

**HOITAJAVASTAANOTON KEHITTÄMINEN
HOITAJAVASTAANOTON SISÄLLÖN
TARKASTELEMISEN KAUTTA
(TAPAUSTUTKIMUS)**

Hoitoprosessin tehokas toteuttaminen

Anna-Liisa Sillanpää

Opinnäytetyö
Toukokuu 2011
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja
johtamisen koulutusohjelma
Ylempi amk-tutkinto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

SILLANPÄÄ, ANNA-LIISA: Hoitajavastaanoton kehittäminen hoitajavastaanoton sisällön tarkastelemisen kautta (tapaustutkimus) – Hoitoprosessin tehokas toteuttaminen
Opinnäytetyö 79s., liitteet 10 s.
Toukokuu 2011

Tutkimuksessa tarkasteltiin erikoissairaanhoidon poliklinikkaa. Tarkoituksena oli kuvata poliklinikan hoitoprosessin nykytilanne ja tarkastella, onko työnjako nykyisellään onnistunut / miten työnjakoa muuttamalla ja tehtäväkuvia laajentamalla voitaisiin poliklinikan toimintaa muuttaa potilasta paremmin palvelevaksi. Tutkimuksen tehtävänä oli löytää tapaustutkimuksen perusteella, miten hoitajavastaanottoa voitaisiin erikoissairaanhoidon poliklinikalla kehittää. Tutkimus on luonteeltaan laadullinen. Tutkimuksessa käytettiin erilaisia haastattelu- ja kyselytapoja, minkä lisäksi käytettiin täsmäryhmähaastattelua tuplatiimi -tekniikalla, jota käytetään yleensä prosessien kehittämisessä ryhmätyöskentelytekniikkana.

Poliklinikalla on tehty tehtävänsiirto (hoitopaineen määrittäminen) lääkäriltä hoitajalle vuonna 2006. Poliklinikan hoitajat ovat saaneet uusien tehtävien vaatiman koulutuksen ja tehtävien vastualueet on määritetty selkeästi. Poliklinikalla on kehitetty sisäiset kriteerit, joiden täytyttyä hoitaja saa kirjallisesti luvan hoitaa tehtävänsiirron sisältävää työtehtävää. Tehtävänsiirron myötä hoitoprosessi on nopeutunut, lääkärivastaanotto –käyntikerrat ovat vähentyneet ja lääkäriaikoja on saatu nopeammin sellaisille potilaille, jotka tarvitsevat erityisesti lääkärin vastaanottoa. Hoitajavastaanoton tärkeimmiksi pääsisällöiksi nousivat potilaan hoitoon sitouttaminen, lääketieteellisen hoidon seuranta ja hoidon positiivisten vaikutusten tiedoksi tuottaminen sekä potilaan terveystietoisuuden ja elämänhallinnan ohjaus ja tukeminen.

Hoitajavastaanotolla tulisi kiinnittää erityistä huomiota potilaan terveystietoisuuden tukemiseen sekä potilaan tiedonsaannin ja ohjauksen onnistumiseen. Rutiinomaiset seurantakäynnit vievät vastaanottokapasiteettia runsaasti ja olisikin hyvä saada vapautettua vastaanottoaikoja niitä tarvitseville potilaille mm. kehittämällä puhelinvastaanottomallia, jolla voidaan korvata joitakin poliklinikka –käyntikertoja. Lääkäri- hoitaja –työparin vastaanotolla hoitajan tehtäviin kuuluivat pääsääntöisesti muut kuin potilaaseen liittyvät asiat, minkä lisäksi vuorovaikutusaika potilaan kanssa jää lyhyeksi. Tämän vuoksi hoitajat osittain kyseenalaistivat sen, onko ko. vastaanottomallissa hoitajan rooli nykyisen mukaisena potilasta parhaiten palveleva. Aikaisemmista tutkimuksista poiketen nousi esiin kaksi uutta sähköistä asiointitapaa; potilaan tekemä sähköinen tilaus tarvitsemistaan tarvikkeista ja sähköinen keskustelufoorumi potilaan ja hoitajan tai potilas ja potilas välillä suljetussa käyttöympäristössä.

Asiasanat: hoitajavastaanotto, lääkäri-hoitaja –työpari, tehtävänsiirto, tehtäväkuvan laajentaminen

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Postgraduate Degree Programme in Development and Management of Health Care and
Social Services

SILLANPÄÄ, ANNA-LIISA: Developing nursing practice by examining its content (case study) – efficient implementation of the care process
Master Thesis 79 pages, appendices 10 pages
May 2011

The thesis considers an outpatient clinic providing special health care. The purpose was to describe the current care process in the outpatient clinic and to examine whether the current distribution of work is successful and how the operation of the outpatient clinic could better serve the patients through a changed distribution of work and broader job descriptions. The study aimed, by means of a case study, to find ways to develop nursing practice in the outpatient clinic for special health care. The study, qualitative in nature, applied various interview and survey methods in addition to a focus group interview utilising the double team technique, which is usually used in process development as a method of group work.

A task transfer (determination of the care pressure) from doctor to nurse was conducted at the outpatient clinic in 2006. The nurses at the clinic have received the training required for the new tasks, and the scope of responsibilities has been clearly defined. The outpatient clinic has developed internal criteria – when these criteria are met, the nurse is given written permission to perform the task included in the task transfer. With the task transfer, the care process is made faster, the number of doctor's appointments is smaller, and it has been possible to arrange doctor's appointments more quickly for patients when there is a special need for one. The main content elements of the nursing practice were found to be committing the patient to care, monitoring the medical care, and producing information on the positive effects of the care, as well as guiding and supporting the patient's health behaviour and life management.

In nursing practice, the main emphasis should be on supporting the positive health behaviour of the patient and on informing and guiding the patient. Routine follow-ups occupy many of the practice's resources, so it would be good to target the appointments at the patients who need them most. This could be achieved, e.g., by developing a telephone practice model, which would enable replacing some face-to-face appointments with telephone appointments. In a practice with a doctor–nurse working pair, the nurse's tasks consist mainly of tasks unrelated to the patient, and also the interaction with the patient is brief. These are the reasons the nurses partially questioned the role of the nurse in the practice model in question – whether it serves the patient in the best possible way. In the study, two new electronic methods of communication arose that were not addressed in previous studies: the patient placing an electronic order for the supplies he or she needs and a forum for electronic discussion between the patient and the nurse or between patients in a closed use environment.

Keywords: Nursing practice, doctor–nurse working pair, task transfer, broadening of job description

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	6
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
2.1 Polikliinisen hoitotyön keskeiset lähtökohdat erikoissairaanhoidossa	8
2.2 Terveystieteiden tulevaisuuden turvaaminen ja työnjako prosessiajattelun näkökulmasta.....	9
2.3 Polikliininen hoitotyö erikoissairaanhoidossa ja siihen liittyviä aikaisempia tutkimuksia.....	14
2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista.....	17
2.5 Tutkimuksen toimintaympäristö	18
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	19
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	20
4.1 Tutkimuksen lähtökohta.....	20
4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusongelmiin vastaaminen.....	21
4.3 Tapaustutkimus laadullisella menetelmällä.....	22
4.4 Tutkimusaineiston kerääminen, käsittely ja analyysi.....	24
4.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset	32
5. TULOKSET.....	34
5.1 Uniapneapotilaan hoitoprosessin kuvaus unipoliklinikalla (UNI).....	34
5.2 Työnjako unipoliklinikalla	36
5.3 Unipoliklinikka hoitajavetoisena poliklinikkana.....	40
5.4 Hoitoprosessin tärkeimmät kehittämiskohteet.....	46
5.5 Sähköiset asioimistapaehdotukset.....	48
5.6 Yhteenveto tuloksista.....	50
6. POHDINTA.....	54
6.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	54
6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi.....	58
6.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	62

LÄHTEET
LIITTEET

TAULUKOT

Taulukko 1. Pääluokkiin jaoteltuna hoitajan tehtäviä lääkäri-hoitaja –työparin vastaanotolla

Taulukko 2. Unipoliklinikkavastaanottotoimintaan liittyvät tilastot vuosilta 2009 ja 2010

Taulukko 3. Unipoliklinikalla käytettävät kustannusluokat

Taulukko 4. Sähköisen asioinnin kehittämisehdotuksia unipoliklinikalla

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimuksen kulku

Kuvio 2. Tapaustutkimuksen prosessi

Kuvio 3. Tutkimuksen aineistokeruu menetelmän, kohderyhmän, tutkimusongelman ja tuloksen pohjalta

Kuvio 4. Uniapneapotilaan hoitoprosessi Uniyksikössä

Kuvio 5. Työnjako yhteistoimintana unipoliklinikalla

Kuvio 6. Unipoliklinikalla potilaan hoitoon liittyviä elementtejä hoitajan näkökulmasta

LIITTEET

Liite 1. Työnjako- ja toimintamallit

Liite 2. Potilasohjauksen erilaisia ohjausmalleja

Liite 3. Uniapneapotilaan hoitoketju

Liite 4. Luettelonomaisesti tärkeitä ohjaustarpeita CPAP-hoidon onnistumisen kannalta

Liite 5. Unipoliklinikan tehtäviä vastaanotoallaan liitteyn CPAP-hoitoon ja –laitteeseen

Liite 6. Hoitajan vastaanottojen sisältö käyntikerroittain, sivut 1-3

Liite 7. Uniapnea –ensitietopäivä

Liite 8. Unipoliklinikan kehittämiskohteet

1 JOHDANTO

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaaminen perustuu prosessin toimivuuteen. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (STM) hoidon saatavuutta ja jonojen hallintaa tarkastelevassa selvityksessä on kiinnitetty huomiota viiveisiin prosessin eri vaiheissa ja jonotuksen sekä vaikeutuneen hoitopääsyn harvoin johtuneen voimavarojen riittämättömyydestä. Terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät toimintatapojen kehittämistä perinteisiä tehtäväkuvia uudistamalla sekä luomalla hoito- ja palveluketjuihin uusia hoitotyön palveluita ja toimintatapoja, mitkä potilaan näkökulmasta katsottuna parantavat hoidon laatua ja jatkuvuutta sekä nopeuttavat palvelun saamista. Potilaiden hoidon painopistettä pyritään muuttamaan avohoitopainotteiseksi ja tavoitteena on hoitotyön osaamisen kohdistaminen paremmin potilasta palvelevaksi. Työnjakouudistus on mahdollista nykylainsäädännön puitteissa, mutta eri ammattiryhmien keskinäiset osaamisintensiiviset toiminnot ovat vieneet päähuomion tavoitteeksi asetetulta asiakaslähtöisyydeltä. Hoitotyön osaaminen perustuu tietoihin, taitoihin, kokemukseen, työkontakteihin, organisaatiokulttuuriin liittyviin arvoihin, asenteisiin sekä rooleihin ja toimenkuviin. Hoitotyön asiantuntija määritellään laajennettujen tehtäväkuvien ja tehtävänsiirtojen näkökulmasta virallista näin hoitotyön työpanoksen potilaan hoidossa. Tällä hetkellä lähes 10 000 sairaanhoitajaa tekee Suomessa osittain vääriä tehtäviä eli sellaisia, joihin ei vaadita sairaanhoitajan koulutusta.

Lääkäri- ja sairaanhoitaja muodostavat keskeisen työparin, mutta erikoissairaanhoidossa ollaan vielä hyvin lääkärikeskeisiä. Tutkimusten valossa poliklinikoilla asioineet potilaat ovat olleet tyytymättömiä tiedon saantiin ja mahdollisuuksiinsa osallistua hoitonsa suunnitteluun. Potilaat ovat olleet tyytymättömiä lääkäri-potilas –suhteeseen, mikä on johtunut kiireentunnusta ja siitä, ettei lääkärillä ollut aikaa kuunnella ja selvittää riittävästi asioita, jotka liittyivät sairauteen ja kokonaistilanteeseen. Potilaat kokivat heillä olevan yhteinen sopimus hoitohenkilökunnan kanssa, tulivat kuunnelluiksi sekä saaneensa selkeää ja ymmärrettävää tietoa sairaanhoitajilta. Hoitotyön tehtävänä on seurata potilaiden terveydentilaa, hoitoon sitoutumista sekä lääke- ja muun hoidon vaikuttavuutta, tukea potilaan aktiivista osallistumista oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä edistää terveyttä ja potilaan sekä omaisten selviytymistä sairautensa kanssa. Potilaan näkökulmasta katsottuna tiedon saa-

minen vastaanottokäynnillä on kokonaistyytyväisyyteen ja hoitomyöntyväisyyteen vaikuttava kokemus. Tiedonsaannin kokemukseen vaikuttaa myös se, että poliklinikalla potilaskontaktit ovat lyhyitä. Potilaiden ja eri henkilöstöryhmien välillä on eroja hoidon laadun osa-alueiden toteutumisessa, käsittämässä ja tärkeydessä. Polikliinisessä hoitotyössä korostuvat sairaanhoitajan henkilökohtainen vastuu, toisaalta myös oikeus, tehdä päätöksiä potilaan hoidossa, koska pitkäaikaisessa seurannassa olevat potilaat voivat käydä saman hoitajan vastaanotolla vuosia, sekä potilaan ohjaus ja neuvonta. Potilasohjauksessa voidaan käyttää erilaisia ohjausmalleja. Keskeistä potilastyytyväisyyden kannalta on se, miten potilaan odotukset ja palvelukokemukset kohtaavat.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan erikoissairaanhoidon poliklinikkaa, jossa on tehtävän-siirto (hoitopaineen määrittäminen) lääkäriltä hoitajalle tehty vuonna 2006. Tarkoituksena on kuvata poliklinikan hoitoprosessin nykytilannetta ja tarkastella, onko työnjako nykyisellään onnistunut / miten työnjakoa muuttamalla ja tehtäväkuvia laajentamalla voitaisiin poliklinikan toimintaa muuttaa potilasta paremmin palvelevaksi. Tutkimuksen tehtävänä on löytää tapaustutkimuksen perusteella, miten hoitajavastaanottoa (Hvo) voitaisiin erikoissairaanhoidon poliklinikalla kehittää. Tutkimuksen keskeisenä lähtöajatuksena on polikliinisessä hoitotyössä hoitajavoimavarojen kohdentaminen potilaiden hoidon tarpeen mukaisesti siten, että lääkäreiden työpanos kohdentuisi potilaan sairauden lääketieteelliseen tarpeeseen ja hoitajan työpanos vastaamaan potilaiden hoidossa esiintyviin muutoksiin (hoidon koordinointi, toteuttaminen lääkärin ohjeiden mukaan, neuvonta, ohjaus ja arviointi) ja potilaan tarpeeseen vastaamiseen. Tutkimuksen tulososiossa on nähtävissä kaksi päälinjaa, joista toinen on hoitajavastaanoton sisällöllinen tarkasteleminen ja toinen hoitoprosessin tehokkaaseen toteuttamiseen liittyvät kehittämiskohteet. Tutkimuskohteen valintaa voidaan perustella Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) Kaste- ja VeTe-hankkeilla, joiden yhtenä päätavoitteena on toimintatapojen uudistamisella ja kehittämisellä taata jatkossakin taloudelliset mahdollisuudet turvata yhteiskunnassamme terveydenhuollon palveluiden tarjonta. Sähköinen asioinnin kehittäminen on nykypäivän terveydenhuoltoa. Tämä tutkimus kohdistuu poliklinikan toimintatapojen tarkastelemiseen sekä antaa omalta osaltaan yhden näkökulman näiden kehittämiseen ja uudistamiseen.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Polikliinisen hoitotyön keskeiset lähtökohdat erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidoksi kutsutaan terveydenhuollon organisaatiotason yksiköitä, joissa annetaan erikoislääkäritasoisia hoitoa potilaalle. Polikliinisessä hoidossa potilas käy vastaanotolla poliklinikalla eikä siihen liity yöpymistä sairaalassa. Poliklinikalla annettava hoito on avohoitoa ja avohoitokäynnit jaotellaan kuntalaskutettaviin käynteihin ja omakustannuskäynteihin käyntityypeittäin, joilla ohjataan asiakas- ja kuntalaskutustietoja sekä tilastointia. Avohoito on sairaalan poliklinikalla ammattihenkilön suorittamaa. (Herrala ym. 2009, 21, 37-38.)

Työnjako- ja toimintamallit (LIITE 1) polikliinisessä hoidossa voidaan eritellä viiteen erilaiseen; hoitajavastaanotto-, lääkäri-hoitaja -, lääkäri-sihteeri –työpari-, puhelinvastaanotto- ja moniammatilliseen vastaanottomalliin (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006, 23-25). Poliklinikoilla sairaanhoitajien työhön sisältyy vaihtelevasti lääkäri-sairaanhoitaja-, puhelin- ja sairaanhoitajavastaanottotoimintaa (Kantelinen 2008). Hoitajavastaanotolla (Hvo) potilas tapaa vain hoitotyön edustajia käynnillään, ei lääkäriä (Säilä ym. 2006, 23).

Hukkanen ja Vallimies-Patomäki (2005) ovat päätyneet seuraavaan; työnjaolla terveydenhuollossa tarkoitetaan työyhteisön kehittämistä siten, että ammattiryhmien toiminta ja tehtävät järjestellään tarkoituksenmukaisella tavalla potilaan hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta. Tehtäväkuvien laajentamisella tarkoitetaan jonkun tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista aikaisempaa tehtäväaluetta laajentamalla ja siihen liittyvän osaamisen kehittämistä, kun taas tehtävänsiirrolla tarkoitetaan aikaisemmin tietylle henkilöstöryhmälle kuuluneen tehtävän sisällyttämistä toisen henkilöstöryhmän edustajan työtehtävään.

Prosessiajattelu terveydenhuollossa toimii kuten missä tahansa toiminnassa: toisiinsa liittyvät ja toistuvat toiminnot sekä niiden toteuttamiseen tarvittavat resurssit, joiden avulla saadaan aikaan toiminnan tulokset. Prosessien kuvaaminen on keino esittää organisaation toiminnan käytäntöä ja kyse on kokonaisuudesta. (Laamanen 2004, 20-22.)

2.2 Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaaminen ja työnjako prosessiajattelun näkökulmasta

Terveydenhuollossa toiminnalla eli prosessilla vastataan potilaan tarpeeseen. Terveydenhuoltoa arvioitaessa tehokkuuden käsitettä ei saa sekoittaa tuottavuuden käsitteeseen, joka kertoo prosessin toiminnasta, vaikka ne ovatkin keskenään osittain käsitteinä päällekkäisiä. Terveydenhuollon lopputuloksen kannalta tärkein käsite on vaikeasti mitattava vaikuttavuus, jolloin keskeiset kysymykset ovat; tehdäänkö prosessissa oikeita asioita, johtaako toiminta tavoitteeseen, onko sillä vaikutuksia ja millaisia. (Ketola & Mattila 1995, 58-66.) Parjanteen (2009) mukaan voidaan SoTe-palveluissa monin tavoin parantaa tehokkuutta ja vaikuttavuutta. STM:n (2004) selvityksissä prosessitarkastelu suuntasi huomion erityisesti viiveisiin prosessien eri vaiheissa ja tutkimustulosten valossa todettiin viiveiden, jonotuksen ja vaikeutuneen hoitopääsyn harvoin johtuneen voimavarojen riittämättömyydestä.

Työn uudelleen organisoiminen on terveydenhuoltohenkilöstön määrän lisäämisen sijaan vastaus lisääntyvään työmäärään ja samanaikaiseen taloudellisten resurssien vähenemiseen. Terveydenhuollon toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset edellyttävät hoitotyön toimintatapojen kehittämistä perinteisiä tehtäväkuvia uudistamalla sekä luomalla hoito- ja palveluketjuihin uusia hoitotyön palveluita ja toimintatapoja (STM 2003). Potilaan näkökulmasta katsottuna tällä parannetaan hoidon laatua ja jatkuvuutta sekä nopeutetaan palvelun saamista. Potilaiden hoidon painopistettä pyritään muuttamaan vuodeosastohoidosta avohoitopainotteiseksi ja yhtenä tavoitteena on lisätä niin hoitajavastaanottotoimintaa kuin sähköistä asiointia (Heikkilä, Salin ja Tervo-Heikkinen 2011, 3).

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi käynnistettiin KASTE-hanke (sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma). Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa on otettu kantaa toimintayksikköjen uusiin toimintatapoihin ja rakenteisiin, mm. tehtäväkuvien laajentamisella, minkä tavoitteena on hoitotyön osaamisen saaminen käyttöön entistä paremmin sekä hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen. Lääkäri ja sairaanhoitaja muodostavat keskeisen työparin, mutta erikoissairaanhoidossa ollaan vielä hyvin lääkärikeskeisiä. (STM 2003, 2004, 2008.) Toisaalta kättilön on jo pitkään ajateltu voivan hoitaa itsenäisesti synnytystapahtuman (Savonia Ammattikorkeakoulu 2011). Eri henkilöstöryhmien keskinäinen työnjako terveydenhuollossa –osahankkeessa haettiin tietoa uusien toimintatapojen edellytyksistä ja toimivuudesta, mutta myös ehdotuksia mm. valtakunnallisen ohjeistuksen saamiseksi hoitajavastaanotto toimintaan. Työnjaon kehittämisen tarkoituksena on terveydenhuollon tehokkuuden ja suorituskyvyn lisääminen; henkilöstövajetta voidaan kompensoida saatavilla olevien taitojen hyödyntämisellä, hoidon laatua voidaan tehostaa osaamisen kehittämällä, terveydenhuollon toimivuus tehostuu sekä kustannukset pienevät työvoiman oikealla kohdentamisella. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005.) OECD:n (2005) mukaan Suomen tulisi ryhtyä terveydenhuoltojärjestelmänsä rakenteelliseen uudistamiseen. Säilän (2005) ja Vuoren (2007) mukaan terveydenhuollossa pohditaan pikemminkin lojaalisuutta asiantuntijuutta ja sovittuja standardeja kohtaan kuin potilaan hoidon organisointia, jolloin valtarakenteet estävät teknisesti tehokkaan työskentelyn. Organisaatioiden kehittämispyrkimykset kohdistuvat ohjeistuksiin siitä, miten uusia kehittämismalleja kannattaisi noudattaa vanhoissa rakenteissa, kun pitäisi analysoida valtarakenteita. Lait, asetukset ja normit esitetään esteiksi jopa silloin, kun ne eivät oikeasti estä työn uudelleenmuotoilua.

Tuottavuusohjelmassa Pirkanmaalle (2009) esitetään mm. lääkäreitä avustavien sairaanhoitajien määrän vähentämistä polikliinisessä lääkärin vastaanotto toiminnassa, pitkäaikaispotilaiden polikliinisen seurannan siirtämistä sairaanhoitajille ja perusterveydenhuoltoon. Näihin päästään integroimalla hoitoketjut sisäisten prosessien kanssa ja hoitoprotokollien kehittämällä sekä sähköisen kirjaamisen tehostamisella, mikä Välimäen (2010) mukaan parantaa hoidon laatua, tuloksellisuutta ja vähentää kustannuksia. Sähköinen potilaskertomus muodostuu kansallisesti hyväksytyistä rakenteisista ydintiedoista, jotka ovat aikajär-

jestyksessä etenevä kooste potilaan terveyden- ja sairauden hoitoon liittyvistä keskeisistä tiedoista, joissa ilmaistaan potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta, seuranta ja arviointia koskevat tiedot (Keskinen & Ovaskainen 2008, 8). Vuonna 2006 Suomessa oli yli 6.9 miljoonaa erikoissairaanhoidon avohoitokäyntiä (Heikkilä ym. 2011). Erikoissairaanhoidon osuus kunnallisen terveydenhuollon menoista on runsas 60%. Tuottavuuden parantamisen tärkeimmiksi keinoiksi nousevat työaikojen joustavampi käyttö sekä henkilöstörakenteen ja ammattiryhmien välisen työnjaon uudistaminen nykyistä tarkoituksenmukaisemmaksi, mutta muutokset lääkäreiden ja hoitajien työnjaossa eivät ole tilastojen valossa olleet koko maan tasolla vielä kovinkaan suuria. Sairaanhoidopiirit ovat parantaneet hoitoprosessin sujuvuutta ja tehostaneet toimintatapojaan myös muilla tavoin; jononhallintaa on parannettu, työaikoja porrastettu, päiväkirurgista toimintaa on lisätty ja loma-ajan sulkujen määrä on pyritty minimoimaan. (Mikkola, Pekurinen & Tuominen 2008; Toteuttamisohjelma 2007; Tuottavuusohjelma Pirkanmaalle 2009.) Teperin (2009) mukaan erilaisia tietoja kerätään paljon sosiaali- ja terveydenhuollossa, mutta tieto on hajallaan eikä sitä hyödynnetä käytännössä.

Varkilan (2010) mukaan terveydenhuollon organisaatiot ovat olemassa vain sairauksien ehkäisemisen ja hoitamisen takia, mutta pahimmillaan eri ammattiryhmien keskinäiset osaaamisintensiiviset toiminnot ovat vieneet päähuomion tavoitteeksi asetetulta asiakaslähtöisyydeltä. Lehto (2010) näkee prosessimallissa toimintaa hallittavan kokonaisuutena toiminnan ylittäessä yksiköiden ja ammattiryhmien rajat. Prosessin kuvaamisen kautta voidaan keskustella toiminnasta käytännön tasolla (Säilä ym. 2006, 8). Työnjakouudistus on mahdollista nykyainsäädännön puitteissa eli tehtäviä voidaan jakaa koulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon antamien valmiuksien mukaan (Räisänen 2009; STM 2004, 2006, 2008). Leppäsen ja Puupposen (2009) mukaan hoitotyön asiantuntija –käsitteenä lähtee ammatillisesta kehittymisestä, jonka lähtökohtana ovat koulutus, toimenkuva ja lainsäädäntö. Hoitotyön osaaminen perustuu tietoihin, taitoihin, kokemukseen, työkontakteihin, organisaatiokulttuuriin liittyviin arvoihin, asenteisiin sekä rooleihin ja toimenkuviin. Hoitotyön asiantuntija määrittellään laajennettujen tehtäväkuvien ja tehtäväsiirtojen näkökulmasta virallistaen näin hoitotyön työpanoksen potilaan hoidossa.

Työnjakoa koskeva sääntely ja ohjaus perustuu lainsäädäntöön. Monissa eri laissa ja asetuksissa käsitellään terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtäviä. Työnantajan on varmistettava hoitajan selviytymiskyvystä tehtävän hoidossa etukäteen ja seurattava tehtävän hoitoa. (Amberla 2006; Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009.) Hukkanen ja Vallimies-Patomäki (2005) ovat tarkastelleet työnjakoon liittyvää koulutusta ammattiryhmän laajennetun työnkuvan, sisältöaluekuvauksen, osaamisen varmistamisen keinojen ja koulutuksen järjestäjän näkökulmista. Leppänen ja Puupponen (2009) pohtivat laajennetuille tehtäväkuville lainsäädännöllisen määrittelyn tarvetta niihin liittyvien vastuiden ja toimivaltuuksien vuoksi. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä henkilöstön ammatillista osaamista tuetaan erikoisalakohtaisilla koulutuksilla tavoitteena turvata yksikössä tarvittava osaaminen sekä potilaslähtöisten hoitokäytäntöjen ja hoitoketjujen kehittämiskoulutuksilla (Toimintakertomus 2008, 15).

Laaksosen ym. (2005) mukaan osaamisen johtaminen organisaatiossa on laaja kokonaisuus, jossa hallitaan ja ohjataan kaikkea sitä tietoa, taitoa ja kokemusta, mikä organisaatiossa on jo olemassa, on hankittavissa tai muutettavissa. Osaaminen ei ole pelkästään yksilön tiedot / taidot, vaan se rakentuu organisaation prosesseihin ja käytänteisiin, jotta organisaatio kykenee suoriutumaan tehtävistään (Ruohotie 2000, 15-17; Sydänmaanlakka 2007, 131-132; Valtiovarainministeriö 2001, 10). Organisaation johdon tehtävänä on tehdä strategiset ratkaisut pohdittaessa millaista osaamista organisaation työntekijöillä tulisi olla (Hätönen 2003, 7-8; Ranki 1999, 45-46). Valitettavasti nykyisin yli kolmasosa sairaanhoitajista ei enää valitsisi uudelleen sairaanhoitajan ammattia mm. palkkauksen ja vastuun epäsuhtaan sekä urakehitysmahdollisuuksien puuttumisen vuoksi (Santamäki, Kankaanranta, Henriksson & Rissanen 2009). Tähän voi olla osasyynä se, että lähes 10'000 sairaanhoitajaa Suomessa tekee osittain vääriä tehtäviä eli sellaisia, joihin ei vaadita sairaanhoitajan koulutusta (Miettinen 2011).

Terveydenhuollon toimintatapoja muokattaessa sähköisen asioinnin (tietoverkossa tapahtuva palvelu) kehittäminen on yksi keskeisimmistä asioista ja sen tarkoituksena on edistää hoidon jatkuvuutta, potilasturvallisuutta ja vähentää kustannuksia. Useissa maissa sähköi-

set ohjausratkaisut ovat jo vakiintuneessa käytössä. Potilas tunnistetaan ja ohjautuu palveluprosessinsa mukaisesti, jolloin potilas ja hoitava yksikkö voivat viestiä eri välineillä turvallisesti. (Fujitsu 2010a,b.) Suomessa siirtyminen valtakunnallisiin sähköisiin asiakastietojärjestelmiin on meneillään (STM 2010). Palveluun kirjaudutaan henkilökohtaisilla pankkitunnuksilla (Eloranta, Nygren & Leino-Kilpi 2011, 5). Risikon (2008a,b) mielestä hoidon ulkopuolella olevia toimia voidaan siirtää potilaalle itselleen, mm. esitietojen toimittaminen ennen asiointiaan, vaikka tiedot sisältävätkin arkaluonteisia terveystietoja, näin potilas määrää itse omien tietojensa käytöstä.

Aaltosen (2007) mukaan henkilökunnan työn mielekkyys lisääntyy ja kustannukset vähenevät sähköisen asioinnin myötä. Sähköisen asioinnin suurimmat hyödyt ovat asioinnin helppous potilaalle, sairaalan toiminnan tehostuminen sekä henkilökunnan työn helpottuminen, kun potilasta koskeva tiedonvälitys paranee ja tiedot pysyvät muuttumattomina. Näiden em. lisäksi potilaan tilasta saadaan jo etukäteen senhetkinen tilannetieto potilaan itsensä arvioimana. (Pere 2007; Vuorinen 2007.) Ihalaisen (2008) mukaan keskitetty sähköinen järjestelmä lisää potilasturvallisuutta. Kaikkien potilaiden ei oleteta siirtyvän sähköiseen asiointiin, mutta potilaat ovat siihen valmiita. Pankkien verkkopalvelua käyttää 98% heistä, joiden sitä voidaan ajatella käyttävän. (Aaltonen 2008; Ilvonen 2008.)

Mm. Hereford ym. (2003), Hassol ym. (2004) ja Suomessa mm. Ilvonen, Ekroos ja Kujala (2006), jotka ovat tutkineet potilaskäyttäjätyytyväisyyttä, ovat todenneet sähköisen asioinnin olevan potilastyytyväisyyttä lisäävä ja tämän lisäksi korvaavan osittain rutiinivastaanottokäyntejä. Toisaalta järjestelmästä ei ole hyötyä, mikäli sitä ei rakenneta vastaamaan keskeisten käyttäjryhmien tarpeisiin ottamalla huomioon samanaikaisesti sekä palveluiden muuttumistarpeet että tekniikan soveltaminen palvelukonsepteihin (Hyppönen & Niska 2008). Tietojärjestelmät eivät yksinään paranna tuloksellisuutta terveydenhuollossa, vaan haasteena on toimintatapojen muuttaminen entistä tehokkaimmiksi ja sujuvammaksi tietojärjestelmien avulla. Tärkeimmäksi asiaksi nousee palveluyksikön toimintaprosessin uudelleen organisointi, mikä vaatii toiminnan analysointia vähentäen näin potilashoidon virhemahdollisuuksia. (Tuottavuusohjelma 2009, 16- 19, 31-32.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on tehty VeTe / Hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta –hankkeeseen liittyvä poliklinikoiden nykytilanteen kartoitus; tehtävänsiirtoja, joiden pohjalla oli poliklinikkatoiminnan tehostaminen, oli tehty lähinnä lääkäreiltä hoitajille ja ne oli useimmiten koettu onnistuneiksi. Samassa kartoituksessa oli koottu poliklinikkatoimintaan sopivia sähköisiä järjestelmiä: sähköinen ajanvaraus, potilaskutsujen lähettäminen e-kirjeenä, saneluiden puheentunnistus ja sähköinen hoitopalaute. (Stenberg 2009.)

2.3 Polikliininen hoitotyö erikoissairaanhoidossa ja siihen liittyviä aikaisempia tutkimuksia

Polikliinisen hoidon kehittämisen tavoitteena on löytää uusia toimintatapoja, jotka vastaavat potilaiden tarpeisiin. Erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajien tehtäväkuva laajenee poliklinikoilla potilaiden lääketieteellisen hoidon seurannassa ja jatkohoidossa, jolloin sairaanhoitajien rooli vahvistuu potilaan hoitoketjussa. Hoitotyön tehtävänä on seurata potilaiden terveydentilaa, hoitoon sitoutumista sekä lääke- ja muun hoidon vaikuttavuutta, tukea potilaan aktiivista osallistumista oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä edistää terveyttä ja potilaan sekä omaisten selviytymistä sairautensa kanssa. (Kynäs 2006; STM 2003.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on tutkittu yksilövastuisen hoitotyön kehittämistä syöpätautien vastaanotto- ja sytostaattipoliklinikalla ja tässä yhteydessä todettiin tarkoituksenmukaisemmaksi puhua potilaan vastuuhoidajasta (Hautaviita ym. 2006). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategiassa korostetaan potilaiden kohtaamisessa elämäntilanteen ja yksilöllisten tarpeiden huomioimista (Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007-2012). Sähköinen neuvonta, konsultointi ja puhelinvastaanotto parantavat potilaan tiedonsaantia, potilasneuvontaa ja konsultoinnin tehostumista. Hoitotyön johtamista tukevilla tietojärjestelmillä voidaan seurata, arvioida ja ohjata hoidon laatua, henkilöstöressurssien riittävyyttä ja oikeaa kohdentumista sekä hoitotyön toimintaprosesseja ja tuottavuutta. (STM 2003.)

Sairaanhoitajat tekevät potilaan hoitoon liittyviä päätöksiä polikliinisessä hoitotyössä yhä itsenäisemmin, koska työmäärä, velvollisuudet ja vastuut ovat lisääntyneet siirrettyjen työtehtävien myötä. Polikliininen hoitotyö on luonteeltaan sairaanhoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, jolloin sairaanhoitajat määrittelevät hoitotyön tarpeen sekä suunnittelevat, toteuttavat sekä arvioivat hoitotyötä ja sen vaikuttavuutta itsenäisesti. (Kantelinen 2008; Virtanen 2010). Potilaan näkökulmasta katsottuna tiedon saaminen vastaanottokäynnillä on kokonaistyytyväisyyteen vaikuttava kokemus. Tiedonsaannin kokemukseen vaikuttaa myös se, että poliklinikalla potilaskontaktit ovat lyhyitä. (Säilä ym. 2006.)

Virtasen (2010) mukaan polikliinisessä hoitotyössä tulee tilanteita, joissa lääkärin ja sairaanhoitajan vastuita ei ole määritelty selkeästi. Tällöin sairaanhoitajan kokemus ja ammattitaito auttavat itsenäiseen päätöksentekoon, mutta tämä edellyttää toimivaa yhteistyötä lääkärin kanssa. Sairaanhoitaja voi joutua tekemään päätöksen, joka kuuluisi lääkärille, mutta tämän kaltaisissa tilanteissa korostuu tiedon kirjaamisen merkitys ja rohkeus päätöksentekoon syntyy ammattitaidon kehittymisen myötä. Polikliinisessä hoitotyössä korostuvat henkilökohtainen vastuu, toisaalta myös oikeus, tehdä päätöksiä potilaan hoidossa, koska pitkäaikaisessa seurannassa olevat potilaat voivat käydä saman hoitajan vastaanotolla vuosia, sekä potilaan ohjaus ja neuvonta. Potilasohjauksessa voidaan käyttää erilaisia ohjausmalleja (LIITE 2). VeTePO-osahankkeessa on laadittu arvointilomake, jonka avulla voidaan tunnistaa potilaan yksilölliset ohjaustarpeet ja suunnata ohjaus sen mukaan (Eloranta ym. 2011, 5). Hoidon tarpeen arviointi kohdistuu pääosin potilaan yksilöllisten ohjauksellisten tarpeiden kartoittamiseen ja hoitaja päättää asiantuntijuutensa perusteella, mihin on puututtava välittömästi ja mitkä ovat sellaisia, joita voidaan käsitellä seuraavilla vastaanottokäynneillä tai muiden erityisosaajien toimesta (Virtanen 2010).

Terveystieteiden laadun arviointi on siirtymässä itsearviointiin (miten, kuinka, miksi) ja kehittävän arviointiin (mikä on muuttunut ja miten) suuntaan, jolloin arviointitietoa voidaan käyttää osaamisen ja toiminnan laadun kehittämiseen (Patton 2002; Räisänen 2005; Räköläinen 2005). Toisaalta arviointi on aina jollain tavalla puolueellinen ja on pidettävä huoli siitä, ettei se värity (Nikkanen & Lyytinen 1996). Säilä ym. (2006) ovat tarkastelleet kir-

jallisuuskatsauksen muodossa erilaisia polikliinisen hoidon laatuun, sen mittaamiseen ja asiakastyytyväisyyteen liittyviä tutkimuksia. Laadun todettiin useissa yhteyksissä olevan moniulotteinen, osin ristiriitainen ja kontekstisidonnainen. Potilaiden ja eri henkilöstöryhmien välillä oli eroja hoidon laadun osa-alueiden toteutumisessa, käsittämässä ja tärkeydessä. Aikaisemmin aihetta sivuavissa tutkimuksissa on todettu, että potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon on tärkeä hoidon laadun kriteeri, mm. edistäen hoitoon sitoutumista. Poliklinikoilla asioineet potilaat ovat olleet tyytymättömiä tiedon saantiin ja mahdollisuuksiinsa osallistua hoitonsa suunnitteluun. (Hiidenhovi 2001; Ohtonen 2006.)

Naukkarisen (2008) tutkimuksen mukaan potilaiden oli helpompi keskustella muiden kuin lääkäreiden kanssa, koska he kokivat, että heillä oli hoitohenkilöstön kanssa yhteinen sopimus, tulivat kuunnelluiksi ja kokivat saaneensa selkeää ja ymmärrettävää tietoa sairaanhoitajilta. Potilaat olivat myös tyytymättömiä lääkäri-potilas –suhteeseen, mikä johtui kiireentunnusta ja vastaanottoiminnan sujumattomuudesta. Potilaat kokivat, ettei lääkärillä ollut aikaa kuunnella ja selvittää riittävästi asioita, jotka liittyivät sairauteen ja kokonaistilanteeseen, mitä vahvisti Silvennoinen-Nuoran (2004) tutkimus. Toisaalta potilaat odottivat erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä ja niihin latauduttiin tunnepitoisesti, jolloin kokemukset vaikuttivat useita viikkoja koko elämäntilanteeseen. On tärkeää muodostaa lääketieteellisten oire- ja diagnoosikohtaisten hoitoketjujen lisäksi potilaan elämänhallintaa tukevia ja terveyttä edistäviä hoitoketjuja potilaiden monimuotoisen avuntarpeen vuoksi (Naukkarinen 2008, 39). Häkkisen (2007) tutkimuksessa keskeistä potilastyytyväisyyden kannalta oli se, miten odotukset ja palvelukokemukset kohtasivat. Säilä ym. (2006) tutkimuksessa potilaat arvioivat hoitajavastaanottomallin onnistuneen paremmin kuin lääkärihoitaja -työparimallin, niin käynnin kokonaisuonnistumisen kuin kohtelun osalta. Lääkärihoitaja -työparimallin onnistuminen koettiin paremmaksi silloin, kun lääkärillä ja hoitajalla molemmilla oli oma vastaanottohuoneensa. Tutkimuksen perusteella voidaan suosittaa hoitajavastaanottoja (Hvo) kaikille niille potilasryhmille, joiden hoito ei vaadi lääketieteellistä asiantuntijuutta jokaisella poliklinikkakäynnillä, mutta suositeltiin kirjallisten vastuiden ja velvollisuuksien määrittämistä.

Sairaanhoitajille on siirretty sihteerin tehtäviä, mutta lääkärin ja hoitajan välisten tehtävänsiirtojen tavoitteena on lääkärin työajan tehostaminen (Säilä 2005). Onnistuneilla tehtävänsiirroilla tämä on saavutettu. Tampereen yliopistollisen sairaalan silmäpoliklinikalla hoitajien tekemän silmäinjektiopistoksen on arvioitu vuoden 2010 aikana vapauttaneen yli sata lääkäriyöpäivää (Hankonen 2010). Etelä-Karjalan keskussairaalassa on Suomen ensimmäinen polvipunkteerauksia tekevä hoitaja, jonka työnkuva laajenee pienten nivelten pistoshoitoihin (Suomalainen 2011).

2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Terveystieteidenhuolto voidaan jatkossakin turvata vain prosessin toimivuuden kautta. Potilaiden hoitoa pyritään muuttamaan vuodeosastohoidosta avohoitopainotteiseksi. Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa on otettu kantaa toimintayksikköjen uusiin toimintatapoihin ja rakenteisiin, mm. tehtäväkuvien laajentamisella, minkä tavoitteena on hoitotyön osaamisen saaminen käyttöön entistä paremmin sekä hoitotyön vaikuttavuuden parantaminen. Potilaan tarvitsema apu on monimuotoista. Lääkäri ja sairaanhoitaja muodostavat keskeisen työparin. Potilas tarvitsee lääketieteellisten oire- ja diagnoosikohtaisten hoitopolkujen lisäksi oman elämänsä hallintaa ja terveytensä tukemista sairaudestaan huolimatta. Erikoissairanhoidossa sairaanhoitajien tehtäväkuva laajenee potilaiden seurannassa ja jatkohoidossa. Polikliinisessä hoitotyössä korostuu osaamiseen perustuva päätöksenteko. Lääkäri - hoitaja välisten tehtävänsiirtojen tavoitteena on lääkäreiden työajan tehostuminen. Suomessa siirtyminen terveydenhuollon sähköisiin asiakastietojärjestelmiin on meneillään. Sähköinen asiointi lisää potilastyytyväisyyttä, potilasturvallisuutta ja tehostaa sairaalan toimintaa. Potilaat ovat valmiita sähköiseen asiointiin.

2.5 Tutkimuksen toimintaympäristö

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan erikoissairaanhoidon poliklinikkaa – Uniyksikköä (UNI), joka toimii uniapneapotilaan hoitoketjussa erikoissairaanhoidon palveluja tuottavana yksikkönä (LIITE 3).

Tampereen yliopistollisen sairaalan Uniyksikössä tutkitaan ja hoidetaan unenaikaisia hengityshäiriöitä eli uniapneaa. Potilaat tulevat läheteellä avoterveydenhuollosta, työterveyshuollosta tai sairaalan toisista yksiköistä. (Uniyksikkö 2010.) Uniyksikköä ja unipoliklinikkaa kutsutaan eri lähteissä toistensa synonyymeiksi, myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sisällä. Uniyksikkö muodostuu kahdesta eri kustannuspaikasta; unipoliklinikasta ja unilaboratoriosta. Unipoliklinikka kuuluu keuhkosairauksien vastuualueeseen ja unilaboratorio kliiniseen neurofysiologiaan, joka kuuluu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Kuvantamiskeskuksen liikelaitokseen. Unipoliklinikan hoitajat, tällä hetkellä neljä sairaanhoitajaa ja yksi toimipaikkakoulutettu perushoitaja, kuuluvat kliinisen neurofysiologian henkilökuntaan ja heidän hallinnollisena, ei työn sisällöllisenä, esimiehenään toimii kliinisen neurofysiologian osastonhoitaja. CPAP-hoitoja on potilaille aloitettu Pikonlinnan sairaalan vuodeosastolla 1980-luvun lopulta alkaen. Pikonlinnan sairaalassa toimi vuosina 1992-2005 unenaikaisten hengityshäiriöiden hoito- ja tutkimusyksikkö, joka yhdistyi unilaboratorioon vuonna 2005.

Tässä tutkimuksessa käytetään Uniyksikkö -nimitystä, koska sitä käytetään useimmissa eri yhteyksissä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin sisällä, vaikka Uniyksikössä onkin mukana myös unilaboratorio, jota tässä tutkimuksessa ei käsitellä kuin vain siltä osin, miten se liittyy uniapneapotilaan hoitoprosessiin ja hoitajavastaanottoon. Tässä tutkimuksessa hoitajan työpisteestä puhutaan unipoliklinikkana, johon viitataan hoitajavastaanottoa ja sen sisältöä tarkasteltaessa, koska Uniyksikön unilaboratoriossa työskentelevillä hoitajilla ei pääsääntöisesti ole ammattitaitoa CPAP-hoidon suunnitteluun, ohjaukseen tai kontrollointiin.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena kuvata unipneapotilaan hoitoprosessin nykytilannetta ja tarkastella, onko työnjako nykyisellään hoitoprosessissa onnistunut / miten työnjakoa ja tehtäväkuvia laajentamalla voitaisiin uniapneapotilaan hoitoa poliklinikalla muuttaa.

Tutkimuksen tehtävänä oli löytää tapaustutkimuksen perusteella, miten hoitajavastaanottoa (Hvo) voitaisiin erikoissairaanhoidon poliklinikalla kehittää ja tavoitteena on hoitoprosessin tehokas toteuttaminen.

Tutkimuksella oli kaksi pääongelmaa, joita selvitettiin alaongelmien kautta;

A. Millainen on erikoissairaanhoidon poliklinikalla eli Uniyksikössä uniapneapotilaan hoitoprosessi?

1. Millainen on uniapneapotilaan hoitoprosessi Uniyksikössä (UNI)
2. Millainen työnjako on nykymuodossaan UNI ja miten siihen on päädytty?
3. Mikä on nykytilan mukainen hoitajavastaanottotoiminta UNI?

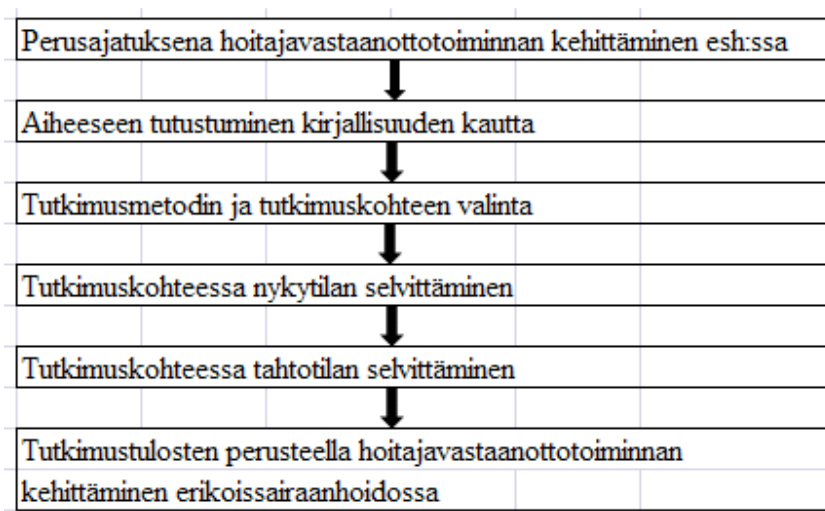
B. Mitkä ovat erikoissairaanhoidon poliklinikalla eli Uniyksikössä henkilökunnan nimeämät hoitoprosessin kehittämiskohteet?

1. Millaisia ovat hoitajavastaanoton kehittämiskohteet?
2. Mitkä ovat sähköisen asioinnin kehittämiskohteet?

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen lähtökohta

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin osallistuminen VeTe-hankkeeseen oli sysäyksen antava lähtökohta tutkimuksen perusajatukselle eli hoitajavastaanottoiminnan kehittamisestä erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Koska tästä aiheesta oli jo meneillään erilaisia projekteja ja mm. juuri valmistuneena PSHP:ssä kartoitus poliklinikkojen nykytilanteesta, avohoitokäynneistä ja hoitoprotokollista poliklinikoilla, oli mietittävä hieman erilainen näkökulma asiaan. Päädyttiin tekemään tapaustutkimus (Jokinen & Kuronen 2011.) tutkimuskohteessa (kuviol.). Tutkimukselle haettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lupa ohjeiden mukaisesti. Luvassa myönnettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin nimen käyttäminen. Tutkimuksen ajankohta oli marraskuu 2010 – helmikuu 2011.



Kuvio 1. Tutkimuksen kulku.

Tutkija tutustui polikliininen hoito -aiheeseen kirjallisuuden kautta. Tutkijan oman ammatillisuuden mukanaan tuoma tieto ja ymmärrys autoivat lähdekritiikissä. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin pääasiassa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) mietintöjä, raportteja ja julkaisuja (mm. hoidon saatavuutta ja jonojen hallintaa tarkasteleva selvitys) sairaaloiden ja yliopistojen julkaisusarjoja (mm. PSHP: Polikliinisen hoidon kehittäminen), väitöskirjoja (mm. Hiidenhovi) ja pro gradu-tutkielmia (mm. Säilä) terveys- ja hoitotieteen alalta sekä soveltuvien osin muilta tieteenaloilta (mm. Ilvonen ym.) sekä AMK-opinnäytetöitä (mm. Häkikä & Keränen) ja erilaisia asiantuntijoiden kirjoituksia erilaisissa yhteyksissä (kokoomateokset, kirjat, kannanotot jne). Kirjallisuuskatsauksen hakusanoina käytettiin mm. polikliininen hoitotyö, hoitajavastaanotto, tehtävänsiirrot, työnjakomalli terveydenhuollossa. Tutkimusongelmiin liittyvillä keskeisillä hakusanoilla pyrittiin kompensoimaan kirjallisuuskatsauksen liittyvä aineiston laadunvaihtelu ja tarkoituksena oli kartoittaa mitä aiheesta tiedetään.

4.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusongelmiin vastaaminen

Tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena oli Tampereen yliopistollisen sairaalan eli erikoissairaanhoidon poliklinikalla lääkäri-hoitaja välinen työnjako ja onko se potilaan hoitoprosessin kannalta onnistunut, vai miten toimintatapaa tulisi tarvittaessa muuttaa.

Pääkohderyhmänä oli Uniyksikössä (UNI) unipoliklinikalla työskentelevät sairaanhoitajat (yhteensä 4) sekä yksi (1) toimipaikkakoulutettu perushoitaja. Kohderyhmään kuuluivat myös unipoliklinikan toiminnasta vastaava lääkäri, jolta saatiin hoitajien lisäksi tietoa poliklinikan sisäisestä työnjaosta, lääketieteellisestä hoidosta ja tehtävänsiirtoon liittyvästä hoitohenkilökunnan osaamisen kehittämisestä sekä osastonsihteerin, jolta saatiin tietoa mm. kuntalaskutuksesta. Poliklinikan hoitohenkilökunnan lähiesimieheltä saatiin tietoa hoitajatoiminnan resurssoinnista. Tutkimusympäristön osallistujia oli yhteensä 8 henkilöä, joista kysymyksiin vastaajina olivat kaikki viisi (5) unipoliklinikalla työskentelevät hoitajat ja asiantuntijahaastatteluun osallistui kaikki viisi (5) hoitajaa ja osan ajasta lääkäri.

Kohderyhmän henkilöiden avulla kuvattiin uniapneapotilaan nykyinen hoitoprosessi Unyksikössä, mikä vastaa ensimmäiseen pääongelmaan eli prosessin kuvaamiseen ja sen alkusymykseen millainen hoitoprosessi on. Hoitoprosessin kuvaamisella ja tarkastelemisella vastataan siihen, millainen työnjako poliklinikalla on. Unipoliklinikan hoitajien työn sisällön tarkasteleminen vastaa kysymykseen, millainen on nykytilan mukainen hoitajavastaanotto toiminta. Kohderyhmän henkilöt keskustelivat itse ohjatussa osastotuntilanteessa keskeisimmistä kehittämiskohteista uniapneapotilaan nykyisessä hoitoprosessissa ja myöhemmin keskenään sähköisestä asioinnista, sekä näihin liittyvistä kehittämistavoista. Näillä tuloksilla pyritään vastaamaan pääongelmaan B ja sen alaongelmiin.

Alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassa oli tarkoitus kartoittaa samat asiat kahdelta eri poliklinikalta, mutta toisella poliklinikalla mm. kaikkien tarvittavien henkilöiden aikataulujen yhteensovittaminen ei onnistunut useista yrityksistä huolimatta, joten päädyttiin tapaustutkimukseen eli yhden poliklinikan tarkastelemiseen. Kolmannen poliklinikan rekrytoiminen siinä vaiheessa, kun selvisi mm. henkilöiden aikataulujen yhteensopimattomuus, olisi ollut varsin haasteellista tutkimuksen aikataulun vuoksi.

4.3 Tapaustutkimus laadullisella menetelmällä

Tutkimukselliseksi menetelmäksi tässä tutkimuksessa valittiin teoreettiseen lähtökohtaan perustuva kuvaileva tapaustutkimus. Sen tavoitteena ei ole löytää yleistyksiä, vaan pyrki- myksenä on tuottaa yksityiskohtaista tietoa tutkittavasta asiasta (Jokinen & Kuronen 2011; Routio 2007). Laadullisella menetelmällä tehtävässä tutkimuksessa tutkimusaineiston kool- la ei ole väliä, vaan ollaan kiinnostuneita siitä, millaisella tutkimusaineistolla saadaan katta- va kuvaus tutkimusongelmaan (Vilka 2005, 126). Tässä tapaustutkimuksessa käytettiin harkinnanvaraisena näytteenä etukäteen valittua poliklinikkaa ja siellä työskenteleviä ihmi- siä. Tutkimuksen tavoitteena pidetään käsitteellisen ymmärryksen rakentamista ja lisäänty- mistä tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta ja loogisen päättelyn avulla muodostettua uuden- laista synteisiä (Ketola & Mattila 1995, 32; Vilka 2005, 127). Tässä tapaustutkimuksessa

lisääntyy hoitajavastaanoton sisällön tarkastelemisen kautta erikoissairaanhoidon poliklinikalla työnjaon muodostuminen eri ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta.

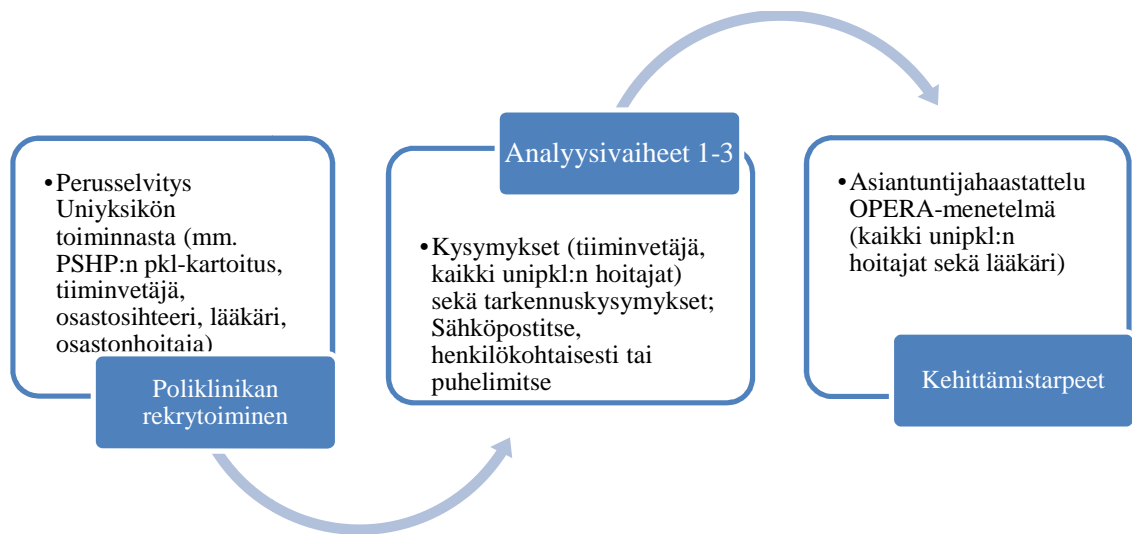
Laadullisella tutkimusmenetelmällä voidaan tavoittaa ja tarkastella tapahtumaketjuja ja toimintojen suhteita, jotka koetaan merkityksellisiksi eli tapahtumia, toimintaa, ajatuksia, päämääriä ja toimintojen rakenteita (Vilka 2005, 97-99). Tässä tutkimuksessa pitäydyttiin uniapneapotilaan polikliinisessä hoitoprosessissa ja tutkittiin niitä tapahtumaketjuja, jotka ovat merkityksellisiä tässä polikliinisessä hoitoprosessissa ja hoitotyössä. Tässä tutkimuksessa tutkittiin poliklinikan sisällä potilaan hoitoa ja siihen liittyvää työnjakoa sekä hoitajavastaanottoa. Tässä tutkimuksessa pyrittiin erottamaan työyhteisön käsitys työntekijöiden kokemuksista, jotka ovat aina omakohtaisia omaan työhön liittyviä.

Tämä tapaustutkimus on työelämäpohjainen, jolla on terveydenhuollon tutkimuspainotus. Tämä tutkimus oli laadullisella tutkimusmenetelmällä tehtävä ja vastaa kysymyksiin, millainen uniapneapotilaan hoitoprosessi Unyksikössä on ja miten sitä voi kehittää. Työelämän tutkimusta leimaa käytännöllinen ja soveltava tutkimustapa, jossa tutkimuskohteina ovat työelämän käytännöt, joita kehitetään, muutetaan, ylläpidetään tai luodaan uusia käytäntöjä (Eskola & Suoranta 2000, 60). Terveydenhuoltotutkimus tarkastelee terveyspalvelujen suhdetta ihmisen terveyteen liittyviin tekijöihin ja terveyspalvelujen tarpeeseen sekä niiden järjestämisen tarkoituksenmukaisuuteen, tehokkuuteen, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin että palveluiden käyttöön. Terveydenhuoltotutkimus on soveltavaa tutkimusta ja sen tarkoituksena on tuottaa tietoa ja näkökulmia päätöksenteon apuvälineeksi ja tavoitteena on kehittää hoidon laatua, ohjata voimavaroja ja toimintoja sekä rakentaa palvelujärjestelmää. Terveydenhuollon tutkimus edellyttää toimintamallin hahmottamista ja keskeisten käsitteiden määrittämistä, jotta voitaisiin ymmärtää miten terveydenhuollon tutkimuskohdeet liittyvät toisiinsa. (Ketola & Mattila 1995, 51-53, 80-84.) Tässä tutkimuksessa osaltaan tarkasteltiin, onko uniapneapotilaan nykyinen palvelukokonaisuus onnistunut ja tarkoituksenmukainen potilaan tarpeen kannalta sekä miten prosessimainen palvelutuotanto ja kirjallisuuskatsauksessa esiin nousseet toimintatapojen uudistamis- ja kehittämistarpeet kohtaavat todellisuudessa.

4.4 Tutkimusaineiston kerääminen, käsittely ja analyysi

Karkeasti muotoiltuna teorialähtöisessä tutkimuksessa on jo valittu tärkeimmät teoreettiset käsitteet, mallit ja teorat ennen empiirisen aineiston hankintaa eli viitekehys toimii analyysin apuna, jolloin analyysi on jo periaatteessa aloitettu tutkimuskysymysten asettelussa (Tuomi 2007, 128-135). Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymykset perustuvat kirjallisuuskatsauksesta nousevaan viitekehukseen eli analyysi alkoi jo viitekehukseen aineistoa valittaessa, kts. kuvio 1. sivulla 20 (perusajatuksena hoitajavastaanottotoiminnan kehittäminen), sekä hakusanojen valinnalla.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa voidaan tutkimusaineistoa kerätä monella eri tavalla. Tässä tutkimuksessa käytettiin erilaisia haastattelu- ja kyselytapoja (sähköpostikysely, puhelu, henkilökohtainen käynti, täsmäryhmähaastattelu) sen mukaan, mikä kulloinkin osoittautui tarkoituksenmukaisemmaksi. Puolistrukturoidulla kyselyllä saatiin vastauksia tutkimusongelman keskeisiin aiheisiin, joita oli välttämätön käsitellä, jotta voitiin vastata alaongelmiin, kuten mm. millainen työnjako on nykyisessä muodossaan ja mikä on nykytilan mukainen hoitajavastaanottotoiminta. Puolistrukturoiduista kysymyksistä on esimerkkeinä yhteensä 2 kappaletta sivulla 25. Tutkija määritteli aihepiirit etukäteen, mutta toisaalta kysymykset olivat avoimia, jolloin vastaaja sai itse päättää mitä ja kuinka paljon vastasi eli tarkka muoto ja järjestys ei ollut rajattu. Kysymysten lisäksi käytettiin täsmäryhmähaastattelua. Siitä voidaan käyttää myös nimitystä asiantuntijahaastattelu (Eskola & Suoranta 2000, 86; Vilka 2005, 100-102). Asiantuntijahaastattelussa on riskinä ryhmän kontrollivaikutus ja ryhmänormit tuleminen helposti esiin. Tällaisessa tilanteessa ryhmä voi toisaalta toimia mielipiteitä stimuloivana ja asiat tulevat esiin toisella tavalla kuin yksilöhaastattelussa. (Eskola & Suoranta 2000, 95-96.) Asiantuntijahaastattelun aikana tutkija tarkisti tarvittaessa, millä tavalla kysymyksissä ja vastauksissa käytetyt sanat ymmärrettiin puolin ja toisin, koska sanat sisältävät aina tulkintaongelman.



Kuvio 2. Tapaustutkimuksen prosessi

Tapaustutkimuksen aineistonkeruu koostui sähköpostitse, puhelimitse tai henkilökohtaisesti esitetyistä kysymyksistä, joita tarkennettiin tarvittaessa, olemassa olevasta prosessikuvauksesta (PowerPoint –muotoinen prosessikuvaus ammattiautoilijan CPAP-hoidosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä) sekä täsmäryhmähaastattelusta kuvio 3. sivulla 31. mukaisesti.

Tässä on kaksi sähköpostitse esitettyä kysymystä esimerkkeinä, joista a) on tiiminvetäjälle esitetty ja b) kaikille viidelle (5) unipoliklinikalla työskentelevälle hoitajalle esitetty:

a) *Laitatko minulle tietoa, vaikka ranskalaisin viivoin, seuraavista asioista:*

Mitä liittyy CPAP-hoitoon ja unipoliklinikan toimintaan.

CPAP-hoidon kotialoitus –sisältö (2 käyntiä 541 e); miten kirjaatte eri kustannusluokkiin käynnin jatkossa, milloin tulevat jatkossa käymään ja mitä vastaanottoon sisältyy silloin?

b) *Hoitajavastaanottosi (Hvo) sisältö?*

Kuinka usein potilas käy vastaanotollasi, mitä käynte läpi ja miksi.

Mihin kustannusluokkaan kulloinkin kirjaat ja millä perusteella

Tarkoituksena oli saada sähköpostitse esitettyihin kysymyksiin jokaiselta hoitajalta oma vastaus, mutta osa hoitajista oli päätnyt keräämään yhteiset vastaukset. Osa hoitajista vastasi itsekseen sekä täydensi vastauksiaan. Vastaukset olivat kuitenkin pääsääntöisesti hyvin samansisältöisiä; osa vastauksista oli yleisempiä, osa vastauksista oli hyvinkin yksityiskohtaisia. Yksityiskohtaisten vastausten perusteella asian esiintyvyyttä tarkasteltiin jokaisen hoitajan vastaanotolla tarkennuskysymyksien muodossa.

Seuraavaksi esitellään tutkimusaineiston eri vaiheissa (analyysivaiheet 1-3) saatujen aineistojen eli vastausten käsittelyä ja analyysia, minkä jälkeen täsmäryhmähaastattelutilanne eli asiantuntijahaastattelu OPERA-menetelmällä. OPERA-menetelmä on selostettu yksityiskohtaisesti. Tämän jälkeen selvitetään vielä analyysivaihe 4. asiantuntijahaastatteluaineiston pohjalta.

Analyysivaihe 1:

Tutkija vei kaikki saadut vastaukset samojen otsikkojen alle

1. Kuinka usein potilas käy vastaanotollasi
2. Mitä käynte läpi ja miksi
3. Mihin kustannusluokkaan kirjaat ja miksi

Työnjako oli valmiina perusselvityksen, tiiminvetäjän vastausten, valmiina olevan prosessikuvauksen perusteella sekä em. perusteella valmistuneen prosessikaavion pohjalta, mutta tarkentui lisää tässä vaiheessa. Analyysivaihe 1. jälkeen oli valmiina unipoliklinikan hoitajan yleisiä tehtäviä vastaanotollaan (Liite 4). Esiin tuli selvästi CPAP-hoidon eri vaiheissa potilaalla olevan erilaisia tarpeita, minkä vuoksi seuraavaksi selvitettiin ja eriteltiin hoitajavastaanottojen sisältöä eri käyntikerroittain.

Analyysivaihe 2:

Hoitajavastaanoton käyntikertoihin liittyvät vastaukset ryhmiteltiin käyntikerroittain. Tässä vaiheessa ei enää tutkija tiennyt, mikä vastaus oli kenenkin hoitajan. Käyntikerroittain esitetyt asiat ryhmiteltiin samanlaisiin sisällönanalyysiä hyväksikäyttäen. Sisällönanalyysissä ilmaisu pelkistetään keskeisiin sanoihin ja samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään, minkä jälkeen yhdistetylle ryhmälle annetaan mahdollisimman hyvin sitä kuvaava nimi ja käsit-

teellistetään. Näin saatiin muodostettua yläluokat (näkyvissä tulososiossa ja LIITE 6:ssa), joiden avulla saatiin tulokseksi hoitajavastaanoton sisältö.

Esimerkki yläluokan muodostumisesta:

ILMAUS

Painerajan säätö

Vaikutus uniapneaoireisiin?

Hoitopaineen määrittäminen ja paineen säätö

Myönteisistä vaikutuksista kertominen

Miten on sujunut?

YLÄLUOKKA

HOITOON liittyvä toimenpide

*POTILAAN HENKINEN TU-
KEMINEN JA MOTIVOINTI*

Analyysivaihe 3:

Lääkäri-hoitaja –työparin vastaanotolla (vo) hoitajan tehtävät –vastaukset käsiteltiin myös sisällönanalyysillä. Ryhmittelyn perusteella muodostui pääluokkiin jaoteltuna hoitajan tehtäviä (näkyvissä taulukko 1. sivulla 39) lääkäri-hoitaja –työparin vastaanotolla. Nämä pääluokat vahvistuivat vielä myöhemmin, kun yhdeksi kehittämiskohteeksi nousi lääkäri-hoitaja –työparin vastaanotolla hoitajan roolin tarkentaminen asiantuntijahaastattelussa.

Asiantuntijahaastattelu: osastotuntityyppinen palaveri OPERA-tekniikalla

Tällä ryhmätyömenetelmällä voidaan käsitellä yhtä aihetta tarkastellen sitä useista eri näkökulmista ja menetelmä on sopiva erityisesti avoimien ongelmien ratkaisuun. Toinen käyttökelpoinen kohde on vaihtoehtoisten ratkaisumallien kehittäminen ja liian monen ratkaisumallin karsiminen. (Innotiimi 2005.) Tutkimussuunnitelman mukaisesti tarkoituksena oli ensimmäisessä asiantuntijahaastattelussa saada kartoitettua kehittämiskohdat ja seuraavassa niihin liittyvät kehittämiskeinot, mutta tarvittiinkin vain yksi haastattelukerta, koska asiantuntijahaastattelu onnistui yli tutkijan odotuksen. Tutkija täydensi kehittämiskohtia ja -keinoja kysymällä esimerkiksi, käytetäänkö unipoliklinikalla uniapneapotilaan kirjallista ohjauksena. Kehittämiskeinojen tarkennuskysymykset kohdistuivat lähinnä sähköiseen asiointiin eli mm. minkälaisia sähköisiä asiointipalveluita toivoisit potilas - hoitaja välillä olevan.

Asiantuntijahaastattelussa aineistokeruumenetelmänä käytettiin OPERA tuplatiimitekniikkaa, jota käytetään yleensä prosessien kehittämisessä ryhmätyöskentelytekniikkana:

1. Kootaan ryhmä, joka valmistellaan etukäteen
2. Tehtävänanto; Miettikää mitkä ovat...
3. Prosessin ohjaus OPERA
 - O mat ehdotukset, yksilötyö
 - P arin ehdotukset, työparit
 - E sittely, taululle
 - R istiinarviointi, rajoitettu valinta
 - A iheittain ryhmittely, kokonaisuuksien hahmotus (Innotiimi 2005.)

Käytetty aineistonkeruumenetelmä tuplatiimitekniikkaa noudattaen:

1. Unipoliklinikan hoitajille oli jo ennen ensimmäistä osastokokousta esitetty tutkimusongelmat. Osastokokoukseen pyydettiin osallistumaan kaikki unipoliklinikalla säännöllisesti työskentelevät viisi (5) hoitajaa sekä unipoliklinikan toiminnasta vastaava lääkäri. Osastokokouksen aika sovittiin etukäteen ja aikaa oli varattu 75 minuuttia. Tutkija on kokenut muissa yhteyksissä, ettei pidempi aika enää lisää tehokasta työskentelyä, vaan on parempi tarvittaessa pitää kaksi erillistä istuntoa. Sovittuna aikana saapui paikalle (unipoliklinikan kahvihuone, jota yleisesti käytetään kokouksiin) kaikki pyydetty viisi hoitajaa ja lääkäri tuli myöhässä (konsultaatiopyyntö). Koska prosessikuvauksen tekemisen yhteydessä oli tullut esiin hoitajavastaanottojen toimivan itsenäisesti ja lääkäriä konsultoidaan vain tarvittaessa, tutkija katsoi voitavan aloittaa aikataulun mukaisesti, vaikkei lääkäri ollutkaan päässyt vielä paikalle.
2. Tehtävänäntona oli;
 - Miettikää, mitkä ovat tällä olemassa olevalla henkilökunnalla realistisesti saavutettavat kehittämiskohteet ja -tarpeet CPAP-hoidon ja uniapneapotilaan polikliinisen prosessin suhteen.

3. (O) mat ehdotukset:

Jokainen hoitaja kirjasi pyydetysti kolme (3) omasta mielestään tärkeintä kehittämiskohdetta tai -tarvetta viiden (5) minuutin aikana.

(P) arityöskentely:

Hoitajia oli yhteensä viisi (5), joten työpareiksi jaettiin 2 + 3 hoitajaa. Heille annettiin aikaa kahdeksan (8) minuuttia valita kolme (3) tärkeintä kehittämiskohdetta niistä, jotka olivat itsekseen miettineet.

(E) sittelily:

Kumpikin ryhmä vei tärkeimmiksi valitsemansa kolme (3) ehdotusta taululle ja esittelivät ne toiselle ryhmälle. Esittelyvaiheessa ei saanut ehdotuksia kommentoida muut kuin oman ryhmän jäsenet.

(R) istiinarviointi:

Jokainen hoitaja kävi ohjeiden mukaisesti piirtämässä kolme (3) viivaa sille taululla olevalle ehdotukselle, jota äänesti tärkeimmäksi, kaksi (2) viivaa seuraavalle ja yhden (1) viivan mielestään vähiten tärkeimmälle. Tässä vaiheessa ehti myös lääkäri paikalle. Hänelle tiivistettiin, mitä siihen mennessä oli tehty. Hän ristiinarvioi samalla tavalla kuin muutkin.

(A) iheittain ryhmittely ja kokonaishahmotus:

Tutkija ryhmitteli taululla olevat ehdotukset aiheittain. Eniten ääniä saaneet (äänet oli annettu lähes yksimielisesti eli jokainen oli piirtänyt joko kolme (3) tai kaksi (2) viivaa samoille ehdotuksille) nousivat selvästi esiin. Hajontaa oli hieman kolmanneksi (3.) tärkeimmästä asiasta. Henkilökunta keskusteli kolmanneksi äänestyksessä nousseista asioista ja keskustelun perusteella päädyttiin tärkeimpiin tulososiossa esitettäviin pääluokitusten (=otsakkeet) mukaisiin kehittämiskohteisiin. Kehittämiskohteista löytyi keskustelussa erilaisia näkökulmia, jotka on esitelty tuloksissa siten, että otsakkeen alla näkyy yksityiskohtaisempi kehittämistarve (kts. LIITE 8). Samassa keskustelussa löytyi myös keinoja kehittämiskohteiden saavuttamiseksi, vaikkakaan ei kaikista. Erityisesti hoitajan roolin tarkentamiskeinot jäivät vielä käsittelemättä, vaikka hoitohenkilökunta olikin yksimielinen siitä, että hoitajan roolin tarkentaminen on tarpeen.

Sähköisen asioinnin kehittäminen oli tarkoitus olla toisena asiana osastotuntipalaverissa, mutta siihen ehti löytyä vain muutama kehittämissuositus, koska henkilökunta innostui keskustelemaan hoitoon liittyvän prosessin kehittämiskohteista ja -keinoista. Tutkija päätti pitää kiinni etukäteen ilmoitetusta palaverin kestoajasta (75 min), minkä vuoksi sähköisen asioinnin kehittämissuositukset saatiin myöhemmin hoitohenkilökunnalta joko sähköpostitse tai henkilökohtaisella tiedonannolla, heidän ehdittyään miettiä asiaa itsekseen sekä keskusteltuaan asiasta aamupalavereissaan, mikä tuli ilmi vastauksista.

Analyysivaihe 4:

Tuplatiimitekniikalla saatiin lähes valmiit kehittämistarpeet esiin. Tutkija oli kirjoittanut ylös istunnossa esitettyjä lauseita ja lausahduksia, joita käytettiin selventämään kehittämissuosituksia ja -keinoja. Nämä lauseet ja lausahdukset analysoitiin ja lauseet tyypitettiin yksittäisiksi asioiksi (= pääotsake, joka on näkyvässä liitteessä 8.), joita selventää sanottu sana tai lausahdus. Tässä ei käytetty litterointia, koska tuplatiimitekniikalla saatiin tulos, joka on poliklinikan oma sisäinen johtopäätös, eikä näin ollen tarvittu jokaisen osanottajan tarkkaa sanomaa aineiston käsittelemiseksi, jolloin ylöskirjoitetut lauseet, lausahdukset ja sanat riittivät.

Sähköisen asioinnin kehittämistarpeet- ja keinot analysoitiin tässä samassa yhteydessä, koska tutkijan mielestä prosessista ei voi irrottaa erillisesti käsiteltäviksi eri osioita, vaan osiot tukevat toisiaan hoitoprosessin kehittämisessä. Siitä huolimatta osiot voidaan esittää eri kohdissa eli kuten tässä tutkimusraportin kirjoittamisen yhteydessä on tehty, kts. kohta 5.4 unipoliklinikan hoitohenkilökunnan löytämät tärkeimmät kehittämiskohteet nykyisessä prosessissa ja kohdassa 5.5 oleva taulukko 5., jossa on yhteenveto sähköisen asioinnin kehittämissuosituksista unipoliklinikalla.



Kuvio 3. Tutkimuksen aineistokeruu menetelmän, kohderyhmän, tutkimusongelman ja tuloksen pohjalta.

4.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset

Ensimmäinen eettistä pohdintaa vaativa kysymys on tutkimusaiheen valinta ja sen merkitys (Leino-Kilpi & Tuomaala 1987). Terveydenhuollossa on meneillään tietoinen uudistaminen, joka kohdistuu erityisesti toimintatapojen uudistamiseen, kuten kirjallisuuskatsaus vahvistaa. Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste- ja VeTe-hankkeiden yhtenä päätavoitteena on toimintatapojen uudistamisella ja kehittämisellä taata jatkossakin taloudelliset mahdollisuudet turvata yhteiskunnassamme terveydenhuollon palveluiden tarjonta. Tämä tutkimus osaltaan kohdistuu juuri tähän toimintatapojen tarkastelemiseen sekä antaa omalta osaltaan yhden näkökulman näiden uudistamiseen, minkä vuoksi tutkija katsoo tämän tutkimuksen olleen tärkeä nyt ja näkee tutkimuksensa olevan ennen kaikkea tulevaisuuteen katsova.

Muita tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä ovat tiedonhankintaan ja raportointiin liittyvät kysymykset (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 216). Kirjallisuuskatsaukseen hyväksytyt lähteet on käyty jo erikseen aiemmin läpi (kohta 4.1). Tutkimukseen valittiin kaikki poliklinikalla vakituisesti työskentelevät hoitajat ja kaikki sähköpostitse esitettävät kyselyt menivät heistä jokaiselle. He saivat itse valita, vastaavatko kysymykseen ja jos vastaavat, millä tavalla. Tarkennuskysymykset esitettiin joko kaikille tai sitten sille henkilölle, joka oli joko antanut tietoa eniten vastauksessaan tai oli henkilönä eli tekemänsä työtehtävän perusteella sellainen, jonka tutkija oletti voivan antaa lisätietoa vastauksellaan. Kaikki vastaukset on säilytetty, paitsi sellaiset tarkennusvastaukset, jotka on esitetty ja vastattu henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa.

Tutkija piti huolen siitä, että jokainen tutkimukseen osallistuva henkilö oli selvillä siitä, ettei kenenkään nimi tai henkilöllisyys tule esiin sellaisessa yhteydessä, jossa siitä olisi hänelle joko haittaa henkilökohtaisesti tai työtehtävään perustuen ja noudatti tätä ohjeistusta. Tutkija katsoi, ettei mainittu tiiminvetäjäyys ollut tällaiseen rinnastettavissa. Leino-Kilpi ja Tuomaalan (1987) mukaan henkilöllisyyden tunnistamattomuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Toisaalta missään vaiheessa ei kukaan tuntunutkaan tutkijan mielestä kantavan huolta siitä, miten hänen mielipiteensä prosessin kehittämisestä otettaisiin ryhmässä vastaan tai tulisiko raportoinnissa esiin jotenkin mielipiteen esittänyt henkilö. Jokainen tuntui tutkijan mielestä myös osallistuvan mielellään tutkimukseen.

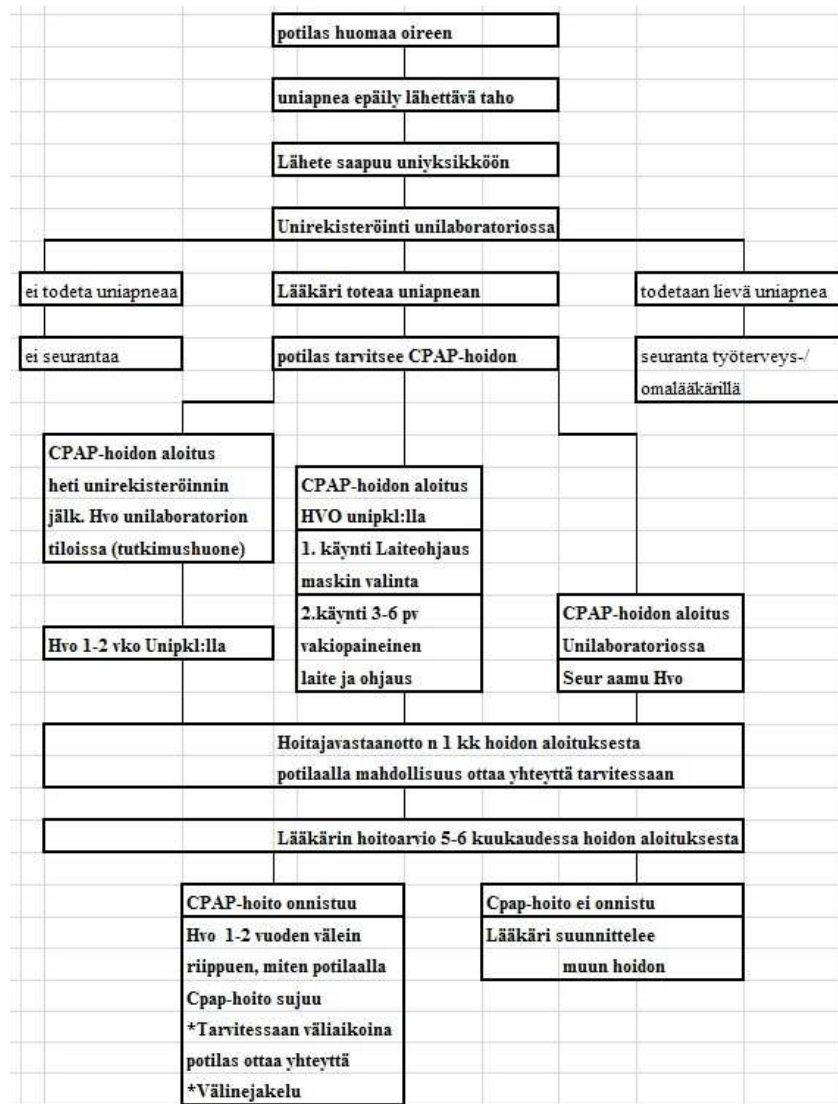
Raportointivaiheen eettisyyteen liittyen tutkija on koko tutkimusprosessin aikana avoimesti ja rehellisesti raportoinut sen, mitä hän on saanut selville. Tutkimusraportissa esiintyy vain vähän suoria lainauksia, koska tutkimuksen päätarkoitus ei sinänsä ollut tutkia uniapnean hoitoa, vaan tapaustutkimuksen kautta tuoda lukijalle ajatuksia toimintamuotojen ja työnjaon tarkastelemiseen, kehittämiseen ja uudistamiseen erikoissairaanhoidon poliklinikoilla hoitajavastaanoton kehittämiseksi ja tätä kautta hoitoprosessin tehostamiseksi. Tutkija valitsi raportiinsa tämän olemassa olevan tavan, koska katsoi tällä tavalla myös tapaustutkimuksen kohteena olevan poliklinikan hyötyvän tutkimustuloksista parhaiten. Tapaustutkimuksen avulla muodostuneet yläluokat auttavat työnjaon tarkastelussa ja hoitajavastaanoton kehittämisessä.

Tutkimuksen objektiivisuuteen kuuluu se, ettei tutkija sekoita omia uskomuksiaan, asenteitaan, arvostuksiaan ymv. tutkimuskohteeseen ja tulkintaan, koska lähtökohta voi määrittää sen, millaisen tutkimusasetelman tulee luoneeksi (Eskola & Suoranta 2000, 17). Tässä tutkimuksessa pyrittiin pidättäytymään tekijän oman ammatillisuuden – hoitohenkilökuntaan kuuluvana – tuottamista ennakkokäsityksistä, olettamuksista ja mahdollisista rajoituksista. Tutkimuksen tekijälle itselleen polikliininen hoitoprosessi ja toimintamalli on työtavaltaan vieraampi, joten objektiivisuuteen oli helpompi pyrkiä, mutta tutkijan oli pakko käyttää ammatillisuuden mukanaan tuomaa ymmärrystä sekä analyysissa että yläluokkien muodostamisessa omaa tietämystään.

5. TULOKSET

5.1 Uniapneapotilaan hoitoprosessin kuvaus unipoliklinikalla (UNI)

Uniapneapotilaan hoitoprosessi on esitetty kuviossa 4. Hoitoprosessi mallinnetaan prosessikaaviona, koska se selventää työnkulkua kuvana. Tässä prosessikaaviossa käytetään prosessin kulku -tasoa eli kuvataan toiminnan työvaiheet, toiminnot ja niistä vastaavat toimijat.



Kuvio 4. Uniapneapotilaan hoitoprosessi Uniyksikössä. Hvo tarkoittaa hoitajavastaanottoa.

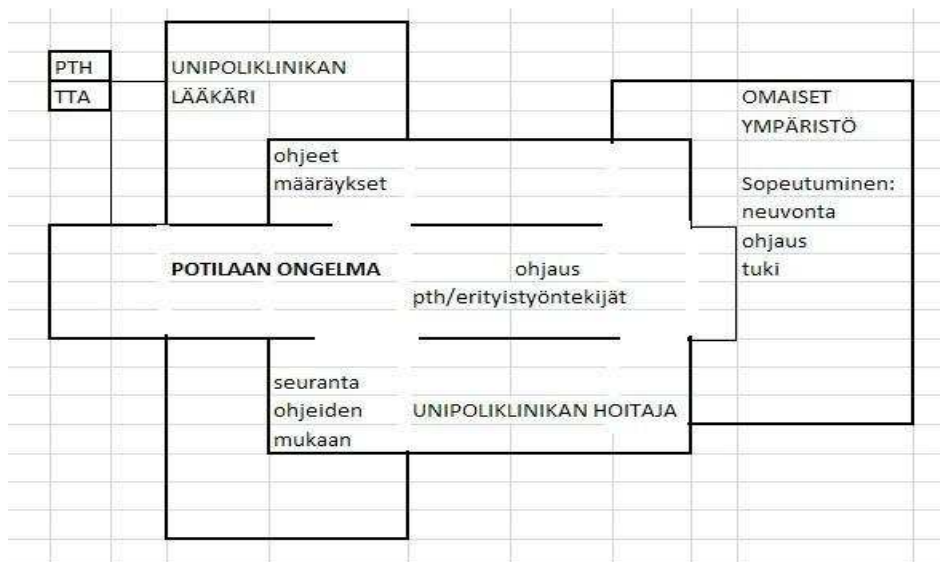
Prosessikaaviossa (kuvio 4.) on näkyvissä erilaisissa CPAP-aloituksissa vasemmalta oikealle laskeva muoto, mikä kuvaa aikaa aloituksen aloittamiseen eli nopeimmin potilas saa CPAP-hoidon heti unirekisteröinnin jälkeen on-line –aloituksessa (vasemmalla) ja pisin hoidonaloitusaika on unilaboratoriossa aloitettavassa CPAP-hoidossa (oikeanpuoleisin).

Prosessinkaavion tekstimuodossa (alla) esiintyy kuvio 2:ta enemmän työn kulku –tasoa eli toiminnan tehtävien välisiä yhteyksiä.

1. Potilas huomaa oireen ja hakeutuu omalääkäriin/yksityiselle lääkärille/TTA
2. Lääkäri toteaa uniapneaan sopivat oireet
3. Lääkäri tekee lähetteen uniyksikköön (esh)
4. Uniyksikön lääkäri tapaa potilaan ja tekee lähetteen unilaboratorioon / tekee lähetteen unilaboratorioon uniyksikköön tulleen lähetteen perusteella
5. Potilas tulee suppeaan/laajaan unirekisteröintiin unilaboratorioon
6. Lääkäri toteaa unirekisteröinnin perusteella
 - a) uniapnean ja CPAP-hoidon (ylipainehengityshoito) tarpeen
 - b) lievän uniapnean, jota voidaan hoitaa työterveyshuollossa/omalla lääkärillä tilannetta seuraamalla ja ohjaamalla potilasta terveyden suuntaan
 - c) ei totea uniapneaa
7. Unipoliklinikan hoitaja
 - a) aloittaa rekisteröinnin lopettamisen ja uniapnean toteamisen jälkeen CPAP-hoidon online (unilaboratorion tiloissa tutkimushuoneessa), joko ammattikuljettajalle tai eniten CPAP-hoidon kriteerit täyttävälle potilaalle
 - b) suunnittelee kotialoituksen
 - c) tilaa CPAP-hoidon aloituksen unilaboratorio-olosuhteissa potilaalle, joka saa uniapneadiagnoosin eikä hänelle ole vielä aloitettu CPAP-hoitoa on-line eikä oletettavasti kykene kotialoitukseen
8. Unipoliklinikan hoitajan vastaanotolle tulee
 - a) potilas on-line CPAP-hoidon aloituksen jälkeen 1-2 viikon päästä
 - b) potilas kotialoituksen 1. käynnilleen, jolloin potilas saa laiteohjauksen ja sopivan maskin (automaattilaite) 2. käynnilleen, jolloin potilas saa automaattipaineisen laitteen mukaisesti määritettävän vakiopaineisen CPAP-laitteen ja ohjauksen siihen
 - c) potilas unilaboratoriossa tehdyn CPAP-hoidon aloitusyön jälkeen aamulla
9. Potilas tulee unipoliklinikan hoitajan vastaanotolla CPAP-hoidon aloituksesta n 1 kuukauden kuluttua
10. Uniyksikön lääkäri arvioi CPAP-hoitovasteen 5 – 6 kuukauden kuluttua CPAP-hoidon aloituksesta
11. Potilaan CPAP-hoito
 - a) onnistuu, jolloin hän tulee unipoliklinikan hoitajan vastaanotolle 1-2 vuoden välein CPAP-hoidon seurantakäynnille
 - b) ei onnistu, jolloin potilas tapaa lääkärin, joka arvioi ja suunnittelee potilaan muun hoidon

5.2 Työnjako unipoliklinikalla

Prosessikuvauksen perusteella tällä hetkellä ei unipoliklinikalla ole tarvetta tehdä varsinaisia tehtäväsiirtoja lääkäriltä sairaanhoitajalle, koska uniapneapotilaiden hoitoprosessia on tehostettu erityisesti vuosien 2005-2006 aikana (tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle vuonna 2006), mutta työnjakoa voidaan edelleen kehittää ja tarkistaa, minkä kautta voidaan uniapneapotilaan hoitoprosessia nopeuttaa. Unipoliklinikalla on koko ajan työnjaon kehittäminen meneillään, mm. tämän tutkimuksen teon aikana on hoitajalle siirtynyt lääkäriltä lähetteen teko ravitsemusterapeutille potilaan sitä tarvitessa. Tätä ei kuitenkaan katsota tehtävänsiirroksi, vaan tehtäväkuvan laajentamiseksi terveyskäyttäytymisen tukemisen näkökulmasta.



Kuvio 5. Työnjako yhteistoimintana unipoliklinikalla

Kuviossa 5. on kuvattu uniapneapotilaan hoitoon liittyviä ammattiryhmiä ja tahoja unipoliklinikan näkökulmasta hoitajien vastauksista nousevien tietojen perusteella. Uniapneapotilaan hoito ja sen järjestäminen määrittelee ammattiryhmien toiminnan ja tehtävät tarkoituksenmukaisella tavalla potilaan hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta. Potilaslähtöisyydessä huomioidaan potilaan taustatekijät sekä yksilölliset ominaisuudet ja tarpeet. Myös omaiset tarvitsevat erityisesti unipoliklinikan hoitajan ohjausta ja tukea.

Nykyinen työnjako unipoliklinikalla:

Lääkäri päättää CPAP-hoidon aloituksen, arvioi hoitovasteen sekä CPAP-hoidon jatkamisen / päättämisen. Vuonna 2006 tehdyn tehtävänsiirron (hoitajalle oikeus hoitopaikkeen määrittämiseen) mukaisesti CPAP-hoidon aloituksen suunnittelu, toteutus, ohjaus ja hoidon ensimmäinen jälkikontrollointi sekä pitkäaikaiskontrollit kuuluvat nykyisin unipoliklinikan hoitajalle sovitun toimintamallin mukaisesti, jolloin lääkäriä konsultoidaan vain tarvittaessa. Potilas käy lääkärin vastaanotolla (lääkäri-hoitaja –työpari) vain hoitoarviossa, jolloin lääkäri päättää CPAP-hoidon jatkamisen / päättämisen. Mikäli CPAP-hoito jatkuu, potilas käy jatkossa sovituin väliajoin vain hoitajavastaanotolla, jollei ole jotain sellaista syytä, minkä vuoksi potilas tarvitsisi lääketieteellistä kannanottoa eli lääkärin vastaanottoa hoitoonsa liittyen. Unipoliklinikan hoitajat saavat lääkäriltä hoitajalle siirretyn tehtävän eli tehtävänsiirron johdosta henkilökohtaista lisää, joka on voimassa niin kauan työskentelee unipoliklinikalla ja tekee ko. tehtävänsiirron sisältävää työtehtävää.

Ennen tehtävänsiirtoa olleita lääkärivastaanoton (lääkäri-hoitaja –työparin) käyntikertoja saatiin vähennettyä siirtämällä ne hoitajavastaanotto (Hvo) –käynneiksi. Tehtävänsiirto mahdollisti myös uniapneapotilaan hoitoprosessin nopeutumisen eli kotialoitusten ja online –aloitusten tekemisen. Tehtävänsiirron käynnistäjänä oli keuhkosairauksien vastuuyksikön ylilääkäri, koska Uniyksikön tilauskanta kasvoi, mutta resurssit eivät kasvaneet vastaavasti, jolloin Uniyksikön toimintaa täytyi tehostaa. Samoihin aikoihin uusien CPAP-laitteiden huoltotoimenpiteet siirtyivät laitehuollosta unipoliklinikan hoitajien vastuulle.

Unipoliklinikan hoitajat ovat saaneet uusien tehtävien vaatiman koulutuksen (mm. työpaikkakoulutus, työssä oppiminen ja osallistuminen professorin koulutuskiertoihin) ja tehtävien vastualueen rajat (kirjallinen ohjeistus) on määritelty selkeästi. CPAP -laitehuollon siirtyessä lääkintälaitehuollosta unipoliklinikan hoitajille pidettiin koulutuspäivä, jossa hoitajat saivat ohjeistuksen koneen käytöstä poistamiseen liittyvistä teknisistä rajoista, sekä mitä tulee tarkistaa vuosikontrolleissa koneen teknisestä kunnosta, jotta kone olisi huollettu ja tarkistettu asianmukaisesti. CPAP -laitevalmistaja vastaa uusien CPAP-laitteiden ja mallien käyttökoulutuksesta.

Unipoliklinikan hoitaja saa kirjallisesti luvan hoitaa tehtävänsiirron sisältävää työtehtävää seuraavien kriteerien täytyttyä:

Hoitaja

- 1) osoittaa 6 kk:n palvelun Uniyksikössä, jonka aikana hän on osallistunut työpisteen sisäiseen koulutukseen, mukaan lukien professorin vetämät koulutuskierrat,
- 2) kykenee itsenäisesti aloittamaan ja kontrolloimaan uniapneapotilaan CPAP-hoidon Uniyksikön toimintaperiaatteiden mukaisesti,
- 3) omaa riittävän osaamisen itsenäisen hoitajavastaanoton pitämiseksi (kykenee itsenäiseen päätöksentekoon CPAP-hoidon onnistumiseksi ja hoitomyöntyvyyden parantamiseksi sekä osaa oikeissa kysymyksissä konsultoida hoidosta vastaavaa lääkäriä) ja
- 4) on kykenevä kehittämään myönteistä ja uudistumista tukevaa ilmapiiriä työpisteessään

Kriteerien täyttymisen vahvistaa allekirjoituksellaan unipoliklinikan toiminnasta vastaava lääkäri. Näin saadaan varmistettua, että työntekijälle on annettu riittävä lisäkoulutus ja hänellä on tarvittava ammattitaito. Tehtävänsiirtoon liittyviä toimintaohjeita muokataan tarpeen vaatiessa unipoliklinikan lääkäreiden toimesta. Valtakunnallisia suosituksia tai ohjeistuksia unipoliklinikan hoitajan tehtäväkuvasta ei ole olemassa.

Unipoliklinikalla on käytössä hoitajavastaanottomallin lisäksi lääkäri-hoitaja -työparin vastaanottomalli. Lääkäri –hoitaja –työparimallissa molemmilla on oma työhuoneensa. Lääkärillä on ajanvarauksella toimiva puhelinvastaanottoaika (vuonna 2009 yhteensä 73 kpl). Unipoliklinikalla on arkipäivisin toistuva puhelinaika. Muita vastaanottomalleja ei unipoliklinikalla ole käytössä, (vrt. LIITE 1). Sihteri hoitaa konekirjoitustyönsä (lääkärin sanelu) ohella potilaiden ilmoittautumiskäytännön.

Lääkäri-hoitaja –työparimalli on perinteinen malli, joka toisaalta toimii hyvin ja on tietyllä tavalla työnjaon kannalta tarkoituksenmukainen myös unipoliklinikalla. Kuitenkin hoitajan tehtäviä lääkäri-hoitaja –työpari vo:lla (kts. taulukko 1.) ovat pääsääntöisesti muut kuin potilaaseen liittyvät asiat. Hoitajalle on varattu aikaa n. 10-15 minuuttia vuorovaikutukseen potilaan kanssa. Edellä mainittujen asioiden vuoksi hoitajat ovat osittain kyseenalaistaneet sen (kts. 5.4/C, s.47), onko ko. vastaanottomallissa hoitajan rooli potilaan näkökulmasta se, mikä hänen tarpeisiinsa eniten vastaa. Vastaanotto toiminnan valmistelutöitä, jotka hoitaja tekee muun työn lomassa, ei sinänsä ollut mahdollista eritellä eikä niihin kulunutta aikaa voitu arvioida. Valmistelutöihin menee aikaa nykyisin aiempaa vähemmän, koska on siirrytty sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään. Aikaisemmin sairauskertomusten käsittely vei runsaasti aikaa.

Taulukko 1. Pääluokkiin jaoteltuna hoitajan tehtäviä lääkäri-hoitaja –työparin vastaanotolla

LÄÄKÄRI-HOITAJA -TYÖPARI VO:LLA HOITAJAN TEHTÄVIÄ	
Tietojärjestelmään yms. liittyvät	Avaa potilaan hoitosuunnitelman tarvittaessa Sisäänkirjaus laskutusta varten Osoitetieto -tarkistus, suostumuskaavakkeet ja muut lupakäytännöt Laittaa potilaan jonoon Kirjaa tiedot ylös Mirandaan
Tekniset CPAP-hoitoon liittyvät	Tarkistaa laitteesta käyttötunnit/ purkaa automaattilaitteen muistitiedot Rescan-ohjelmalla Kirjaa tiedot ylös Mirandaan Tarvikehuolto laitteeseen liittyen tarv. Suorittaa laitteen huoltotoimenpiteet tarv.
Potilaaseen liittyvät asiat	Suorittaa mittaukset (paino, BMI, RR) Potilas täyttää kaavakkeet hoitajan luona (ESS,GHQ-12) ja hoitaja kirjaa tiedot ylös Tarkistaa maskin sopivuuden ja tarvittaessa vaihtaa maskin Antaa ohjausta CPAP-hoitoon liittyen
Muu	Toteuttaa lääkärin määräykset Tilaa tarvittavat tutkimukset

5.3 Unipoliklinikka hoitajavetoisena poliklinikkana

Seuraavaksi tarkastellaan nykytilan mukaista hoitajavastaanottoa, hoitajan työtehtäviä ja poliklinikkatoimintaan perinteisesti kuuluvaa puhelinaikaa, sen sisältöä sekä tarkoituksenmukaisuutta poliklinikan toiminnassa sekä hoitoprosessissa. Tämän lisäksi esitellään unipoliklinikkavastaanotto toimintaan liittyvät tilastot vuosilta 2009 ja 2010 sekä unipoliklinikalla käytettävät kustannusluokat.

Unipoliklinikalla on enemmän kuntalaskutukseen kuuluvia hoitajavastaanottoja, joiden lisäksi on päivittäin samaan kellonaikaan toistuva puhelinaika (ei tilastollisesti näkyvänä) sekä kahtena päivänä viikossa oleva tarvikejakeluaika (tilastollisesti erotettu) kuin lääkärihoitaja –työparin vastaanottoja (kts. taulukko 2.), minkä vuoksi unipoliklinikkaa pidetään nykyisin hoitajavetoisena poliklinikkana. Poliklinikka toimii, vaikkei paikalla olisi lääkäriä, mutta tämä ei ole suositeltava käytäntö, koska hoitajalla täytyy olla mahdollisuus konsultoida lääkäriä sovitun työnjaon mukaisesti.

Taulukko 2. Unipoliklinikkavastaanotto toimintaan liittyvät tilastot vuosilta 2009 ja 2010.

UNIPOLIKLINIKAN TILASTOJA	v 2009	v 2010	Poliklinikkamaksu
Hoitajavastaanotto	2702	3057	Kyllä
Tarvikejakelu-käynti	828	964	Ei
yht	3530	4021	
Lääkäri-hoitaja -työpari vo	1004	1491	Kyllä
Ensietopäivä -osallistujat	125	134	Ei

CPAP-potilaiden aloitus- ja kontrollikäynnit, tarvikejakelu ja laitehuolto työllistävät enenevästi sitä mukaa, kuin uusia CPAP-hoitoja aloitetaan, mikä osaltaan näkyy jonojen pitenemisenä. Hoitajavastaanotolle varataan aikaa yleensä 45 minuuttia sisältäen valmistelutyöt, potilaskontaktin sekä kaikki kirjaamiset.

Yhden hoitajan työpäivään kuuluu on-line –aloituksen ja päivittäisen puhelinajan lisäksi ajanvaraus sekä kutsujen (unitutkimusaika / poliklinikkakäynti) lähettäminen kirjeenä, jotka molemmat vievät paljon aikaa. Osa tutkimusajoista varataan ajanvarausohjelman kautta unilaboratorioon, mutta osa unitutkimuksista joudutaan ns. räätälöimään potilaan tilanteeseen sopivaksi, jolloin selvitystyö (potilas – unilaboratorio - unipoliklinikka) vaatii enemmän aikaa, joskus jopa useita päiviä, ennen kuin sopiva unitutkimusaika voidaan antaa unilaboratoriosta.

Unitutkimus- ja poliklinikka -aikojen muuttamiset työllistävät runsaasti, samoin kuin äkillisesti joko unitutkimus- tai poliklinikka-aikansa peruuttaneen potilaan tilalle toisen potilaan saamiseen menee runsaasti aikaa. Erityisesti tämä korostuu sairastumisruuhka-aipeiden (flunssa, mahatauti tmv.) aikaan, mutta myös vuodenajalla tuntuu olevan merkitystä (lomamatkat jne). Puhelimitse potilaita kutsutaan lähinnä vain unitutkimus- tai poliklinikkakäynnin peruutusajalle tai sitten potilaita tavoitellaan puhelimitse sairastuneen lääkärin tai hoitajan vastaanottoaikaa peruttaessa. Tietoja siitä, kuinka paljon nämä tehtävät työllistävät unipoliklinikan hoitajaa, ei ole saatavilla, koska kulunutta aikaa ei voida tilastollisesti tai muulla sopivalla tavalla eritellä, joten tätä ei myöskään resurssoinnissa huomioida.

Unipoliklinikan hoitajan työhön kuuluu uniapneapotilaan hoitoon liittyvänä monenlaisia erilaisia elementtejä kuten kuvioon 6. (seuraavalla sivulla) on kuvattu. Kuvion elementit nousivat esiin hoitajien vastauksia tarkasteltaessa, mutta jo perusselvitystä tehdessä näistä elementeistä tuli, osin erilaisin, mutta samaa merkitsevänä, unipoliklinikan lääkärin esiintuomana (moniammatillisuus, vuorovaikutus, hoitajan tieto-taito ja potilastyytyväisyys). Unipoliklinikan hoitajan työhön potilaan parhaaksi vaikuttaa työn itsenäisyys, omaan työhön liittyvä päätöksenteko ja työn suorittamisen osaamisedellytykset. Ammattiryhmien välinen luottamus ja avainsidosryhmien tyytyväisyys ovat potilashoidon lisäksi tärkeitä työn ja työssä onnistumisen edellytyksiä.

Hoitajan tieto-taito työhyvinvointi		Vuorovaikutus potilaan ja asiakkaiden kanssa
	*Potilastyytyväisyys *Avainsidosryhmien tyytyväisyys	
Moniammatillinen yhteistyö Pkl/laboratorio/sidosryhmät		Eriyisosaaminen ja uuden teknologian hyödyntäminen

Kuvio 6. Unipoliklinikalla potilaan hoitoon liittyviä elementtejä hoitajan näkökulmasta

Hoitajavastaanotolla korostuu potilasohjaus:

Unipoliklinikan hoitaja ohjaa potilasta niin CPAP-hoidon suhteen (LIITE 4) kuin terveyskäyttäytymiseen sekä sairautensa kanssa pärjäämiseen. Unipoliklinikalla ei ole käytössään kirjallista CAP-hoidon ohjauskaavaketta, vaan hoitajat käyttävät hyväksi kokemaansa järjestystä ja tapaa. Ohjauksen onnistumisella tunnistettiin olevan suuri merkitys potilaan sitoutumisessa hoitoonsa, kuten myös sillä, että hän saa yhteyden hoitajaan tarvitessaan. Potilasohjauksella tuetaan potilaan omia voimavaroja oman elämänsä hallinnassa niin, että hänen oma aktiivisuutensa lisääntyisi ja hän pystyisi ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestään ja hoidostaan. Hoitajavastaanoton sisältö riippuu osittain siitä, missä vaiheessa potilaan CPAP-hoito on. Yleisesti unipoliklinikan hoitajavastaanotolle kuuluvia hoitajan tehtäviä on koottu luettelonomaisesti (LIITE 5) ja hoitajavastaanoton sisällöt käyntikerroittain (LIITE 6).

Hoitajavastaanoton sisällön yhteenveto on yläluokissaan:

- 1) Laitteeseen /apuvälineeseen liittyvä toimenpide ja ohjaus
- 2) Hoitoon liittyvät toimenpiteet
- 3) Potilaan henkinen tukeminen ja motivointi
- 4) Neuvonta ja ohjaus

Näiden pohjalta nähdään unipoliklinikan hoitajan vastaanoton tärkeimmiksi pääsisällöiksi potilaan hoitoon sitouttaminen, lääketieteellisen hoidon seuranta ja hoidon positiivisten vaikutusten tiedoksi tuottaminen sekä potilaan terveyskäyttäytymisen ja elämänhallinnan ohjaus ja tukeminen.

Potilaan tilaan liittyvä sähköinen kirjaaminen olemassa oleviin järjestelmiin nähdään parantavan informaation kulkua hoitajalta toiselle ja sen tarkoituksena on varmistaa potilaan ohjauksen saanti, hoidon jatkuvuus ja sujuva yhteistyö uniapneapotilaan hoidon erikoisosajien välillä. Unipoliklinikan hoitajat kirjaavat itse sekä sähköiseen potilas- (erikoisalakohdainen UNI-lehti) että apuväline –tietojärjestelmään (Kuntoapu) kaikki potilaan hoitajavastaanottokäynnillä tapahtuneet asiat ja tiedot. Jokaisen potilaan hoitoon liittyvän tulisi nähdä, mitä alueita potilaan kanssa on jo käyty läpi ja missä potilas tarvitsee vielä lisäohjausta. Unipoliklinikalla pyritään siihen, että potilas pääsee aina käydessään saman hoitajan vastaanotolle, mutta aina tämä ei ole mahdollista, jolloin kirjaamisen tärkeys erityisesti korostuu. Erikoisalakohdaiselle UNI-lehdelle tulee sekä lääkärin että hoitajan tekstit, joten siinä näkyy aikajärjestyksessä etenevä kooste potilaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta, seurannasta ja arvioinnista.

Uniapneapotilaille ja heidän omaisilleen tarkoitettu ensitieto- eli ryhmäohjauspäivä (LIITE 7) järjestetään viisi (5) kertaa vuodessa ja kutsujana on nimetty sairaanhoitaja unipoliklinikalta. Ensitetopäivän on tarkoitus tukea hoitajavastaanotolla käytyjä asioita. Päivä on suunniteltu ensitietoluonteiseksi ja keskustelutilaisuudeksi, jossa käydään lyhyesti läpi uniapneaan keskeisesti liittyviä aihealueita. Unipoliklinikan henkilökunta kokee tarpeelliseksi omaisen osallistumisen potilaan tukena hoitoon, minkä lisäksi on muistettava omaisenkin tarvitsevan tukea. Yhdellä omaisella on osallistumisoikeus ensitetopäivään potilaan kanssa. Hoitajavastaanotolle voi potilas ottaa halutessaan / tarvitessaan mukaansa omaisen tai muun läheisen. Tätä suositellaankin, mikäli potilaalla on joko muistinsa kanssa ongelmaa tai hänellä on joku muu sellainen sairaus tai vamma (esim. reuma tai hemiplegia), mikä hankaloittaa CPAP -laitteen kanssa pärjäämistä, jolloin hän tarvitsee omaisen tai muun avustajan apua. Unipoliklinikalla tarvitaan lisääntyvässä määrin myös tulkin apua.

Hoitajavastaanottoon kuuluu myös unipoliklinikan tilojen ulkopuolella unilaboratorion tiloissa:

- 1) On-line –aloitus (kts. LIITE 6) unilaboratorion tiloissa välittömästi unitutkimuksen jälkeen potilaan saatua uniapneadiagnoosin. Hoitajan tekemä on-line –aloitus ei näy tilastoissa hoitajavastaanottona, mutta ns. purkukäynnillä kirjataan CPAP-hoidon aloituspaketti (kts. taulukko 3., sivulla 45)
- 2) Unilaboratorio -olosuhteissa aloitetun CPAP-hoidon jälkeen seuraavana aamuna unipoliklinikan hoitaja määrittää hoitopaineen yön tuloksien perusteella. Tämän jälkeen hän siirtyy potilaan kanssa unipoliklinikalle ja antaa uudelleen CPAP-hoidon aloitusohjauksen. Tämä käynti näkyy tilastoissa hoitajavastaanottona. Potilas ei tapaa tällä käynnillä lääkäriä lainkaan. Potilasmaksu veloitetaan ns. purkukäynnistä molemmissa aloitustavoissa.

Unipoliklinikalla on päivittäin toistuva puhelinaika, jolloin potilaat pääsääntöisesti

- 1) siirtävät tutkimus- tai vastaanottoaikojaan
- 2) kyselevät tarvikjakeluaikaa tai
- 3) haluaisivat saada muuna kuin tarvikjakeluaikana tarvikkeita sekä
- 4) vähemmässä määrin laitteen käyttöön liittyvissä ongelmissa apua, mm nenän tukkoisuuteen, maskin painamiseen, suun aukeamiseen tmv.

Unipoliklinikalla on tiedossa, etteivät kaikki potilaat pääse soittamaan puhelinaikana tai eivät pääse ”läpi” haluamaana päivänä, jolloin he soittavat milloin tahansa. Tämä aiheuttaa osittain hallitsematonta puhelinliikennettä, jolloin hoitaja laittaa puhelimeen hoitotyö -infon hoitajavastaanoton ajaksi, koska sama puhelinnumero on käytössä muulloinkin kuin puhelinaikana. Mikäli osastosihteeri on poissa ja kääntänyt ns. toimistopuhelimet hoitajan numeroon, puhelu pääsee ”läpi” siitä huolimatta, että hoitotyö -koodi on päällä, mikä häiritsee hoitajavastaanotolla vuorovaikutustilannetta potilaan kanssa. Jatkuvasti lisääntyvän puhelinliikenteen hallitsemiseksi on mietitty sitä, olisiko ko. puhelinnumero käytössä vain puhelinaikaan. Unipoliklinikan henkilöstön mielestä potilaalla on kuitenkin oikeus saada hoitaja puhelimeen, mikäli hänellä on siihen tarve, myös puhelinajan ulkopuolella.

Hoitaja pyrkii kirjaamaan sähköiseen potilaskertomusjärjestelmään potilaan tietoihin kaikki sellaiset puhelinajan puhelut, joissa hoitaja antaa potilaalle puhelimesta hoito-ohjeita tai neuvoja. Tällaiset puhelut jaotellaan kuntalaskutettavaksi vuoden 2010 alusta alkaen voimassaolevan ohjeistuksen perusteella. Toisinaan puheluita tulee joko niin paljon tai hallitsemattomana aikana, ettei kaikkia tällaisia puhelutietoja voida kirjata potilastietojärjestelmään tai kuntalaskutettavaksi. Muita puhelimen kautta tapahtuneita, esim. tutkimusajan siirtopyyntöjä, ei kirjata potilaan tietoihin, vaan ne hoidetaan ajanvarausjärjestelmän sisällä, eikä niitä jaotella kuntalaskutettaviin.

Tarvikejakeluaikana potilas saa tarvitsemiaan tarvikkeita CPAP-laitteeseensa sekä tarvittaessa ohjausta. Tarvikeaika on keskitetty, mutta potilaita käy hakemassa tarvikkeita myös muina aikoina, jolloin potilas saa useimmiten tarvitsemansa tarvikkeet. Tarvikkeita myös lähetetään potilaan lähimpään terveyskeskukseen tai aluesairaalaan, mikäli he eivät pääse tarvikkeita hakemaan. Sekä tarvikejakelun että tarvikkeiden lähettämisen hoitaa unipoliklinikan hoitaja. Potilaalle annetut tarvikkeet kirjataan KUNTOAPU-tietojärjestelmään.

Hoitajavastaanotolla käytetään kolmea eri kustannusluokkaa (taulukko 3.), riippuen meillä olevasta vastaanottokäyntikerrasta ja siitä, mitä tarvikkeita potilas saa käynnillään. Tämän lisäksi on olemassa CPAP-hoidon polikliininen aloituspaketti, joka sisältää 2 käyntiä. Kustannusluokkien kirjaamisessa noudatetaan poliklinikan sisällä sovittua käytäntöä.

Taulukko 3. Unipoliklinikalla käytettävät kustannusluokat.

KUSTANNUSLUOKAT UNIPKL:LLA	
kl 1	1 kk:n hoitajavo –käynti
kl 2	CPAP-vuosikontrollikäynti riippuu paljonko ja mitä tarvikkeita potilas saa käynnillä esim. Nenämaski
kl 3	CPAP-vuosikontrollikäynti esim. Kokokasvomaski CPAP- hoidon polikliininen aloitus 2. käynti
muu	CPAP- hoidon polikliininen aloitus 1. käynti; aloituspaketti (78003)

5.4 Hoitoprosessin tärkeimmät kehittämiskohteet

Seuraavassa on kuvattuna unipoliklinikan hoitohenkilökunnan esittämät tärkeimmät kehittämiskohteet nykyisessä uniapneapotilaan polikliinisessä hoitoprosessissa. Tulokset on kirjoitettu yhteenvetona tavoitteineen niin, että ensimmäiseksi käsitellään hoitajavastaanoton sisältöön liittyvät kehittämiskohteet (A), seuraavaksi uniapneapotilaan prosessin nopeutumiseen ja aikatauluun liittyvät (B) kehittämiskohteet. Näiden jälkeen tarkastellaan lääkärihoitaja –työparin vo-mallista hoitajan roolia (C) ja viimeiseksi puhelinvastaanottomallin kehittämistä (D). Jonkin verran yksityiskohtaisempi taulukko löytyy LIITE 8:sta.

A) Hoitajavastaanoton (Hvo) sisältöön liittyvät kehittämiskohteet:

- 1) Vastaanottotoiminnasta halutaan saada pois rutiinomaisuus, jolloin potilas tulisi vastaanotolle vain tarvittaessa, jolloin olisi mahdollisuus vapauttaa Hvo-aikoja niitä tarvitseville potilaille nykyistä nopeammin.
Tavoitteena: vastaanottoajan saamisen nopeutuminen tarvitsevalle potilaalle
Keino: mm. puhelinvastaanoton kehittäminen (kts. kohta D)
- 2) Vastaanottotilanteeseen terveyskäyttäytymisen tukemista nykyistä enemmän, jonka tavoitteena: potilas ymmärtää hoitoon liittyvien osa-alueiden merkityksen paremmin ja ohjautuu enemmän itsehoitoon näiden suhteen, mikäli kokee tarvitsevansa muu-
tosta ohjauksen ja lisääntyneen tiedon jälkeen
Keino: mm. hoitajan lähetemahdollisuus ravitsemusterapeutille
Potilaalle varataan tarvittaessa toinen vastaanottoaika, jonka sisältö kohdistuu enemmän elämänhallinta – ja tapamuutoksen tukemiseen kuin laitehoitoon.
- 3) Olemassa olevan tekniikan hyödyntäminen, jolloin potilaan tarpeille ja ohjaukselle jää nykyistä enemmän aikaa
Tavoite: hoitaja voi käyttää teknisen toiminnon sijaan aikaansa enemmän hoidon suunnittelemiseen / toteuttamiseen / seurantaan
Keino: mm. CPAP-laitteessa olevan tekniikan hyväksikäyttäminen eli esimerkiksi käyttötunnit tulisi laitevalmistajan serverin kautta näkyville jo ennen vastaanottoa

B) Uniapneapotilaan prosessin nopeutumiseen ja aikatauluun liittyvät kehittämiskohteet:

1) Hoidon aloitusajankohdan nopeutuminen

Tavoite: hoitojonon (eli hoidon aloituksen odottamisen) lyhentäminen ja lopuksi jonon poistuminen

Keino: mm. hoidon aloittaminen jo ns. vastausten kuulemiskäynnillä sekä välittömästi CPAP-hoitotarpeen selvittyä (unirekisteröinnin jälkeen) nykyistä useammin.

2) Vastaanottoaikataulun tarkistaminen mm. iltavastaanottoaikoja järjestämällä ja sähköistä ajanvarausta kehittämällä

Tavoite: mahdollistaa potilaan pääseminen vastaanotolle itselleen / saattajalleen parhaiten sopivana aikana sekä aikojen muutostarpeen vähentyminen

C) Lääkäri – hoitaja –työparin vastaanottomallissa hoitajan roolin tarkentaminen:

Hoitajan nykyinen rooli vastaanottomallissa ovat pääsääntöisesti muut (kts. taulukko 1. sivulla 39) kuin potilaaseen suoraan kohdistuvat asiat sekä lisäksi perusasioiden kerääminen ja esittäminen lääkärille / tietojen vastaanottaminen.

Keskeiset kysymykset nykyisessä vastaanottomallissa ovat:

- a) onko hoitajan tieto-taito käytetty oikein, koska hoitajan osuus koetaan osittain potilaan kannalta tarpeettomaksi ja
- b) mitä toimintamuutos vaatii lääkäriltä sekä
- c) miten muuten voidaan järjestää.

Roolin tarkentamisen taustalla on se, että hoitajan pitäisi voida keskittyä hoidon suunnittelemiseen / toteuttamiseen / seurantaan eli hoitajavastaanoton sisällön mukaisesti potilaan hoitoon sitouttamiseen, hoidon seurantaan, hoidon positiivisten vaikutusten tiedoksi tuottamiseen, terveyskäyttämisen ja elämänhallinnan ohjaukseen ja tukemiseen sen sijaan, että hoitajan aika menee mm. tietojärjestelmiin yms. liittyviin.

D) puhelinvastaanottomallin kehittämisen kokee erityisesti hoitohenkilökunta tarpeelliseksi. Sillä arvioidaan voitavan korvata joitakin poliklinikka –käyntikertoja (kts. LIITE 8–rutiininomaiset käynnit pois). Sen tuottama hyöty nähtäisiin mm. kahdella tapaa:

- 1) hoitajan vastaanotolle pääsisivät ne potilaan useammin / nopeammin, jotka tarvitsevat hoitajan fyysistä läsnäoloa joko demonstraatio -ohjauksen, vuorovaikutuksellisuuden tai ongelman (esim. epäsopiva maski) selvittämiseksi ja
- 2) potilaan ei tarvitsisi lähteä sairaalaan, mikäli se ei olisi tarpeellista (ei tulisi esim. turhia työstäpoissaolo päiviä).

5.5 Sähköiset asioimistapaehdotukset

Unipoliklinikan hoitohenkilökunta arvioi poliklinikalla asioivien potilaidensa olevan pääsääntöisesti valmiita sähköiseen asiointiin, koska olettavat potilaillaan olevan suurimmalla osalla käytössään pankkitunnukset, joiden avulla sähköiseen asiointiin tullaan tämänhetkisen tiedon mukaisesti kirjautumaan. Unipoliklinikan hoitohenkilökunnasta ainakin yhdelle on esitetty kysymys, miksei sähköinen ajanvaraus ole vielä mahdollista unipoliklinikalle.

Unipoliklinikan hoitohenkilökunta ehdotti seuraavia sähköinen asiointi –mahdollisuuksia (taulukko 4., sivu 49), jotka ovat tietoteknisesti mahdollisia toteuttaa. Tulokset ovat kirjoitettu niin, että ensin on näkyvissä TAPA eli sähköinen asiointitapa ja sitä seuraavassa MIKSI sarakkeessa on hoitohenkilökunnan esittämä joko perustelu, miksi näin olisi hyvä toimia tai keino, miten asiointitapaa voitaisiin hyväksikäyttää. Perustelua ja keinoa ei ole erotettu erikseen omiksi sarakkeiksiin. Hoitohenkilökunta tuo esiin sähköisen asioinnin kehittämisen olevan aktiivinen työtä ja osaltaan myös tiedonkulkua nopeuttava tietotekninen ratkaisu.

Taulukko 4. Sähköisen asioinnin kehittämisehdotuksia unipoliklinikalla

SÄHKÖINEN ASIOINTI	
TAPA	MIKSI
Sähköinen ajanvaraus	Potilas voi varata aikansa silloin, kun se hänelle itselleen parhaiten sopii Vapauttaa puhelinaikaa muuhun kuin ajanvarauksen asioihin Potilas voi varata ajan silloin, kun hän kokee aikaa tarvitsevansa Potilaiden ärtymys vähenisi, kun pääsisi soittoaikana läpi
Sähköinen tietojen lähettäminen; Cpap-laitteissa valmiina muistikortit / serveritila valmistajalla	Nykytekniikalla mahdollista Tiedot olisivat jo valmiina, eikä niihin tarvitsisi ”hukata” aikaa tai mikäli tiedot ok, ei potilaan tarvitsisi tulla sairaalaan - puhelinvo riittäisi
Sähköinen keskustelufoorumi Cpap-potilaan / hoitajan välillä Cpap-potilas / Cpap-potilas	Potilas voisi esittää kysymyksiä sähköisesti ja hoitaja vastaisi niihin – hoitajalle varattu aika työpäivään Tarvittaessa voitaisiin varata aika hoitajalle tai lääkärille Potilas voisi kysyä silloin, kun itselleen parhaiten sopii Vähentäisi puhelinmääriä / lisäisi mahdollisuutta päästä läpi soittoaikana/ Potilaan oma työaika ei häiriintyisi Vertaisryhmätuki potilas / potilas (nimettömyys tietenkin) Potilas löytäisi keinon, minkä toinen potilas on kokenut hyödylliseksi
Sähköinen tilaus tarvikejakeluun	Potilas voisi tehdä sähköisesti tilauksen etukäteen tarvitsemistaan Cpap-tarvikkeista ja voisi noutaa valmiin setin sovittuna aikana sovittusta paikasta Tarvikkeiden kerääjä ja pakkaaja voisi olla joku muukin kuin hoitoalan ammattilainen – toimipaikkakoulutettu, joka voi tarvittaessa ohjata potilaan hoitajalle
Esitietojen lähettäminen	Potilaan sen hetkisiin asioihin ehtisi jo perehtyä ennen potilaan tuloa ja mahdollisesti jo tehdä etukäteen valmistelujakin

5.6 Yhteenveto tuloksista

Poliklinikoilla tulee kuvata siellä tapahtuva hoitoprosessi ja tarkastella kriittisesti, mitä missäkin kohtaa tapahtuu ja voidaanko työnjakoa muuttaa hoitohenkilökunnan tehtäväkuvaa laajentamalla vai nopeuttaisiko potilaan hoitoa enemmän tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle. Myös muiden ammattiryhmien välisiä työnjakoperusteita tulee tarkastella eli tekevätkö ammattiryhmät sellaisia töitä, joihin heidät on koulutettu (lääkäri, sairaanhoitaja, osastonsihteeri) ja jotka parhaiten palvelevat potilaan hoitoprosessia tai poliklinikan toiminta-tehtäviä. Toimintamallin tarkasteleminen on yhtäarvoisen tärkeää – perinteinen vastaanottomalli vai esimerkiksi puhelinvastaanottomallin kehittäminen. Prosessin tarkasteleminen ja mahdollinen vastaanottomallien muuttaminen täytyy lähteä potilaan tarpeisiin vastaimisen näkökulmasta eikä ammattiryhmäajattelun pohjalta. On oletettavaa poliklinikoilla toimintamallin tarkastelemisen pohjalta tehtävien tehtävänsiirtojen tai tehtäväkuvan laajentamisen saavan aikaan samankaltaisia myönteisiä tuloksia kuin allaolevat ovat.

Unipoliklinikalla on tehty tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle vuonna 2006 ja tämä on:

- 1) nopeuttanut potilaan hoitoprosessia sekä
- 2) vähentänyt lääkärivastaanoton käyntikertoja siirtämällä ne Hvo-käynneiksi, jolloin
- 3) saatiin lääkärinaikoja vapautettua sellaisille potilaille, jotka tarvitsevat erityisesti lääkärin vastaanottoa sekä
- 4) lyhentynyt odotusaikaa vastaanotolle pääsemiseen.
- 5) vakiinnuttanut ja selkeyttänyt hoitajan roolia hoitoketjussa. Hoitajavastaanottojen lisääminen ei ole itseistarkoitus, vaan keskeinen ajatus on toiminnan sujuvuuden lisääminen ja potilaan hoidon järjestämisen järkipäristäminen - potilastyytyväisyyttä voidaan pitää yhtenä lähtökohtana.

Tehtävänsiirto, kuten myös tehtäväkuvan laajentaminen, perustuu

- a) uusien tehtävien vaatiman koulutuksen järjestämiseen sekä
- b) tehtävien vastuualueen rajojen selkeään määrittelemiseen sekä kirjallisiin ohjeistuksiin.

Unipoliklinikan hoitaja saa kirjallisesti luvan hoitaa tehtävänsiirron sisältävää työtehtävää kriteerien täytyttyä, minkä allekirjoituksellaan vahvistaa toiminnasta vastaava lääkäri. Näin saadaan varmistettua lisäkoulutuksen antaminen sekä riittävä ammattitaitoa. Organisaation johdon esittämän henkilön tehtävä on valita sopivat kriteerit – tässä tutkimuksessa kriteerien valitsijana toimi vastuuyksikön ylilääkäri.

Tehtävänsiirron kriteereiksi voidaan valita mm. seuraavat asiat, jotka sopivat moniin erikoissairaanhoidon poliklinikoihin:

- 1) Hoitajalla on ammatillinen pätevyys, riittävä palvelu ko. yksikössä ja osallistuminen työpisteen sisäiseen koulutukseen
- 2) Hoitaja kykenee toimimaan yksikön toimintaperiaatteiden mukaan
- 3) Hoitaja kykenee itsenäiseen päätöksentekoon hoidon onnistumiseksi ja hoitomyöntyväisyyden parantamiseksi sekä osaa oikeissa kysymyksissä konsultoida hoidosta vastaavaa lääkäriä
- 4) Hoitajalla on kyky kehittää myönteistä ja uudistumista tukevaa ilmapiiriä työpisteessään.

Yllämainittujen lisäksi organisaation johdon tuki toiminnan kehittämiseen ja koulutukseen ovat myös tärkeitä

Poliklinikalla on käytössään sekä hoitajavastaanotto – että lääkäri-hoitaja –työpari vastaanottomalli. Hoitajavastaanottoja on lukumäärällisesti enemmän. Hoitajavastaanottoajaksi on yleensä varattu 45 minuuttia. Hoitajavastaanotto voi tapahtua myös muualla kuin poliklinikan tiloissa. Lääkäri-hoitaja – työparin vastaanotolla hoitajan tehtäviin kuuluvat pääsää-

töisesti muut kuin potilaaseen suoraan kohdistuvat asiat ja vuorovaikutukseen potilaan kanssa on varattu vain 10 - 15 minuuttia, joiden vuoksi hoitohenkilökunta tarkistaisi hoitajan roolia ko. vastaanottomallissa.

Hoitajavastaanoton sisällön yhteenveto koostettuna yläluokissaan:

- 1) Potilaan henkinen tukeminen ja motivointi
- 2) Neuvonta ja ohjaus
- 3) Hoitoon liittyvät toimenpiteet
- 4) Laitteeseen /apuvälineeseen liittyvä toimenpide ja ohjaus

Näiden pohjalta nähdään hoitajan vastaanoton tärkeimmiksi pääsisällöiksi potilaan hoitoon sitouttaminen, lääketieteellisen hoidon seuranta ja hoidon positiivisten vaikutusten tiedoksi tuottaminen sekä potilaan terveystietoisuuden ja elämäntilanteen ohjaus ja tukeminen. Hoitajavastaanottoon liittyy selkeästi hyvä kirjaaminen sähköiseen potilastietojärjestelmään. Hoitajavastaanoton tekstit tulee kirjoittaa erikoisalakohtaiseen näkymään, näin siinä näkyy aikajärjestyksessä etenevä kooste potilaan hoidosta eli lääketieteellinen diagnoosi ja siihen liittyvät, hoidon suunnitteluun, toteutukseen, seurantaan ja arviointiin liittyvät tekstit.

Hoitajavastaanoton sisältöön liittyy kuitenkin edelleen kehittämiskohteita. Olemassaolevaa tekniikkaa hyväksikäyttämällä voitaisiin vastaanottoaikaa käyttää enemmän potilaan hyödyksi. Hoitajavastaanottoon liittyy olennaisena osana potilasohjaus ja on muistettava myös omaisen tarvitsevan tukea ja ohjausta. Hoitaja kykenee tunnistamaan sellaiset potilaan tarpeet, joiden täyttämiseksi hänet tulisi voida ohjata erityistyöntekijän vastaanotolle hoitajan toimesta. Tämän tutkimuksen poliklinikalla hoitajalla on nykyisin lähetemahdollisuus mm. ravitsemusterapeutille. Lähetteenä toimii erikoisalakohtaisella UNI-lehdellä oleva hoitajavastaanottoteksti.

Tässä tutkimuksessa tuli esiin ensitietopäivät eli ryhmäohjaus viidesti vuodessa toistuvana säännöllisenä ohjausmuotona. Ensitietopäivään on koolle kutsujana poliklinikalla nimetty sairaanhoitaja. Ryhmäohjaus tukee hoitajavastaanotolla käytyjä hoitoon liittyviä keskeisiä asioita potilaan ja omaisen näkökulmasta.

Päivittäin toistuvassa puhelinajassa potilaat pääsääntöisesti siirsivät tutkimus- ja vastaanottoaikojaan ja tarvitsivat vähemmässä määrin tietoa hoitoonsa liittyvissä asioissa. Jatkuvasti lisääntyvä puhelimitse tavoittelu muulloinkin kuin puhelinaikana aiheuttaa poliklinikalla myös osittain hallitsematonta puhelinliikennettä, mikä häiritsee hoitajavastaanoton aikaista vuorovaikutusta potilaan kanssa ja vie hoitajan aikaa potilaan kanssa työskentelyltä. Hoitotyökoodikaan puhelimessa ei aina varmista potilaskontaktin rauhallisuutta.

Hoitohenkilökunta tuo esiin hoitajavastaanoton sisällön kehittämiskohteiden lisäksi hoitoprosessin nopeutumiseen ja aikatauluun liittyviä kehittämiskohteita, mm. iltavastaanottoaikojen järjestämistä ja sähköisen ajanvarauksen kehittämistä. Erityisesti puhelinvastaanottomallin kehittäminen koetaan tarpeelliseksi. Sen avulla voitaisiin korvata joitakin poliklinikkakäyntikertoja. Sen tuottama hyöty nähdään mm. kahdella tapaa eli hoitajan vastaanotolle pääsisivät usemmin tai nopeammin ne potilaat, jotka tarvitsisivat hoitajan läsnäoloa eikä potilaan tarvitsisi lähteä sairaalaan, mikäli se ei olisi tarpeellista.

Hoitohenkilökunta tuo esiin sähköisen asioinnin kehittämisen olevan aktiivinen työtä ja osaltaan myös tiedonkulkua nopeuttava tietotekninen ratkaisu. Sähköisen asioinnin kehittäminen koetaan olevan nykypäivän terveydenhuoltoa. Sähköinen ajanvaraus, sähköinen tietojen lähettäminen, sähköinen keskustelufoorumi, sähköinen tarviketilaus ja esitietojen lähettäminen ennen vastaanottoa olivat tämän tutkimuksen sähköiset asioimistapaehdotukset.

6. POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän tapaustutkimuksen tulokset kertovat poliklinikan, jossa tehtävänsiirto lääkäriltä hoitajalle on tehty n. 4,5 vuotta aiemmin, hoitoprosessin kehittyneen hoitajavetoiseksi poliklinikaksi. Tämä tutkimus antaa ehdotukset tehtävänsiirron kriteereiksi. Valtakunnallisia suosituksia tai kriteereitä ei ole vielä olemassa. Tehtävänsiirron myötä potilaan hoitoprosessi nopeutuu, lääkärivastaanottojen käyntikerrat vähentyvät sekä vastaanottoaikojen saatavuus nopeutuu sekä hoitajan rooli vakiintuu ja selkeytyy hoitoketjussa. Näillä myönteisillä vaikutuksilla tuetaan Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteita toimintatapojen uudistamisesta ja kehittämisestä (STM 2003.), jotta voitaisiin jatkossakin taata taloudelliset mahdollisuudet turvata yhteiskunnassamme terveydenhuollon palveluiden tarjonta. Hoitajavastaanoton sisällön analyysin kautta nousevat esiin hoitajavastaanoton pääsisällöt. Tällä on merkitystä tarkasteltaessa polikliinistä toimintamallia ja mietittäessä potilaan hoitoprosessia parhaiten palvelevaa vastaanottomallia.

Tutkijana arvioin tutkimustulosten ilmentävän tehtävänsiirron mukanaan tuoman positiivisen toiminnan ja onnistuneen työnjaon perustuvan osaamiseen ja asiantuntemukseen. Palvelujärjestelmän toiminta edellyttää kaikkien osakokonaisuuksien toimivan. Erityisesti polikliinisessa hoitotyössä korostuu yksilövastuainen hoitotyö, koska potilas voi käydä saman hoitajan vastaanotolla jopa vuosia. Iivanainen, Jauhainen ja Korkeakoski (1998) ovat tarkastelleet periaatteiden toteutumista käytännön työelämässä. Poliklinikan hoitajien vastauksista nousivat selvästi esiin työn vastuullisuus, itsenäisyys, hoidon koordinointi, kattavuus ja jatkuvuus. Virtasen (2010) mukaan sairaanhoitajan kokemus ja ammattitaito auttavat päätöksentekoon tilanteessa, jossa sairaanhoitaja joutuu tekemään päätöksen, joka periaatteessa kuuluisi lääkärille, mutta tämä edellyttää yhteistyötä lääkärin kanssa. Tässä tutkimuksessa tuli esiin, miten samansuuntaisesti sekä unipoliklinikan lääkäri että hoitajat

ajattelevat uniapneapotilaan hoidosta ja sen toteuttamisesta, joten tutkijana katson tämän kertovan hyvästä yhteistyöstä lääkäri ja hoitajan välillä. Hoidon jatkuvuus nousi tässä tutkimuksessa esiin mm. hoitajien korostaman kirjaamisen merkityksessä. Virtasen (2010) ja Kantelisen (2008) mukaan kirjaaminen on päätöksenteon dokumentointia. Tämän tutkimuksen hoitajat kirjaavat vastaanottojensa tekstit samalle erikoisalanäkymälle lääkärin kanssa.

Hoitotyön osaaminen perustuu mm. tietoihin, taitoihin, kokemukseen, työnkontakteihin ja toimenkuviin (Leppänen & Puupponen 2008), ja tästä on unipoliklinikalla saatu hyvä kokemus. Siellä on työnjako, joka perustuu toimivaan prosessiin ja käytänteisiin, jotta se voi suoriutua tehtävästään. Hukkanen ja Vallimies-Patomäki (2005) ovat tarkastelleet työnjakoon liittyvää koulutusta ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä henkilöstön ammatillista osaamista tuetaan tavoitteena turvata yksikössä tarvittava osaaminen. Hoitotyön tehtävänä on seurata potilaiden terveydentilaa, hoitoon sitoutumista sekä lääke- ja muun hoidon vaikuttavuutta, tukea potilaan aktiivista osallistumista oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon sekä edistää terveyttä ja potilaan sekä omaisten selviytymistä sairautensa kanssa (Kynäs 2006; STM 2003). Yhdeksi tutkimustulokseksi saatiin tätä tukeva hoitajavastaanoton sisällön yhteenveto koostettuna yläluokissaan (kts s. 42) ja tämän pohjalta nähtiin hoitajan vastaanoton tärkeimmiksi pääsisällöksi potilaan hoitoon sitouttaminen, lääketieteellisen hoidon seuranta ja hoidon positiivisten vaikutusten tiedoksi tuottaminen sekä potilaan terveystyöskäytymisen ja elämänhallinnan ohjaus ja tukeminen. Voidaan siis vetää johtopäätös, että hoitajavastaanoton toimiessa oikealla tavalla, mahdollisesti sisältäen joko tehtäväkuvan laajentamiseen tai jopa tehtäväsiirron riippuen poliklinikasta, päästään siihen, mikä lähteidenkin perusteella on hoitotyön tehtävänä. Kun hoitaja toimii perinteisessä lääkäri-sairaanhoitaja –työpari vastaanottomallissa, hoitajan tehtävät (kts. taulukko 1., sivu 39) ainakin tässä ko. poliklinikassa olivat pääsääntöisesti muut kuin potilaaseen suoraan kohdistuvat tai hoitotyön tehtäväksi asetetut. Lääkäri ja sairaanhoitaja muodostavat keskeisen työparin poliklinikalla siitä huolimatta, että hoitajan roolin tarkastelemistarve ko. työparin vastaanottomallissa nousi esiin.

Tutkimuksen kohteena olevassa erikoissairaanhoidon poliklinikassa on tehty vuonna 2006 tehtävänsiirto, jolla on saatu nopeutettua potilaan hoidonaloitusta. Poliklinikalla on kehitetty tehtävänsiirrot kriteerit ja ne sopivat monelle erikoissairaanhoidon poliklinikalle. Monissa erikoissairaanhoidon yksiköissä ollaan vielä hyvin lääkärikeskeisiä, mutta tässä tutkimuksen kohteena olevassa poliklinikassa oli käynnistävänä voimana poliklinikan ylilääkäri, joka näki toimintamallia voitavan muuttaa järkevämpään suuntaan eli nopeuttamaan potilaan hoitoprosessia tehtävänsiirron avulla. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategiassa vahvistetaan pyrkimys toimintamallien muokkaamiseen mm. vähentämällä polikliinisessä lääkärivastaanotto toiminnassa sairaanhoitajien määrää ja siirtämällä pitkäaikaissairaiden polikliinistä seuranta sairaanhoitajille. Unipoliklinikalla muuttunut toimintamalli koetaan hyväksi ja sen nopeuttaa potilaan hoidon aloitusta, vapauttaa lääkäriresursseja ja vastaa paremmin potilaan tarpeisiin.

Unipoliklinikalla on selkeytynyt tehtävänsiirron myötä työnjako ja toimintamuoto. Jokaiselle unipoliklinikalla työskentelevälle tuntuu olevan selvillä, miten työnjako on muotoutunut, vaikkei siellä sinänsä ollut valmista prosessikaaviota. Tutkijana uskon, että työnjaon tarkasteleminen ja tarvittavat toimintamuutokset ovat jatkossa entistä helpompi tehdä, koska nyt prosessi on nähtävissä konkreettisena kuvana eli keinona esittää toiminnan käytäntöä. Säilän (2006) tutkimuksessa olikin yhtenä lähtökohtana se, että prosessikuvauksen myötä on käytännön toiminnasta helpompi keskustella erityisesti yli ammattirajojen (Lehto 2010). Unipoliklinikalla on nähty tarve keskittyä potilaan parhaaseen ja siihen, mikä asia ja kuka ammattihenkilö potilasta milloinkin parhaiten palvelee. Tällä hetkellä siellä keskitytään prosessin parantamiseen viiveiden poistamisella eikä enää keskitytä osaamisintensivisiin ja koulutusperusteisiin tehtäviin. Tällä on saatu aikaa selvä hoitoprosessin sujuvuus ja sitä kautta tuottavuuden tehostuminen.

Aikaisemmissa selvityksissä (STM 2004.) on todettu hoitopääsyn viiveiden löytyvän prosessin eri vaiheista, mitä tukee tämänkin tutkimuksen tulokset. Unipoliklinikan henkilökunta näki tärkeimmiksi kehittämiskohdiksi prosessin eri vaiheiden nopeuttamisen, hoitajavastaanoton sisällön tarkastelemisen ja puhelinvastaanottomallin kehittämisen. Tutki-

muksen teon aikana prosessin viiveisiin jo alettiin kiinnittää huomiota. Poliklinikalle saatiin hankittua kolmen kuukauden lisäresurssi CPAP-hoidon kotialoitusten järjestämiseksi, jotta saataisiin jonotilannetta helpotettua. Jatkossa pyritään lääkärin vastaanoton (uniapneadiagnoosi) jälkeen välittömästi aloittamaan hoitajavastaanotolla CPAP-hoito nykyisen jonoon asettamisen sijaan. Tutkijana katson hoidon nopeutumisen keinona esitetyn hoidon aloitusajankohdan ns. vastaustenkuulemiskäynnin jälkeen ja lääkäri-hoitaja –työparin vo-mallissa hoitajan roolin tarkastelemistarpeen kulkevan rinnakkain, vaikka tätä eivät hoitajat selvästi tuoneetkaan esiin.

Lääkäri-hoitaja –työpari on perinteinen malli, mutta vähäisemmässä määrin tällä hetkellä oleva vastaanottomalli unipoliklinikalla, jossa työparimalli kuitenkin toisaalta koetaan hyvin toimivaksi ja työnjaon kannaltakin tarkoituksenmukaiseksi. Koska lääkärivastaanotto sanana antaa ymmärtää potilaan tapaavan käynnillään vain lääkärin, tässä käytetään vastaanottotilannetta paremmin kuvaavaa lääkäri-hoitaja -työpari vastaanottoilmaisua, vaikka tilastointi PSHP:n mukaisesti tunnistaakin vain lääkärivastaanoton. On tärkeää tarkastella ko. vastaanottomallissa hoitajan tehtäviä pääluokkiin jaoteltuna, koska kirjallisuudesta ilmeni, ettei näitä ole kovinkaan paljon tutkittu. Lääkäri-hoitajaja –työparin vo-mallissa hoitajan tehtäviin kuuluu yllättävän paljon muuta kuin potilaaseen liittyviä asioita. Hoitajat ha luavat tarkentaa hoitajan roolia lääkäri-hoitaja -työparityöskentelyssä vastaamaan enemmän potilaiden tarpeisiin kuin esimerkiksi tietojärjestelmään liittyvinä asioina. Täten on loogista, että lääkärivastaanotolla potilaan kuultua CPAP-hoidon tarpeensa lääkärivastaanottoa seuraisikin välittömästi hoitajavastaanotto.

Jatkossa hoitajavastaanottoihin kirjataan kotialoitusten kanssa samanveroiset on-line –aloitukset (kts. prosessikaavio). Tähän asti niitä ei ole kirjattu tilastoissa näkyviksi hoitajavastaanotoiksi. Tämä on johtunut siitä, ettei ole ajateltu voitavan kirjata samasta käynnistä kahta tilastotapahtumaa. Näin on syntynyt virheellinen lukumäärä poliklinikan hoitajavastaanotoista vuosittain. Asiasta oltiin yhteydessä tilastointipalveluun ja jatkossa myöskin on-line -aloitusajankohta tilastoidaan hoitajavastaanottona avohoitotietoihin palvelut –välilehdelle. Tilastointien perusteella kohdistetaan myös resurssit.

STM peräänkuuluttaa terveydenhuollossa uusia palvelumuotoja. Tässä tutkimuksessa tarkasteltu ryhmäohjaus järjestetään nykyisellään sairaalan tiloissa, mutta nykytekniikan avulla ryhmäohjaustilanne voidaan järjestää mm. videoneuvotteluna useammassa paikassa tapahtuvaksi. Tutkimuksessa nousi esiin sähköisiin asiointimenetelmiin kehitettävä keskustelufoorumi. Keskustelufoorumeita voidaan kehittää vuorovaikutteiseksi puhelinvastaanoton tueksi mm. tietokoneohjelman välityksellä. Tutkimuksessa ei noussut ohjausvideo/DVD esiin, mutta tätä ohjausmuotoa tulisi kehittää, koska tästä hyötyy etenkin ne, joiden on vaikea muistaa asioita tai lukea kirjallista materiaalia. Tämä ohjausmuoto tulisi sijaita sairaalan poliklinikan sivuilla ladattavana ja siinä tulisi olla vain niitä asioita, joita on jo käyty potilaan kanssa poliklinikkakäynnillä lävitse. Tätä ohjausmuotoa pitäisi lisäksi tukea kirjallisen ohjausmateriaalin olemassaololla samalla sivustolla kuin mistä ohjelma ladataan. Materiaalin kehittäminen, tuottaminen ja päivittäminen vaativat aikaa henkilökunnalta, mutta siihen mennyt aika tulee takaisin resurssien oikeinkohdentumisena eli potilaskohtaisen kokonaiskustannuksen vähentymisenä. Tietokoneavusteisia ohjausmuotoja käytetään vielä kuitenkin suhteellisen vähän sairaalamaailmassa. Suurin osa suomalaisista iästä riippumatta käyttää mm. pankkiohjelmiä. Potilaan tyytyväisyyttä tiedonsaantiin korostetaan hoidon onnistumisen yhtenä tärkeänä elementtinä ja sähköisen asioinnin on todettu helpottavan tiedonvälittämistä ja – saantia. (Aaltonen 2007, 2008; Eloranta, Nygren & Leino-Kilpi 2011; Ihalainen 2008; Iivonen 2008; Pere 2007; Vuorinen 2007.) On tarpeen löytää erilaisia uusia toimintatapoja, jotka vastaavat nykypäivän potilaan tarpeisiin.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tämän tapaustutkimuksen toteutumiseen liittyy useita eettisiä ja luotettavuuden pohdintaa edellyttäviä asioita. Tutkimuskohteen valintaa voidaan perustella sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön valtakunnallisella VeTe / Hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta –hankkeella, jossa Pirkanmaan sairaanhoitopiiri osallistuu polikliinisen hoitotyön kehittämisosuuteen. VeTe-hanke on terveydenhuollon vetovoimaisuutta ja terveyttä edistävä hankekokonaisuus, jonka tarkoituksena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuoltoa kansallisen kehittämisohjel-

man tavoitteiden mukaisesti (VeTe-hanke 2009 - 2011). Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä (PSHP) on tehty PSHP:n poliklinikoiden nykytilanteen kartoitus (Stenberg 2009). Tämän tutkimuksen poliklinikka ei kuulunut näihin haastateltuihin. Tämän tutkimuksen ongelmien asettaminen lähti em. näkökohdista liikkeelle, mutta voidaan kysyä ohjasiko mm. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tehty nykytilanteen kartoitus liikaa tämän tutkimuksen näkökulmaa. Toisaalta kirjallisuuskatsauksessa käytetyissä lähteissä tuntui lähes poikkeuksetta olevan yhteinen käsitys siitä, että moniammatillisuuden lisäksi terveydenhuolto tarvitsee prosessimaista toimintaa ja työnjaon sekä nykyisen toimintamallin tarkasteleminen on tarpeellista. Tämän vuoksi tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat muotoutuivat sellaisiksi, kuin ne tässä tutkimuksessa esiintyvät eikä tutkijan näkökulmasta tarvitse uudelleen pohtia eettistä ongelmaa tutkimuskysymysten suhteen.

Tutkimuksen viitekehys on eettistä ja luotettavuuden pohdintaa edellyttävä asia. Ohjasiko se liikaa tutkimuksen tekemistä ja siten tuloksien muodostumista? Tämä voi olla mahdollista, koska tulokset osittain muotoutuivat tutkijan esittämien puolistrukturoitujen kysymyksien ja asiantuntijahaastattelun perusteella. Kysymykset ja lähtökohdat muotoutuivat viitekehysten mukaan. Tämä tutkimus tarkentui tutkimuksen vaiheiden, aineistonkeruun, analyysin, tulkinnan ja raportoinnin aikana. Tulkinta jakautui koko tutkimusprosessiin ja tutkimussuunnitelmaa ja jopa tutkimusongelman asettelua jouduttiin tarkastelemaan aineistonkeruun kuluessa. Tutkimusaineistoa analysoitaessa tuli esiin uusia ja tärkeitä piirteitä, jotka oli otettava mukaan tutkimukseen. Näille jouduttiin hakemaan lisää teoriapohjaa mm. päätöksenteosta ja laadun arvioinnista sekä tarkentamaan tutkimusongelmia. Tässä tutkimuksessa kartoitettiin taustatietoja, koottiin tietoa järjestelmällisesti eli haettiin tietoa vastausten muodossa ja vastauksia pyydettiin selventämään, kunnes oli saatu tutkimusongelmaan vastaus, mikä jälkeen muodostettiin näistä tulkintakokonaisuus, mikä ei ollut ristiriidassa työelämän tavoitteiden ja vaatimusten kanssa. Tulkinta perustuu tutkimusaineistoon ja muodostuu luokittelun ja teoreettisen viitekehysten avulla (Eskola & Suoranta 2000, 60, 63; Vilka 2005, 126).

Tämä tutkimus oli laadullisella menetelmällä tehtävä tapaustutkimus. Tapaustutkimuksella voidaan saada esille tutkimusongelmiin liittyviä merkityksellisiä asioita tietyssä paikassa tiettyinä ajankohtana. Tämä on laadullisen tutkimusmenetelmän mukaisesti mahdollista. (Jokinen & Kuronen 2011; Routio 2007.) Tapaustutkimus muodostui harkinnanvaraisesta näytteestä eli poliklinikasta, joka edustaa pitkäaikaista, pääsääntöisesti konservatiivista hoitoa tuottavaa poliklinikkaa ja siellä työskentelevistä ihmisistä, jotka ovat tutkijalle yhteistyökumppanina tutut, joten voidaan esittää kysymys, oliko siksi järkevää valita ko. poliklinikka tutkimuskohteeksi. Tutkijan alkuperäisenä ajatuksena oli saada tutkimukseen mukaan toinenkin poliklinikka, mutta mm. henkilöiden yhteensopimattomien aikataulujen vuoksi se osoittautui erittäin hankalaksi. Tutkija ei kuitenkaan näe, että tulokset olisivat muotoutuneet jotenkin erilaisiksi sen vuoksi, että oli olemassa yhteistyökumppanuus tai toinen poliklinikka jäi pois.

Tutkijan rooli on selkeästi eettistä ja luotettavuuden pohdintaa edellyttävä asia. Tutkija käytti omaa ammatillisuuden mukanaan tuomaa ymmärrystään tutkimuksen teon aikana. Tutkija on itse työskennellyt sairaanhoitajana Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä 20 vuotta, joten ammatillisuuden mukanaan tuoma käsitys ja ymmärrys on jo todennäköisesti aika tavalla kehittynyt. Tutkija on laadunohjaaja, joten kehittämisideoiden ohjaaminen on tuttua. Tutkijalle itselleen polikliininen hoitotyö on vieraampaa, joten siksi oli helpompi pysyä objektiivisena. Tutkija on ottanut huomioon kaikkien toimintaympäristön henkilöiden vastaukset samanveroisina huomioon ja tarkennuskysymykset on osoitettu sellaisille hoitajille, joiden tutkija joko vastauksensa tai työtehtävänsä perusteella oletti voivan antaa lisätietoa asiaan. Tutkija pyrki tietoisesti toimimaan emansipatorisesti tutkimuksen teon aikana. Tutkija poikkesi alkuperäisestä asiantuntijahaastattelun toteutussuunnitelmasta kahdessa kohtaa. Toinen oli lääkärin myöhästymisestä huolimatta palaverin aloittaminen. Tämä johtui siitä, että prosessikaaviota tehdessä ilmeni hoitajavastaanottojen toimivan itsenäisesti ja lääkäriä konsultoidaan vain tarvittaessa. Toinen kohta oli se, että alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen pidettiin vain yksi asiantuntijahaastattelukerta. Tämä johtuu siitä, että haastattelukerta onnistui yli tutkijan odotuksen. Tähän saattoi vaikuttaa se, että tutkija on tottunut OPERA-menetelmän käyttäjä. Alkuperäisen suunnitelman mukaisella osastotunti-palaverin toteuttamistavalla eli kahdella erillisellä, olisi sähköinen asioinnin kehittämistarve

todennäköisesti ehditty käydä paremmin läpi. Tutkija koki, että mikäli olisi pitäyditty suunnitelmassa, olisi voitu mahdollisesti menettää joitain hyviä ideoita, joita nyt pidetyllä kerralla tuli spontaanisti esiin. Istunnossa käytetty ammattikieli, käsitteet ja hoitokulttuuri sekä henkilöstö olivat tutkijalle tuttuja, joten aineiston keruussa oli mahdollista tavoittaa siksi ääneen sanomatta jääneet erilaiset viestinnät. Tämä vaati sen, että tutkija oli altis sanattomalle viestinnälle ja pystyi tarkistamaan viestintätulkinnan oikeellisuuden jälkikäteen tarvittaessa. Ideat hyvistä käytännöistä syntyvät yksilöissä, mutta ne jalostuvat ryhmässä (Innotiimi 2005). Tässä tutkimuksessa ryhmän stimuloiva vaikutus olikin haluttu ja tarkoitushakuinen, minkä vuoksi asiantuntijahaastattelu järjestettiin osastotuntityyppisenä palaverina. Se tuottikin lähes yksimielisiä kehittämisehdotuksia. Yksimielisyyden perusteella voi kuitenkin ajatella, oliko sittenkin asiantuntijahaastattelulla ryhmämuotoisena vaikutusta tuloksiin. Tutkijana kuitenkin arvioin ettei, koska monessa muussakin yhteydessä ilmeni henkilökunnan ajatusten yhdenmukaisuus hoitoprosessin suhteen.

Laadullisen tutkimuksen tavoitteen mukaisesti (Vilkkä 2005.) pyrittiin tutkimuksen aikana muodostuneiden tulkintojen toiminnallistamiseen eli luotiin kuvaus uniapneapotilaan poliklinisesta hoitoprosessista ja siihen liittyvästä työnjaosta sekä hoitajavastaanotosta. Tutkimustulosten muodostuessa tutkija ei halunnut enää lisätä tutkimusalaongelmien määrää. Toisen tutkimusongelman (B) alaongelmien lisäksi tuloksissa tulee esiin myös hoitoprosessin kehittämiskohteita, lääkäri-hoitaja –työpari vastaanottomallin hoitajan roolin tarkentaminen sekä puhelinvastaanottomallin kehittämistarve. Näitä kehittämiskohteita ei voinut tutkijan mielestä sivuuttaa, koska ne liittyvät olennaisesti tutkimuksen kohteena olevan poliklinisen hoitoprosessin kehittämiseen, minkä lisäksi ne nousivat selvästi esiin asiantuntijahaastattelussa. Tämän vuoksi tutkimuksesta tuli jonkin verran laaja, mutta sisällöltään asiat tukevat toisiaan niin vahvasti, joten tutkija ei tämän vuoksi tutkimuksen laajuuden katso olevan haittaava tutkimustuloksia luettaessa tai tutkimusongelmia ja tuloksia verrattaessa.

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Laadukkaalle potilasohjaukselle on ominaista potilaslähtöisyys, jossa otetaan huomioon potilaan taustatekijät ja yksilölliset ominaisuudet sekä tarpeet. Yleensä potilaan tiedontarve kohdistuu sairauteensa, sen merkitykseen omalle terveydelle, sairauden hoitoon ja sen vaikutuksiin. Potilas tarvitsee tukea sairautensa kanssa selviytymiseen. Potilas ei välttämättä tunnista omia ohjaustarpeitaan, vaan pääasiassa luottaa siihen, mitä hoitohenkilöstö katsoo tarpeelliseksi ohjata. Tässä tutkimuksessa ei selvitetty ohjauksikäsitettä, ohjausajan riittävyyttä tai hoitohenkilöstön valmiuksia ohjaukseen, mutta potilaan ohjaustarve nousi selvästi esille hoitohenkilöstön arvioimana. Unipoliklinikalla hoitajat eivät tuoneet esille käyttäviensä tarkoituksellisesti erilaisia potilasohjausmalleja CPAP-potilaiden ohjauksessa. Tämän tutkimuksen poliklinikalla ei ollut käytössä kirjallista ohjausrunkoa, vaan hoitajat käyttivät ohjaustilanteessa tilanteeseen kulloinkin sopivaa ohjausmallia ja -tapaa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategiassa vuosille 2007-2011 on kiinnitetty huomiota potilaan ohjaustarpeeseen. Yleensä hoitohenkilöstön asenteet ovat myönteisiä tutkimusten perusteella lähes kaikilla ja hallitsevat ohjausmenetelmistä hyvin suullisen ja henkilökohtaisen ohjauksen (mm. Kääriänen 2007).

1. Ohjaukskäsite hoitajavastaanotolla?
2. Ohjausajan riittävyys hoitajavastaanotoilla eri poliklinikoilla?
3. Hoitohenkilöstön valmiudet potilasohjaukseen eli hoitohenkilöstön ohjaustaidot?
 - a) kuinka paljon hoitajat tunnistavat ohjausmalleja polikliinisessä hoitotyössä
 - b) kuinka hoitajat osaavat käyttää ohjausmalleja hyväkseen polikliinisessä hoitotyössä kahdella osa-alueella eli vuorovaikutuksessa ja itsehoidon tukemisessa
4. Onko potilaan saama tieto sitä, mitä hän tarvitsee vai sitä, mitä hoitaja luulee hänen tarvitsevan?
5. Potilasohjauksen onnistuminen, kun poliklinikalla on käytössään kirjallinen ohjausrunko tai sitä ei ole käytössä.
6. Työnjaon ja tehtävänsiirron mukanaan tuoman potilaan ja yhteiskunnan saavuttaman hyödyn mittaminen

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2007. Potilaan sähköinen asiointi taltuttaa kustannuspaineita. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.net-lehti.com>

Aaltonen, J. 2008. Sähköinen yhteys säästää voimia - potilaat valmiita sähköiseen asiointiin. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Ajankohtaista. Yhteisölehti Husari. Lehtiarkisto. Verkko-Husari 3/2008. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.hus.fi>

Amberla, S. Kuntaliiton neuvotteleva lakimies, varatuomari. 2006. Luento. Osastonhoitaja henkilöstöjohtajana – koulutuspäivät 3.- 4.4.2006. Tampere.

Fujitsu. 2010a. Fujitsu sähköistää terveydenhuollon asiointia. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.fujitsu.com/fi/services/terveydenhuolto/sahkoinen.html>

Fujitsu. 2010b. Palvelut ja tuotteet. Sähköinen asiointi. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.fujitsu.com/fi/services/sahkoinenasiointi/>

Eloranta, S., Nygren, P. & Leino-Kilpi, H. 2011. KASTE. VETE-tiedote 2, 5. Saatavilla: www.vete.fi

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

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

Hankonen, R. 2010. Apua ajoissa. Tehy (15), 30-33.

Hassol, A., Walker, J., Kidder, D., Rokita, K., Young, D., Pierdon, S., Dietz, D., Kuck, S. & Ortiz, E. 2004. Patient Experiences and Attitudes about Access to a Patient Electronic Health Care Record and Linked Web Messaging. American Medical Informatics association. Journal of the American Medical Informatics Association 11 (6), 505-513.

Hautaviita, P., Hammar, P., Järvenpää, R., Rasi, M. & Seppänen, P. 2006. Yksilövastuiseen hoitotyön kehittäminen syöpätautien vastaanotto- ja sytostaattipoliklinikalla. Tampereen yliopistollinen sairaala, Syövänhoidon vastualue. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 5/2006. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.

Heikkilä, A., Salin, S. & Tervo-Heikkinen, T. 2011. KASTE. VETE-tiedote 2, 3. Saatavilla: www.vete.fi

Hereford, J., Bell, E., Lee, J. & Eytan, T. 2003. Patient Satisfaction with a Web-Based Patient-Provider Messaging System Implemented Across a Statewide Delivery System (Group Health Cooperative). Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480004/pdf/amia2003_0860.pdf

Herrala, J., Karila, A., Laakerisuo, M., Lamminsivu, H. & Parkkinen, M. 2009. Suoritekäsikirja. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere

- Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopistollinen sairaala. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print. Väitöskirja.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveysthankkeen työnjakopilotista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2005:21. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Hyppönen, H. & Niska, A. 2008. Kohti kansalaisen sähköisten terveystietopalvelujen rakentamisen hyvää käytäntöä. Verkkojulkaisu. Stakes: Helsinki 2008. Julkaisun nro 9/2008. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R9-2008-VERKKO.pdf>
- Häkkinen, M. & Keränen, L. 2010. Voimavaraistava potilasohjaus polikliinisessä hoitotyössä – kirjallisuuskatsaus. Laurea Ammattikorkeakoulu. Otaniemi. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Häkkinen, E. 2007. Terveystieteen edistäminen ja sen johtaminen sairaalalähtöisen hoitotyön kuvaamana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio. Pro gradu-tutkielma.
- Hätönen, H. 2003. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ihalainen, R. 2008. Sähköinen resepti ei saa hidastaa lääkärin työtä artikkelissa Terveystieteen sähköinen asiointi vaatii erityisvalmistelua. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.net-lehti.com>
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Korkeakoski, L. 1998. Hoitotyön käsikirja. Tammer-Paino. Tampere.
- Iivonen, K. 2008. Sähköinen yhteys säästää voimia - potilaat valmiita sähköiseen asiointiin. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Ajankohtaista. Yhteisölehti Husari. Lehtiarkisto. Verkko-Husari 3/2008. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.hus.fi>
- Iivonen, K., Ekroos, N. & Kujala, J. 2006. Internet and Browser Based system effects on Preliminary Care Process. Tutkimustietoa sähköisestä asiointista terveydenhuollossa. Helsinki University of Technology BIT Research Centre.
- Innotiimi. 2005. Kehittämistyön ohjaajakoulutus 2005. Laamanen/ Koulutuspäivä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Jokinen, A. & Kuronen, M. 2011. Tapaustutkimus. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatinkoulutus. Tutkimusmenetelmäopinnot. Luettu 16.3.2011. Saatavilla: <http://www.valt.helsinki.fi/sosnet/tapaustut.htm>
- Julkunen, R. 2001. Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi suomessa. Vastapaino. Tampere.
- Kantelinen, M. 2008. Sairaanhoitajan työn sisältö sisätautien ja kirurgian poliklinikalla. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku. Pro gradu-tutkielma.

Karhila, P., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 14 (5), 213-223.

Keskinen, E. & Ovaskainen A. 2008. Hoitotyön kirjaamisen laatuksiterit Keljon vanhainkodin osastolle A2. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Ketola, O. & Mattila, K. 1995. Tutkimus ja terveydenhuolto. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Turku: Painosalama Oy.

Kyngäs, H. 2006. Haastattelu artikkelissa: Pitkäaikaisesti sairailta hoitoon sitoutumisessa on ongelmia. *Pohjan piiri* 2/2006. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulu

Kärkkäinen, O. 2006. Lääkärien ja hoitajien työnjaon tarkistaminen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. Yhtymähallinto, Hoitotyönryhmä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hankeen ESHL-2003-10572 / So-62 loppuyhteenveto.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulu. Väitöskirja.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3 (3), 27-31.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laamanen, K. 2004. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Suomen Laatu keskus Oy. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lehto, M. 2010. Strateginen johtaminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Teoksessa Telaranta, S., Lepistö, M & Wickman-Viitala, T. (toim.) Johtamisen näkökulmat. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja C. Oppimateriaaleja 14, 21.

Leino-Kilpi, H. & Tuomaala, U. 1987. Tutkimusetiikka ja hoitotiede. Sairaanhoidon vuosikirja XXIII. Sairaanhoitajien koulutussäätiö, Helsinki, 11-22.

Leppänen, N. & Puupponen, A. 2009. Hoitotyön asiantuntija – käsitteen määrittelyä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja no 123. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Jyväskylä.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Hallintokeskus. Oulu: Oulun Yliopistopaino, 33-36, 41, 57-63, 77-80.

Lönnqvist, J. 2009. Mihin ammattilainen asettaa auttamisen rajat. Luento. Epilepsialiiton koulutuspäivä 11.9.2009. Helsinki.

- Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa - kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 157. Kuopio. Väitöskirja.
- Miettinen, V. 2011. Sairaanhoidajan osaamista ei hyödynnetä. *Sairaanhoidaja* 84(3), 25.
- Mikkola, H., Pekurinen, M. & Tuominen, U. (toim.). 2008. Hoitotakuun talous – Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakes, Helsinki 2008. Helsinki: Valopaino Oy, 8-9,11,13-14,21,23-24,31-33.
- Nikkanen, P. & Lyytinen, H.K. 1996. Oppiva koulu ja itsearviointi. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä
- OECD. 2005. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä hyvätasoinen. STM tiedote 527/2005. Tallennettu 24.1.2011 Saatavilla: <http://www.stm.fi/tiedotteet>
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. *Sairaanhoidaja* 79 (10), 3.
- Ollikainen, S & Palomäki, M. 2009. Asiakkaan ja hoitajan voimaantuminen ja asiakaslähtöisyys sekä niihin yhteydessä olevat tekijät. Metropolian Ammattikorkeakoulu. Terveys- ja hoitoala. Opinnäytetyö.
- Parjanne, M-L. 2009. Väestö ikääntyy ja lama pahenee, mutta lähelle ja kauas on katsottava yhtäaikaan. Artikkel. *Yläkulma*. Sosiaali- ja tereysministeriö. Luettu 18.11.2010. Saatavilla: <http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli>
- Patton, M. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3.Edition. London: Sage Publications
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007-2012. Toteuttamisohjelma. Hallitus 24.9.2007. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Pere, P. 2007. Laadukasta potilastietoa. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.net-lehti.com>
- Ranki, A. 1999. Vastaako henkilöstön osaaminen yrityksen tarpeita? Helsinki: Kauppakaari oyj.
- Reiman-Möttönen, P. Tarkistanut Kaila, M. & Saijonkari, M. 2008. Potilaiden osallistuminen hoitopäätöksiin - ihanteet ja todellisuus. Ohtanen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tiivistelmä alkuperäisestä empiirisestä tutkimuksesta: Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – En empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. Tanska.

- Risikko, P. 2008a. Terveystenhuollon sähköinen asiointi vaatii erityisvalmistelua. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.net-lehti.com>
- Risikko, P. 2008b. Sähköinen potilastieto tuo turvaa yksilölle. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.net-lehti.com>
- Routio, P. 2007. Tapaustutkimus. Luettu 16.3.2011. Saatavilla: <http://www2.uiah.fi/projects/metodi/071.htm>
- Ruohotie, P. 2000. Oppimalla osaamiseen ja menestykseen. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Räisänen, A. 2005. Kehittävään arviointiin. Teoksessa Lyytinen, H.K. & Räisänen, A. (toim.) Kehittämissuuntaa arvioinnista. Jyväskylä. Koulutuksen arviointineuvoston julkaisuja 6. 109-128.
- Räisänen, R. 2009. Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan yhteistyö ja työnjakohake Lapissa. 1.8.2007-31.10.2009. Loppuraportti.
- Räikköläinen, M. 2005. Kontrollista luottamukseen- tilivelvollisuus arvioinnissa. Teoksessa Poikela, E. (toim.) Oppiminen ja sosiaalinen pääoma. Tampere: Tampere University Press. 71-100.
- Sairaanhoitajaliitto. 2010. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu sairaalassa. Tallennettu 24.1.2011. Saatavilla: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2006/uuut_artikkelit/voimavarakeskeinen_neuvontakesku/
- Santamäki, K. 2004. Sairaanhoitajatyöttömyys ja ammattikunnan lohkoutuminen. Teoksessa Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) Hyvinvointityön ammatit. Gaudeamus. Helsinki. 144-167.
- Santamäki, K., Kankaanranta, T., Henriksson, L. & Rissanen, P. 2009. Sairaanhoitaja 2005 – Peruseraportti. Työraportteja 83/2009. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatutkimuksen instituutti. Työelämän tutkimuskeskus. Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.
- Savonia ammattikorkeakoulu. Kätilö. 2011. Saatavilla: <http://www.studentum.fi>. Luettu 28.3.2011.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus – vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere: Pekan Offset.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2004. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:33. Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Sosiaali ja terveysministeriö (STM) 2006 . Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2016 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu no 14.
- Sosiaali ja terveysministeriö (STM)2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2010. Sosiaali- ja terveystalouden vireillä. Kehittämisohjelmat ja –hankkeet. Päivitetty 3.1.2011. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/tietojarjestelmahankkeet
- Stenberg, P. 2009. VeTe/Hoitotyön henkilöstövoimavarojen hallinta-hankkeeseen liittyvä PSHP:n poliklinikoiden nykytilanteen kartoitus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Suomalainen, T. 2011. Reumahoidon moniosaaja. Tehy (1), 20.
- Sydänmaanlakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy
- Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit- tutkimus erikoissairaanhoidon aikuispotilaiden somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere. Pro gradu- tutkielma.
- Säilä, T., Mattila, E., Kaunonen, M. & Aalto, P. 2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 7/2006. Yhtymähallinto. Kehittämistoiminta. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere: Juvenes Print Oy
- Teperi, J. 2009. Palveluinnovaatiohanke luo jakelukanavia hyötytiedolle. Artikkel. Yläkulma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 18.11.2010. Saatavilla: <http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli>
- Toimintakertomus 2008. 2009. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere: Klingendahl Paino Oy.
- Toiminta- ja taloussuunnitelma 2009-2011 – Talousarvio 2009. 2008. Liite 8, asia 24. Valtuusto 2.12.2008. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Toteuttamisohjelma. 2007. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007-2012. Tulevaisuutta tekemään. Strategian kärkihankkeet 2007-2009. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Jyväskylä: Tammi.
- Tuottavuusohjelma. 2009. Tuottavuuden parantaminen terveydenhuollossa – tuottavuusohjelma Pirkanmaalle. Työryhmän loppuraportti – Hallitus 23.2.2009. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere.
- Uniapneapotilaan hoitoketju. 2002. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2002:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki

- Uniyksikkö. 2010. Keskussairaalan poliklinikat. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere. Luettu 12.10.2010. Saatavilla <http://www.pshp.fi>
- Valtiovarainministeriö. 2001. Osaamisen johtaminen –kehittämishankkeen loppuraportti. Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita 6/2001. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Varkila, K. 2010. Asiantuntijalähtöinen ja asiakaskeskeinen johtaminen. Teoksessa Telaranta, S., Lepistö, M. & Wickman-Viitala, T. (toim.) Johtamisen näkökulmat. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja C. Oppimateriaaleja 14. 33.
- VeTe-hanke 2009- 2011. Luettu 31.3.2011. Saatavilla: <http://www.vete.fi>
- Vilka, H. 2005. Tutki ja Kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Virtanen, T. 2010. Polikliinisen hoitotyön autonomia ja sitä edistävät tekijät. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere. Pro gradu-tutkielma.
- Voutilainen, P. 1998. Vastuullisuus. Teoksessa Sonninen, A.L., Grönlund, E., Haarala, R., Holopainen, A., Kiiikkala, I. & Wilskman, K. Hoitotyön ulottuvuuksia. Näkökulmia ammattikieleen. Suomen sairaanhoitajaliitto. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino. 144.
- Vuori, J. (toim.) 2007. Terveys ja johtaminen - terveyshallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. Porvoo: WSOY, 57-59, 67-68.
- Vuorinen, M. 2007. Potilaan esitiedot Marian sairaalaan napin painalluksella. Tallennettu 17.1.2011. Saatavilla: <http://www.net-lehti.com>
- Välimäki, K. 2010. Sähköinen tietojärjestelmä parantaa terveydenhuollon laatua. Artikkel. Yläkulma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tallennettu 18.11.2010. Saatavilla: <http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli>

LIITE 1 Työnjako- ja toimintamallit

TYÖNJAKO - JA TOIMINTAMALLIT		
	Erityispiirteet	Sisältö
Hoitajavastaa- taanotto	potilas tapaa hoitajan, mutta ei lääkäriä yl. pitkäaikaissairaiden kohdalla	painottuu neuvontaan ja ohjaukseen potilaan itsensä toteuttamiin hoitoihin apuvälineiden käyttöohjaus sairauden omaseurannan ohjaus tutkimusvastaanotoilla potilaan kokonaishoitoon liittyviä tutkimuksia
Lääkäri-hoitaja työparimalli	suurimmalla osalla poliklinikoista käytössä lääkäri ja hoitaja voivat olla samassa tai eri huoneissa	lääkäri tutkii, suunnittelee hoidon ja selvittää potilaalle sairauden lääketie- teellisen puolen hoitaja koordinoi ja toteuttaa lääkärin suunnitelmat ja neuvo potilasta
Lääkäri-sihtee- ri työparimalli	harvoin käytössä ei juuri löydy tutkimuksia hoitaja voi osallistua näkemättä potilasta	osa kirjeliikenteestä, joka liittyy potilaan hoitoon tai mm potilaan hoidon loppumiseen poliklinikalla
Puhelinvastaan- ottomalli	voi korvata vastaanottokäynnin aikatauluun varattavat ajat konsultaatiopuhelut	annetaan neuvontaa ja ohjausta, johon ei tarvita fyysistä läsnäoloa vastauksien kuuleminen
Moniammatillinen vastaanottomalli	erityistyöntekijä paikalla moniammatillinen asiantuntijapalaveri	erityisosaaminen norm. vastaanoton tukena tai lisänä potilaan hoitoon liittyvä

Lähde: Säilä, T. 2005. Polikliinisen hoidon toimintamallit- tutkimus erikoissairaanhoidon aikuisten somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla.

LIITE 2 Potilasohjauksen erilaisia ohjausmalleja

POTILASOHJAUKSEN ERILAISIA OHJAUSMALLEJA		
Ohjausmalli Voimavarakeskeinen	Keskeiset piirteet Potilas päättää neuvonnan sisällön Potilas vastaa tehdyistä päätöksistä hoitonsa suhteen Hoitaja varmistaa, että potilas *tekee päätöksensä oikeaa tietoon perustuen *on tietoinen päätöksensä seurauksista Pääsääntönä on potilaan vaikutusmahdollisuuksien vahvistaminen ja oletuksien välttäminen Neuvontakeskustelu-yhteistyösuhde: potilas voi saavuttaa sisäisen hallinnan ja voimantunteen	Lähde Karhila, Kettunen & Poskiparta 2002. Häkkinen & Keränen 2010 Sairaanhoitajaliitto 2010
Asiakaslähtöinen	Potilaan ja hoitajan välinen aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta Mitä potilas jo tietää, täytyy tietää, haluaa tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua asia Tavoitteiden tulee olla realistisia, konkreettisia ja mitattavissa olevia muuntujia Hoitaja auttaa potilasta tiedostamaan oman tyyliensä omaksua asioita Edellytyksenä on potilaan oma aktiivisuus ja tavoitteellisuus	Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005. Ollikainen & Palomäki 2009
Jaettu päätöksenteko	Suuri osa potilaista haluaa vaikuttaa sairautensa hoitoon ja tehdä valintoja. Potilas saa tarkoituksenmukaista tietoa, jonka perusteella hän tekee valintansa ja päätöksentekoon osallistuminen tukee hoitotytyväisyyttä ja sitä kautta hoitomyöntyväisyyttä	Reiman-Möttönen 2008. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Lönnqvist 2009.
Sosiaalinen tuki	Helpotetaan potilaan sopeutumista pitkäaikaiseen sairauteensa Potilas saa ymmärrettävää ja ajanmukaista tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, tukea päätöksenteossa ja tietoa vertaistukea tarjoavista yhdistyksistä ja hakeutumispäätökseen kuntoutus/sopeutumisvalmennuskursseille	Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006.
Demonstraatio	Havainnollisesti esitetään, minkä jälkeen potilas saa harjoitella tarvitaan lisäksi kirjallista materiaalia muistin tueksi	Lipponen ym. 2006.
Puhelinohjaus	Puhelimen välityksellä tapahtuva Voidaan hoitaa osa asioista ilman fyysistä läsnäoloa Edellyttää systemaattisuutta ja ammattitaitoa sairaanhoitajalta vuorovaikutus- ja kuuntelutaitoa sekä valmiudet arvioida esitetyjä oireita ja tehdä näiden pohjalta päätöksiä	Lipponen ym. 2006.

LIITE 3

Uniapneapotilaan hoitoketju :

”Perusterveydenhuollon tehtäviä:

1. Ehkäisy
2. Parentasuhteiden ja leuan asennon ongelmien toteaminen ja hoito
3. Uniapneaepäilyn toteaminen, perusselvitykset ja lähettäminen erikoissairaanhoidon arvioitamiseksi
4. Lievän ja keskivaikean uniapnean hoiti ja seuranta sovitusti
5. Lihavuuden perushoito ja lyhyt ohjaus (mini-interventio)
6. Rinnakkaissairauksien hoito
7. Apuvälinenpalvleujen tuottaminen alueellisesti sovittujen yhteistyönkäytäntöjen mukaan
8. Neuvonta sairauteen ja sosiaaliturvaan liittyvissä kysymyksissä
9. Kuntoutuspalvelujen järjestäminen

Erikoissairaanhoidon palveluja tuottavien yksiköiden tehtäviä

1. Uniapneadiagnoosin varmistus
2. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmien teko ja sen aloitus/toteutus
3. Laitehoidon suunnittelu, sovitus ja aloitus
4. Apuvälineiden luovutus, ohjaus ja sopeutumisvalmennuksen järjestäminen
5. Potilaan ja apuvälineiden kunnan seuranta yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa
6. Kirurgiset toimenpiteet
7. Sairaalloiden ja vaikean lihavuuden hoito
8. Vaativat työkykyisyys selvitykset ja ammatillisen kuntoutuksen tarpeen arviointi
9. Ongelmatapausten diagnosointi, hoito ja seuranta
10. Alueellisten hoitoketjujen suunnittelu ja palvelujen laadun kehittäminen yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa

Muiden palvelujen tuottajien tehtäviä

1. Kuntoutuspalvleujen järjestäminen (Kela, järjestöt ja kuntoutuslaitokset)
2. Sosiaalisen selviytymisen tukeminen ja terveyskasvatus (järjestöt)
3. Laihdutuksen ja painonhallinnan tukeminen (järjestöt, apteekit)
4. Liikunnan edistäminen (järjestöt, kunnat)
5. Vertaistukitoiminta (järjestöt)
6. Laitekehittely (elinkeinoelämä)”

Lähde: Uniapneapotilaan hoitoketju. 2002. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002-2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki

LIITE 4

Luettelonomaisesti tärkeitä ohjaustarpeita CPAP-hoidon onnistumisen kannalta

Hoitoon sitoutumisen edistämisen keinoja

tietoa sairaudesta

tietoa hoidosta

tietoa Cpap-laitteen käytöstä ja toiminnasta

Cpap -hoidon positiiviset vaikutukset

Cpap-hoidon merkitys terveydelle

hoidon sujuvuuden seuranta

ongelmien kartoitus ja ratkaisu

ensitietopäivästä (vertaistuki)informointi

Tavoitteena: potilas ymmärtää oman sairautensa ja sen vaikutukset terveydelleen ja motivoituu hoitoonsa sekä kokee hyötyvänsä laitehoidosta

Cpap-hoidon onnistuminen

laitteen ja huollon ohjaus

nenähoito-ohjaus

erityishuomio oikean maskin valintaan, tarvittaessa vaihto

tarvikejakelusta informoiminen

yhteydenotto-ohjaus ongelmatilanteissa

yksilölliset tarpeet huomioidaan

demonstroinnin kautta taitojen kartuttaminen

Tavoitteena: potilas oppii käyttämään laitetta ja kokee sen helpoksi.

Potilas tietää mitä tehdä missäkin tilanteessa ja minne ottaa yhteyttä ongelmatilanteessa

**Unipoliklinikan hoitajan tehtäviä vastaanotollaan liittyen Cpap-hoitoon ja –
laitteeseen:**

- *Laitteen ja maskin valinta. Nenänhoidon ja tarvikkeiden huollon-ohjaus
- *Laite ja maskitiedot Kuntoapu-ohjelmaan, lainaussopimus ja tullitodistus laitteesta
- *Automaattisen Cpap-laitteen ohjelmointi, painerajoiksi säädetään 5-15 cmH2O
- *Automaattisen Cpap-laitteen muistitietojen purku (Resmed Rescan-ohjelma) ja tallennus keuhkoklinikan P-asmalle. Tarkistetaan automaattilaitteeseen kertynyt tieto eli käyttötunnit, käyttöpainet ja maskivuodot sekä AHI
- *Hoitopaineen määrittäminen erillisen ohjeen mukaan ja paineen säätö vakiopaineiseen Cpap-laitteeseen. Tarvittaessa hoitopaineen uusi määrittäminen
- *Käyttötietojen tarkistus eli lasketaan laitteesta käyttötunnit yöstä kohden -> käyttötietojen kirjaaminen Kuntoapu-ohjelmaan
- *Cpap-laitteen kunnon tarkistus ja huoltotoimenpiteet
- *Potilaan haastattelu, ohjaus ja motivointi. Kartoitetaan laitteen käyttöön liittyvät ongelmat ja pyritään ratkaisemaan niitä (tehostettu nenänhoito, kostutinkokeilu, maskinvaihto, paineen säätö, joskus vakiopaineinen laite vaihdetaan automaattilaitteeseen)
- *Verenpaineen, painon ja BMI:n tarkistaminen sekä kirjaaminen hoitotaulukkoon. Tarvittaessa ruokavalio-ohjaus ja lähete ravitsemusterapeutille
- *ESS- ja GHQ-12 kaavakkeen täyttäminen ja tarkistaminen
- *Sähköiseen potilaskertomukseen kirjaaminen
- *Ajanvaraus / jonojärjestelmä
- *Potilaskäyntikirjaukset
- *Tarvikejakelun hoitaminen (2 x/vko). Annettujen tarvikkeiden kirjaaminen Kuntoapu-ohjelmaan. Tarvikkeiden lähettäminen potilaalle / aluesairaalaan / terveyskeskukseen

Hoitajan vastaanottojen sisältö käyntikerroittainYhteenveto koostettuna yläluokissa:

- 1) Potilaan henkinen tukeminen ja motivointi
- 2) Neuvonta ja ohjaus
- 3) Hoitoon liittyvät toimenpiteet
- 4) Laitteeseen /apuvälineeseen liittyvä toimenpide ja ohjaus

=Potilaan hoitoon sitouttaminen, hoidon seuranta, hoidon positiivisten vaikutusten tiedoksi tuottaminen, terveyskäyttäytymisen ja elämänhallinnan ohjaus ja tukeminen

Hoitajan suorittama Cpap-hoidon kotialoitus:

1. Käynti:

- potilaan haastattelu, painon ja BMI:n tarkistaminen, ESS- ja GHQ-12-kaavakkeen täyttö sekä potilasohjaus
- paino, ESS ym. merkataan Mirandan hoitotaulukkoon
- automaattisen cpap-laitteen ohjelmointi, painerajoiksi yleensä säädetään 5-15 cmH₂O.
- potilaan ohjaus ja motivointi; Uniapneasta sairautena kertominen, CPAP-hoidon myönteisistä vaikutuksista kertominen, laitteen ja maskin käytön ja huollon ohjaus, nenähoito-ohjaus, ensitietopäivästä ja tarvikejakelusta informointi.
- erityishuomio oikean maskin valintaan, koska sopivalla maskilla on merkittävä rooli hoidon onnistumisen kannalta.
- mikäli potilaalla nenäongelmia, annetaan ja ohjataan lämmittävä kostutin jo tällä käynnillä
- automaattisen cpap-laitteen käytön ohjaus potilaalle; laitteen reagointi potilaan hengitystoimintaan ja painetason säätymisen automaattisesti.
- potilas saa kokeilla hengittelyä laitteen kanssa, ja samalla testataan laitteen toimivuus ja maskin tiiviys
- nenän hoito-ohjaus ja Dexpanthenol Mylan-kostutusliuos annetaan potilaalle kotiin
- hoitajan teksti käynnistä Mirandaan UNI-lehdelle

2. Käynti:

- potilaan kuulumiset: miten laitehoitokokeilu on sujunut, maskin sopivuus, vaikutus uniapneaoireisiin, mahdolliset nenäongelmat
- automaattisen cpap-laitteen muistitietojen purku (Resmed ResScan-ohjelmalla), tallennus keuhkoklinikan P-asemalle
- hoitopaineen määrittäminen erillisen ohjeen mukaan (Olli Polon laatima ohje) ja paineen säätö vakiopaineiseen cpap-laitteeseen

2/3

- vakiopaineisen cpap-laitteen käytön ja huollon ohjaus potilaalle (viiveajan käyttö, suodattimen vaihto yms.)
- mikäli maski on ollut epäsopeva tai falskannut liikaa, toisen maskin sovitus potilaalle
- mikäli nenäongelmia ilmennyt laitehoitokokeilun aikana -> kostutin kokeiluun
- laite ja maskitiedot Kuntoapu-ohjelmaan, lainaussopimus ja tullitodistus laitteesta potilaalle
- informointi ensitietopäivästä ja esite potilaalle
- varataan vastaanottoaika ensimmäiselle kontrollikäynnille hoitajapkl:lle n 1 kk.n päähän
- kehoitetaan potilasta ottamaan herkästi yhteyttä puhelimitse, mikäli ongelmia tai kysyttävää laitehoidosta
- teksti käynnistä Mirandaan

Hoidon aloituksen seurantakäynti:

3. Käynti: (minimitavoite : potilas käyttänyt Cpap-laitetta vähintään 4 tuntia yössä)
 - Potilaan kuulumiset, miten laitehoito sujuu, vaikutus uniapneaoireisiin:
 - tavoite on, että potilas kokee hyötyvänsä laitehoidosta, uniapneaoireet pysyvät poissa kun laitehoito toteutuu hyvin
 - ESS-kaavakkeen ja GHQ-12 kaavakkeen täyttö potilaan päiväaikaisen viireystilan ja mielialan kartoittamiseksi -> tiedot Mirandan hoitotaulukkoon
 - Laitteen käyttö:
 - lasketaan laitteesta käyttötunnit yötä kohden; tavoitteena on, että laitetta käytetään säännöllisesti ainakin 4 tuntia yössä -> käyttötuntien kirjaaminen Kuntoapu-ohjelmaan
 - mikäli käyttötunnit vähäiset, kartoitetaan laitteen käyttöön liittyvät ongelmat ja pyritään ratkaisemaan niitä (tehostettu nenänhoito, kostutinkokeilu, maskinvaihto, paineen säätö, joskus vakiopaineinen laite vaihdetaan automaattilaitteeseen)
 - Potilaan painon ja verenpaineen seuranta:
 - punnitus ja BMI:n laskeminen -> tiedot hoitotaulukkoon
 - tarvittaessa ruokavalio-ohjaus, lähete ravitsemusterapeutille tarv.
 - RR-mittaus -> tiedot hoitotaulukkoon
 - Mahdollisten nenä-ja maskiongelmiin huomiointi -> maskinvaihdosta tiedot Kuntoapuun
 - teksti käynnistä Mirandaan
- Potilaan seuraava käynti on lääkärin vastaanotolla n. 3 kk.n kuluttua hoidon alkamisesta (tavoite 3 kk, käytännössä tällä hetkellä n. 6 kk)
- laitetaan potilas EL1-jonoon odottamaan lääkärikäyntiä

4. Käynti - Lääkäri-hoitaja –työparin vastaanotto:
Hoitaja suorittaa mittaukset: ESS, BMI, GHQ-12, käyttötunnit
Maskin sopivuus
Toteuttaa lääkärin muut määräykset

Hoito on alkanut ja mikäli kaikki sujuu hyvin, kontrollit vuosittain (väli max 2 vuotta) hoitajavastaanotolla. Välinejakelu.

Hoitajan suorittama Cpap-hoidon laboratorioaloitus:

1. Käynti:
Potilas tulee yöksi unilaboratorioon ja unilaboratorion hoitaja sovittaa maskin ja ohjaa automaattipaineisen Cpap-laitteen käytön yön ajan (lisäksi saturaatiomittaus) sekä antaa potilaan harjoitella hänelle valitulla vakiopaineisella laitteella. Aamulla unipoliklinikan hoitaja tarkistaa rekisteröinnin ja säätää hoitopaineen potilaan omaan vakiopaineiseen laitteeseen
Kotiuttaa potilaan.

Hoito on aloitettu ja potilas siirtyy hoitojonoon eli jatkaa kotialoituksen käynnistä no 4

Hoitajan suorittama on-line –aloitus:

Toimii kuten Cpap-kotialoitus, mutta sillä erotuksella, että potilas saa välittömästi unirekisteröinnin jälkeen Cpap-hoidon aloituksen unilaboratorion tiloissa tutkimus- huoneessaan, sen jälkeen, kun keuhkolääkäri on potilaan suppean unirekisteröinnin katsomisensa jälkeen todennut Cpap-hoidon tarpeelliseksi.

Hoitajavastaanotto hoidon seurantakäynti:

Potilas tulee n. joka toinen vuosi hoitajanvastaanotolle, mikäli ongelmia Cpap-hoidossa ei esiinny. Silloin käydään läpi perusasiat eli mm. RR, paino, miten sujunut, käyttötunnit ja laitteen huoltotoimenpiteet sekä tarvikkeet

LIITE 7

UNIAPNEA- ENSITIETOPÄIVÄ

CPAP-laitetta käyttäville uniapneapotilaille ja heidän omaisilleen tarkoitettu ryhmäohjaustilaisuus.

Ensitietotilaisuus **klo 10.00 – 15.00**

Tilaisuus pidetään TAYS, PALVELUTALO 1, luentosali 1.

Pääaulasta oikealle, kahvion vierestä portaat, kerros alaspäin.

Osoite Teiskontie 35, 33521 Tampere.

OHJELMA

klo 10.00 - 11.00 lääkäri: uniapnea sairautena, hoitomuodot

klo 11.00 - 11.30 sairaanhoitaja: cpap-hoidon käytännön toteutus ja seuranta

klo 11.30 - 12.15 ravitsemussuunnittelija: ravitsemusnäkökulma

klo 12.15 - 13.00 fysioterapeutti: liikunnan terveysvaikutukset

klo 13.00 - 13.30 KAHVITAUKO - kahvio yläkerrassa (omakustanne)

klo 13.30 -14.00 kuntoutusohjaaja: kuntoutusmahdollisuudet

klo 14.00 -14.30 psykologi: uniapnea ja elämän laatu

klo 14.30 -15.00 sosiaalityöntekijä: sosiaalityöt kuntoutumisen tukena

Ryhmä on suunniteltu ensitietoluonteiseksi ja keskustelua herättäväksi tilaisuudeksi, jossa käydään lyhyesti läpi uniapneaan keskeisesti liittyviä alueita. Yksi omainen on tervetullut mukaan tilaisuuteen. Ei ilmoittautumista. **CPAP-laitetta tai maskia ei tarvitse ottaa mukaan. Välinejaketuajat ovat ma 14 -16 ja pe 10 -12.**

Ryhmäohjaustilaisuus on teille maksuton, matkoja ei korvata.

TERVETULOA

Yhteistyöterveisin

XXXXXX / sairaanhoitaja / unipoliklinikka

Puh 03-311XXXX / 311XXXXX

LIITE 8 Unipoliklinikan kehittämiskohteet

<p>A) HOITAJAVASTAANOTON (Hvo) SISÄLTÖ</p> <p>Terveyskäyttötymisen tukemista enemmän</p> <p>painonhallinta -ohjaus, tarvittaessa lähete ravitsemusterapeutille elämänhallinta ja -tapamuutoksen tukeminen unihygieniä -ohjaus Tavoitteena: potilas ymmärtää em. osa-alueiden merkityksen ja ohjautuu itsehoitoon näiden suhteen, mikäli kokee tarvitsevansa muutosta</p>
<p>Rutiininomaiset käynnit pois</p> <p>potilas vastaanotolle vain tarvittaessa, jolloin vapautuisi Hvo-aikoja niitä tarvitseville potilaan ei tarvitsisi lähteä sairaalaan, jos se ei ole tarpeellista – voitaisiin käyttää puhelinvo:a ns. purkukäynnillä jo näkee onnistuuko Cpap-hoito - ohjeistetaan milloin yhteys 1 kk -käynti voidaan korvata puhelinvo:lla puhelinvo erityisesti, kun on pitkäaikaisesti käyttänyt jo onnistuneesti Tavoitteena: puhelinvastaanoton kehittäminen, jolloin Hvo-aikoja vapautuisi tarvitsevalle potilaalle</p>
<p>Olemassa olevan tekniikan hyödyntäminen</p> <p>potilaalle ja hänen tarpeilleen / ohjaukselleen jää enemmän aikaa monet asiat hoituisivat tekniikka-puhelin -yhdistelmällä potilas voisi varata itse aikansa - tulee silloin kun kokee tarvitsevansa aikaa Tavoitteena: hoitaja voi keskittyä hoidon suunnitteluun/toteuttamiseen/seurantaan</p>
<p>B) UNIAPNEAPOTILAAN PROSESSIN NOPEUTUMINEN JA AIKATAULU</p> <p>Cpap-hoidon aloitusajankohdan nopeutuminen</p> <p>ns. vastausten kuulemiskäynnin (lääkärillä) heti Hvo - laite mukaan ja ohjaus enemmän on-line -aloituksia eli heti rekisteröinnin jälkeen keskityttäisiin väliajoin vain jonojen purkuun esim. lisäosto uniplk-hoitaja puhelinvo kehittäminen - vapautuisi aikoja Cpap-hoidon aloituksille Tavoite: Cpap-hoitajonon lyhentäminen ja lopuksi jonon poistuminen</p>
<p>Vo -aikataulu</p> <p>viikossa ainakin yksi ilta-aika - erityisesti työssäkäyville / saattajaa tarvitseville potilaille potilas voisi varata itse aikansa - vähemmän muutostarvetta ("syö" hoitajan puhelinaikaa)</p>
<p>LÄÄKÄRI-HOITAJA -TYÖPARIN VO-MALLIN HOITAJAN ROOLIN TARKENTAMINEN</p> <p>Hoitajan nykyinen rooli</p> <p>perusasiat: paino, BMI, RR jne kerää asiat ja esittää lääkärille / ottaa tiedot vastaan onko hoitajan tieto-taito tarpeen; hoitajan osuus koetaan osittain tarpeettomaksi mitä vaatii lääkäriltä / miten muuten voidaan järjestää? Hoitajan pitäisi voida keskittyä hoidon suunnitteluun / toteuttamiseen /seurantaan</p>