ma 30.1.2012**  
**Vastaanottava lääkäri:**

**Ottakaa vastaanotolle mukaan hoitajan tarkistettavaksi:**

- reseptit ja lääkedosetti
- kotimittaukset (verenpaine- ja sokerimittaukset, PEF-seurannat)
  - Kela-kortti ja kuvallinen henkilökortti (ajokortti, passi tms.)

**Ennen lääkärin vastaanottoa:**

- käykää laboratoriossa otattamassa teistä määrättyt tutkimukset
- kokeisiin täytyy tulla ravinnotta (12 tunnin paasto ennen näytteenottoa)
- varatkaa aika laboratorioon numerosta (08) 849 4838

Mikäli vastaanottoaika ei sovi, soittakaa numeroon (08) 849 4580.

Terveyskeskusmaksu	13.80€ (peritään yli 18-vuotiailta)
Todistusmaksu	33.90€
Perumatta jäänyt vastaanottoaika	33.90€

Liite 2.

## MÄÄRÄAIKAISTARKASTUS

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
20\_\_\_\_  
nimi henkilö­tunnus päiväys

---

- |                             |                          | tarkastettu | huomioitavaa |
|-----------------------------|--------------------------|-------------|--------------|
| 1. KÄYTÖSSÄ OLEVAT LÄÄKKEET |                          |             |              |
| • reseptit                  | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • lääkelista                | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| 2. LABORATORIOKOKKEET       |                          |             |              |
| • verikokeet                | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • EKG                       | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • virtsakokeet              | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| 3. RTG-TUTKIMUKSET          | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| 4. KOTIMITTAUKSET           |                          |             |              |
| • RR                        | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • sokeri                    | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • PEF                       | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| 5. LÄÄKEKORVAUKSET          |                          |             |              |
| • KELA-kortti               | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • B-lausunto                | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| 6. ETUUDET                  |                          |             |              |
| • hoitotuki (C-lausunto)    | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • kuntoutussuunnitelma      | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • veteraanikuntoutus        | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| 7. PERUSSAIRAUDET           | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| 8.                          |                          |             |              |
| 9. PÄIHTEET                 |                          |             |              |
| • tupakka                   | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • alkoholi                  | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| 10. FYYSINEN KUNTO          |                          |             |              |
| • liikunta                  | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |
| • ruokavalio                | <input type="checkbox"/> | _____       | _____        |

- virtsarakon ja suolen toiminta  \_\_\_\_\_
- näkö ja kuulo  \_\_\_\_\_
- iho  \_\_\_\_\_
- hampaat ja suu  \_\_\_\_\_

#### 11. PSYKKINEN KUNTO

- muisti ja mieliala  \_\_\_\_\_
- uni  \_\_\_\_\_

#### 12. ASUMINEN JA TUKIPALVELUT

\_\_\_\_\_

#### 13. JATKOHOITO

- LÄMÄ (lääkärin määräykset – sivu)
- \_\_\_\_\_

Liite 3.

### TARKISTUSLISTA VASTAANOTON JÄLKEEN

#### 1. Seuraava määräaikaistarkastus tk:ssa

- lääkäri vai hoitaja?
- laboratoriokokeet näkyvissä lämällä tai ylellä
- uudet vastaanottoajat
- jatkotoimenpiteet

#### 2. Reseptit

- onko reseptit uusittu, vanhojen reseptien poistaminen
- onko reseptit kirjoitettu riittävän pitkäksi ajaksi

#### 3. Hoituivatko kaikki asiat jotka oli suunniteltu?

- lausunnot, etuudet

#### 4. Lääkärin vastaanottoajat muualle

- RAS pkl tai OYS, niihin pyydyt kokeet jne.