

HOITAJIEN KOKEMUKSIA ALUEHOITAJAN  
VASTAANOTTOTOIMINNASTA ÄÄNEKOSKEN JA SUOLAHDEN  
TERVEYSASEMILLA

Ulla Holmstedt ja Päivi Niskanen

Opinnäytetyö

Toukokuu 2011

Hoitotyö

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) HOLMSTEDT, Ulla NISKANEN, Päivi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 1.5.2011
	Sivumäärä 44	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi HOITAJIEN KOKEMUKSIA ALUEHOITAJAN VASTAANOTTOTOIMINNASTA ÄÄNEKOSKEN JA SUOLAHDEN TERVEYSASEMILLA		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) Äänekosken kaupunki, perusterveydenhuolto		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata vastaanotoilla työskentelevien hoitajien kokemuksia aluehoitajan vastaanottotoiminnasta Äänekosken ja Suolahden terveysasemilla. Tavoitteena oli kehittää edelleen vastaanottotoimintaa asiakkaan hyväksi.  Kohderyhmänä olivat vastaanottojen terveydenhuollon ammattilaiset (N=18), heistä kahdeksan osallistui toiminnalliseen ryhmähaastatteluun. Haastattelun teemoina käytettiin BSC-tuloskortin neljää ulottuvuutta, jotka olivat asiakas-, hoitaja-, organisaatio ja prosessinäkökulmat. Haastatteluaineisto analysoitiin ja ryhmiteltiin SWOT-analyysiä käyttäen vastaanottoyön vahvuuksiin, heikkouksiin mahdollisuuksiin ja uhkiin.  Tulosten mukaan aluehoitajan vastaanottotoiminnan vahvuuksia ovat, että asiakkaan tarpeisiin pystytään vastaamaan aikaisempaa paremmin. Lisäksi asiakkaat ohjautuvat tarkoituksenmukaisemmin oikeaan paikkaan. Työnjaon kehittäminen lisää työn vastuullisuutta ja haasteellisuutta. Yhteistyö eri toimipisteiden välillä on kehittynyt asiakkaan hyväksi. Riittämättömät resurssit, sijaisten puute, lääkäreiden vaihtuvuus sekä erityisosaamisen liika jakaminen nähtiin heikkoutena. Uudistetun vastaanottotoiminnan mahdollisuutena nähtiin itsehoidon lisääntyminen ja palvelutarpeen väheneminen. Lisäksi yhden yhteydenoton periaate toteutuisi ja asiakastytyväisyys lisääntyisi. Uhkana toiminnalle nähtiin, että asiakas ei saisi tarvitsemaansa apua ja potilasturvallisuus vaarantuisi. Lisäksi resurssipula ja työn liika haasteellisuus johtaisivat henkilökunnan väsymiseen.  Kehittämistarpeina koettiin tietotaidon vahvistaminen lisäkoulutuksen muodossa sekä toiminnan säännöllinen arviointi yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.		
Avainsanat (asiasanat) Aluehoitaja, vastaanotto, kehittäminen, työnjako, ryhmähaastattelu, yhteistyö		
Muut tiedot		



Author(s) HOLMSTEDT, Ulla NISKANEN, Päivi	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 1.5.2011
	Pages 44	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title NURSES' EXPERIENCES OF THE DISTRICT NURSING PRACTICE AT ÄÄNEKOSKI AND SUOLAHTI HEALTH CENTRES		
Degree Programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) TIIKKAINEN, Pirjo		
Assigned by Health centre of Äänekoski, public health care		
Abstract The purpose of this study was to describe experiences of the district nursing practice held by nurses who work at Äänekoski and Suolahti health centres. The aim was to further develop the practice so as to better serve the clients.  The target group in this study was the health care professionals involved in the practice (N=18), 8 of whom participated in an operational group interview. The themes of the interviews were the 4 dimensions of the BSC-score card, which were the client, nursing, organisational and process points of view. The interview material was analysed and grouped using by SWOT analysis in order to find out practice strengths, weaknesses, opportunities and threats.  According to the results, the <b>strength</b> of the district nursing practice is that response to client needs is better than before. In addition, the clients are more expediently referred to the correct place. Developing the distribution of work increases responsibility and challenge in the work. Cooperation between different practices has developed for clients' benefit. Inadequate recourses, lack of substitutes, turnover of doctors and excessive division of expertise were the <b>weaknesses</b> . The <b>opportunities</b> of the reformed practice were the increased self-treatment and the decreased need for services. In addition, the principle of a single contact would be realized and client satisfaction would increase. The <b>threats</b> for the operation were situations in which a client does not receive the help required and in which patient safety is compromised. In addition, it is possible that the lack of resources and too challenging work lead to the exhaustion of the personnel.  Development needs were seen to be the strengthening of the professional skills with additional training and continuous auditing in order to reach the common targets.		
Keywords district nurse, practice, development, division of labour, group interview, cooperation		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>VASTAANOTTOTOIMINTAA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>VASTAANOTTOTOIMINNAN NELJÄ NÄKÖKULMAA</b>	<b>7</b>
3.1	Asiakkaan/potilaan näkökulma	8
3.2	Aluehoitajan näkökulma	10
3.3	Organisaatio-prosessin näkökulmat	14
<b>4</b>	<b>TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>17</b>
5.1	Kohderyhmänä vastaanottojen hoitajat	17
5.2	Ryhmähaastattelu Balanced Scorecardin mukaan	18
5.3	Ryhmähaastattelun analyysi	19
<b>6</b>	<b>TULOKSET</b>	<b>21</b>
6.1	Vastaanottotoiminnan vahvuudet	21
6.2	Vastaanottotoiminnan heikkoudet	23
6.3	Vastaanottotoiminnan mahdollisuudet	25
6.4	Vastaanottotoiminnan uhat	27
6.5	Yhteenvetoa ydinasioista	29
<b>7</b>	<b>POHDINTA</b>	<b>30</b>
7.1	Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdintaa	30
7.2	Tutkimustulosten tarkastelu	32
7.3	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	35
7.4	Oppimisprosessi	36
	<b>LÄHTEET</b>	<b>37</b>
	<b>LIITTEET</b>	<b>41</b>
	Liite 1.	41

## 1 JOHDANTO

Terveyspalveluiden tarpeet tulevat kasvamaan lähivuosina ja vuosikymmenenä väestömme ikääntymisen sekä lisääntyvän hoidon ja hoivan tarpeen vuoksi. Terveydenhuollon työn luonne on muuttunut ja monimutkaistunut tehokkuus- ja tuloksellisuusvaatimusten myötä. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 12.) Maamme perustuslaki turvaa kaikille kansalaisillemme oikeuden perusterveydenhuollon palveluihin, jotka kuntien tulee järjestää. Osaavan ja motivoituneen terveydenhuollon ammattilaisten puute julkisella sektorilla tulevaisuudessa tulee olemaan haaste kunnille. Vastaanotoille pääsyn ongelmat ovat osaltaan lisänneet haasteita perusterveydenhuollon uudelleen järjestämiseksi.

Vuosina 2002 - 2007 Kansallisen terveyshankkeen aloitteesta käynnistyi useita lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan välisiä työnjaon kokeiluja, joiden tarkoituksena oli muun muassa terveydenhuollon henkilöstön välisen työnjaon kehittäminen toimintatapoja uudistamalla. Tavoitteena oli turvata hoitoon pääsy sekä henkilöstön riittävyys. Hoitoon pääsyä helpottamaan uudistetaan terveyskeskusten työn- ja vastuunjakoja. Ammattiryhmien välinen työnjako nähdään olennaisena keinona pystyä vastaamaan väestön palvelutarpeeseen. Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelman tarkoituksena on perusterveydenhuollon vahvistaminen terveyskeskusten käytäntöjä, hallintoa, johtamista, tutkimustyötä, sekä terveydenhuollon koulutusta kehittämällä. Terveyskeskusten toimivuuden avaintekijöinä ovat terveydenhuollon henkilöstön saatavuus ja riittävyys. Toimenpideohjelmien uudistusten käyttöön otto on suunniteltu aloitettavan vaiheittain vuosina 2009 – 2011. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Vuosien 2008 – 2011 Kaste-ohjelmaksi nimetyn kansallisen kehittämisohjelman päätavoitteena on lisätä kansalaisten osallisuutta hoitoaan kohtaan, vähentää syrjäytymistä, lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta, saatavuutta ja vähentää alueellisia eroja. Kuntien kehittämistoiminnan odotetaan suuntautuvan ennaltaehkäisevään työhön, varhaiseen puuttumiseen, hoitohenkilöstön riittävyyteen ja osaamisen vahvistamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Toimiva terveyskeskustoimenpideohjelma pyrkii vahvistamaan terveyskeskusten käy-

täntöjä. Ammattiryhmien välisellä työnjaolla pyritään vastaamaan väestön kasvaviin tarpeisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Kanerva-Kaste-hanke on Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella käynnistetty kroonisten sairauksien ehkäisy ja varhainen hoito-hanke. Yhtenä vuoden 2010 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishanke- Kanerva II:n (Kansansairauksien ehkäisyn ja hoidon yhtenäisyysuhanke) tavoitteena on väestöön vaikuttamisen ja osallisuuden lisääminen, kroonisten sairauksien hoitomallien kehittäminen, omahoidon tukeminen ja terveydenhoitohenkilöstölle mallinnus mini-interventiosta. Internet-sivusto [www.hyvinvointi.fi](http://www.hyvinvointi.fi) mahdollistaa omatoimisen luotettavan tiedon haun terveyteen liittyvissä asioissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Kunta- ja palvelurakennemuutoksen (Paras-hankkeen) tavoitteena on taata suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Tämä edellyttää kuntarakenteen toimivuutta ja eheyttä, palvelujen järjestämistä aikaisempaa laajemmalle väestöpohjalle ja palvelurakenteiden vahvistamista sekä kuntien välistä yhteistyötä ja uusia toimintatapoja. Kunnat toteuttavat uudistuksen vuoden 2012 loppuun mennessä valtion kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) alaisena Itä- ja Keski-Suomessa toimivan RAMPE-hankkeen (2010-2012) tarkoitus ja tavoitteet on lisätä työn vetovoimaisuutta ja palvelukykyä, turvata pätevien lääkäreiden ja hoitajien saatavuutta perusterveydenhuollossa, sekä lisätä potilaan osallisuutta hoitoprosessissa. Hankkeella pyritään vaikuttamaan lääkäri- ja hoitajavajeeseen sekä vastaanottotoiminnan sujuvuuteen saamalla sitoutuneita nuoria lääkäreitä ja laajalaiseen vastaanottotoimintaan valmentautuneita hoitajia toimimaan alueilla. Tavoitteena on myös moniammatillinen yhteistyön käyttöönotto ja potilaiden itsehoitoa vahvista voimaannuttava työtapa jota sovelletaan paikallisesti. (Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon 2010.)

Itsenäinen hoitajien vastaanottotoiminta perusterveydenhuollossa on aikaisemmin kohdistunut lähinnä erikoisalojen kuten diabetes- ja verenpainepotilaiden hoitoon. Useassa kunnassa toimivat omahoitajat ja omalääkärit työpareina alueittain. (Ahonen, 2005, 6.) Omahoitajamallia on toteutettu jo vuosia sairaaloiden vuodeosastoilla ja se on muodostunut uudeksi toimintamalliksi myös terveyskeskuksien vastaanotoil-

la. Omahoitajamallin tavoitteena on toteuttaa palveluja asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti perustuen yksilövastuiseen hoitotyön periaatteisiin. (Hilden 2002, 28.) Myös Äänekosken kaupunki on järjestänyt vastaanottotoiminnan alueittain vuoden 2009 maaliskuusta alkaen. Terveys- ja sairaanhoitajat toimivat aluehoitajina lääkäri työparinaan. Äänekosken kaupunki kehittää edelleen vastaanottotoimintamallia. Yhtenä tavoitteena Äänekosken kaupunkistrategiassa vuosille 2011 - 2014 perusterveydenhuollossa on yhteyden saamisen ja hoidon tarpeen arvioinnin sekä hoitoon pääsemisen turvaaminen säädettyjen määräaikojen puitteissa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia aluehoitajan vastaanottotoiminnasta Äänekosken ja Suolahden terveysasemilla. Vastaavaa tutkimusta Äänekoskella aluevastaanottotoiminnasta ei aikaisemmin ole tehty. Samanaikaisesti Äänekoskella on tekeillä opinnäytetyönä myös mielipidekysely asiakkailta vastaanottotoiminnasta.

## 2 VASTAANOTTOTOIMINTAA OHJAAVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Vastaanottotoiminnan tavoitteena on ennaltaehkäisevien ja sairaanhoidollisten palveluiden tarjoaminen alueen väestölle, itsehoidon motivoiminen ja siihen tarpeellisen tuen antaminen. Vastaanottotyö sisältää myös akuuttisairaanhoidon ja pitkäaikaispotilaiden terveydentilan seuraamista ja hoitamista. Terveys- ja sairaanhoitajien ammattilaisina vastaanotolla työskentelee lääkäreitä, sairaan- ja terveydenhoitajia sekä perus/lähihoitajia ja terveyskeskusavustajia ja muuta henkilökuntaa. Potilashoidossa lääketieteellinen hoito ja hoitotyö ovat yhteistyötä. Osa potilaista ohjataan hoito-ohjelmien mukaan ensin sairaan- tai terveydenhoitajalle ja sitten lääkärille yhteisesti sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Päävastuu potilaan lääketieteellisessä hoidossa on kuitenkin lääkärillä. (Hautala, Helin & Leivo 2003, 21.) Hoidon tarpeen arvioinnista on uusi asetus vuodelta 2004. Asetuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisella tulee olla asianmukainen koulutus hoidontarpeen arviointiin sekä riittävä työkokemus ja käytettävissä toimintayksikön potilasasiakirjat (L1019/2004).

Vastaanottotyössä työskentelevää henkilöstöä säätelevät laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (L 28.6.1994/559) sekä asetus ammattihenkilöstöstä (A

564/1994). Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla toiminnan edellyttämä koulutus. Hän on oikeutettu tekemään tehtäviä, joihin hän on saanut valmiudet koulutuksen, ammattitaidon ja kokemuksen perusteella. Nimikesuojattu, luvan saanut tai laillistettu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan kyseisessä ammatissa ja käyttämään kyseistä ammattinimikettä. Luvan saanut, laillistettu tai nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö voi toimia toisen tehtävissä silloin, kun se on tarpeen työpaikan työjärjestelyiden ja terveystalouden tuottamisen kannalta jos ei laissa tai lain nojalla annetussa asetuksessa toisin säädetä.

Ammattitoiminnan päämääränä terveydenhuollon ammattihenkilöllä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimysten lievittäminen hoitotyössä. Hänen on ammattitoiminnassaan käytettävä yleisesti hyväksytyjä, hyväksi koettuja ja hyväksytyjä menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Ammattitoiminnassaan hänen tulee ottaa huomioon potilaalle koituvat ja haitat ja hyödyt. Ammattihenkilöllä on velvollisuus huomioida, mitä potilaan oikeuksista säädetään ja hänen tulee aina antaa apua kiireellistä hoitoa tarvitsevalle. Muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävistä säädetään erikseen tartuntatautilaissa, tartuntatautiasetuksessa (786/1986), sairausvakuutuslaissa (21.12.2004/1224), sterilöimislaissa (24.4.1970/283) ja laissa raskauden keskeyttämisestä (24.3.1970/239.) Hallituksen antama esitys (HE 283/2009) sairaanhoitajien rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta annettiin eduskunnalle tammikuussa 2010. Uudistuksen tarkoituksena on nopeuttaa potilaan hoitoon pääsyä ja hoidon aloittamista, samalla lääkäreiden työpanosta voidaan kohdentaa tehokkaammin vaativampiin tehtäviin. Uudistus kehittää ammattihenkilöiden työnjakoa ja yhteistyötä. (Kaartamo & Vallimies-Patomäki 2010.) Työnjaon kehittäminen hidastaa lääkäri työvoimapolun kasvua, nopeuttaa hoitoon pääsyä sekä terveyskeskusten vastaanotto toiminnan tuottavuutta. Kunnat säästävät lääkärikäyntien vähenemisen ja edullisempien sairaanhoitajan vastaanotto toimintojen seurauksena. (HE 283/2009; L 28.6.1994/559) 21.5.2010 terveydenhuollon ammattihenkilöstölakiin tehty muutos mahdollistaa laillistetun terveydenhuollon henkilön koulutuksen, kokemuksen ja tehtävänkuvan mukaisesti aloittaa potilaan oireiden mukaisen käytettävissä olevan tiedon ja tekemänsä hoidontarpeen arvioinnin mukaan. Sairaanhoitajalla, jolla on riittävä käytännön ko-



kemus ja valtioneuvoston asetuksella säädetty lisäkoulutus on oikeus rajattuun lääkkeen määräämiseen. (L 433/2010.)

Terveyskeskusten tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystakeskukseen. Virka-ajalla tarkoitetaan terveystakeskukseen julkisesti ilmoittamaa aukioloaikaa arkipäivisin. Virka-ajan jälkeen ensiapu pitää järjestää siten, että yhteyttä ottava potilas voi soittaa puhelimella terveystakeskukseen tai tulla käymään terveystakeskuksessa (kansanterveyslaki 15b §1 mon, VnA 1019/2004 1 §). Terveystdenhuollon ammattihenkilön tulee arvioida hoidon tarve viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyttä terveystakeskukseen, jollei hoidon tarpeen arviointia voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään syy yhteydenottoon, sairauden oireet sekä sairauden vaikeusaste ja kiireellisyys yhteydenottajan kertomien tietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää että ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteyttä hoitoa antavaan toimintayksikköön ja että hänellä on käytössä tarvittavat potilasasiakirjat.

Hoidon tarve voidaan arvioida myös puhelimitse, mutta se tulee erottaa yleisistä neuvontapalveluista. Erilaisista puhelinpalveluihin liittyvistä palvelumuodoista lainsäädännöllisesti huomioon otettavista seikoista on julkaistu STM:n muistio (ks. kansallisen terveystdenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti sivut 132-146, sosiaali- ja terveystministeriön selvityksiä 2004:13). Terveystden- ja sairaanhoidon neuvonta voi olla yleistä tai yksilöllistä. Yleinen puhelinneuvonta muuttuu yksilölliseksi neuvonnaksi silloin, kun otetaan kantaa potilaan terveystdentilaan tai annetaan potilaalle yksilöllisiä hoito-ohjeita. Neuvontaa saa antaa vain terveystdenhuollon ammattihenkilö. Potilaan neuvonnan jälkeen on tehtävä potilaslain mukaiset potilasasiakirjamerkinnät ja samalla kirjattavat tarvittavat tilastolliset seurantatiedot. Hynynen ym. (2008) mielestä puhelinpalvelun keskittäminen on hyödyllistä ja tehokasta palvelutoimintaa. Terveystdenhoitajat ja sairaanhoitajat ovat kiinnostuneita työhönsä, koska puhelinneuvontaa ei toteuteta vastaanotoilla potilastyön ohessa. Puhelinneuvonnan eriytyminen vastaanottotyöstä mahdollistaa vastaanoton henkilökunnan työn keskittämisen pelkästään kliiniseen kohtaamiseen. Keskitetty puhelinneuvonta parantaa potilaan palveluohjausta. (Hynynen, Hyrynkangas-Järvenpää & Tarvainen 2008, 5.)

Terveydenhuollon ammattihenkilön tekemästä hoidon tarpeen arvioinnista ja antamasta hoito-ohjeesta tai toimenpide-ehdotuksesta tehdään tarvittavat merkinnät potilasasiakirjoihin (VnA 1019/2004 3 §). Potilasasiakirjamerkintöjen tekemistä säätelee potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki (785/1992) 12 §. Potilasasiakirjoja tulee laatia ja säilyttää annetun lain mukaan 3 § (99/2001).

### **3 VASTAANOTTOTOIMINNAN NELJÄ NÄKÖKULMAA**

Terveydenhuoltojärjestelmällämme on edessään suuria haasteita joihin tulisi varautua ajoissa. Terveyspalvelujen tarvetta tulee lisäämään eliniän nousu sekä kasvava hoidon ja hoivan tarve. Väestön koulutustason nousun myötä odotukset terveydenhuollon palveluja kohtaan kasvavat; väestö on aikaisempaa kriittisempää, tiedostavampaa, vaativampaa ja osallistuvampaa. (Valkonen 2004.)

Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi Suomessa on käynnistetty lukuisia kansallisia hankkeita ja projekteja. Vastaanottotoimintaa kehittämällä on pyritty edistämään muun muassa potilaiden hoitoon pääsyä ja turvaamaan resurssien riittävyttä. Opinnäytetyössämme tarkastelemme vastaanottotoimintaa Balanced Scorecardin (tasapainoitettu mittaristo BSC) neljän teeman mukaan, joita ovat asiakas-, hoitaja-, organisaatio- ja prosessinäkökulmat.

Balanced Scorecard (BSC) on kehitetty alun perin liikeyritysten strategiseen johtamiseen, mutta sitä voidaan soveltaa myös julkisella sektorilla. Balanced Scorecard kertoo organisaation nykyisestä ja tulevasta kehityksestä. (Kaplan & Norton 1996a, 25.) BSC:n käyttö soveltuu hyvin myös terveydenhuoltoon, koska sen avulla voidaan tarkastella terveydenhuollon monia erilaisia ulottuvuuksia esimerkiksi hoitoon pääsyä, tuloksellisuutta ja hoidon laatua. (Simonen 2004, 25.)

### 3.1 Asiakkaan/potilaan näkökulma

Härkösen (2005) tutkimuksessa asiakkaat kokivat hoitajan vastaanoton parantavan vastaanotolle pääsyä ja tuovan toimintaan tehokkuutta. Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä hoitajavastaanotolla käyntiin. Eniten tyytyväisyyttä potilaat kokivat hoitajien vuorovaikutustaidoista ja palvelun sujuvuudesta. Naiset kokivat miehiä enemmän tyytyväisyyttä myös hoitajan ammatilliseen osaamiseen. Nuoret potilaat olivat tyytyväisiä erityisesti ystävälliseen kohteluun vastaanotolla, kun taas vanhemmat potilaat saamaansa hoitoon ja ammattitaitoon. Vastaanotolla kävijät, jotka kävivät sekä lääkärin että hoitajan luona, olivat tyytyväisempiä kuin ne, jotka kävivät pelkästään sairaanhoitajalla. Potilaiden kritiikki kohdistui vastaanottojen odotusaikoihin sekä ilmoittautumisen ja odotustilojen tietosuojaan. Poliklinikan odotusaikoihin sekä ilmoittautumisen ja odotustilojen tietosuojaan kohdistui jonkin verran kritiikkiä. (Härkönen 2005, 39.)

Myös Tuomikosken (2007) tutkimuksessa on päädytty samansuuntaisiin tuloksiin. Asiakkaiden arvioinnit sairaanhoitajan vastaanotto toimintaan olivat myönteisiä. Asiakkaat arvioivat lääkärille jonottavien määrän vähenevän, ja sairaanhoitajan vastaanotolle pääsy koettiin pääasiassa helpommaksi ja nopeammaksi. Lisäksi sairaanhoitajan vastaanotolla koettiin olevan vähän enemmän aikaa kuin lääkärillä. Asiakkaat luottivat sairaanhoitajan antamaan ohjaukseen. Sairaanhoitajan ammattitaitoon liittyvä luottamus tuli esille sairaanhoitajan kyvyssä arvioida jatkohoidon tarvetta, sekä neuvonnassa ja ohjauksessa. Asiakkaiden riittävä ohjaus ja tuki rohkaisi heitä myös itsehoitopisteiden käyttöön. Asiakkaat arvioivat että sairaanhoitajien antama ohjaus ei ollut yhteneväistä ja siksi toivoivat, että voisivat valita, kenen sairaanhoitajan luona kävisivät. Tuomikosken (2007) tutkimuksen johtopäätöksissä ja suosituksissa yhteneväiset ohjauskäytänteet tukisivat samansuuntaista ohjausta vaikka hoitaja vaihtuisikin. Ajanvarauksessa ja toiminnan joustavuudessa koettiin jonkin verran tyytymättömyyttä. Myös vastaanottoajan pituus koettiin jossain määrin riittämättömäksi. (Tuomikoski 2007, 45, 56.)

Hoitosuhteessa potilaaseen omahoitaja tuo esille oman ammatillisuutensa. Hoitajan esille tuoma ammattitaito edesauttaa potilasta tuntemaan luottamusta hoitoa kohtaan ja potilaan tietoisuus omasta itsestään avaa mahdollisuuksia edistää terveyttään ja omaa elämän hallintaa. (Munnukka & Aalto 2002, 23.)

Ahosen (2005) mukaan asiakkaiden kokemukset omahoitajuudesta olivat kovin myönteisiä. Haastateltavat kokivat myönteistä kehitystä vastaanottoiminnassa aikaisempaan verrattuna. Potilaat kävivät yksilövastaanotoilla ja mm. verenpaineseurannassa tai injektioilla muutaman kuukauden välein. Hoitosuhteessa korostui asiakkaan ja hoitajan tärkeänä kokema molemminpuolinen tuntemus ja luottamus. Tutuus helpotti yhteydenottoa ja pitkät hoitosuhteet auttoivat myös hoitajaa hänen työssään. Asiakkaiden oli helpompi ottaa esille myös heille arkaluontoisia asioita vuorovaikutuksessa tuttuun hoitajaan. (Ahonen 2005, 32-33.) Omahoitaja koettiin luottamukselliseksi ja hänen työtään arvostettiin. Omahoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus koettiin leppoisaksi ja luottamukselliseksi. Vuorovaikutuksessa korostui molemminpuolinen kunnioitus, tasa-arvo, turvallisuus, myönteisyys sekä positiivisuus. Omahoitajan työssä korostui hoidon jatkuvuus ja kokonaisvaltaisuus sekä potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoon. (Ahonen 2005, 43.)

Peltosen (2009) tutkimuksen mukaan omalääkäri- ja hoitajamalli turvasi hoidon jatkuvuuden ja asiakaskeskeisyyden. Asiakkaan/potilaan ja hänen perheensä hoito oli kokonaisvaltaista. Samassa tutkimuksessa asiakkaat toivoivat myös omaa lääkäriä ja hoitajaa. Tämä korostui varsinkin silloin kun kyseessä oli asiakkaan säännöllinen palvelun tarve terveydenhuollossa. Asiakkaat kokivat, että lääkäreiden ja hoitajien antama ohjaus oli ammattitaitoista, riittävää, yksilöllistä sekä luontevaa. Hoidon jatkuvuus lisäsi myös tyytyväisyyttä. Asiakkaiden mukaan henkilökunnan lisääminen ja ajanvarauksien toimivuuden parantaminen kehittäisi edelleen terveyskeskuksen toimivuutta. Palveluiden saatavuuteen ja uusien toimintatapojen säilyttämiseen tulisi edelleen kiinnittää huomiota. Asiakkaat kokivat myös tiedottamisen tärkeäksi. Hoidon laatuun vaikuttavaksi tekijäksi todettiin hoidon ammattitaitoinen toteutus. (Peltonen 2009, 184.)

Ahosen (2005) tutkimuksessa toimivia käytäntöjä omahoitajamallista olivat molemminpuolinen tuntemus hoitaja-asiakas suhteessa, vuorovaikutuksen epävirallisuus, hoitoon osallistuminen, tiedon siirtyminen, hoidon kokonaisvaltaisuus ja jatkuvuus. Kehittämistarpeina nähtiin asiakkaiden informointi ja tiedottaminen sekä puhelinliikenteen kehittäminen toimivammaksi. Ahosen (2005) tutkimuksen mukaan vastaanottojen kiirettä vähentäisi omahoitajien määrän lisääminen, mikä näkyisi asiakkaiden

saamana parempana palveluna. Kehittämistarvetta oli myös asiakkaan terveyttä edistävässä ja itsehoitoa tukevassa ohjauksessa ja neuvonnassa. (Ahonen 2005, 54.)

### 3.2 Aluehoitajan näkökulma

Pitkäsen tutkimuksen (2007) mukaan lääkäreiltä sairaanhoitajille siirrettyjä tehtäviä olivat potilaan hoidon tarpeen arviointi, puhelinneuvonta, suonien sisäiseen ja veren-siirtojen lääkitykseen liittävät toimenpiteet sekä potilaan kotiutus. Tehtävänsiirtojen yhteydessä toteutettu koulutus oli varmistettu näytöllä tai lyhyellä henkilökohtaisella koulutuksella ja työyksikön kirjallisilla ohjeilla. (Pitkänen 2007.)

Sairaanhoitajan siirtyessä työyksiköstä toiseen joka kolmas ilmoitti oikeuden tehtävän suorittamiseen siirtyvän mukana ja lähes yhtä moni vastasi oikeudellisen vastuun siirtyvän tehtävän suorittajalle. Sairaanhoitajien mukaan tehtävänsiirtojen vaikutus ilmeni työn vaativuuden ja kuormittavuuden kasvuna. Lisäksi myös työn mielenkiintoisuus, monipuolisuus, ja joustavuus olivat lisääntyneet sekä potilaan kotiuttaminen oli nopeutunut. Palkkaukseen tehtävänsiirtojen vaikutus ei ollut vaikuttanut; vain harva sairaanhoitajista vastasi saavansa parempaa tai tehtävien mukaista palkkaa. (Pitkänen 2007, 42-43.)

Falck ja Koskinen (2005) esittivät opinnäytetyössään johtopäätöksinä, että sairaanhoitajat arvostavat omaa työtään ja olivat halukkaita kehittämään työyhteisöä ja itseään. Sairaanhoitajan nykyisessä työssä kehittyi ammattitaito, päätöksenteko- ja työorganisointikyky. He arvelivat työn kuormittavuuden vielä lisääntyvän. Hoitajien vastauksissa tuli esille työnkuvan laajeneminen, työn sujumuuden ja mielekkyyden lisääntyminen sekä urakatyön väheneminen. Päätöksentekokyvyn ja ammattitaidon arveltiin paranevan. Jossain vastauksissa korostui, että jatkossa hoitaja työskentelee enemmän yksin ja samalla kollegiaalinen apu vähenee. Palkkaus koettiin aivan liian pieneksi suhteessa työmäärään ja vastuuseen. Vastauksissa tuli esille sairaanhoitajien halu kehittää vielä omaa työtään ja asiakaspalvelua. (Falck & Koskinen 2005, 58.)

Keinäsen ym. (2006) tutkimuksessa sairaanhoitajat kokivat työn haasteellisuuden ja vastuun lisääntyneen sekä tehtävänkuvan laajentuneen työjakoa kehitettäessä. Toimintaa selkiytti yhteiset hoito-ohjeet ja hoitajien tehtäväkuvista sopiminen. Sairaan-

hoitajat totesivat, että heidän tietonsa sairauksiin oli lisääntynyt. He kuvasivat osaamisen lisääntyneen tiedonhankinnassa; esimerkiksi käypähoitosuositusten hyödyntäminen hoitotyössä. Tutkimuksessa tuli esille, että työnjaon kehittämällä hoitajien työn haasteellisuus ja vastuullisuus lisääntyi. Työjaon kehittämisen ongelman aiheutti henkilöstön vaihtuvuus ja resurssipula. Hankkeen aikana luotiin työyhteisössä uusia toimintatapoja ja hoito-ohjeita. (Keinänen & Kolehmainen 2006, 40.)

Tiikkaisen (2008) opinnäytetyön mukaan vastaanottohoitajat kokivat kansainvälisyysosaamisen yliammatillisen osaamisen heikoimmaksi osa-alueeksi ja parhaimmaksi osa-alueeksi eettisen osaamisen. Tulokset osoittivat, että perusterveydenhuollon vastaanotoilla työskentelevien sairaanhoitajienhoitajien osaaminen oli hyvin yksilöllistä riippuen hoitajan työtehtävistä sekä kunnan ja työyhteisön linjauksista.

Hoitajat arvioivat ydinosaamisensa vahvimaksi osaamisalueeksi hoidontarpeen arvioinnin. Heikoiten arvioitiin osaavan hoitaa mielenterveyspotilaita ja moniongelmaisista. Heikoksi osaamiseksi arvioitiin myös farmakologinen osaaminen sekä ryhmäohjaus. Vastaanottohoitajan osaamisen puutteista esille nousi masennuksen, sekä iho- ja gynekologisten sairauksien hoito. Koulutusta kaivattiin sydän- ja verisuonitaudeista sekä diabeteksestä. Tarve koulutukseen kohdistui lähinnä väestön ja yhteiskunnan rakenteen luomiin muutoksiin. (Tiikkainen. 2008.)

Tähtisen tutkimuksessa (2007) hoitajat arvioivat tiedolliset ohjausvalmiudet hyväksi sairaudesta ja sairauden hoidosta, mutta tyydyttäväksi potilaan jatkohoidosta. Oulun yliopistollisen sairaalan hoitohenkilöstö arvioi taidolliset ohjausvalmiudet hyväksi vuorovaikutustaidoissa, ohjaustaidoissa ja itsehoidon ohjaustaidoissa, mutta tyydyttäväksi ohjaustilanteen arvioinnin. (Tähtinen. 2007.)

Tähtisen tutkimuksen mukaan työkokemuksen pituudella oli yhteyttä tiedollisiin ja taidollisiin ohjausvalmiuksiin. Hoitohenkilöstö arvioi teknisten apuvälineiden ohjausmenetelmien hallinnan huonoksi, mutta ohjausmenetelmien hallinnassa vuorovaikutukselliset menetelmät arvioitiin hyväksi. Henkilökunnan mukaan ohjaustilanteen toteutuminen arvioitiin hyväksi, mutta ohjaukseen oli käytettävissä liian vähän aikaa, henkilökuntaa, tiloja ja välineistöä. (Tähtinen. 2007.)

Peltosen (2009) väitöskirjassa hoitajat arvioivat työjaon toteutumisen selkeyttäneen työajan käyttöä. Heidän mielestään muutokset säästivät kustannuksia. Hoitajien te-

kemän hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen vastaanotoille valikoituivat vain ne potilaan joita muut eivät kyenneet hoitamaan. Hoitajien, lääkäreiden ja hallinnon edustajien yhteinen näkemys oli, että hoitajat voivat vastata helppohoitoisia infektioita sairastavien potilaiden hoidon tarpeen arvioinnista ja seurannasta. (Peltonen 2009, 124.)

Hoitajien näkemykset olivat yhtenevät siitä, että lääkärit pystyivät hoitamaan asioita etäkonsultoinnilla yhteistyössä hoitajien kanssa. Heidän mielestä potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien vastaanottokäynteihin ei-kiireellisen sairauden yhteydessä. Hoitajien mielestä myös lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus oli parantunut lääkäreiden ja hoitajien työnjaon muututtua terveyskeskuksessa. Peltosen mukaan oma hoitaja osaa arvioida parhaiten potilaalle riittävän pitkän ajan lääkärin vastaanotolle. (Peltonen 2009, 124, 125.)

Peltosen tutkimuksen mukaan omaa vastaanottoa pitävän hoitajan toiminnassa mahdollistui potilaan tehokas neuvonta ja ohjaus. Pitkäaikaissairauksien seurannassa oli ainut selkeä mielipide-ero hoitajien kesken. Osan mielestä seuranta oli järkevää jakaa vastuuhoidajille ja osan mielestä ei. 44% hoitajista oli sitä mieltä, että hoitajien ja lääkäreiden vastaanottojen työnjako toimii hyvin terveyskeskusten vastaanotoilla. (Peltonen 2009, 125, 126.)

Hoitajien mielestä itsenäisen työn etuina tuli esiin esimerkiksi hoidon laadun paraneminen ja saatavuus. Hoitajat kokivat Peltosen väitöskirjassa etuina myös oman tehtäväalueen laajentuneen vastaanottotoiminnassa, minkä seurauksena työ oli muuttunut kiinnostavammaksi. Hoitajien mielestä tämä oli ilmentynyt potilaille siten, että asiakaspalvelu ja hoidon seuranta olivat toteutuneet nopeammin ja joustavammin. Hoidon laatu oli parantunut, jonka seurauksena potilaan kokonaisvaltainen hoito oli kehittynyt. (Peltonen 2009, 153.)

Itsenäisen työskentelyn epäkohtana hoitajat pitivät työnjakoon, vastuuseen sekä osaamiseen liittyvien vaatimusten lisääntymistä tehtäväalueiden muuttuessa. Työkuvien- ja tehtävien muutokset olivat vaikuttaneet heidän työhönsä. Työnkuvat olivat muuttuneet osin sairaanhoidollisemmaksi, mikä lisäsi hoitajien vastuuta ja virhetulkintoja. Hoitajat kokivat, että oman työn hallinta oli tärkeää. Työnjaon muuttuessa hoitajat kokivat työpaineen kasvaneen. Tähän vaikutti myös se, että toiminta-alueet eivät olleet aina selvät ja hoitajien ja lääkäreiden yhteistyö ei sujunut. Hoitajien mu-

kaan vastaanotoilla tuli kehittää yhteisiä hoitokäytäntöjä ja uudistaa työnjaon toimintamalleja. (Peltonen 2009, 158, 171.)

Helle – Kuusjoen (2005) tutkimuksen mukaan hoitajavastaanottotoiminta on lisännyt sairaanhoitajien työn mielekkyyttä kokonaisvaltaisemman ja itsenäisemmän työnkuvan myötä. Sairaanhoitajien mielestä hyvä hoitotyön teoreettinen tietopohja, käytännön kokemus ja kliininen ammattitaito ovat lisänneet valmiuksia toimia hoitajavastaanottotyössä. Hoitajavastaanottotoiminta auttaa hoitajaa toimimaan lähempänä potilasta ja lisää potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Sairaanhoitajan rooli koettiin muuttuneen enemmän asiantuntijuutta vaativaksi. Lisäksi he kuvasivat olevan vastuussa tekemästään työstään, ammattitaidon ylläpitämisestä ja ohjeiden noudattamisesta. (Helle - Kuusjoki 2005, 69.)

Sairaanhoitajat kokivat hoitajavastaanottotyössä itsenäisten tehtävien edellyttävän lisäkoulutusta ja mahdollisuutta konsultoida lääkäriä joustavasti. Toiminta koettiin eri ammattiryhmien välisen yhteistyön edistäjänä. Hoitajat pystyivät kehittämään omaa ammattitaitoaan jatkuvan työssä oppimisen myötä. Tutkimustuloksien perusteella hoitajavastaanottotyön edellytyksiä olivat hoitajan oma motivaatio työnkuvan muutokseen, lähiesimiehen ja organisaation tuki sekä riittävät resurssit ja kehittämistä edistävä työyhteisö. Työntekijöiden osallistumisella tiedottamiseen ja huolelliseen suunnitteluun voitaisiin ehkäistä muutoksiin kohdistuvaa epäluuloisuutta. (Helle – Kuusjoki 2005, 69.)

Hawasin (2009) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat arvostivat lähiesimiesten johtamistyyliä ja heiltä tullutta palautetta. Sairaanhoitajien mielestä esimies arvosti heidän työtään, tuki heitä vaikeissa tilanteissa ja esimiehellä oli neuvotteleva työote. Esimies otti sairaanhoitajan mukaan päätöksentekoon ja tunnusti heidän onnistumistaan hoitotyössä. Tulosten mukaan sairaanhoitajan työn koettiin tuovan työhön mielellisyyttä herättäviä myönteisiä piirteitä, onnistumisen tunnetta ja työn iloa. Tulokset osoittivat että työyhteisön toimivuuteen ja työpiirteisiin liittyvillä päätöksillä oli merkitys sairaanhoitajien työtyytyväisyyteen. Toimivan laatu- ja koulutusjärjestelmän, sekä uralla etenemismahdollisuuden puute heikensi merkittävästi heidän työtyytyväisyyttään. (Hawas 2009, 90.)



### 3.3 Organisaatio-prosessinäkökulmat

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1998) takaa oikeuden jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Kansalaisillemme tulee turvata maamme perustuslain mukaan riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut heidän tarpeitaan vastaavaksi. Palveluja järjestävät valtio ja kunnat yhteistyössä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004, 42- 43.) Perusterveydenhuollon palvelujen järjestämistä kuuluu Suomessa kunnille ja kaupungeille. Yhtenäistä kansallista määrittelyä vastaanotto toiminnan järjestämisestä ei maassamme ole. (Peltonen 2009, 13.)

Terveyskeskusten vastaanottoille pääsy on koettu yleisesti ongelmalliseksi. Tähän voidaan vastata lääkäri- ja hoitajatyöparien muodostamisella. Lääkäri- hoitajatyöparimalli mahdollistaa pitkien jonojen lyhenemisen avovastaanottoille ja ensiapuun. Lääkäreiden työpanosta pystytään kohdentamaan paremmin heidän ammattitaitonsa mukaisiin ja vaativampiin tehtäviin. Asianmukaisella toimipaikkakoulutuksella ja osaamisen varmistamisella tehtävien siirrot ovat riskittömiä. (Kinnunen & Ryyänen 2004, 11.)

Äänekosken kaupungin aikuispalveluiden, omalääkäritoiminnan ja ensiavun suunnittelukauden tavoitteita vuosille 2011-2014 on vastaanotto toiminnan tehostaminen. Toiminta on tarkoituksenmukaista ja henkilöstörakenne vastaa tarvetta. Turhat päällekkäisyydet poistuvat ja potilaat välttyvät useilta yhteydenotoilta terveyskeskukseen (yhden yhteydenoton periaate). Myös potilaan hoidon jatkuvuus paranee. Terveyspalveluiden saatavuus paranee ja kohdentuu oikein mikä vaikuttaa hoidon laadun paranemiseen. (Äänekosken kaupungin aikuispalveluiden, omalääkäritoiminnan ja ensiavun suunnittelukauden tavoitteet vuosille 2011-2014.)

Terveydenhuollossa jatkuva toimintatapojen ja työnjaon arviointi on tärkeää. Järkevä työnjako, sujuvat hoitoketjut, henkilökunnan työn mielekkyys sekä hyvä johtaminen auttavat parantamaan palveluja kunnissa. (Honkalampi, 2008.) Terveyden ja hyvinvoinnin edistämällä aluehoitajan vastaanotto toiminnassa voidaan vaikuttaa keskeisiin kansansairauksien syihin. Terveyttä ja hyvinvointia edistävät toimenpiteet hillitsevät kustannuksia, joita syntyy terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä. Terveyden edistäminen kunnissa on puuttumista terve-

yttä vaarantaviin riskitekijöihin, väestön terveyden edistämistä ja terveyserojen kaventamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Hoitoeettisten periaatteiden toteutuminen terveydenhuollossa mahdollistuu lisäämällä väestön tietoisuutta hoitosuosituksia kohtaan ja potilaan vaikutus- ja osallistumismahdollisuutta omaa hoitoa kohtaan. Tämä edistää myös tasavertaista potilas-hoitaja yhteistyösuhdetta (Lehtomäki 2009, 213.) Laadukas potilasohjaus onnistuessaan vaikuttaa potilaiden terveyteen ja edelleen terveyttä edistävään toimintaan tuoden kansantaloudellisia säästöjä. (Kääriäinen 2008).

Sujuvuuden ja joustavuuden takaamiseksi on poistettava turhat odotukset, päällekkäisyydet sekä sovittava selkeästi vastuut. Saumattomuudella tarkoitetaan eri ammattilaisten, ammattiryhmien ja työyksiköiden toiminnan laadun ja sujuvuuden varmistamista, niin että se on asiakkaan kannalta saumatonta. Moniammatillisessa työryhmässä voidaan kehittää laadukkaasti palveluketjuihin sisältyviä prosesseja. (Haverinen, Holma, Lempinen & Outinen 1999, 11.)

Peltosen vertailevan tutkimuksen mukaan vastaanotoilla työskentelevien hoitajien itsenäisen työn etuja ovat hallinnon edustajien mukaan suunnitelmallinen asiakastyö, vastaanottotoiminnassa työskentelevien henkilöstön työnkuvan ja sisällön muuttuminen sekä vastaanottotoiminnan uudistaminen. Hallinnon edustajien mukaan asiakastyö edesauttaa hoidon saatavuutta, jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta. Hoidon jatkuvuuteen ja suunnitelmallisuuteen hallinnon edustajien mukaan kuuluu potilasasioiden keskitetty hoitaminen ja potilaiden hoitoon tarvittavat hoitoketjut. (Peltonen 2009, 149.)

Hoitajien itsenäisen työskentelyn etuja vastaanottotoiminnassa on myös potilaiden hoidon sisällön kehittäminen. Tähän liittyy päivystysvastaanottokäytien vähentyminen, yksilöllinen potilasohjaus ja potilaan ohjauksen kattavuuden parantuminen. Hoidon laatu paranee ja hoito tehostuu sekä joustavuus asiakaspalvelussa lisääntyy. Hoitajien itsenäisen työskentelyn etuina Peltosen väitöskirjassa hallinnon edustajat pitivät hoitajien työn sisällön kehittyneen siten, että heidän ammattitaitoaan käytettiin monipuolisesti, hoitajien sitoutuminen työhön, kiinnostus työhön ja työn mielekkyys lisääntyivät. (Peltonen 2009, 149, 150.)

Hallinnon edustajien mukaan sijaiseksi tarvitaan päteviä hoitajia. Työn vaativuus on kuitenkin lisääntynyt suurien väestövastuiden ja tehtävien siirrosta lääkäreiltä hoitajille seurauksena. Puutteita hoitajien ammatillisesta osaamista on tullut esiin. Koulutus ei ole ollut riittävä hoitajien tehtäväalueisiin nähden. Hallinnon edustajien mukaan puutteita on ollut hoitajien tiedoissa, hoidon tarpeen arvioinnissa ja anamneesiin ottamisessa. Hoitajilla on myös ammattitaidottomuutta laaja-alaiseen työhön. Heillä on todettu vaikeuksia organisoida ja priorisoida omaa työtään ja tällöin virhearvioinnit ovat mahdollisia. Potilaiden sairauksien laaja kirjo asettaa perusterveydenhuollon vastaanotoilla erityisvaatimuksia hoitajien työhön ja sen organisointiin. Hallinnon edustajien mukaan hoitajien lisäkoulutukseen on monilla hoitajilla tarvetta. (Peltonen 2009, 156.)

Vastaanotto toiminnan työnjaon vaikutukset hallinnon, lääkäreiden ja hoitajien mukaan tulevat esille potilaiden parempaan hoitoon sitoutumisena sekä väestön hoitoon pääsyn joustavuutena. Lääkäreiden vastaanottoaikojen saatavuus parani hoitajavastaanottojen myötä. Hallinnon, lääkäreiden ja hoitajien mukaan työajan käytön selkeyttämisellä ja työnjaon muutoksilla säästetään vastaanotto toiminnan kustannuksia. Keskeistä työnjaon kehittämisessä ovat yhtenäiset vastaanottojen suunnitelmalliset toimintatavat, -mallit ja toiminnot, jotka ohjaavat lääkäreiden ja hoitajien työtä. (Peltonen 2009, 171.)

Tehokkuus- ja tuloksellisuusvaatimukset terveydenhuollossa ovat muuttaneet ja monimutkaistaneet terveydenhuollon työn luonnetta. Toisaalta työn laatuun ja asiakaslähtöisyyteen on alettu kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Samoin palveluketjuja sosiaali- ja terveydenhuollossa ja yhteistyötä eri palvelutuottajien kesken kehitetään verkostoitumalla. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2004, 12.)

Valtion taloudellisen tutkimuskeskuksen julkaisun 49 (2009) johtopäätöksissä terveyskeskusten henkilöstön vaihtuvuuden ja tehottomuuden välillä todettiin selkeä yhteys. Hoidon laatua ja vaikuttavuutta voivat parantaa työvoiman kohdentaminen ruuhkatilanteisiin ja potilaiden ryhmittely hoidon kiireellisyyden mukaan. Toisaalta näillä tekijöillä voi olla myös positiivisia tuottavuusvaikutuksia. Myös tietojärjestelmien yhteensovittaminen voisi olla kustannushyödyllistä, tämä vähentäisi potilastietojen kirjaamista useampiin tietojärjestelmiin ja tieto välittyisi järjestelmästä toiseen.

Potilaiden hoitoprosessien nopeutuminen mahdollistaisi voimavarojen siirron muihin tehtäviin. Nopeampi potilastietojen siirtyminen terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon välillä voisi vaikuttaa tuottavuuskehitykseen positiivisesti. (Aaltonen, Järviö & Luoma 2009, 131.)

#### **4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET**

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata vastaanotoilla työskentelevien hoitajien kokemuksia aluehoitajan vastaanottotoiminnasta Äänekosken ja Suolahden terveysasemilla. Tavoitteena on kehittää edelleen vastaanottotoimintaa asiakkaan hyväksi. Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Äänekosken kaupunki. Vastaavaa tutkimusta ei ole aikaisemmin tehty aluehoitajien vastaanottotoiminnasta Äänekoskella.

#### **5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN**

##### **5.1 Kohderyhmänä vastaanottojen hoitajat**

Helmikuuhun 2009 asti Äänekosken ja Suolahden terveysasemilla toimivat sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotot erillisinä. Nykyisessä mallissa aikuisneuvolan vastaanottotoiminta lakkautettiin. Terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat työskentelevät nykyisin aluehoitajina. Kohderyhmänä haastattelussamme on vastaanottojen terveydenhuollon ammattilaiset. Tutkimus koskee Äänekosken ja Suolahden terveysasemilla kaikkia 18:aa vastaanotoilla työskentelevää hoitajaa. Haastateltavista sairaanhoitajia on kuusi, terveydenhoitajia kolme. Lähi- ja perushoitajia haastattelussa on yhdeksän, jotka työskentelevät terveyskeskusavustajina. Toiminnallisessa haastattelussa kysymme vastaanottotoiminnasta hoitajien mielipiteitä asiakas-, hoitaja-, organisaatio- ja prosessinäkökulmasta.

## 5.2 Ryhmähaastattelu Balanced Scorecardin mukaan

Tutkimuksemme tiedonkeruun menetelmänä on toiminnallinen ryhmähaastattelu. Haastattelun kysymykset ovat Balanced Scorecard- (BSC tasapainotettu mittaristo) neljän teeman mukaan, joita ovat asiakas-, hoitaja-, organisaatio ja prosessinäkökulmat.

Ryhmähaastattelu toteutetaan vapaamuotoisena keskusteluna. Osallistujat kommentoivat melko spontaanisti, tekevät huomioita ja tuottavat monipuolista tietoa tutkitavasta ilmiöstä. Esille tulevat yhteiset mielipiteet ja kannanotot ajankohtaiseen kysymykseen. Haastattelija puhuu yhtä aikaa useille haastateltaville mutta suuntaa kysymyksiä myös yksittäisille osallistujille. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61.) Hirsjärvi, Remes & Sarjavaara (2009) viittaavat Grönforsin (1982) tutkimukseen, jossa todetaan, että ryhmähaastatteluun osallistujat ovat ryhmässä vapautuneempia ja luontevampia kuin yksilöhaastattelussa. Ryhmähaastattelu on käyttökelpoinen, jos haastateltavien ennakoitaan arastelevan haastattelua. (Hirsjärvi, Remes & Sarjavaara 2009, 210).

Ryhmähaastattelun etuna verrattuna yksilöhaastatteluun on usealta vastaajalta samanaikaisesti saatu nopea tieto. Monet pitävät ryhmähaastattelumenetelmää myös helpompana. Ryhmähaastattelua on myös edullisempaa. Lisäksi Eskola & Suoranta (1998, 95) toteavat teoksessaan, että ryhmähaastattelussa saatetaan saada tavallista enemmän tietoa osallistujien muistellessa yhdessä, herättäessä muistikuvia, rohkaitessa ja tukien toisiaan haastattelutilanteessa. Ryhmähaastattelun mahdollisia haittoja voivat olla mm. että kaikki koolle kutsutut eivät välttämättä tulekaan paikalle. Ryhmädynamiikka ja valtahierarkia voivat vaikuttaa ryhmän puheenvuoroihin ja aiheeseen, jos ryhmässä on dominoivia haastateltavia. Tällöin haastattelija voi pyytää muilta kommentteja ja puheenvuoroja, mikä helpottaa tilannetta. Ryhmähaastattelun ohjailu helpottuu, mikäli haastattelijoita on kaksi. Toisen haastattelijan esittäessä teemoja ja seurattessa kulkua, voi toinen valmistella seuraavaa teemaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 62.)

Ryhmähaastattelussa hoitajien mielipiteitä kirjattiin ylös valmiille lomakepohjalle. Haastattelut tapahtuivat Suolahden ja Äänekosken terveysaseman kokoustiloissa workshop -tyylinen tapahtumana. Haastatteluun osallistui kahdeksan hoitajaa, joista

yksi oli terveydenhoitaja ja neljä sairaanhoitajaa sekä kolme lähihoitajaa. Ryhmähaastattelu oli lähinnä vapaamuotoista keskustelua edeltävästi laadittujen kysymysten mukaan. Tavoitteenamme oli luoda haastattelutilanteesta mahdollisimman luontevan ja rennon, jotta hoitajien mielipiteet, näkemykset ja kokemukset aluevastaanottotoiminnasta olisivat mahdollisimman aitoja. Suolahdessa haastattelu kesti tunnin ja Äänekoskella vastaavasti vajaat kaksi tuntia. Kirjatuista mielipiteistä ja keskusteluista saimme kuvan, kuinka hoitajat ovat kokeneet aluevastaanottotoiminnan toimivuuden ja siihen liittyvät haasteet sekä kehittämismahdollisuuksia ja mahdollisia uhkia neljästä eri näkökulmasta.

### 5.3 Ryhmähaastattelun analyysi

Haastattelussa kirjoitetut mielipiteet litteroidaan teemojen mukaan. Tutkimuksen aineiston analyysi toteutetaan SWOT-analyysin neljän eri kategorian mukaan: vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. SWOT-analyysi on tärkeä väline työpaikalla tapahtuvan oppimisen analysoinnin kokonaisuutena. SWOT-analyysiä suositellaan käytettävän silloin kun kehittämis- ja toteuttamispäätös on tehty. Analyysin tulosten avulla voidaan tunnistaa työpaikan hyviä käytänteitä ja korjata epäkohtia sekä ohjata prosessia. Vahvuudet ja heikkoudet ovat sisäisiä tekijöitä. Mahdollisuudet ja uhat ovat puolestaan ulkoisia tekijöitä. Tuloksia tulee käyttää lähinnä suuntaa antavina. (Opetushallitus 2011.)

SWOT-analyysi on strategisen suunnittelun apuväline, jota voidaan hyödyntää erilaisien ratkaisuvaihtoehtojen vertailussa. SWOT-analyysissa nousee esille toiminnan nykytilan vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuudessa toimintaympäristöön vaikuttavat esille nousevat mahdollisuudet ja uhat. (Haverinen, Holma, Lempinen & Outinen 1999, 146.)

SWOT: -analyysin nelikenttää voidaan kuvata seuraavasti:

**Vahvuus** kuvaa tekijää tai piirrettä jossa organisaatio on hyvä, esimerkiksi pätevyys ja taito. Apukysymyksiä: missä omasta tai muiden mielestä olemme onnistuneet? Mitä osaamme hyvin?

**Heikkous** kuvaa jotakin, joka on organisaatiossa puutteellista tai jossa kilpailijat ovat parempia. Apukysymyksiä: Missä voisi parantaa? Mitä epäedullisia olosuhteita? Mikä ei toimi?

**Mahdollisuus** on menestyksen mahdollistava tekijä toimintaympäristössä. Apukysymyksiä: Missä mahdollisuutemme ovat? Mitkä ovat kiinnostavat kehityssuunnat?

**Uhka** kuvaa suorituskyvyn heikkenemiseen johtavaa ulkoisesta toimintaympäristöstä nousevaa tekijää. Se voi olla peräisin esimerkiksi uudistuneesta teknologiasta tai uusista säädöksistä. Apukysymyksiä: Mitä esteitä on odotettavissa? Ovatko vaatimukset muuttumassa? Miten taloutemme kehittyy? (Haverinen ym. 1999, 146-147.)

Analysoinnin alussa pyritään tunnistamaan kuhunkin kenttään kuuluvat tekijät. Ideointi voi alkaa saatuja tietoja pohtimalla aivoriihityöskentelynä. Jokaisesta kentästä määritellään merkityksellisimmät tekijät ja poistetaan sellaiset jotka eivät ole tilanteelle oleellisia tai eivät liity aiheeseen. Seuraavaksi pyritään löytämään menestystekijät selvittämällä miten sisäisten toiminnallisten vahvuuksien avulla ulkoiset mahdollisuudet toteutetaan. Sekä mietitään keinot, joilla ulkoisten uhkien torjumiseksi muutetaan sisäiset heikkoudet vahvuuksiksi.

Haastattelussa kysymykset teemoiteltiin BSC-tuloskortin neljän näkökulman mukaan, joita olivat asiakas-, hoitaja-, organisaatio sekä prosessinäkökulma. Hoitajien mielipiteet kirjattiin ylös tunnistuen SWOT-analyysin mukaisesti keskustelussa esille nousseita vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia. Tuloskorttia on käytetty muun muassa Jyväskylän kaupungin eri yksiköiden talousarvioissa tavoitteiden ja strategioiden seurannan toteutumisessa sekä toimintasuunnitelmien pohjana.

## 6 TULOKSET

Hoitajien ryhmähaastattelujen tulokset koottiin neljästä eri näkökulmasta (asiakas-, hoitaja-, organisaatio- ja prosessinäkökulma), jotka oli puolestaan valmiiksi jaettu SWOT- analyysin mukaan neljään eri kategoriaan: vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat.

### 6.1 Vastaanottotoiminnan vahvuudet

**Asiakasnäkökulma.** Aluehoitajan vastaanottotoiminnassa koettiin vahvuutena asiakkaan näkökulmasta hoidon jatkuvuus saman hoitajan hoitaessa tutussa paikassa asiakasta/potilasta tai hänen asiaansa. Hoidettaessa potilasta kokonaisvaltaisesti, hoitajat kokivat potilasturvallisuuden ja luottamuksen lisääntyvän. Pysyvässä hoitosuhteessa aluehoitajan tekemän hoidon tarpeen arviointi voi mahdollistaa asiakkaan/potilaan palvelujen tarpeen vähenemisen. Sujuvalla hoitaja-lääkäriparin työkentelyllä pystytään vastaamaan paremmin asiakkaan tarpeisiin. Tutussa hoitosuhteessa potilaan/asiakkaan tukeminen on luontevampaa ja mahdollistaa voimaantumisen.

**Hoitaja näkökulma.** Vahvuutena koettiin yhteistyökumppaneiden välisen yhteistyön ja yhteydenoton parantuneen. Erityisalojen asiantuntijoiden (muun muassa mielen- terveystoimisto, päihdekliniikka, sosiaalitoimi) konsultointi koettiin aikaisempaa helpommaksi (esimerkiksi tietojärjestelmän paperikonsultaation ”KATSO-ajat”). Toimivassa tiimityössä tärkeiksi nousivat yhteisesti sovitut pelisäännöt, avoimuus, hyvät henkilökemiat, tiedon ja taidon joustava jakaminen sekä joustava konsultaatiomahdollisuus hoitajan ja lääkärin välisessä yhteistyössä. Vahvuudeksi koettiin myös parantunut tiedonkulku yhteisten tietokantojen myötä (sähköiset hoitopalautteet, potilasasiakirjat).

Aluehoitajat kokivat, että työ on suunnitelmallisempaa ja paremmin hallittavissa ajallisesti. Ajankäyttöön pystyy vaikuttamaan aikaisempaa paremmin. Tutussa hoitosuhteessa potilaaseen työ on kokonaisvaltaisempaa ja tavoitteellisempaa hoitosuunni-



telman ja dokumentoinnin myötä. Myös oman käden ja työn jälki on paremmin nähtävissä ja arvioitavissa. Koska asiakkaan/potilaan vastaanottokyky ohjaustilanteessa voi olla rajallinen, voi hoitaja jakaa ohjattavat asiat pieniin palasiin ja sopia jatkot arvioimaansa parhaaseen ajankohtaan hoidon jatkuvuuden kuitenkin katkeamatta. Hoitajat, lääkärit ja koko henkilökunta ovat joustavia, joten potilaat saavat yleensä ajan tai apua asiaansa samana päivänä. Haastattelussa nousi esille vahvuutena myös toimivat työtilat, päivätyö sekä kollegiaalisuus.

**Organisaatio- ja prosessinäkökulma.** Hoitajien mielestä lääkärien vastaanottoaikoja ja akuuttiaikoja on enemmän kuin aiemmin. Aluehoitajavastaanottotoiminta on mahdollistanut lääkärin työnkuvan järjeistämisen niin, että lääkäriltä jää aikaa vaativampiin asioihin mitä muut terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät voi hoitaa. Myös päivystysvastaanotolla käynnit ovat vähentyneet aluetoiminnan ansiosta. Potilas ei välttämättä aina tarvitse lääkärin vastaanottoaikaa, koska ammattitaitoinen osaava hoitaja voi hoitaa potilaan asian. Lisäkoulutuksen myötä vuosikontrollit ovat siirtyneet aluehoitajille ja pitkäaikaispotilaiden hoito on kokonaisvaltaisempaa. Pitkäaikaispotilaiden hoidon kontrollivälit ovat hoitajan säädeltävissä potilaan tarpeen mukaan. Hoitajat kokivat myös hoidon laadun parantuneen. Aluehoitajatoiminnan jatkuessa myös asiakkaat ovat oppineet hakeutumaan oikeaan paikkaan alueille. Ajoissa hoidon piiriin pääseminen on mahdollistanut varhaisen puuttumisen ja sairauksien komplikaatoriskien vähenemisen. Vahvuudeksi hoitajat kokivat myös hoidon jatkuvuuden turvaamisen sekä selkeät yhteisesti sovitut hoitopolut. Aluehoitajatoiminnan nähtiin tuovan myös säästöjä sekä lisäävän asiakastytyväisyyttä. Organisaatioon kohdistunut negatiivinen kritiikki ja valitukset koettiin vähentyneen.

Aluehoitajavastaanottotoiminnan ja akuuttiaikojen myötä potilaan hoitoprosessi on selkiytynyt ja parantunut. Hoitaja näkee potilaan liikkumisen prosessissa aikaisempaa selkeämpänä, suunnitelmallisempaa ja joustavampana. Hoidosta on tullut kokonaisvaltaisempaa. Asiakkaan/potilaan yhteydenotto on aikaisempaa helpompaa tuttuun hoitajaan ja terveystakeskukseen. Nykyisen hoidon tarpeen arvioinnin ansiosta potilas/asiakas ohjautuu tarkoituksenmukaisempaan hoitopaikkaan. Lisätyt oikeudet hoitajalla lukea sähköisiä potilasasiakirjoja ja hoitopalautteita ovat helpottaneet hoitajien mielestä yhteistyötä ja paperikonsultointia eri tahojen välillä, esimerkiksi toimivat KATSO-ajat. Tämä kaikki vaikuttaa hoitoprosessin sujuvuuteen ja hoidon jatku-

vuuteen. Myös potilaan etu prosessissa on, että hoitaja saa uusinta tietoa potilaan hoitoon liittyvästä asiasta ja samalla hoitajan tiedot päivittyvät.

## 6.2 Vastaanottotoiminnan heikkoudet

**Asiakasnäkökulma.** Hoitajien kokemana erityisosaamista on jaettu liikaa, jolloin potilasturvallisuus voi vaarantua. Erityisosaamiseen kaivataan vielä lisäkoulutusta, koska tiedoissa ja taidoissa on edelleen puutteita. Riittämättömien resurssien takia potilas/asiakas voi joutua pompottelun kohteeksi, eikä asiakas saa hakemaansa. Pitkien jonojen takia potilas ei aina saa aikaa samalle päivälle. Tämä voi johtaa turhiin yhteydenottoihin. Myös vastaanottoaikojen lyhyys nähtiin heikkoutena. Hoitajat pohtivat myös että, toteutuuko aina potilaan laadukas ja tasavertainen hoito; sama hoitaja voi sokeutua hoitaessaan pitkään potilasta, kun taas uusi/toinen hoitaja/lääkäri voi kokeilla jotain uutta hoitolinjaa potilaan parhaaksi. Pitkässä ja tutussa hoitosuhteessa potilaalle arkojen asioiden puheeksi ottaminen voi olla myös vaikeaa.

Hoitosuhteessa potilaan ja hoitajan väliset henkilökemiat eivät välttämättä kohtaa, eikä potilas voi toistaiseksi valita omaa hoitajaa. Vastaanottotoiminnan heikkoutena asiakkaan näkökulmasta hoitajat kokivat myös, että asiakkaalle ei ole tarjota sitä, mitä luvataan esimerkiksi vastaanottoaikaa. Mikäli hoitaja-lääkäri työpari ei tunne toisiaan, eikä hoitaja saa tarvitsemaansa konsultaatioapua, asiakas kärsii työn sujumattomuudesta. Puutteellisen tiedottamisen johdosta asiakkaat eivät pysy muutoksen mukana.

**Hoitaja näkökulma.** Aluehoitajavastaanottotoiminnan heikkoutena hoitajan näkökulmasta koettiin liian lyhyet ajat ja aikataulujen pettäminen. Joissakin soluissa aluehoitajalla on liian vähän aikoja väestöpohjaan suhteutettuna. Hoitajan liika kiltteys ja joustavuus saattaa muuttua ongelmaksi tutussa hoitosuhteessa; esimerkiksi potilas voi hakeutua tutulle hoitajalle rintakivuilla ja kuitenkin lääkäriä, joka tulkitsisi EKG:n, ei ole käytettävissä. Työjaossa avustavien hoitajien ja aluehoitajien välillä koettiin olevan jonkin verran epäselvyyttä ja toimimattomuutta, mikä voi johtaa asiakkaan pompotteluun ja tehtävien päällekkäisyyksiin. Työmotivaatiota heikensi työmäärän ja vastuun lisääntyminen palkkauksen kuitenkin nousematta. Hoitajat kai-

pasivat myös enemmän tietoa koulutuspalautteista. He kokivat, että tietotaitoa ei jaeta riittävästi.

Ryhmähaastattelun mukaan heikkoutena koettiin osittain myös yhteisen tavoitteen puuttuminen aluehoitajan vastaanottoiminnasta. Esimerkiksi asiakkaan ottaessa ensimmäistä kertaa yhteyttä terveyskeskukseen nähtiin heikkoutena hoidon tarpeen puutteellinen arviointi; kiinnostus asiaan ja asiakkaaseen ei aina ollut riittävä, asiakasta ei kuunneltu tai hänen asiaan ei paneuduttu riittävästi. Hoitajat kokivat myös vuorovaikutustaidot osittain puutteellisiksi. Ongelmaksi saattoi nousta myös lääkärihoitaja parin toimimattomat henkilökemiat ja tilanteiden ennakoimattomuus. Koska aluehoitajien vastaanotoilla erityisosaamista on jaettu kaikkien hoitajien kesken, johtaa se helposti tunteeseen, että työtä ei hallitse. Sijaisten puute koulutuspäivien ajaksi sekä hoitajan sairastuessa koettiin heikkoudeksi.

Osa hoitajista koki lähiesimiesten puuttumisen arjessa johtavan väsymiseen. He kokivat, että esimiehillä ei ole aikaa hoitajille, eikä heitä kuunnella riittävästi. Osan mielestä esimies ei oikeasti tiedä, mitä hoitaja tekee työssään. Samojen asioiden käsitteilyn takia osa palavereista koettiin tehottomiksi. Hoitajat kokivat nykyisten työtilojen heikkoutena sisäilmaongelmat.

**Organisaatio- ja prosessinäkökulma.** Hoitajien mielestä lääkäripula johtaa muiden lääkäreiden työn kuormittumiseen ja liian lyhyisiin vastaanottoaikoihin tai lääkärin vastaanotolle pääsyä joutuu odottamaan liian pitkään. Potilaat saattavat hakeutua vaivansa takia myös ensiapuun kuulumatta sinne. Hoito voi myös viivästyä hoitajan konsultointimahdollisuuden puuttuessa. Koska sijaisia ei oteta, henkilökunta väsyy ja virheiden mahdollisuus kasvaa. Yhteisistä pelisäännöistä ei ole sovittu riittävästi tai on koettu että niiden sopimiseen ei ole riittävästi ollut aikaa. Yhteiset tavoitteet koettiin myös puutteellisiksi. Erityisosaamisen hajottaminen on johtanut lisäkoulutuksen tarpeeseen.

Heikkoutena nähtiin toimimaton yhteistyö esimerkiksi työterveyshuollon ja aluehoitajien välillä. Samaa potilasta koettiin hoidettavan monessa paikassa. Organisaation ulkopuolisen puutteellisen tiedottamisen takia ihmisiä saattaa harhaila organisaatiossa etsien oikeaa hoitopaikkaa ja aluehoitajille tulee potilaita, joita muut eivät hoida. Kaupungin internet-sivustoja ei ole päivitetty riittävästi; sivustoja ei koettu sel-

keiksi, eikä riittävää tietoa löytynyt. Hoitajat kokivat että, asiakkailla saattoi olla väärä ja vanhentuneita puhelinnumeroita käytössä.

Koko organisaation palvelualttiudessa koettiin ajoittain joustamattomuutta. Osa hoitajista koki, että hoitajalla ei ole aikaa kuunnella asiakasta riittävästi ja hoitaja on ”tehnyt kiireen itselleen”. Hoitajat kokivat, että kiireessä saattaa unohtua hyvät vuorovaikutustaidot (ystävällisyys, kiinnostuminen asiasta, asiakkaan kuuntelu). Hoitajat kokivat organisaation heikkoutena lähiesimiesten riittävän tuen tarpeen puuttumisen ja atk päivitysten puutteet. Myöskään työilmapiiriä ei koettu kaikilta osin avoimeksi, tämän koettiin johtavan huonoon työilmapiiriin ja kuppikuntiin. Organisaatiossa kaivattiin lisää avointa keskustelua ja tiedottamista. Hoitajat kokivat myös organisaation toiminnasta tiedottamisen lehdissä riittämättömäksi. Hoitajien mielestä kunnallisten päättäjien toiminta on ristiriidassa tehtyjen päätösten kanssa. Osa haluaa erityispalvelua ohi jonojen ja sovittujen hoitopolkujen. Hoitoprosessissa heikkoutena koettiin hoitopalautteiden puuttuminen, joita usein jouduttiin pyytämään, vaikka potilas oli antanut kirjallisen luvan palautteen lähettämiseen. Tämä saattoi johtaa hoitoketjun katkeamiseen. Tietotekniikan puutteet nousivat esille haastattelussa; kaikilla hoitajilla eivät näy kaikki ajanvarauskannat eikä, kaikilla ollut sähköistä konsultointimahdollisuutta ja potilasturvallisuus kärsii. Koska yhteistyökumppaneiden toimipisteet sijaitsevat fyysisesti kaukana toisistaan, yhteistyö koettiin haastavammaksi yhteisesti sovittujen käytäntöjen puutuessa. Joiltakin osin vastaanottotilat koettiin toimimattomaksi rauhattomuuden takia.

### 6.3 Vastaanottotoiminnan mahdollisuudet

**Asiakasnäkökulma.** Mahdollisuudeksi asiakkaan näkökulmasta koettiin yhteydenoton kynnyksen madaltumisen. Asiakas saa tarvittaessa avun mahdollisimman vähillä yhteydenotoilla sekä asiakkaan ollessa hoitajalle ennestään tutun asia hoituu nopeammin. Asiakkaan asia voi hoitua myös puhelinneuvonnalla. Tulevaisuudessa aluehoitajat nähtiin niin sanottuina ”valmentajina” asiakkaille. Valmentaja ohjaa, tukee ja kannustaa asiakasta parempiin tuloksiin ja omaan hoitoon. Asiakas voi asettaa omia tavoitteita joiden saavuttamiseksi saa tukea ja seuranta (esimerkiksi laboratorionkoikeita) hoitajalta. Mahdollisuutena nähtiin myös toimivamman tietojärjestelmän hyö-

dyntäminen hoitotyössä potilaan hyväksi. Tulevaisuudessa potilaalla on valinnan vapaus hoitopaikkansa suhteen oman kunnan alueella.

**Hoitajanäkökulma.** Työn haastavuus nähtiin myös mahdollisuutena. Työnkuva on muuttunut ja mahdollistanut lisäkoulutuksen myötä uuden oppimisen niin sairaanhoitajalla kuin terveydenhoitajallakin, esimerkiksi ensiapu, rokotteet, kansansairauksien tuntemus ja ennalta ehkäisevä hoitotyö. Osalla aluehoitajista on aikaisempaa erityisosaamista jota muut hoitajat voivat hyödyntää konsultoimalla asiantuntijaa. Hymyilevä osaava hoitaja, joka uskoo omaan työhönsä, kykenee auttamaan asiakasta ja asiakas kokee tullessa autetuksi. Potilas joka on hoidettu oikeassa paikassa, oikeaan aikaan lähtee vastaanotolta turvallisella mielellä. Tämän edellytyksenä nähtiin olevan hyvät persoonalliset hoitajat, joilla on taito aitoon vuorovaikutukseen. Aluehoitajan vastaanottotyössä hoitaja voi suunnitella omaa työaikaansa ja tämän sujussa jopa tiivistää omaa työtahtiaan. Mahdollisuutena nähtiin myös säännöllisin väliajoin tehtävä asiakastyytyväisyyskysely. Tärkeäksi nähtiin myös potilaspalautteiden yhdessä läpikäyminen esimiehen kanssa. Ryhmähaastattelussa kaivattiin myös esimiehen kysymystä hoitajien jaksamisesta. Työnantajalta odotetaan terveyttä edistävää ja kannustavaa tukea myös työntekijöitä kohtaan.

**Organisaatio- ja prosessinäkökulma.** Ryhmähaastattelussa odotukset kohdistuivat tulevaan uuteen terveysasemaan. Uudessa toimivassa terveyskeskuksessa on hyvä ja osaava, hyvin perehdytetty sekä kuuntelemisen taidon omaava henkilökunta. Henkilökuntaa odotetaan olevan myös riittävästi ja kaikilla on selkeä yhteinen tavoite. Työyksiköissä tulee olemaan selkeät toimenkuvat ja riittävä tieto yhteistyötahojen välillä toiminnasta niin, että potilas ohjautuu yhden yhteydenoton periaatteella oikeaan paikkaan. Henkilökunta on myös joustavaa ja palveluultista. Konsultointi kollegoiden ja yhteistyö lääkärin välillä on saumatonta. Asiakkaan hoito ja kontrollikäynnit ovat kokonaisvaltaisia. Toimivassa organisaatiossa tulee mahdolliseksi varhainen puuttuminen asiakkaan/potilaan ongelmiin ja kontrolli- ja ohjausajat tulevat potilaalle tarpeen mukaan. Hoitajien omia vahvuuksia voidaan hyödyntää esimerkiksi erilaisin projektein. Asiakkaat opastetaan myös terveystieteelle ja hyödyntämään terveystieteen ja terveystieteiden internet-sivustoja. Mediatriin nähtiin tuovan vielä mahdollisuuksia lisäpäivitysten myötä (kaikilla mahdollisuus käyttää esimerkiksi valtimokarttaa). Haastatellut hoitajat kokivat mahdollisuutena tukea antavan esimiehen, joka

pitää yllä avointa tiedottamista. Päätäjiltä odotetaan kiinnostusta hoitajan työhön ja tutustumiskäyntiä terveysasemien työpisteisiin. Terveysasemien tulevat opasteet ja kyltit ovat selkeät ja hyvät.

#### 6.4 Vastaanotto toiminnan uhat

**Asiakasnäkökulma.** Uhkana asiakasnäkökulmasta hoitajat kokivat organisaation muutokset ja terveysaseman toiminnan loppumisen. Asiakasnäkökulmasta nähtiin myös suunnitelmat hienoiksi, mutta pelättiin terveystalveluiden toimimattomuutta käytännössä. Tämä saattaisi johtua henkilökuntapulasta, puutteellisesta tiedottamisesta, sekä kunnan mahdollista heikkenevästä taloudellisesta tilanteesta. Uhkana nähtiin myös, että asiakkaat eivät pysy muutoksen mukana ja kaikki eivät saa laadukasta hoitoa. Hoitajat kokivat myös akuuttiaikojen vähyyden tai puuttumisen uhkana. Hoitosuhteessa myös liika tuttuus voi olla uhka, mikäli ammatillisuus hämärtyy.

**Hoitajanäkökulma.** Hoitajat kokivat uhkana, että ajanvarausajat ovat edelleen liian lyhyitä ja ylimääräisiä asiakkaita siirtyy vastaanotoille muista toimipisteistä odotettua enemmän. Tilanne voi johtaa hallitsemattomuuden tunteeseen. Uhkana koettiin riittämätön aika, eikä tällöin ennätä perehtyä asiakkaan asioihin riittävästi. Asiakkaan asia hoidettaisiin pinnallisesti, eikä asiakas saa hakemaansa apua. Hoitajat pelkäsivät myös kosteusvaurioista kärsineiden työtilojen vaikutusta hoitajien terveydentilaan. Lisäksi uhkakuvana nähtiin työnantajan puutteellinen tiedotus, joka saattaa johtaa turhautumiseen, hoitajien väsymiseen ja työn ilon katoamiseen. Uhkana koettiin myös työohjauksen mahdollinen puuttuminen.

Pelkona nähtiin myös, että lääkäreiltä hoitajille tapahtuvia tehtävänsiirtoja ei huomioida riittävästi palkassa. Hoitajat kokivat, että työnarvostus näkyy palkassa ja tällä on vaikutusta työtyytyväisyyteen. Opinnäytetyössämme hoitajat kokivat uhkana myös erityisosaamisen katoamisen tulevaisuudessa. Itsenäisen työn uhkana hoitajat kokivat myös yksin jäämisen, eikä asioita voi jakaa kollegan kanssa riittävästi. Uhaksi koettiin myös toimimattomat vuorovaikutussuhteet. Potilaan ohjautuessa väärään paikkaan, saattaa potilaan hoito kärsiä tai jopa vaarantua. Hoitajat kokivat myös asiakkaan mahdollisen henkisen ja fyysisen ahdistelun työturvallisuushkana.

**Organisaatio- ja prosessinäkökulma.** Uhkana hoitajat kokivat työparimallin romuttamisen ja epävarmuuden terveysaseman jatkuvuudesta sekä työilmapiirin muuttamisen raskaaksi. Toisaalta alueiden suurentaminen ja potilaiden mahdollisuus valita alue/hoitaja saattaa johtaa työn hallitsemattomuuteen ja prosessin toimimattomuuteen. Asiakas/potilas saattaa kokea asiointin terveysasemalla negatiivisena ja kokisi olonsa turvattomaksi. Tämä voi johtaa potilaan tyytymättömyyteen ja tietämättömyyteen, mihin kuuluu tai ettei kuulu mihinkään ja hoitoketjun katkeamiseen. Henkilökunta saattaa väsyä, koska työtä tehdään liian pienin resurssein ja hoitovirheiden mahdollisuus lisääntyisi. Rasitteena voi olla myös toteutumattomat atk päivitykset, työhön rutinoituminen/urautuminen sekä potilaan liika tuttuus hoitajalle. Mikäli asiakkaalla ei ole käytettävissä ajantasaisia yhteistietoja, yhteydenotto ei onnistu odotetulla tavalla (potilaalla esimerkiksi väärä puhelinnumero johon kukaan ei vastaa). Haastattelussa pelättiin myös kokeneen hoitajan vahvuutena olevan ammattitaidon/hiljaisen tiedon katoamista.

## 6.5 Yhteenvetoa ydinasioista

<p><b>VAHVUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, kokonaisvaltaisuus, tuloksellisuus</li> <li>-hoidon laatu ja jatkuvuus parantuneet</li> <li>-toiminta joustavampaa</li> <li>-voimaantuminen</li> <li>-avun ja yhteydenoton saanti nopeutunut</li> <li>-varhainen puuttuminen</li> <li>-yhteistyö kehittynyt</li> <li>-tiedonkulku parantunut</li> <li>-lääkäriin työnkuva järkeistynyt</li> <li>-hoitaja voi hoitaa</li> <li>-asiakas ohjautuu oikeaan paikkaan</li> <li>-potilasturvallisuus lisääntynyt</li> <li>-palvelun tarve vähentynyt</li> <li>-asiakkaan luottamus kasvanut</li> <li>-selkeät hoitopolut</li> <li>-asiakastyytyväisyys lisääntynyt</li> </ul>	<p><b>HEIKKOUEDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-erityisosaamista jaettu liikaa</li> <li>-potilasturvallisuus vaarantuu</li> <li>-tietotaitoa ei vielä riittävästi</li> <li>-riittämättömät resurssit</li> <li>-lääkäreiden vaihtuvuus ja puuttuminen</li> <li>-pitkät jonot, ei saa aikaa vastaanotolle</li> <li>-vastaanottoaikojen lyhyys ja vähyys</li> <li>-yhden yhteydenoton periaate ei toteudu</li> <li>-asiakas ohjautuu väärään paikkaan</li> <li>-potilaan oikeudet tasavertaiseen ja laadukkaaseen hoitoon ei toteudu</li> <li>-puutteellinen tiedotus toiminnasta</li> <li>-työnjaon epäselvyys ja päällekkäisyydet</li> <li>-motivaation ja vuorovaikutuksen heikkous</li> <li>-työmäärää, vastuuta ei huomioida palkassa</li> <li>-yhteisten tavoitteiden puuttuminen</li> <li>-esimiehen tuen riittämättömyys</li> <li>-työilmapiirin heikkeneminen</li> <li>-palautteen puute</li> </ul>
<p><b>MAHDOLLISUUDET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-palvelun tarpeen vähenee</li> <li>-voimaantuminen</li> <li>-itsehoidon lisääntyminen</li> <li>-säästöjä syntyy</li> <li>-yhden yhteydenoton periaate</li> <li>-hoitajan rooli ”valmentaja”</li> <li>-toimivat tiedonkulku ja tietojärjestelmät</li> <li>-työn haastavuus ja koulutusmahdollisuus</li> <li>-asiakas tulee autetuksi riittävän ajoissa</li> <li>-työn tulosten säännöllinen tarkastelu</li> <li>-toimiva terveyskeskus ja osaavat hoitajat</li> <li>-kaikilla selkeät ja yhteiset tavoitteet</li> <li>-muutoshalukkuus oman työn kehittämiseen</li> </ul>	<p><b>UHAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-jatkuvat muutokset, tavoitteen puuttuminen</li> <li>-toiminnan loppuminen tai toimimattomuus</li> <li>-tyytymätön asiakas</li> <li>-potilasturvallisuuden vaarantuminen</li> <li>-henkilökuntapula ja työtä liikaa</li> <li>-henkilökunnan väsyminen/turhautuminen</li> <li>-puutteellinen tiedotus ja tiedonkulku, toimimattomat tietojärjestelmät</li> <li>-erityisosaamisen katoaminen</li> <li>-riittämätön koulutus</li> <li>-huono työilmapiiri</li> <li>-arvostuksen ja motivaation katoaminen</li> <li>-tehtävän siirtoja ei huomioida palkassa</li> <li>-esimiehen tuen puute arjessa</li> </ul>



## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden pohdintaa

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia aluehoitajan vastaanottotoiminnasta Äänekosken ja Suolahden terveysasemilla. Vastaavaa tutkimusta Äänekoskella aluevastaanottotoiminnasta ei ole aikaisemmin tehty. Tavoitteena oli kehittää edelleen vastaanottotoimintaa asiakkaan hyväksi tuomalla esille hoitajien mielipiteitä, missä asioissa on onnistuttu uudistetussa aluehoitajavastaanottotoiminnassa ja mitä kehitettävää nousi esiin. Ryhmähaastattelussa kysyttiin hoitajien mielipiteitä vuonna 2009 Äänekoskella aloitetusta aluehoitajan vastaanottotoiminnasta. Haastattelussa haluttiin tuoda esiin hoitajien kokemana toiminnan vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat neljästä eri näkökulmasta, joita olivat asiakas-, hoitaja-, sekä organisaatio- ja prosessinäkökulmat. Ryhmähaastattelutilaisuus oli vapaamuotoista keskustelua ja haastattelun tulokset olivat lähinnä suuntaa antavia.

Haastattelutilanteessa osallistujien vähyyks toisella terveysasemalla yllätti. Toisaalta ne hoitajat, jotka tulivat paikalle, osallistuivat aktiivisesti haastatteluun ja toivat kokemuksia monipuolisesti esille. Eskolan & Suoranta (1998) toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa osallistujien määrä ei ole tärkeä. Aineiston tieteellisyyden kriteeri ei ole sen määrä vaan laatu. (Eskola & Suoranta 1998, 18.) Kankkunen & Vehviläinen-Julkusen (2009) mukaan kaikessa tutkimustoiminnassa on turvattava osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta. On erittäin tärkeää, että osallistuminen on aidosti vapaaehtoista. Haastatteluun osallistumattomuutta ei saa kokea uhkaksi ja puolestaan osallistumisesta ei saa palkita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Ryhmähaastattelussa koimme ilmapiirin vapautuneeksi. Osallistujat toivat mielipiteitään esille avoimesti keskustellen. Aihe herätti niin runsaasti mielipiteitä, että varsinainen kysymys saattoi unohtua ja haastattelijoina jouduimme johdattelemaan keskustelua hienovaraisesti takaisin aiheeseen kysymällä tarkentavia kysymyksiä. Koimme suunnitellun ryhmähaastatteluajan liian lyhyeksi, koska käsiteltäviä kysymyksiä oli paljon ja ne herättivät runsaasti keskustelua. Eskolan ja Suorannan (1998, 96, 97) tutkimuksen mukaan ryhmähaastattelussa henkilöt

voivat innostaa toisiaan puhumaan aiheesta, joita voi käsitellä ja laajentaa myöhemmin. Samassa tutkimuksessa sopivana haastateltavien määränä pidetään 4-8 haastateltavaa (Eskola & Suoranta 1998, 97).

Ryhmähaastattelutilanteen koimme haasteellisena, koska aikaisempaa kokemusta vastaavasta meillä ei ollut. Vilkkaan keskustelun lomassa pyrimme huomioimaan myös hiljaisempia osallistujia kysymällä heidän mielipidettään käsiteltävään asiaan. Haastattelijan kuuluu huolehtia, että ryhmähaastattelun keskustelu pysyy valituissa teemoissa ja että kaikilla osallistujilla on mahdollisuus oman mielipiteen esille tuomiseen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61). Kahdestaan toteutettu ryhmähaastattelu mahdollisti toisen haastattelijan keskittymisen kirjaamiseen ja toisen seuraamaan ja ohjaamaan keskustelun kulkua. Kirjaaminen tapahtui kuitenkin ryhmän yhteisten päätösten perusteella. Kirjaamista oli paljon ja yksintoteutettuna haastattelu olisi ollut vaikeampaa. Ryhmähaastattelun alussa jännitimme uutta tilannetta, mutta haastattelun edetessä koimme ilmapiirin ja myös itsemme vapautuneiksi. Työläin tapa (samalla ehkä arvokkain) on jäsenten luottamuksen voittaminen tutkittavassa yhteisössä niin, että tutkija voi toimia hyväksyttynä ryhmässä muiden mukana samalla haastatellen ja havainnoiden (Eskola & Suoranta 1998, 102).

Mietimme, vaikuttaako haastattelutuloksiin se, että kaikki haastateltavat olivat meille ennestään tuttuja ja kollegoita. Toisaalta haastattelijoina meidän oli helppo samaistua haastateltaviin, joiden kanssa olemme tehneet hoitotyötä jo pitkään. Koimme ymmärtävämmä hoitajien kuvaamia kokemuksia hyvin. Vaarana kuitenkin saattaisi olla, että tuomme omia tuntemuksiamme esille, mikä ei ole opinnäytetyömme tarkoitus. Eskolan & Suorannan (1998) mukaan toimintatutkimuksessa kadotetaan helposti alkuperäinen perspektiivi ja tutkijat samaistuvat kohteeseen liikaa. Yhtä hyvin voi ajatella, että juuri samaistuminen on tutkimuksen onnistumisen edellytys: tällöin toiminnasta, jota tutkitaan, tulee tutkimusta ja tutkimuksesta toimintaa. (Eskola & Suoranta 1998, 225.)

## 7.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Hoitajien kokemus oli, että uudistettu vastaanottomalli antaa kuntalaisille mahdollisuuden saada parempaa ja nopeampaa palvelua. Vastaanottoa kehitetään edelleen parempaan suuntaan. Peltosen (2009) mukaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen lisää myös tyytyväisyyttä (Peltonen 2009, 184). Aluehoitaja näkee työnsä tuloksen paremmin hoitaessaan kokonaisuutta. Työ on suunnitelmallisempaa ja paremmin hallittavissa, tämä lisää työtyytyväisyyttä. Samaa tulokseen on päätyneet myös Hawas (2009, 90) tutkimuksessaan.

Kun asiakas oppii hakeutumaan omalle aluevastaanotolle ajoissa, voidaan mahdollistaa varhainen puuttuminen ja sairauksien komplikaatoriskien väheneminen. Onnistuneessa hoitosuhteessa asiakasta tuetaan itsehoitoon ja asiakas saa mahdollisuuden vaikuttaa hoitoonsa. Tämän seurauksena myös palvelujen tarve voi vähentyä. Potilaan/asiakkaan saadessa hyvää, toimivaa hoitoa ja ohjausta myös potilastyytyväisyys lisääntyy. Munnukan ja Aallon (2002) mukaan potilaan luottamus hoitoaan kohtaan kasvaa sekä avaa mahdollisuuksia oman terveyden edistämiseen ja elämänhallintaan hoitajan tuodessa esille ammattitaitonsa (Munnukka & Aalto 2002, 23). Saumatossa hoitosuhteessa asiakas saa mahdollisuuden vaikuttaa omaan hoitoonsa. Samalla asiakas voi rohkaistua omien mielipiteiden ja kysymysten esille tuomiseen. Ahosen (2005, 45) mukaan potilasohjauksessa tulisi kehittää asiakaslähtöisesti itsehoitoa ja terveyttä edistäviä tukevia menetelmiä ja monipuolistaa ohjausta tietotekniikan avulla.

Opinnäytetyön tulosten mukaan yksi tärkeimmistä tavoitteista hoitotyössä on voimaantuminen ja asiakkaan/potilaan oman elämän hallinta. Hoitajien kokemus on, että nykyinen malli mahdollistaa kuntalaisten terveyden edistämistä. Kääriäisen (2008) mukaan laadukas potilasohjaus tuo kansantaloudellisia säästöjä vaikuttamalla potilaan terveyteen ja terveyttä edistävään toimintaan (Kääriäinen 2008). Hoitajien mielestä myönteisten tulosten tulisi näkyä myös hoitajan saamassa palkkauksessa. Aluevastaanottoa on parhaimmillaan yhteistyön ja konsultoinnin onnistuessa joustavasti eri toimipisteiden välillä. Toimivan tiimityön edellytyksiä haastattelun mukaan olivat selkeät ja ennalta sovitut pelisäännöt, avoimuus, toimivat henkilösuhteet sekä tiedon ja taidon joustava jakaminen. Selkeät ja toimivat hoitopolut tukevat hoitajaa hoitoon liittyvässä päätöksenteossa. Keinäsen ja Kolehmainen (2006) mu-

kaan hoitajien osaaminen lisääntyy heidän hyödyntäessään käypähoitosuosituksia hoitotyön tiedonhankinnassa aikaisempaa enemmän.

Kokeneet hoitajat voivat hoitaa potilasta ja valmistella potilaan asioita pidemmälle esimerkiksi konsultoimalla lääkäriä. Potilaan ei tarvitse välttämättä käydä lääkärin vastaanotolla, vaan asia hoituu hoitajan kautta. Tämä on etu koko organisaatiolle huonossa lääkäritilanteessa. Vähäiset lääkäriresurssit voidaan kohdentaa vaativampiin tehtäviin. Lääkäripula voi johtaa muiden lääkäreiden työn kuormittumiseen ja liian lyhyisiin vastaanottoaikoihin sekä pitkiin potilasjonoihin.

Paneutumalla huolellisesti ensikontaktissa hoidon tarpeen arviointiin, potilas ohjautuu joustavammin tarkoituksenmukaisempaan hoitopaikkaan tai hänen asia saattaa ratketa jo ensimmäisessä yhteydenotossa. Tuomikosken (2007, 45) tutkimuksessa asiakkaiden mielestä sairaanhoitajalle pääsy koettiin nopeammaksi ja helpommaksi ja näin ollen lääkärille jonottavien määrä väheni. Opinnäytetyössämme tuli esille, että jos hoitajalla ei ole aikaa paneutua asiaan voi asiakas joutua pompottelun kohteeksi eikä saa apua ongelmiinsa. Liian lyhyet vastaanottoajat voivat johtaa asian pinnalliseen käsittelyyn eikä kokonaisvaltaisuus hoidossa voi toteutua. Tämä voi johtaa päällekkäisyyksiin ja turhiin yhteydenottoihin väriin paikkoihin. Kuntalaisia tulisi myös tiedottaa terveystalouden toiminnasta säännöllisin väliajoin.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan hoitajat kokivat vastaanottotyön haasteelliseksi. Työnkuva on muuttunut ja itsenäistynyt, jonka seurauksena hoitajat tarvitsevat jatkuvasti lisäkoulutusta ja tietojen päivitystä laaja-alaisesti. Peltosen (2009) tutkimuksessa potilaiden laaja kirjo asettaa perusterveydenhuollon vastaanotoilla erityisvaatimuksia hoitajien työhön ja sen organisointiin. Hallinnon edustajien mukaan samassa tutkimuksessa todettiin, että hoitajien lisäkoulutukseen on monilla hoitajilla tarvetta (Peltonen 2009, 156.) Opinnäytetyössämme hoitajat näkivät työn haastavuuden sekä heikkoutena, että vahvuutena. Lisäkoulutuksen myötä hoitajat saavat työkaluja tehtävien hoitamiseen. Oman haasteensa hoitajan työhön tuo myös yksin työskentely ja tilanteiden ennakoimattomuus esimerkiksi aggressiivisen/uhkaavasti käyttäytyvän potilaan kohtaamisessa. Toisaalta organisaatiossa on turvallisuussuunnitelma ja henkilökuntaa on koulutettu väkivaltatilanteiden varalle. Muita paineita tuo tulleessaan epävarmuus toiminnan jatkuvuudesta, resurssien riittämättömyydestä ja kunnan talouden epävakasta tilanteesta. Liian nopea erityisosaamisen jakami-

nen ilman riittävää lisäkoulutusta ja työnantajan tukea saattaa vaikuttaa hoitajien työssä jaksamiseen arjessa.

Hoitosuhteessa asiakkaaseen tuttuus nähtiin haastattelussamme sekä myönteisenä, että negatiivisena asiana. Hoitajan, joka tuntee asiakkaansa historiaa ja taustoja, on helpompaa toteuttaa kokonaisvaltaista hoitoa. Tutun hoitajan on myös helpompaa luoda tasavertainen hoitosuhde potilaaseen ja asettaa yhteisiä tavoitteita potilaan parhaaksi. Hoitaja voi olla tuttu ja säilyttää kuitenkin asiantuntijuuden. Keskustelussa nousi kuitenkin esille, että osa hoitajista voi kokea tuttuuden uhkana, joka voi haitata ammatillisuutta. Päätelimme, että sana ”tuttu” voidaan tulkita hyvin erilalla. Myös hoitajan liika kiltteys voi johtaa työn hallitsemattomuuden tunteeseen, toisaalta kun hoitaja muistaa oman asiantuntijuutensa tämä on estettävissä. Ahosen (2005) tutkimuksessa todettiin, että oman alueen väestö antaa hyvän mahdollisuuden hoitajalle tuntea asiakkaansa. Säännölliset käynnit omalla aluehoitajalla lisäsivät molemminpuolista tuntemusta, jota tutkimuksessa pidettiin erittäin tärkeänä. Asiakkaat kokivat saaneensa omahoitajista kanavan terveyskeskukseen, jonka kautta asiat helposti hoituivat. (Ahonen 2005, 44.)

Aluehoitajan vastaanottotoimintamallia on toteutettu Ääneseudulla runsaat kaksi vuotta. Toimintamallia on kehitetty näiden kahden vuoden ajan esimerkiksi hoitajien lisäkoulutuksella. Säännöllinen arviointi vastaanottotoimintamallin toimivuudesta on erittäin tärkeää. Hoitajien mielipidekyselyt ja asiakaspalautteet kertovat vastaanottojen toimivuudesta. Ahosen (2005) tutkimuksessa tuli esille, että käsitykset uusista toimintatavoista muuttuvat hitaasti, tämän vuoksi toimintamallin arviointia tulisi tehdä riittävän pitkällä aika välillä. Todellista palautetta omahoitajamalli antaa vasta kun se on ollut käytössä useita vuosia. Alkuvaiheessa korostuvat usein uuden toiminnan epäkohdat, koska mallin parhaimmat puolet hioutuvat ajan kuluessa toimiviksi. (Ahonen 2005, 46.) Keskeistä työjaon kehittämisessä ovat yhtenäiset vastaanottojen suunnitelmalliset toimintatavat, -mallit ja toiminnot, jotka ohjaavat hoitajien ja lääkäreiden työtä (Peltonen 2009, 171).

Suurin osa hoitajista näki muutoksen mahdollisuutena, jossa henkilökunta tarvitsee esimiehen ja koko organisaation vahvaa tukea. Helle-Kuusjoen (2005) tutkimuksessa hoitajan vastaanottotyö koettiin eriammattityhmien välisen yhteistyön edistäjänä. Tutkimustuloksien perusteella hoitajan vastaanottotyön edellytyksiä olivat hoitajan

oma motivaatio työnkuvan muutokseen, lähiesimiehen ja organisaation tuki sekä riittävät resurssit ja kehittämistä edistävä työyhteisö. (Helle-Kuusjoki 2005, 69.)

### 7.3 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että uudistetun vastaanottomallin ansiosta asiakkaat saavat parempaa palvelua ja heidän tarpeisiinsa pystytään vastaamaan aikaisempaa paremmin. Lisäksi asiakkaat ohjautuvat tarkoituksenmukaisemmin oikeaan paikkaan. Yhteistyötä eri toimipisteiden välillä on kehitetty asiakkaan hyväksi. Samoin vastaanottotoimintaa tulisi edelleen kehittää lisäkoulutuksella, sekä yhteisten tavoitteiden ja saavutusten tarkastelulla. Aluehoitajan itsenäisessä työssä korostuu työn suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, kokonaisvaltaisuus ja tuloksellisuus. Uudistettu vastaanottotoiminta parantaa hoidon laatua ja jatkuvuutta. Aluehoitajan työtä edelleen kehittämällä asiakkaiden tietoisuus itsehoidosta lisääntyy. Tämän tavoitteena on varhainen puuttuminen, tarkoituksenmukainen hoito ja potilaan palvelutarpeen mahdolliseen vähenemiseen.

Opinnäytetyön tuloksien mukaan hoitajilla oli huoli terveydenhuollon ammattilaisten riittävästä koulutuksesta ja sijaisten määrästä. Hoitajien erityisosaamisen liika jakaminen koettiin heikentävän asiantuntijuutta sekä lääkäreiden puutteen ja vaihtuvuuden vaikuttavan vastaanottojen toimintaan heikentävästi. Alueella toimivia hoitajia on koulutettu ja koulutetaan edelleen vastaanottotoimintaa kehitettäessä. Tietotaitoa voisi jakaa koulutuspalautteiden muodossa esimerkiksi yhteisissä kokouksissa.

Ääneseudun terveysasemien uudistettua vastaanottotoimintamallia tukevat myös RAMPE-hankkeessa mukana olo, minkä tavoitteena on lisätä työn vetovoimaisuutta ja palvelukykyä, turvata pätevien lääkäreiden ja hoitajien saatavuutta perusterveydenhuollossa, sekä lisätä potilaan osallisuutta hoitoprosessissa. Lisäksi Jyväskylän Ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetyönä on tekeillä asiakastytytyväisyyskysely vastaanottotoiminnasta, jota voidaan jatkossa hyödyntää vastaanottojen kehittämisessä.

## 7.4 Oppimisprosessi

Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Äänekosken kaupungin perusturva. Koimme opinnäytetyön aiheen mielenkiintoiseksi, koska työskentelemme molemmat Äänekosken terveyskeskuksessa hoitajina. Opinnäytetyöprosessi on ollut haastavaa, mutta antoisaa. Työn rajaaminen oli alkuun vaikeaa. Edetessämme ja tutustuessamme aiheeseen liittyvään materiaaliin opinnäytetyömme alkoi hahmottua meille paremmin.

Lähtiessämme etsimään aineistoa opinnäytetyötämme varten, saimme todeta, että Suomessa tutkittua tietoa aiheesta ei ole kovin runsaasti. Saimme kuitenkin hyvin tukea ja ohjausta ohjaajaltamme ja koulumme kirjaston henkilökunnalta. Tutkimuksia löytyi jonkin verran myös sähköisessä muodossa. Opinnäytetyötä tehdessämme kävimme myös runsasta, antoisaa ja laaja-alaista eettistä pohdintaa vastaanottotoiminnasta.

Koemme, että olemme saaneet runsaasti työkaluja tulevaan sairaanhoitajan työhömmme vastaanotoille ja ensiapuun. Oppimisprosessin aikana olemme kehittyneet askeleen kohti asiantuntijuutta. Saatujen tulosten pohjalta uskomme, että voimme kehittää omaa työtämme asiakkaan ja koko organisaation hyväksi.

## LÄHTEET

Aaltonen, J., Järviö, M-L. & Luoma, K., 2009. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Julkaisut 49. Terveyskeskusten tehokkuutta ja tuottavuutta selittävät tekijät. Helsinki.

Ahonen, M-L. 2005. Omahoitaja terveyskeskuksen vastaanottotoiminnassa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteenlaitos, Kuopio.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 1991/564.  
<http://finlex.fi/fi/laki/aikap/1994/19940564>. Viitattu 1.1.2011.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2.p. Jyväskylä: Gummerus.

Falck, I., Koskinen, T. 2005. Terveyskeskuksen vastaanottotoiminta elää muutoksen aikaa. Henkilöstöön näkemyksiä TUUM-yhteistyömallin käyttöönoton kynnyksellä. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.

Hautala P., Helin S., Leivo L. 2003. Asiakaslähtöinen hoitotyö Jyväskylässä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Hawas, S. 2009. Sairaanhoidajien työyhteisön toimivuus ja työtyytyväisyyskyselytutkimus. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio.

Haverinen, R., Holma, T., Lempinen, K & Outinen, M. 1999. Seitsemän laatupolkua – Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. 11. 1. painos. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Helle –Kuusjoki, T. 2005. Tehtävänsiirroista hoitajavastaanottoon. Sairaanhoidajien toimenkuvan laajentaminen erikoissairaanhoidossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos, Kuopio.

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sarjavaara, P. 2009. Teoksessa Tutki ja kirjoita viitattu teokseen Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Porvoo: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sarjavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud. p. Helsinki: Tammi.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki H., Valtonen K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.p. WSOY.

Honkalampi, T. 2008. Hoitajien rajattu reseptikirjoitusoikeus helpottaa palveluiden järjestämisessä. Tiedotteet 2008. Tehy. Viitattu 18.2.2011. [www.tehy.fi](http://www.tehy.fi) Tiedotteet 2008.

Hynynen, H., Hyryn kangas-Järvenpää, P., Tarvainen B. 2008. Lahden kaupungin ja sen seutukuntien terveyden ja sosiaalihuollon palveluyhteyskeskus eli contact center – hanke. Viitattu 1.3.2011. [www.lahti.fi](http://www.lahti.fi) /.../loppuraportti\_contact\_center.



- Härkönen, E. 2005. Kuopio: Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon polikliinisessa hoitotyössä erikoissairaanhoidossa. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, Kuopio.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M., Pikkarainen, P. 2004. Hoitamisen taito. 1-3.p. Tammi. Keuruu.
- Kaartamo, P., Vallimies-Patomäki, M. 2010. Artikkelit Sairaanhoidajan rajattu lääkkeen määräämisoikeus on edennyt eduskunnan käsittelyyn. Oikeutta rajaavat monet säädökset. Sairaanhoidaja-lehti 4/2010.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY. Helsinki.
- Kaplan RS & Norton DP. 1996a. The Blanced Scorecard. Translating Strategy into Action. Harvard Business School Press. Boston. Massachusetts.
- Keinänen, L., Kolehmainen, H. 2006. Työnjaon kehittäminen vastaanotto toiminnan työnjaon kehittämisen arviointi Varkauden terveyskeskuksissa. Ylempi AMK-tutkinto. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kinnunen, J., Ryyänen, O-P. 2004. Ääneseudun perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen asiantuntijaselvitys. Kuopio.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6(4), 14.
- L 2004/1224. Sairausvakuutuslaki. Viitattu 1.1.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö 2004. 1224/2004.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 1.1. 2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1992.
- L 2005/928. Laki kansanterveystalouden muuttamisesta. Viitattu 1.1.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 2005.
- L 21.5.2010/433 Terveystalouden ammattihenkilölain muuttamisesta. Viitattu 1.3.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 2010.
- L 2004/1019. Laki hoidon tarpeen arvioinnista. Viitattu 1.1.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 2004.
- L 24.3.1970/239. Laki raskauden keskeyttämisestä. Viitattu 1.1.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1970.
- L 24.4.1970/283. Steriloimislaki. Viitattu 1.1.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1970.
- L 25.7.1986/583. Tartuntatautilaki. Viitattu 1.1.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1983.
- L 28.1.1972/66. Kansanterveystalouden laki. Viitattu 1.1.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1972.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä. Viitattu 1.1.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö, 1994.

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Lääketieteellinen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere.

Munnukka, T. & Aalto P. 2002. Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. Tammi. Vantaa.

Opetushallitus 2010. Mittaamisesta strategiseen johtamiseen. Viitattu 18.3.2011. [www.oph.fi](http://www.oph.fi).

Opetushallitus. 2011. SWOT-analyysi. Viitattu 1.3.2011. [www.oph.fi](http://www.oph.fi)

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

Pitkänen A., 2004. Tehäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pro gradu –tutkielma, Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotieteenlaitos, Hoitotiede, Kesäkuu 2007

Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE) 2010. Tietoa palvelusta. Viitattu 16.4.2011. [www.ksshp.fi](http://www.ksshp.fi).

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 28.9.1996. Suomen sairaanhoitajaliitto. Helsinki. [www.sairaanhoitajaliitto.fi](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi), sairaanhoitajan työ/ohjeita ja suosituksia/sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 1.1.2011.

Simonen, O. 2004. Tasapainotettu tulokortti (BSC) hoitotyön johtamisen viitekehyksenä – käytössä olevat mittarit ja niiden yhteys strategioihin. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:6. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelma 10.12.2009. Viitattu 1.1.2011. [www.stm.fi](http://www.stm.fi), vireillä, kehittämissuunnitelmat ja –hankkeet.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004 a. Terveyskeskus toimivaksi. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen kenttäkierroksen raportti 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 13. Helsinki, 132-146.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 99/2001. Viitattu 1.1.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi).

Tiikkainen, L-M. 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen perusterveydenhuollon vastaanotolla. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Tuomikoski, J. 2007. Sairaanhoidajan uudistunut vastaanotto toiminta asiakkaan itsehoiton tukena. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, Kuopio.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos, Oulun yliopisto.

Valkonen, T. 2004. Elinajanodotteen kehitys, väestön vanheneminen ja tulevaisuuden terveysongelmat maailmassa ja meillä. Duodecim 120(18): 2173-9. Viitattu 1.3.2011. [www.duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi)

Äänekosken kaupunkistrategia 2011-2014. [www.aanekoski.fi](http://www.aanekoski.fi).

**LIITTEET****Liite 1.****1. KUVAILE ALUEHOITAJAN VASTAANOTTOTOIMINTAA  
ASIAKKAAN NÄKÖKULMASTA.**

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
MAHDOLLISUUDET	UHAT

**2. KUVAILE ALUEHOITAJAN VASTAANOTTOTOIMINTAA  
HOITAJAN NÄKÖKULMASTA**

**Esim. Miten muuttunut tehtävänkuva on vaikuttanut päivittäiseen työhösi?**

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
MAHDOLLISUUDET	UHAT

**3. KUVAILE ALUEHOITAJAN VASTAANOTTOTOIMINTAA  
ORGANISAATION NÄKÖKULMASTA.**

**Esim. Mitä tuloksia aluehoitajan työn kehittämisellä on tähän mennessä saavutettu?**

**Mitä kehitettävää?**

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
MAHDOLLISUUDET	UHAT

**4. KUVAILE ASIAKKAAN LIIKKUMISTA PROSESSISSA**

**Esim. Asiakkaan vastaanotolle tulosta/yhteyden otosta -> hänen sieltä poistumiseen ja yhteistyö muiden tahojen kanssa/konsultointi Ääneseudulla.**

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
MAHDOLLISUUDET	UHAT