

Kemppainen Anja ja Niemelä Raija

Sairaanhoitajien kokemuksia vastaanottotoiminnan kehittämisen toteutumisesta Kajaanin pääterveysasemalla

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Kevät 2013



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Kemppainen Anja ja Niemelä Raija	
Työn nimi Sairaanhoitajien kokemuksia vastaanotto toiminnan kehittämisen toteutumisesta Kajaanin pääterveysasemalla.	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Vastaanotto- ja poliklininen hoitotyö	Ohjaaja(t) Oikarinen Arja, Juntunen Anitta ja Koivunen Jaana
	Toimeksiantaja Kainuun sote-kuntayhtymä
Aika Kevät 2013	Sivumäärä ja liitteet 57 + 6
<p>Muuttuva väestörakenne, niukkenevat resurssit, uudet toimintamallit ja laajenevat palvelurakenteet edellyttävät vastaanotto-työn kehittämistä. Tulevaisuudessa hoitajien vastaanotot lisääntyvät ja vastuut kasvavat. Tämä kehitys vaatii hoitajilta monipuolista ja vahvaa osaamista, siksi heillä onkin tärkeä rooli oman työnsä kehittäjänä vastaanotolla.</p> <p>Opinnäytetyömme on laadullinen eli aineistolähtöinen tutkimus ja kuvaa Kajaanin pääterveysaseman vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia vuonna 2009 laaditun vastaanotto toiminnan kehittämissuunnitelman toteutumisesta, vastaanotto-työn muuttumisesta ja mahdollisista uusista vastaanotto-työn kehittämistarpeista. Tavoitteena oli selvittää, kuinka vastaanotto-työtä voidaan kehittää ja samalla varmistaa hoitotyön laatu. Tutkimustyötämme määrittävät seuraavat kysymykset: Kuinka toiminta on muuttunut kehittämssuunnitelman jälkeen ja kuinka vastaanotto toimintaa voisi jatkossa kehittää sairaanhoitajien mielestä?</p> <p>Keräsimme aineistoa Kajaanin Pääterveysaseman vastaanotolta teemahaastattelun avulla kahdelta sairaanhoitajilta (n=2), joilla oli tuntemusta aikaisemmasta kehittämssuunnitelmasta ja toimintahistoriasta. Keräsimme ideoita vastaanotto-työn kehittämiseksi 6-3-5-menetelmää käyttäen viideltä vastaanoton sairaanhoitajilta (n=5). Saadun aineiston käsitelimme laadullisen aineiston analyysillä ja tulkinnalla. Saimme myös tietoa ajanmukaisesta teoreettisesta materiaalista, havainnoimalla ja keskustellen työyhteisön toimijoiden kanssa aktiivisesti.</p> <p>Vastaanoton kehittämssuunnitelma oli erityisesti muuttanut työnorganisointia, joita olivat mm. kiertävä toimenkuva, triagen käyttöönotto, puhelin vastaajapalvelu ja toimenpidehoitajan tehtävät. Vastaanoton sairaanhoitajat pitivät tärkeänä johdon toiminnan kehittämistä, johon kuuluu mm. työvuorosunnittelu, henkilöstö resurssit, tiedonkulku sekä esimiestyötä toivottiin näkyvämmäksi. Myös yhteistyön kehittäminen korostui vastauksissa, joita ovat tiedonkulku toimijoiden välillä, yhtenäiset käytännöt, työmallit ja moniammatillinen yhteistyö. Työn organisointia ja ammatillista kehittymistä tulisi myös kehittää.</p> <p>Työelämä saa työstämme työkaluja vastaanotto-työn kehittämiseen. Ammattikorkeakoulu saa ajanmukaista tietoa vastaanotto toiminnasta ja uusia jatkotutkimusaiheita kehittämistehtäviin sekä opiskelijat saavat hyötyä opiskeluunsa ja ammatilliseen kasvuunsa. Jatkotutkimusaiheiksi voisi olisi vastaanoton toiminta asiakkaan tai lääkärin näkökulmasta sekä Triagen toimivuus eri toimijoiden ja asiakkaan näkökulmista katsottuna Kajaanin pääterveysaseman vastaanotolla.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Vastaanotto-työ, vastaanoton sairaanhoitaja, hoidon laatu ja työnkuvan kehittäminen
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Thesous <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Kemppainen Anja and Niemelä Raija	
Title Nurses' Experiences of Developing Nurse Reception Operations at Kajaani Main Health Station	
Optional Professional Studies Outpatient and Ambulatory Nursing	Instructor(s) Oikarinen Arja, Juntunen Anitta and Koivunen Jaana
	Commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority
Date Spring 2013	Total Number of Pages and Appendices 57+6
<p>Changing demography, decreasing resources, new operational models and expanding service structures require the development of reception services. Nurse receptions become more common, and nurses are given more responsibilities. This development requires versatile and solid competence from nurses as they have an important role in developing their own work at receptions.</p> <p>The thesis is a qualitative study and describes the experiences that nurses working at Kajaani Main Health Station Reception had of the implementation of the development plan for reception operations, changes in the reception operations and needs for further development. The purpose of this thesis was to study how reception operations could be developed and how the quality of nursing care could be guaranteed. The following questions provided the framework for this thesis: How had the reception operations changed after the development plan was introduced, and how could the operations, in nurses' opinion, be developed further?</p> <p>The data was collected by interviewing thematically two nurses who worked at Kajaani Main Health Station Reception and who had experience of the previously implemented development plan. The 6-3-5 method was used to collect ideas from five nurses for further developing the reception operations. The data was then processed using content analysis and interpretation. In addition, literature review, observation of reception operations and discussions with the staff were used to acquire data. Nurses at the reception considered development of the reception management which included shift planning, human resources and flow of information important. Also the work of superiors could be more visible. Development of cooperation (i.e. flow of information between actors, common practices, work models and multidisciplinary cooperation), organization of work and professional development were also highlighted in the answers. This thesis provides Kajaani University of Applied Sciences with up-to-date information on outpatient nursing and topics for further study and the working life with tools to develop outpatient nursing practices. It also contributes to students' professional growth.</p> <p>Topics for further research include a study on reception operations from a client's or doctor's point of view, and functionality of Triage at Kajaani Main Health Station Reception from the points of view of different actors and clients.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Outpatient nursing, reception nurse, quality of nursing care, development of job description
Deposited at	<input type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

*”Kun on hyvin pieni älyinen karhu,
saattaa joskus käydä niin,
että kun ajattelee asioita,
sitä saattaa ajatella sellaisia asioita,
jotka ovat aivan asiallisia silloin,
kun ne ovat vielä päässä,
mutta muuttuvat kokonaan,
kun ne tulevat esiin kaikkien nähden.”*

- *Nalle Puh*

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTYÖ	3
2.1 Vastaanottotyö	3
2.1.1 Tiimityö vastaanotolla	4
2.1.2 Työparimalli	5
2.2 Vastaanoton sairaanhoitaja	6
2.2.1 Sairaanhoitajan koulutus	7
2.2.2 Hoidon tarpeen arviointi ja Triage	8
2.3 Hoidon laatu	10
2.3.1 Laadunhallinta	11
2.3.2 Laadun arviointi	11
2.4 Työnkuvan kehittäminen	12
2.4.1 Terveyspalveluiden nykytila ja toiminnan kehittäminen	12
2.4.2 Muutoksen eteneminen	14
2.4.3 Kajaanin pääterveysaseman vastaanottotyön kehittämissuunnitelma	14
2.5 Vastaanotto toimintaa ohjaavat lait ja hankkeet	15
2.5.1 Sosiaali- ja terveyspalveluja ohjaava lainsäädäntö	15
2.5.2 Perusterveydenhuollon kehittämishankkeita	16
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT.	20
4 TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTONKERUU JA AINEISTONANALYYSI	21
4.1 Aineistonkeruumenetelmät	21
4.2 Aineiston keruu	22
4.3 Aineiston käsittely ja analysointi	24
5 TUTKIMUSTULOKSET	27
5.1 Työnorganisoinnin ja yhteistyön muutokset	27
5.2 Vastaanotto toiminnan kehittäminen	31

5.2.1 Johdon toiminta	32
5.2.2 Yhteistyö	32
5.2.3 Työn organisointi	33
5.2.4 Ammatillinen kehittyminen	34
6 JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUSTULOKSISTA	35
7 POHDINTA	38
7.1 Opinnäytetyön luotettavuus	41
7.2 Opinnäytetyön eettisyys	42
7.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen	43
7.4 Meidän kasvaminen sairaanhoitajiksi	44
LÄHTEET	45
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Peruspalveluministeri Paula Risikon mukaan perusterveydenhuoltoon täytyy kehittää hallitusti. Väestön ikärakenteen muuttuessa terveysterot ja palvelutarpeet lisääntyvät, kun taas resurssit niukkenevat. Tänä päivänä väestön hyvinvointi ja terveydentila on parantunut, ammattihenkilöstö on ammattitaitoista, motivoitunutta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tulee olla kustannustehokasta. (Hoitotyön vuosikirja 2010, 9; Risikko 2009). Valtiovarainministeri Jutta Urpiaisen mielestä sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen on keskeisessä osassa kuntuuudistuksessa ja painopiste on ohjattava perusterveydenhuoltoon sekä ennaltaehkäisevään työhön. Tärkeässä asemassa on henkilöstön hyvinvointi ja hyvien käytäntöjen informoiminen. Työn ollessa hyvin organisoitu sairauspoissaolot vähenevät ja töissä on hyvä ilmapiiri sekä työyhteisön jäsenillä on mahdollisuus vaikuttaa työ- ja työaikajärjestelyihin. (Hankonen 2012, 40–41.) Uuden rakennelakiehdotuksen tavoitteena on saada kaikille suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystaloudet. Uudistus vaatii toimivan ja eheän kuntarakenteen, jolloin tarvitaan palvelurakenteiden vahvistamista ja palveluiden järjestämistä laajemmalle väestömäärälle. Uudistuksessa vahvistuu kuntalaisten osallistumisen tukeminen oman terveyden-, toimintakyvyn- ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisyä sekä pyritään hallitsemaan kustannusten kasvua. (STM 2012.)

Koska opiskelemme vastaanotto- ja polikliiniseksi sairaanhoitajiksi, niin aihe vastaanottotyön kehittämistä kiinnostaa meitä ja se kehittää asiantuntijuuttamme hoitotyössä. Otimme yhteyttä Kajaanin pääterveysaseman vastaanoton osastonhoitajaan ja kysyimme tietoa mahdollisesta opinnäytetyö aiheista. Sovimme tapaamisen opiskelija vastaavan sairaanhoitajan ja osastonhoitajan kanssa, missä keskustelimme mahdollisista opinnäytetyön kohteista sekä aikaisemmasta kehittämissuunnitelmasta.

Aihe rajautui vastaanoton sairaanhoitajien näkökulmaan, aiemmin laaditun vastaanottotoiminnan kehittämissuunnitelman toteutumisesta, sen tuomista muutoksista ja esille tulevista kehittämiskohteista. Vuonna 2009 kehittämissuunnitelma sai alkunsa muuttuneista työolosuhteista pääterveysasemalla, joita olivat maakuntahallintokokeilu, lääkärripula, hoitotakuu ja asiakasmäärän kasvu. Tarkoituksena oli auttaa henkilökuntaa kehittämään oman työyhteisönsä toimintaa. (Korhonen 2009.)

Opinnäytetyömme viitekehyksenä on perusterveydenhuollon vastaanottotyön kehittäminen sairaanhoitajan näkökulmasta. Teoriatausta työssämme pohjautuu asiasanoihin, joita ovat vastaanottotyö, vastaanoton sairaanhoitaja, hoidon laatu ja työnkuvan kehittäminen sekä toimintaa ohjaavat lait ja hankkeet. Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus ja sen tarkoituksena on kuvata vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia aikaisemmin tehdystä kehittämistyöstä ja sen toteutumisesta. Tavoittemme oli koota tietoa, kuinka voidaan kehittää vastaanottotyötä ja hoitotyön laatua.

Tutkimustyötämme määrittäviä kysymyksiä ovat: kuinka toiminta on muuttunut kehittämissuunnitelman jälkeen? Kuinka vastaanottotoimintaa voi kehittää sairaanhoitajien mielestä? Saimme aineistoa teemahaastattelun avulla sekä ideoita vastaanottotyön kehittämisestä 6-3-5- menetelmän avulla. Käsittelimme aineiston sisällönanalyysillä ja tulkinalla. Saimme myös tietoa ajanmukaisesta kirjallisesta materiaalista, havainnoiden ja keskustellen työyhteisön toimijoiden kanssa.

Työntekijän henkilökohtainen kehittyminen yhdessä organisaation kanssa on tärkeää Vastaanottotyön kehittämiselle. Näin työntekijät motivoituvat tekemään parhaansa organisaation hyväksi, saaden samalla tukea omaan kasvuunsa ja kehitykseensä. Yhteistyön parantuessa positiivinen muutos lisää innostusta ja näin uudistuminen tulee osaksi arjen toimintaa. (Ranta 2005, 9.)

Mielestämme koko työorganisaatio hyötyy työstämme ja työelämä saa työkaluja vastaanottotyön kehittämiseen. Ammattikorkeakoulu saa ajanmukaista tietoa vastaanottotoiminnasta ja uusia jatkotutkimusaiheita. Opiskelijat saavat hyötyä opiskeluunsa ja ammatilliseen kasvuunsa.

2 PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTYÖ

2.1 Vastaanottotyö

Kunnalliset terveyspalvelut ovat saaneet alkunsa pohjoismaisen hyvinvointimallin mukaisesti 1900-luvulla, jotka tunnetaan parhaiten kunnanlääkäreiden ja terveydenhoitajien sekä kunnansairaaloiden työskentelyinä. 1960 -luvulla tuli sairausvakuutusjärjestelmä, mikä pyrki siirtämään terveydenhoitoa sairaalahoidosta avohoitoon ja kansanterveyslaissa (1972) määrättiin kuntia järjestämään palvelukokonaisuudet, joita piti tarjota kansanterveystyönä. Perusterveydenhuoltoa voidaan kutsua terveyskeskusten järjestämäksi kansanterveyslain mukaiseksi toiminnaksi ja terveyspalveluiksi, joita kansalaiset voivat suoraan itse hakea. (Kokko, Peltonen & Honkanen 2009, 6.)

Kansanterveyslaki (1972) muutti perusterveydenhuollon uudelle pohjalle määrittelemällä kunnalliset terveyspalvelut, joita ovat terveysneuvonta, kunnan asukkaiden sairaanhoito, sairaankuljetus, hammashoito, kouluterveydenhoito, työterveyshoito, seulonnat, joukkotarkastukset, kiireellinen avosairaanhoito sekä sosiaalipalvelut. Kansanterveyslakia on ajan kuluessa laajennettu ja tehtäviä lisätty. Kunnan tulee seurata asukkaiden terveydentilaa ja vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, terveysnäkökohtien huomioiminen toiminnoissa ja yhteistyön tekeminen terveyden edistämiseksi julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. Kuntalainen voi itse ottaa yhteyden terveyskeskukseen. Lääkäripula ja uudet työnjakomallit ovat johdaneet siihen, että ensimmäinen vastaanottava ammattihenkilö on sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Lääkäriin ohjataan vasta, jos ensimmäinen arvioija näkee sen tarpeelliseksi. (Muurinen ym. 2010, 16–17.)

Suomessa käynnistyi vuosina 2002–2007 kansallisen terveys Hankkeen aloitteesta useita lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan työnjakoon liittyviä kokeiluja. Kehittämistyö perusterveydenhuollossa suuntautui keskeisesti vastaanotto toimintaan ja henkilöstön keskinäiseen työnjakoon. Työnjakoon liittyvissä kokeiluissa oli mukana lääkärit sekä sairaan- ja terveydenhoitajat. Hoitajien työnkuvaa laajennettiin hankkeiden aikana sairaanhoidollisiin tehtäviin siten, että hoitajien tehtäväalueeseen kuuluivat hoidon tarpeen arviointi, puhelinneuvonta, infekti-

sairauksien hoitoon ohjaus ja osittain hoito sekä pitkäaikaissairaiden seuranta. (Peltonen 2009, 17.)

Sairaanhoitajilla on käytössään vastaanotolla ohjeita, mitkä perustuvat Käypä-hoitosuosituksiin, Sairaanhoitajan käsikirjaan, Lääkärin käsikirjaan sekä Sosiaali- ja terveysministeriön (käytämme jatkossa lyhennettä STM) laatimiin yhtenäisiin päivystyshoidon perusteisiin. Ohjeet ovat työväline sairaanhoitajille, jotka vastaavat äkillisesti sairastuneiden potilaiden tutkimisesta, hoidon tarpeen arvioinnista sekä kroonisten sairauksien seurannasta ja ohjauksesta. (Terveysportti 2011.)

2.1.1 Tiimityö vastaanotolla

Tiimityö on työskentelyä pysyvässä ryhmässä, jolla on yhteinen tehtävä ja mahdollisuus suunnitella itse omaa työtään. Ryhmäksi voidaan sanoa kahden tai useamman ihmisen muodostamaa jatkuvasti keskenään vuorovaikutuksessa olevaa joukkoa, jolla on yhteiset tavoitteet. Työelämässä ryhmiä ja tiimejä voidaan perustaa hoitamaan toistuvaa tehtävää tai tuotantoa sekä jotain tiettyä tehtävää. Työntekijä tekee normaalia työtään yhdessä tai useammassa ryhmässä, mutta mukaan ei lueta vähän työaika vaativia edustustehtäviä erilaisissa työryhmissä. Ryhmässä työskentelyä on ehkä vaikea erottaa tavallisesta pienehköstä työyksiköstä, joka toimii tietyn työnjaon mukaan. Työntekijän oma näkemys on tässä ratkaisevaa: kutsuu ko hän itse työtään tiimi- tai ryhmätyöksi. (Tilastokeskus 2012.)

Tiimillä on yhteisvastuu toiminnan sujumisesta, mutta sen lisäksi jokaisella tiimin jäsenellä on ammatillinen yksilövastuu. Tiimityö on yhteistyötä, mihin ei kuulu yksilösuoriutuminen tai muiden arvioiminen. Vastuu omasta toiminnasta on tiimin jäsenellä itsellään ja tiimin vastuu on perustehtävän toteuttamisesta. Tiimityöskentelyn edellytyksenä on yhteistoiminta, joka perustuu tiimin jäsenten oppiminen toinen toiseltaan ja kollegiaalisuuteen. Tiimityöskentely on eräs yhteistoiminnallisuuden muodoista. Hyvän tiimin jäsenet kuuntelevat toisiaan, asioista keskustellaan avoimesti, ilmapöytä on vapaa ja vaikeatkin asiat käsitellään. Avoin keskustelukulttuuri eli ns. demokraattinen dialogi on tärkeässä asemassa tiimissä. (Uimi 2012.)

Peltonen (2009, 51) kuvaa tiimin muodostuvan ryhmästä henkilöitä, jotka ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Vastaanotto toiminnassa näitä ovat lääkäri, sairaan- tai terveydenhoitaja ja lähi- tai perushoitaja sekä terveyskeskusavustaja. Heille on suunniteltu ja nimetty erilaisia teh-

täviä ja vastuita. Lääkäri toimii yhteistyössä usean hoitajan kanssa. Hoitajien itsenäisiä vastaanottoja on pitkäaikaissairaille potilaille, näistä hoitajista käytetään nimitystä asiantuntija-hoitaja tai heidät on nimetty sairausryhmän mukaan esimerkiksi diabetes- astma- ja sydänhoitaja. Tiimityöhön terveyskeskuksissa kuuluu myös erillinen hoitajien päivystysvastaanotto-toimintaa ajanvarauksella.

Lääperi (2008, 30–31) kuvaa artikkelissaan tiimityön sopivan terveyskeskukseen, kuitenkin lääkäripula ja henkilökunnan poissaolot häiritsevät tiimityön sujuvuutta. Hervannan terveysasemalla Tampereella on käynnistetty tiimityö, hyvät kokemukset kannustivat jatkamaan ko-keilua ja toiminta vakinaistettiin v. 2007 alussa, mistä se on laajentunut muualle terveyskeskuksiin Tampereella. ”On erittäin hyvä systeemi, kun lääkäri ja sairaanhoitaja tekevät yhteis-työtä ja tapaan aina samat ihmiset vastaanotolla”. Lääperi kuvaa. Tiimityötä haittaa työvoi-mapula ja henkilökunnan poissaolot, koska sijaiset eivät tunne toimintatapoja siitä syystä ti-mityö on haavoittuva järjestelmä.

2.1.2 Työparimalli

Työparimalli on hoitajan ja lääkärin kiinteää työskentelyä yhdessä. Heillä on oma asiakaskun-ta, joista he vastaavat ja alueen asiakkaat ottavat ensisijaisesti yhteyttä heihin. Työparimallilla turvataan hoidon jatkuvuus ja asiakaskeskeisyys. Peltosen (2009, 51, 167–168) tutkimuksesta saadun asiakaspalautteen mukaan terveyskeskuksen toimintaa ja henkilökuntaa pidetään luo-tettavana. Vastaanottoajat olivat sopivan mittaisia, asiakkaiden asioihin paneuduttiin huolelli-sesti, jatkohoidon järjestely selkeää ja neuvonta yksilöllistä, ammattitaitoista.

Peltosen (2009, 182–185) vertaileva tutkimus työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamal-leista, missä keskeisenä oli terveystalvija käyttävä asiakas. Tutkimus tuotti työpari toimin-tamallin perusterveydenhuollon vastaanotolle. Työpari toimintamallia suositellaan vastaanot-to toimintaan, koska se mahdollistaa asiakaslähtöisyyden, perhekeskeisyyden ja kokonaisval-taisen hoitotyön paremmin kuin tiimityömallissa. Asiakkaiden toive oli omalääkäri ja – hoi-taja työparimalli, tämä asia nousi myös tutkimuksesta esille. Väestön mitoitus työparia kohti tulee olla tarkoituksen mukainen, tällä mahdollistetaan henkilöstön oma työnhallinta. Lääkä-ri-hoitaja-työparimalli on koettu positiivisena yllätyksenä vastaanottopalveluiden kehittämis-

kokemuksia kartoitettaessa ja esimerkiksi eräs lääkäri kuvasi työparityöskentelyn tärkeäksi ja myönteiseksi muutokseksi työurallaan (Kokko ym. 2009. 31).

Perttula (2009) kuvaa Tehy-lehden artikkelissa hoitaja-lääkäri työparimallin toiminnan elävän ja kehittyvän koko ajan Tampereen Pihlajalinnan perusterveydenhuollon lääkäriasemalla. Alueen asiakas listautuu haluamalleen työparille ja asiakkaan ei tarvitse soittaa kaupungin ajanvaraukseen, vaan hän soittaa omalle hoitajalleen. Hoitaja tekee arvioin hoidon tarpeesta, ongelma voi selvitä puhelimesta tai hän saa ajan hoitajalle tai lääkärille. Potilaan kannalta hoidon hallinta ja jatkuvuus paranee. Hoitajan kannalta potilaan kokonaisvaltainen tunteminen ja yhteistyö lääkärin kanssa helpottavat potilaan hoitoa, ohjausta ja hoidon jatkuvuutta. Asiakkaille kynnyks soittaa hoitajille on matala, joskin hoitajille puhelintyöskentely on välillä kuormittavaa. Hoitajat kokevat työparimallin helpottavan työskentelyä lääkärin kanssa, potilaan kokonaisvaltainen tunteminen lisääntyy, tasa-arvoisuus töissä ja hoidon jatkuvuus palkitsee.

2.2 Vastaanoton sairaanhoitaja

Sairaanhoitajan työ on monipuolista ja inhimillistä. Hän edistää yksilöiden ja perheiden sekä yhteisöjen terveyttä, ehkäisten sairauksia, auttaen äkillisesti tai pitkäaikaisesti sairastuneita sekä tukee potilaan toipumista kannustaen kuntoutumaan. Sairaanhoitajan tehtäviin vastaanotolla kuuluvat hoidon tarpeen arviointi, puhelinohjaus, hoitotyön ja lääkehoidon suunnittelu sekä niiden toteutus ja vaikuttavuuden seuranta, toimenpiteiden, tutkimuksien tekeminen ja tarvittaessa niissä avustaminen. Työhön kuuluu myös potilaiden ja heidän omaisten neuvonta, ohjaus ja tukeminen. Sairaanhoitajan ammatti vaatii hyvää ja tuoretta tietoa ja käytännön taitoja, stressinsietokykyä, vuorovaikutustaitoja sekä erityistä tarkkuutta ja huolellisuutta. (10315 Sairaanhoitaja.)

Potilaiden asioiden hoito on laaja-alaista, vaihtelevaa, vastuullista työtä. Yllättäen tulevat tilanteet vaativat hoitajalta monipuolista ammatillista osaamista ja samalla moniammatillista tiimi osaamista, hyvää itseluottamusta ja kokonaisuuksien hallintaa sekä myös alueen palvelujärjestelmän tuntemusta. Sairaanhoitaja huolehtii asiakkaan ohjauksesta, hyvinvoinnista ja hoidon turvallisesta toteutumisesta sekä jatkohoidon järjestämisestä (Kajaanin ammattikor-

keakoulu 2009.) Hoitaja toteuttaa näyttöön perustuvaan hoitotyötä, jota ohjaavat ammattieettiset velvollisuudet sekä lait ja asetukset (Syväoja & Äijälä 2009, 34–37).

2.2.1 Sairaanhoidajan koulutus

Sairaanhoidajaksi opiskellaan Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmassa. Koulutus kestää 3,5 vuotta ja sen laajuus on 210 opintopistettä. (Opetusministeriö 2006, 17.) Ammattikorkeakouluasetuksen(352/2003)4§ mukaan ammattikorkeakoulutkinto muodostuu perus- ja ammattiopinnoista, vapaasti valittavista opinnoista, ammattia edistävästä harjoittelusta ja opinnäytetyöstä.

Vastaanotto- ja poliklinisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto (sairaanhoidaja amk) opintojen tarkoitus on syventää ja soveltaa näyttöön perustuvaa ammatillista osaamista ja tietoa vastaanoton tai poliklinikan asiakkaiden hoidon suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa sekä kehittämässä. Opinnot kehittävät valmiuksia tehdä hoitotyötä moniammatillisessa työryhmässä vastaanotoilla ja poliklinikoilla. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2009.) Koulutuksen tavoitteena on kouluttaa moniammatilliseen työryhmään osaavaa ammattihenkilöstöä turvaamaan väestölle tasapuoliset ja potilasturvalliset palvelut. Osaamisen tavoitteita ovat:

Hoitotyön asiakkuusosaaminen: *Opiskelija toimii hoitotyön eettisten arvojen ja periaatteiden mukaisesti ja holistinen ihmiskäsitys on ammatillisen toiminnan lähtökohdana.*

Asiakslähtöisyys ja vuorovaikutus asiakkaan/potilaan ja perheen kanssa ohjaavat toimintaa.

Terveyden edistämisen osaaminen: *Opiskelija tunnistaa ja tukee asiakkaan/potilaan/perheen voimavaroja terveyden ylläpitämisessä ja hallitsee terveyden edistämisen muuttuvassa ympäristössä. Opiskelija tietää perusteet tavallisimpien kansansairauksien etiologiasta, tuntee potilaan hoitoketjut ja palvelujärjestelmän. Opiskelija osaa suunnitella, toteuttaa ja arvioida hoitotyötä asiakaslähtöisesti.*

Kliininen osaaminen: *Opiskelija hallitsee sairaanhoidajan työssä tarvittavat kliiniset taidot ja vastaa asiakkaan/potilaan/perheen kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä. Opiskelija hallitsee keskeiset tutkimus- ja hoitotoimenpiteet ja niissä tarvittavien välineiden ja laitteiden oikean ja turvallisen*

käytön sekä hyödyntää tutkimustuloksia hoidossa ja hoidon seurannassa. Opiskelija totenttaa turvallista lääkehoitoa lääkärin hoito-ohjeiden mukaisesti.

Päätöksenteko-osaaminen: *Opiskelija pystyy vastaamaan asiakas/potilas/perhelähtöisestä hoitotyön suunnittelusta, toentuksesta ja arvioinnista sekä dokumentoi hoitotyön potilastietojen edellyttämän tietosuojan ja -turvan mukaisesti.*

Ohjaus- ja opetusosaaminen: *Opiskelija osaa ohjata ja opettaa hoitotyön eri toimintaympäristöissä monipuolisilla menetelmillä asiakasta/potilasta/perhettä terveydenedistämässä sekä itse hoidossa.*

(Kajaanin ammattikorkeakoulu 2012.)

Ammattikorkeakouluissa tarjotaan ammatillisia erikoistumisopintoja myös vastaanottotyötä tekeville sairaanhoitajille, ne ovat ammatillista täydennyskoulutusta, tai silloin voi suorittaa ammatillisen jatkotutkinnon. Erikoistumisopinnot laajentavat, syventävät ammatillista osaamista ja niiden laajuus on 30 – 60 opintopistettä. (Opintoluotsi.fi)

Esimerkiksi Kajaanissa Aikuis- ja täydennyskoulutuspalvelut eli AIKOPA järjestää Asiantuntijahoitaja vastaanottotoiminnassa – nimellä, sekä Oulun seudun ammattikorkeakoulu järjestää Päivystävä sairaanhoitaja – nimellä ammatillisia erikoistumisopintoja, joiden laajuus on 30 opintopistettä ja koulutus kestää vuoden. (Kajaanin Aikuis- ja täydennyskoulutuspalvelut 2012, Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2012.)

2.2.2 Hoidon tarpeen arviointi ja Triage

Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuoltoalan ammattilaisen tekemä arvio potilaan tarvitsemasta hoidosta ja sen kiireellisyydestä (Syväoja ym. 2009, 9). Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tulee olla asian mukainen koulutus ja työkokemusta. STM on laatinut suositukset hoitoon pääsystä, jota on ollut laatimassa asiantuntija joukko. Hoito tarpeen arviointi tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, huomioiden hänen mielipiteet. Hoidon tarpeen arviointia tekevällä tulee olla saatavilla asiakkaan potilasasiakirjat, joihin tehdään asian mukaiset merkinnät yhteyden tai vastaanotolla tapahtuneen kontaktin jälkeen, sillä ne ovat osa potilaan hoitoprosessia. (STM 2010,11,21.)

Hoitotakuun tullessa voimaan 1.3.2005 kuntien tuli järjestää välitön yhteyden saanti mahdollisuus arkipäivisin virka-aikana terveyskeskukseen ja terveydenhuollon ammattilaisen tulee tehdä kiireettömän hoidon arviointi viimeistään kolmantena päivänä asiakkaan yhteydenotosta. Puhelinneuvonta onkin tärkeässä roolissa arvioitaessa kiireetöntä tai kiireellistä hoidon tarvetta, koska se parantaa terveyspalveluiden saatavuutta ja lisää nopeutta palveluiden saatavuudessa perusterveydenhuollossa. (Castrén, Aalto, Rantala, Sopanen & Westergård 2010, 64–65.)

Kiireetön hoito on sitä, missä potilaan terveydentila ei vaadi heti pääsyä hoitoon. Potilas voi odottaa hoidon tarpeen arviointia ja hoitoon pääsyä. Kiireetöntä hoitoa annetaan terveyskeskuksissa, ja hoitoon pääsyyllä on asetettu määräajat Kansanterveyslain (28.1.1972/66) 15b §:ssä. STM:n verkkosivuilta löytyvät yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, nämä ovat suosituksia, joiden tarkoituksena on yhtenäistää käytäntöjä valtakunnallisesti (STM 2010, 17). Kiireellisestä hoidosta on kirjattu Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326) 50§, jolloin potilaan tulee päästä hoitoon välittömästi, riippumatta hänen asuinpaikasta. Kiireellisellä hoidolla voidaan tarkoittaa myös hoitoa joka annetaan 1-30 päivän aikana. Myös kiireellisestä hoidosta on STM:n verkkosivuilla työryhmän raportti; yhtenäisistä päivystyshoidon perusteista, joiden tarkoitus on yhtenäistää käytäntöjä ja toimintamalleja valtakunnallisesti päivystyshoidon sekä osin myös kiireellisen hoidon osalta. Joskin tämä raportti jättää vielä aukon kiireettömän ja päivystyshoidon – ohjeistusten väliin. (STM 2010, 17).

Triage on yleisimmin erikoissairaanhoidossa käytetty termi hoidon kiireellisyyden arvioinnista, johon on olemassa erilaisia potilaan elintoimintojen järjestelmälliseen arviointiin perustuvia luokitusjärjestelmiä, näin pystytään erottelemaan välittömästi hoidettavat potilaat sellaisista jotka pystyvät odottamaan vähän pitempään. Hoidon tarve voi olla välitön, päivystyksellinen tai ajanvarauksellinen. Yhtenäisiä ohjeita ei vielä ole vielä olemassa, vaan ne ovat toimipaikka kohtaisia. (Castrén ym. 2010, 64–68.) Suomessa on käytössä paikallisia versioita ABCDE – triagesta ja myös ESI – triage on käytössä muutamassa paikassa (Malmström, Kiura, Malmström, Torkki & Mäkelä 2012). Pääasia on, että päivystysvastaanotossa on jokin paikallisiin olosuhteisiin soveltuva hoidon kiireellisyyden arviointi menetelmä (STM 2010, 21).

2.3 Hoidon laatu

Laatu hoitotyössä näkyy asiakaslähtöisenä toimintana, henkilökunnan osaamisena, prosessin toimivuutena sekä tuottavuutena. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä toteutuu kokonaisvaltaisena hoitotyönä ja sen suunnitteluna, yksilöllisyyden, omahoitajuuden ja potilaspalautteista saadun tiedon hyödyntämisen kautta. Henkilökunnan osaamista kuvaavat parhaiten moniammatillisuus, perehdyttäminen, koulutus ja ammattitaito. Prosessin toimivuutta kuvaavat hyvän hoidon periaatteet, hoitosuunnitelman laatiminen sekä laatuprojektien toteuttaminen ja laatumittareiden käyttö. Laadukkaan hoitotyön tunnusmerkkejä ovat toiminnan taloudellisuus ja tehokkuus. (Lonkila 2006.) Hoitotyön laatu näkyy vastaanottotyössä kokonaisvaltaisena ja asiakaslähtöisenä hoitotyönä, mitä ohjaa näyttöön perustuva tieto, lainsäädäntö ja sairaanhoitajien eettiset ohjeet.

Suomen lainsäädäntö määrää riittävästä terveystaloudesta ja niiden järjestämisestä sekä kuinka laadukkaasti palvelut tulee toteutua. Perustuslaissa(1999/731) määritellään kuinka julkisen vallan on taattava kaikille riittävät terveystaloudesta edistäen väestön terveyttä. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista(1992/785) oikeuttaa potilasta saamaan laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa ja ihmisarvoista kohtelua. (Härkki & Lappalainen 2011, 12.)

Terveystaloudesta (1326/2010) 8 § todetaan: ”terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toiminta käytäntöihin. Terveystaloudesta on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Terveystaloudesta toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta.” STM:n asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta (341/2011) määrittelee, mitä asioita laadittavassa suunnitelmassa on sovittava.

Tärkeitä hoidon laatua edistäviä tekijöitä ovat työntekijöitten henkilökohtaiset voimavarat, joita ovat omat arvot, asenteet, mielenkiinto työhön, terveydentila, perhetilanne ja harrastukset. Tyytyväinen henkilökunta takaa hyvän hoidon laadun. Näyttöön perustuvaa toimintaa tarvitaan myös laadun kehittämisessä, koska tutkittu tieto tulee kuulua moniammatillisen toiminnan suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnin perustana koskien johtoporrasta kuin työntekijätasoa. Suuremmiksi ongelmiksi voidaan sanoa väestön erilaiset terveystarpeet, palveluiden saatavuus kautta maan sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon huono yhteistyö. (Kvist 2005, 51–52.)

2.3.1 Laadunhallinta

Laadunhallinta on jokapäiväistä työtä, missä asiakaslähtöisyys on laadunhallinnan painopisteenä ja sosiaali- ja terveyshuollon laadunhallinta tapahtuu tiedolla ohjaamisella. Laadunhallintaa kuuluu toiminnan johtaminen, suunnittelu, arviointi ja parantamista asetettujen laatu- tavoitteiden saavuttaminen. Laadunhallinnan kehityksessä on paljon vaihteluita, mitkä osaltaan johtuvat asuinpaikasta ja palvelujen tuottajista. Laadunhallintaan kaivataankin selkeämpää ohjausta ja linjauksia. Sosiaali- ja terveydenhuollon haasteina laadunhallinnassa 2000-luvulla on edistää asiakaslähtöistä toimintaa, kuvata hyvää palvelutoimintaa, edistää laadunhallinnan käynnistymistä ja kehitystä, täsmentää laatusuosituksia ja kannustaa toimimaan laatusuosituksien periaatteiden mukaisesti. (Stakes.fi.)

2.3.2 Laadun arviointi

Hoitotyön laadun arvioinnissa voidaan käyttää hoitoisuusluokitusta suunnittelun tukena ja toiminnan mittarina. Tulosten perusteella hoitoisuusluokitus toimii hoitotyön sisällön yhtenäistämisen, minimilaadun takaamisen ja yksittäisen hoitajan toiminnan perustana työvälinä sekä on myös apuna hoitotyön henkilöstösuunnittelussa, kustannuslaskennassa ja hoidon vaativuuden mittaamisessa. (Lonkila 2006.)

Kuntalaisten terveyden seuranta ja arviointi antavat tietoa sekä ne edistävät hyvinvointia toimintaa lisäten. Vaikutuksia seurataan ja arvioidaan, ovatko kunnan toimintarakenteet ja -käytännöt muuttuneet terveyttä ja hyvinvointia edistäviksi ja miten asetetut tavoitteet on saavutettu. Selkeimmillä tavoitteilla on helpompi seurata terveyden edistämisen toteutumista kunnissa. Seurantaindikaattorit pitää olla alueellisesti ja valtakunnallisesti vertailukelpoisia. (STM 2006.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tarjoaa terveydenhuollon käyttöön erilaisia asiakaspalaute-mittareita sekä niihin liittyvää ohjausta, tallennus- ja tulostuspalvelua. Mittareita on käytössä terveyskeskuksissa kautta maan, joilla mitataan hoidon laatua potilaan näkökulmasta mm.

kuinka puhelinyhteyden saaminen onnistuu terveyskeskukseen, odotus aikaa eri pisteisiin, henkilöstön ammattitaito, vuorovaikutus ja kuinka hoidon arviointi sujuu. (THL 2010.)

2.4 Työnkuvan kehittäminen

Kehittämistyölle on tärkeää työntekijän kehittyminen yhdessä organisaation kanssa yhteisenä prosessina. Molempia tarvitaan ja ne tuottavat hyvinvointia. Työntekijät ovat motivoituneita tekemään parhaansa organisaation hyväksi, saaden samalla tukea omaan kasvuunsa ja kehitykseensä. Yhteistyön parantuessa positiivinen muutos lisää innostusta ja näin uudistuminen tulee osaksi toimintaa arjessa. (Ranta 2005, 9.)

Kehittymisen esteet ja rajoitteet ovat erilaisia työyhteisöstä riippuen. On olemassa asioita joihin emme voi vaikuttaa ja niitä joihin voimme. Onkin tärkeää osata erottaa kummasta on kysymys. Muutoksia on helpompi saada aikaan, siellä missä voimme vaikuttaa asioihin. Työyhteisön kulttuuri voi tukea tai estää kehittymistä. Työnkuvan kehittämisen kannalta on tärkeää, että työyhteisön ihmiset ovat paikalla kehittämässä toimintaa. Alkuanalyysin teko ja tavoitteiden asettelu on tärkeää, kuten myös työilmapiiri ja työntekijöiden osallistuminen aktiivisesti työn kehittämiseen. Johdon sitoutuminen kehittämiseen vaikuttaa lopputulokseen ja henkilöstön ilmapiiri vaikuttaa kehittämisen nopeuteen ja syvyyteen. (emt., 18, 82.)

Kehittämishankkeiden tavoitteina on parantaa terveyspalveluiden saatavuutta, optimoida henkilöstön ammattitaidon käyttöä kehittämällä lääkäreiden ja sairaanhoitajien tiimityötä sekä järkevää työnjakoa (Terveysportti 2011).

2.4.1 Terveyspalveluiden nykytila ja toiminnan kehittäminen

Peruspalveluministerin Paula Risikon mukaan (31.8.2009) koko väestön hyvinvointi ja terveydentila on parantunut, ammattihenkilöstö on ammattitaitoista, motivoitunutta ja henkilöstön määrä on riittävä sekä sosiaali- ja terveydenhuolto on kustannustehokasta. Tulevaisuudessa palveluita on kehitettävä, koska hyvinvointi – ja terveyserot lisääntyvät, eroja palveluiden saatavuudessa ja vaikuttavuudessa sekä henkilöstön saatavuus vaikeutuu. Ongelmina voi olla palvelurakenteen sekavuus ja heikko yhteistyö toisten toimijoiden kanssa. Valvonta ja kustannustietoisuus voivat olla puutteellisia sekä kuntien rahoitusongelmat. Sähköisten

palveluiden kehittäminen ja terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen yksilö tasolla voivat olla haastavia.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutuksesta(169/2007) tuli voimaan helmikuussa 2007 ja oli voimassa vuoden 2012 loppuun. Uusi rakennelakiehdotus lähti kuntiin syksyllä 2012, jonka tarkoituksena on tulla voimaan 1.5.2013. Uudistuksen tavoitteena on saada kaikille suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Uudistus vaatii toimivaa ja eheää kuntarakennetta, palvelurakenteiden vahvistamista ja palveluiden järjestämistä laajemmalle väestömäärälle sekä kuntien välistä yhteistyötä ja uusia toimintatapoja on kehitettävä. Toiminta tulee järjestää vähintään 20 000 asukkaan yhteistoiminta-alueella. Kunnat ovat vastuussa uudistuksista ja joissa väestön vanheneminen tuo haasteita, koska sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö ja palveluiden järjestäminen tuo kustannuksia. Tärkeimmäksi näkökulmaksi uudistuksessa tulee kuntalaisten osallisuuden vahvistaminen, terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sosiaalisten ongelmien ennalta ehkäisy, kun pyritään hallitsemaan kustannusten kasvua ja parantamaan väestön hyvinvointia. (STM 2012.)

Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma on Kaste-ohjelman keskeinen toimenpidealue ja sen tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa kehittämällä terveyskeskusten käytäntöjä, hallintoa ja johtamista sekä terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta. Terveyskeskukset ovat ottaneet ohjelman käyttöön vaiheittain vuosina 2009–2011. Ohjelmalla pyritään saamaan palvelut paremmiksi, hoitoon pääsy helpommaksi sekä panostetaan hallintoon, koulutukseen ja tutkimuksiin. (STM 2011.)

Terveyshyödyn tuottamiseen tarkoitettua kansanvälisesti kehitettyä pitkäaikaissairauksien hoidon ja ehkäisyn toimintamallia nimitetään terveyshyötymalliksi. Mallissa kehitetään eri ammattiryhmien työnjakoa edistämällä ja suunnaten voimavaroja terveyshyödyn tuottamiseen. Tuetaan potilaan omaa hoitoa aktiivisesti, potilastietojärjestelmän hyödyntäminen toiminnan suunnittelussa ja seurannassa. Keskeisenä mallissa on aktiivinen ja aktivoitu potilas yhdessä ennakoivan ja valmistautuneen hoitotiimin kanssa. Omahoito on potilaan itsensä toteuttamaa, ammattihenkilöstön kanssa yhdessä suunnittelemaa näyttöön perustuvaa hoitoa. (Agge, Muurinen, Nenonen & Wilskman. 164–165.)

2.4.2 Muutoksen eteneminen

Muutos etenee vaiheittain, joita ovat todellisuuden kohtaaminen, kehityksen esteiden tunnistaminen, muutosten suunnittelu, päätös ja toteuttaminen sekä uudistunut käytäntö. Vaiheet käydään läpi ennen kuin kehittäminen saadaan tehtyä. Kaikki vaiheet ovat tärkeitä ja on tärkeää tunnistaa vaihe missä on menossa milloinkin. (Ranta 2005, 18–19.) Laadukkaiden ja yhdenvertaisten palveluiden saatavuus varmistetaan muodostamalla riittävän suuret, toiminnalliset ja eheät sote-alueet. Laajoilla palvelukokonaisuuksilla varmistetaan riittävä ammattitaito, henkilöstö, rahoitus ja muut voimavarat. Sote-alueen vastuulla on perus- ja erityistason palveluiden järjestäminen alueellaan, hyvinvoinnin- ja terveyden edistäminen ja alueellinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen ja tutkimustoiminta. (Risikko 2009.)

2.4.3 Kajaanin pääterveysaseman vastaanottotyön kehittämissuunnitelma

Kajaanin pääterveysasemalle valmistui kehittämissuunnitelma vuonna 2009. Tarve työnkuvan kehittämiseksi tuli muuttuneista työolosuhteista vastaanotolla, joita olivat työn kuormittavuus, maakuntahallintokokeilu, hoitotakuu, lääkärripula ja asiakasmäärän kasvu lähikunnista. Kehittämissuunnitelman tarkoituksena oli auttaa henkilökuntaa vastaanotolla kehittämään omaa työtään huomioiden samalla lakisääteiset sekä hoitotakuun tuomat velvoitteet, mitkä olivat haasteina kehitystyölle. Hoitotakuun myötä puhelinpäivystystä tehostettiin, jonka tarkoituksena oli saavutettavuuden parantaminen sekä puheluiden ohjautuminen oikeaan yksikköön.

Ongelmana pääterveysasemalla oli lääkäreiden vähentynyt määrä ja vaikka hoitajien määrää oli lisätty, niin samalla potilaiden määrä lisääntyi myös. Työkuvissa oli tehty tehtävänsiirtoja ammattiryhmältä toiselle. Nämä lisäsivät hoitajien kiirettä, yksin työskentelyä, lisää vastuuta asiakkaista, työ oli aika ajoin fyysisesti raskasta ja sitä tehtiin puutteellisissa tiloissa sekä -työvälineillä. myös työyhteisössä ja sen johtamisessa oli ongelmia ja tämä vaati uudistuksia työ- ja toimintatapoihin. (Korhonen 2009, 15, 42.)

Välitön tavoite oli etsiä henkilökunnan kanssa yhdessä työyhteisön tärkeimmät kehittämisen kohteet ja ratkaisut niihin. Pitkäaikavälin tavoitteena oli kehittää pääterveysaseman toimintaa kohti moniammatillista tiimityötä. Kehittämiskohteita henkilökunnan mielestä olivat potilasmäärien rajaaminen, työnkuvien uudelleen miettiminen, tiedottamissuunnitelman tekeminen

tiedonkulun parantamiseksi ja yhteisten ohjeiden tekeminen käypähoito-suosituksen mukaisesti. (emt., 45,48.)

Kehittämissuunnitelman toteutumisen jälkeen työyhteisön kuukausi palaverit ovat toteutuneet hyvin, tiedonkulku parani ja henkilöstön välinen vuorovaikutus lisääntyi. Keskustan ja Teppanan ajanvaraus on keskitetty yhteen toimistoon, missä potilaat asioivat päivystävän sairaanhoitajan kanssa, niin hoitotakuu toteutuu jo ensimmäisellä käynnillä. Puhelinajanvaraus siirtyi sairaanhoitajille ja kansanterveyshoitajille. Päivystävät sairaanhoitajat halusivat kiertävän työmalli, mihin kuuluu hoidon tarpeen arviointi, puhelinpäivystys, tarkkailu ja päivystävän sairaanhoitajan vastaanotto. Kiertävä työmalli tarkoittaa, että työntekijät työskentelevät yhdessä työpisteessä tietyn ajan, jonka jälkeen vaihtavat työpistettä. Kehittämissuunnitelman tekijällä heräsi mielenkiinto mahdolliseen jatkotutkimuksen tekemiseen tai teettämiseen, kuinka toiminta on muuttunut ja onko tapahtunut kehitystä.

2.5 Vastaanottotoimintaa ohjaavat lait ja hankkeet

Julkisen vallan tehtävänä on edistää ihmisten terveyttä, hyvinvointia ja toimeentuloa. Suurin osa sosiaali- ja terveyspalveluista on lakisääteisiä. Suomen kunnilla on vastuu terveyspalveluista ja kuntatason terveyspalveluista käytetään nimitystä perusterveydenhuolto. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 26.)

2.5.1 Sosiaali- ja terveyspalveluja ohjaava lainsäädäntö

Suomen perustuslaissa (731/1999) veloitetaan julkista valtaa edistämään kansalaisten hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon, hyvinvointiin ja oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Terveyspalvelulaissa(1326/2010) säädetään terveydenhuollonpalvelut. Lain tarkoituksena on edistää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta, kaventaa väestön terveyseroja, toteuttaa yhdenvertaisia palveluita, niiden saatavuutta, laa-

tua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa palveluiden asiakaskeskeisyyttä ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa toimijoiden yhteistyötä hyvinvoinnin edistämässä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.

Uuden terveydenhuoltolain(1.5.2011) mukaan kansalaisten valinnanvapaus lisääntyi hoitopaikan ja hoitohenkilöstönkin suhteen. Potilas tai asiakas voi valita itse terveydenhuollon toimintayksikön, missä häntä hoidetaan. Potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa korostetaan. Lain tavoitteena on asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen. Muutokset voivat vaikuttaa toimintaan kunnissa ja sairaanhoitopiireissä.(THL 2012.)

Kansanterveyslain(28.1.1972/66) mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoitoa. Yleinen ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä toimialueellaan. Kunta on velvoitettu järjestelemään kansanterveystyöstä alueellaan.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) varmistaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on ammatinsa edellyttämä koulutus, riittävä ammatillinen pätevyys ja he ovat saaneet ammatinharjoittamisoikeuden tai – luvan sekä heillä on oikeus käyttää ammattihenkilön nimikettä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) turvaa palveluiden käyttäjän asemaa. Potilaalla on oikeus hyvään kohteluun, terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hoitoon pääsyyn. Potilaalla on laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta tai muu vastaava suunnitelma, josta ilmenee hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Potilaalla on tiedon saanti oikeus omasta terveydentilastaan ja hoidoistaan. Itsemääräämisoikeutta on, että hoito toteutetaan yhteisymmärryksessä potilaan tai hänen omaisensa, läheisensä tai hänen laillisen edustajansa kanssa.

2.5.2 Perusterveydenhuollon kehittämishankkeita

Kainuun maakunnan hankkeita ohjasi laki Kainuun hallintakokeilusta (9.5.2003/343), lain tarkoituksena on kokemusten hankkiminen maakunnallisen itsehallinnon vahvistamisen vai-

katuksista Kainuun kehittämiseen sekä kunnallisten palvelujen järjestämiseen, kansalaisten osallistumiseen, kunnallishallintoon, valtion aluehallinnon toimintaan sekä maakunnan ja valtion keskushallinnon vuorovaikutukseen. Lain soveltaminen tapahtui Kainuun maakunnissa hallintokokeiluna Kajaanin ja Kuhmon kaupunkien sekä Hyrynsalmen, Paltamon, Puolangan, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussalmen kuntien alueella. (Laki Kainuun hallintokokeilusta 2003.)

Maakunnan on huolehdittava sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävistä ja toiminnan kehittämisestä. Laajat hankkeet toteutetaan projektimuotoisilla työskentelyllä ja niihin on saatavilla erilaisia rahoituksia. (Kaima.fi.) Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimialan kehittämisen yhtenä painopisteenä oli vuoden 2010 aikana perusterveydenhuollon kehittäminen. Valittuna viitekehiksenä oli Terveysyhtymämalli ja se on käynnistänyt useita kehittämishankkeita. (Tuura, Holappa, Huttunen & Pekkala 2011.) Uudessa kehittämishankkeessa lähdetään kehittämään terveysyhtymämallia, missä huomio kiinnittyy erityisesti asiakkaan erilaisiin tarpeisiin (Pekkala 2010).

Terveysyhtymämalli eli CCM (Chronic Care Model). Keskeisenä mallissa on asiakkaan hoidon hyvä suunnittelu ja oikea kohdentaminen sekä korostetaan uusien palvelumuotojen käyttöä ja tietojärjestelmän hyödyntämistä. Terveysyhtymämallin kehittämisen tavoitteena on, että kainuulainen potilas on tyytyväinen ja hoitoonsa sitoutunut ja hänellä on mahdollisuus vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Kun terveydenhuoltojärjestelmä on vähemmän kuormittunut ja toimii oikeaan aikaan sekä oikealla tavalla suhteessa potilaan tarpeeseen, ovat työntekijät tyytyväisiä ja kokevat onnistuneensa työssään. Kainuun perusterveydenhuollon kehittämisohjelman painopisteenä on henkilöstön osaaminen ja työnjako, asiakkaan itsehoidon vahvistamiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen asiakastyön kehittäminen. (Tuura ym. 2011,4.)

Yleislääketieteen professori Pekka Honkasen mielestä huolellinen hoitosuunnitelma auttaa myös ammattihenkilöstöä työnjaossa: ”kun suunnitelmassa on määritelty hoidon tavoitteet ja keinot, voidaan myös aiempaa paremmin sopia vastuut näiden toteutumiseksi. En pidä lainkaan vähäisempänä potilaan oman roolin kehittämistä hoidon suunnittelun ja toteutumisen

onnistumiseksi.” (Pekkala 2010.) Perusterveydenhuollon kehittämisohjelma koostuu useista eri hankkeista, jotka tukevat toistensa toimintaa:

PaKaste- hanke on Pohjois-suomen monialainen sosiaali- ja terveyspalveluiden hanke, missä kehitetään perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteistä työskentelyä, jonka kehiksenä on terveyshyötymalli. (emt.)

KYTKE-hanke on uusi kotona annettavaan hoitoon ja asiakkaan kytkemiseen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan palveluketjuun suunnattu hanke, millä vahvistetaan terveyshyötymallin kuuluvaa omahoitoa ja hankkeella on tarkoitus luoda Kainuuseen omaa hoitoa tukevat käytännöt ja kehittären teknologiaa. (emt.)

KAMUT- tutkimushanke on toiminut vuoden 2010 alusta, keräten aineistoa pitkäaikaissairauksien hoitomallitutkimuksista tutkimuspotilaiden hoidon suunnittelussa ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä. (Tuura ym. 2011, 4.)

RAMPE-hankkeella, joka loppui vuoden 2012 lopussa ja sen tarkoitus oli vahvistaa sairaanhoitajien vastaanottotoimintaa. Arja Muranen toimi hankkeen vetäjänä ja kuvasi toimintaa silloin: ”Tavoitteenamme on edelleen kehittää Kainuussa jo hyvin toimivaa sairaanhoitajien vastaanottoa. Valmistaudumme kehittämään hoitajien itsenäisempää työskentelyä laajentaen rajattuun lääkkeenmääräisoikeuteen” Hankkeen tarkoituksena oli myös kokeilla niin sanotun asiakasvastaavan roolia esimerkiksi osana kansanterveyshoitajan työtä. (emt.)

Hankkeen tavoitteena oli terveyshyötymallin mukainen, moniammatillisen työskentelytavan sisäistäminen ja käyttöönotto työyhteisöön, kohdistuen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoille ja yhteispäivvystyksiin.

Vastaanottotoimintaa pyritään kehittämään kokonaisvaltaisesti niin, että kehittämistyöhön osallistuvat koko työyhteisö mm. lääkäri, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat sekä terveyskeskusavustajat sekä alueen ammattikorkeakoulut ja yliopistot. Hoitajien vastaanottotoimintaa kehitetään työelämälähtöisesti ja tavoitteellisesti käyttären näyttöön perustuvaa tietoa, hyväksi havaittuja käytäntöjä ja verkostoitumalla muiden toimijoiden ja organisaation kanssa. Itsenäinen vastaanottotoiminta ja käytänteet vaativat hoitajilta lisäkoulutusta mm. lääkkeenmääräisoikeus. Tavoitteena onkin luoda tarvittavat rakenteet ja toimintamallit terveyskeskuksiin vaiheittain. (RAMPE-hanke 2010.)

Rohto-paja: Vuonna 2003 perustettu Lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto, aloitti Rohto -verkoston kehittämisen. Tehtävänä oli pyrkiä kehittämään terveyskeskusten koulutusta ja kehittämistoimintaa, yhdistämällä sairaanhoitopiirien voimavaroja ja edistää rationaalista lää-

kehoittoa. Tehtävänä oli myös hoitokäytäntöjen kehittäminen terveyskeskuksissa sekä hoitoketjuyhteistyön parantaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Rohto-aluevastaavat koordinoivat terveyskeskusten koulutus- ja kehittämistoimintaa sairaanhoitopiirinsä alueella. He vastaavat Rohto-pajojen järjestämisestä, joissa paikallisvastaavana toimii terveyskeskuksista tehtävään valitut ja valmenneet henkilöt. Rohto-pajoissa pyritään tunnistamaan oman työyhteisön käytännöllinen kehittämiskohde, mitä pyritään kehittämään suunnitelmallisesti. (Vainikainen 2005.)

Marraskuussa v. 2009 Rohto -verkosto siirtyi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alaisuuteen. Rohto-pajojen perustoiminta jatkuu edelleen eli pyritään kehittämään työtä ja toimintatapoja esimerkiksi tekemällä yhtenäisiä hoitokäytäntöjä Käypä hoito -suositusten pohjalta. Jatkossa Pajatoimintaan on tulossa työskentelymalli, missä useampi toimipaikka tekee yhteistyötä työn kehittämisessä, samalla oppien toisiltaan. Kirjaamiskäytäntöjä on tarkoitus parantaa, mitkä kohdistuvat lääkityksen ja jatkohoidon suunnitteluun. (THL 2009.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄT.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia aikaisemmin tehdystä kehittämissuunnitelmasta, sen toteutumisesta ja tuoda esiin hoitajien näkemyksiä sekä kokemuksia aiheesta niin, että tuloksia voidaan hyödyntää vastaanottotyön kehittämisessä.

Tavoitteena on koota tietoa ja uusia näkökantoja, kuinka vastaanottotyötä voidaan kehittää ja samalla varmistetaan hoitotyön laatu.

Tutkimustehtäviä ovat:

1. Kuinka toiminta on muuttunut kehittämissuunnitelman jälkeen?
2. Kuinka vastaanottotoimintaa voi kehittää sairaanhoitajien mielestä?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTONKERUU JA AINEISTONANALYYSI

Opinnäytetyössämme käytimme laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän metodeja. Kuten tutkimus yleensä on myös laadullinen tutkimus luonteeltaan etenevä tutkimus ja lähtökohtana on kuvata todellista elämää. Tutkimusraportissa yhdistyy aineiston kuvaus tieteelliseen kerrontaan, jossa tutkija osaa yhdistää kirjallisuuden omaan tekstiinsä. Koko tutkimusprosessin ajan on hyvä koota muistiin aineistoa, huomioita, kirjallisuuden herättämiä ajatuksia ja kysymyksiä. Nämä ovat hyvänä apuna tutkimuksen analysoinnissa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2006, 152, 247 – 249.) Laadullinen tutkimus voidaan jakaa kahteen vaiheeseen: ”havaintojen pelkistämiseen ja arvoituksen ratkaisemiseen” (Alasuutari 2011, 50). Willberg (2009) kuvaa laadullisen tutkimuksen kuvaavan ihmisten elämää, toimintaa, sosiaalista yhteisöä ja yksilöiden vuorovaikutusta. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään vastaamaan kysymyksiin: miksi jokin asia tapahtuu, mitä voimme siitä päätellä ja mitä se merkitsee.

4.1 Aineistonkeruumenetelmät

Hirsijärven ym.(2006, 170, 173) mukaan laadullisessa tutkimuksessa on ymmärrettävä mitä tutkitaan ja perehdyttävä aiheeseen. Millaista tietoa haetaan, keneltä ja mistä sitä etsitään määrittävät aineistonkeruumenetelmän. Haastattelu on aineistonkeruu menetelmänä joustava, siinä ollaan vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa ja haastattelutilanteessa tiedon hankintaa voidaan tarkentaa (Hirsijärvi & Hurme 2000. 34). Aineistona voi olla yhden henkilön tai useamman henkilön haastattelu. Aineistosta ei tehdä johtopäätöksiä yleistettävyyttä ajatellen, vaan yksityisessä toistuu yleinen ja tutkimalla yksityistä ilmiötä saadaan selville, mikä on merkittävää ja mikä toistuu useasti verrattaessa yleiseen tasoon (Hirsijärvi ym. 2006, 170). Eskola & Suoranta (2008, 85) kuvaavat haastattelun olevan keskustelua, mikä tapahtuu tutkijan aloitteesta ja on hänen ohjaamaansa. Haastattelutilanteeseen voi vaikuttaa molemmat osapuolet, heidän fyysiset, sosiaaliset ja vuorovaikutukseen liittyvät taidot.

Valitsimme yhdeksi aineistonkeruumenetelmäksi teemahaastattelun, josta käytetään nimitystä puolistrukturoitu haastattelu, mikä sijoittuu strukturoidun eli lomakehaastattelun ja avoimen

haastattelun väliin. (Hirsijärvi ym. 2010, 208; Hirsijärvi & Hurme 2000, 47). Teemahaastattelussa on oleellista haastattelun eteneminen tutkimukselle keskeisten teemojen avulla, eli aihepiiri on määritelty etukäteen, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Haastattelija ohjaa haastattelua ja hän pyrkii saamaan mahdollisimman luontevaa ja luotettavaa tietoa. (Hirsijärvi ym. 2006, 197; Eskola ym. 2008, 86.) Alasuutari (2011, 149 – 150) kuvaa, että haastateltava voi soveltaa vapaamuotoisen yksilöhaastattelutilanteeseen esimerkiksi terapiatilanteen mallia, missä haastateltava voi avautua luottamuksellisesti ja kuinka hän yksinään kokee asian.

Hirsijärven ym. (2006, 194 – 195) mukaan haastattelun hyvinä puolina ovat, että haastateltavat henkilöt saadaan hyvin mukaan ja heiltä voi saada jälkikäteenkin täydentäviä vastauksia. Huonoina asioina voitaneen pitää, että haastattelu vie aikaa ja haastattelun runko vaatii tarkkaa suunnittelua haastattelijalta. Haastateltavan vastaukset voivat olla epävarmoja, mitkä voivat johtua monista asioista, kuten esimerkiksi tilanteesta, ympäristöstä ja haastateltava voi kokea haastattelutilanteen uhkaavaksi ja epämiellyttäväksi.

Ryhmähaastattelua pidetään tehokkaana, koska siinä saadaan tietoa useammalta yhtä aikaa (Hirsijärvi 2006, 199). Eskola ym. (2008, 94) mukaan ryhmähaastattelua on, kun paikalla on useampi haastateltava ja sitä voi käyttää yksilöhaastattelun ohessa, kun vastaajat haastatellaan ensin yksin ja sitten lopulta kaikki yhdessä.

Toiseksi aineistonkeruumenetelmäksi valitsimme 6-3-5- menetelmän, joka on muunnelma Aivoriiehestä ja sen tarkoituksena on tuottaa paljon ideoita vähällä aikaa kuuden hengen ryhmässä. Menetelmän toteutus tapahtuu puolessa tunnissa, jossa tuotetaan ideoita yhteensä $6 \times 3 \times 5 = 108$ ideaa. Henkilöt ideoivat paperille vuorollaan kolme ratkaisua viiden minuutin aikana, paperi lähtee taas kiertämään toiselle ja sama toistuu kuusi kertaa. Ryhmän ohjaus on yksinkertaista, valvotaan ryhmän sääntöjen noudattamista ja esittää tarpeen mukaan kysymyksiä. Kaikkien osallistujien on noudatettava sääntöjä. Keskitytään tuottamaan ideoita ja ideoinnin aikana ei keskustella. Kaikenlaiset ideat ovat tervetulleita, yhdistellään ja parannelaan jo kirjoitettuja ideoita eteenpäin. (Hassinen 2008, 47, 50.)

4.2 Aineiston keruu

Haastattelimme marraskuussa 2012 vastaanoton kuudesta sairaanhoitajasta kahta, jotka ovat olleet töissä vastaanotolla ennen kehittämissuunnitelman toteutusta ja näin heillä on tietoa

muutoksista mitä kehittämissuunnitelma toi vastaanotolle. He vastasivat tutkimuskysymyseen, kuinka toiminta on muuttunut kehittämissuunnitelman jälkeen. Keräsimme aineistoa 6-3-5-menetelmällä toiseen tutkimuskysymykseemme, kuinka vastaanottotoimintaa voi kehittää sairaanhoitajien mielestä. Tarkoituksemme oli saada aineistoa kaikilta kuudelta vastaanotossa työskentelevältä sairaanhoitajalta, mutta paikalle heitä saapui viisi, joten aineistonkeruu muuttui 5-3-5 menetelmäksi.

Ennen aineiston keruuta esittelimme opinnäytesuunnitelman Kajaanin pääterveysaseman henkilöstön palaverissa vastaanotolla henkilöstölle: mitä ja miksi ollaan tekemässä, mikä on sen tarkoitus ja tavoite sekä kerromme tulevista tutkimusmenetelmistä sekä niiden tarkoituksesta tutkimuksessa. Teimme teemahaastattelunrunгон (LIITE 2) opinnäytetyömme tutkimuskysymyksestä ja sitä tarkentavista kysymyksistä, siten varmistimme validiteetin eli kyselyn on vastattava tutkimusongelmaamme ja siihen mitä halusimme saada selville. Laitoimme kyselykaavakkeen saatekirjeineen (LIITE 1) Kajaanin pääterveysasemalle hyvissä ajoin ennen teemahaastattelua sairaanhoitajille ja tiedotamme palaverissa vastaanoton sairaanhoitajia toisen tutkimusmenetelmän ajankohdasta. Aineiston keruuseen osallistuminen oli vapaaehtoista.

Teemahaastattelu tuntui luontevimmalta tavalta kerätä aineistoa vastaanoton sairaanhoitajilta tutkimustilanteeseen sopivalla tavalla sekä vastauksia oli helpompi tulkita, kuin esimerkiksi lomakehaastattelua. Teemahaastattelu oli tarkoitus toteuttaa yksilöhaastattelun muodossa, mutta työjärjestelyiden takia teimme sen molemmille hoitajille yhtä aikaa.

Haastattelussa käytimme apuna tekemäämme haastattelurunkoa, jonka kysymykset pohjautuvat valmiiseen teoreettiseen tietoon. Haastateltavat ovat etukäteen tutustuneet kysymyksiin ja saaneet jo pohtia asioita. Varasimme haastattelutilaksi mahdollisimman rauhallisen paikan työpaikalta, koska paikan tuttuus ja rauhallisuus edistävät vastausten luotettavuutta sekä sovimme ajan etukäteen haastattelun toteutukseen. Varasimme aikaa haastatteluun noin 60 minuuttia ja keskustelun nauhoittamiseen pyysimme luvan haastateltavilta.

Ennen haastattelun alkua kävimme yhdessä läpi teemahaastattelun kulun ja ajankäytön. Nauhoitimme haastattelun ja keskustelu sujui luontevasti. Tutkijoina vuorottelimme tarvittaessa

keskustelua, ettei tulisi päällekkäin puhumista ja molemmat saivat kertoa mielipiteensä, tämä selkeytti aineiston tulkintaa.

Valitsimme toiseksi tavaksi kerätä aineistoa 6-3-5 – menetelmän, koska se oli menetelmänä meille tutkijoille vieras. Menetelmä oli mielenkiintoinen toteuttaa ryhmälle sekä tulkita sen lopputulosta. Saimme paljon uusia ideoita nopeasti sekä jokainen osallistuja voi vaikuttaa omalla ideoinnillaan lopputulokseen. Menetelmän toteutus kesti ajallisesti noin puoli tuntia ja tarkoitus oli tehdä se kaikille (n=6) vastaanoton sairaanhoitajille, mutta paikalle saapui vain viisi hoitajaa.

Ensin kerroimme menetelmän vaiheet osallistujille, kuinka toimitaan ja mitkä ovat keskeiset pelisäännöt. (LIITE 3). Seuraavaksi määrittelimme tutkimustehtävän. Ideointivaiheessa osallistujat kirjoittivat kolme kehittämisideaa viidessä minuutissa, jonka jälkeen siirsivät paperin vasemmalla puolella olevalle henkilölle, jotka jatko kehittivät ideoita. Kunnes jokainen sai aloittamansa paperin eteensä ja saivat tarkastella ideoita rauhassa. Ryhmäläiset vuorotellen kertoivat mielestään parhaasta ideasta ja ideoinnit herättivät runsaasti keskustelua ryhmäläisten kesken.

4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Käsittelimme teemahaastattelusta ja 6-3-5- menetelmästä saamamme aineiston sisällönanalyysi menetelmää käyttäen sekä lisää tietoa saimme palaverien ja havainnoinnin pohjalta.

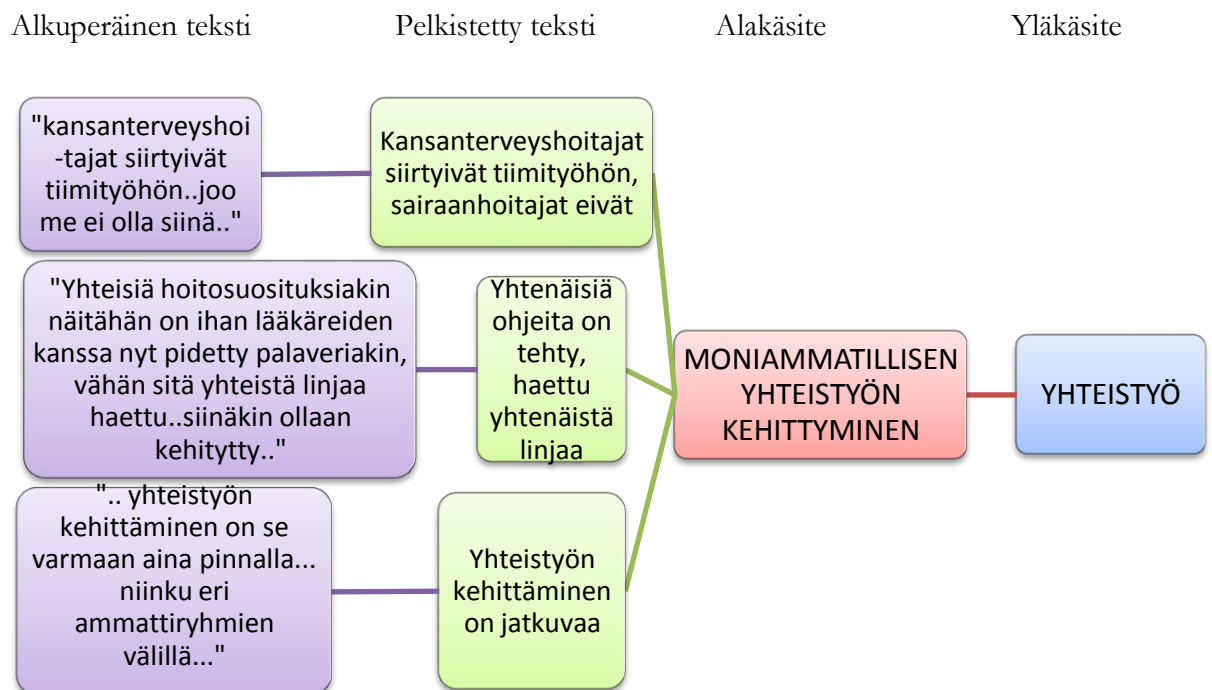
Aineiston analysointi on tärkeä vaihe, koska siinä selviää vastaukset tutkijan kysymyksiin. (Hirsijärvi 2006, 209). Analyysissä tutkitaan aineiston sisältöä, pyrkien ymmärtämään ilmiön asiayhteys ja varmistetaan tutkimuksen luotettavuus. Ennen analyysin toteutusta on aina varmistettava tutkimuksen tavoite ja tarkoitus. (Opinnäytetyöpakki.) Ensimmäisenä vaiheena on aineiston järjestäminen, sitten tarvittaessa tietojen täydentäminen ja viimeisenä aineisto järjestetään tallennusta sekä analyysia varten (Hirsijärvi 2006, 209–210).

Aineiston analyysin aloitimme pian aineiston keruun jälkeen, mikä helpotti työskentelyämme, kun asiat olivat tuoreessa muistissamme. Aloitimme teemahaastattelun aineiston käsittelystä. Ensin järjestimme aineiston, minkä aloitimme tietojen tarkistamisella ja onko kaikki tarvittava tieto saatu kokoon ja onko virheitä. Tietoja täydensimme myöhemmin ottamalla yhteyttä

haastateltaviin. Kirjoitimme nauhoitukset sanasta sanaan ylös paperille eli litteroimme tekstin.

Analyysivaiheen aloitimme tutustumalla aineistoon, lukemalla litteroitua tekstiä useaan kertaan läpi, siten saimme ymmärrystä aineiston sisältöön ja löysimme aineistosta tutkimuksemme kannalta tärkeää tietoa. Etsimme aineistoista asioita, jotka nousivat suurimpina aihekokonaisuuksina esille ja ne käsitteellistettiin ja yhdistettiin teorioihin.

Seuraavassa vaiheessa aloitimme aineiston koodauksen värien avulla. Lähestyimme aineistoa deduktiivisesti eli käytimme koodaamisessa apuna teemahaastattelun teemoja. Kokosimme teemoittain yhteen taulukkoon ja teimme käsitekartan eli käytimme kaavioita apuna helpottamaan analyysin muodostumista. (Kaavio 1) Käytimme valikoivaa koodausta lause lauseelta ja se tuotti tietoa valituille teemoille ja tavoitteenamme oli saada vastaukset tutkimustehtäviimme.



Kaavio 1 esimerkki aineiston analyysistä

Alasuutarin (2011, 40) mukaan aineistoa tarkastellaan aina tietystä teoreettisesta näkökulmasta ja tarkastellaan vain sitä mikä on oleellista viitekehyksen ja kysymyksen kannalta. Pelkistäminen oli tehtävä varoen, ettei asiasisältö muutu. (Taulukko 1) Koodauksella saamat alkuperä-

räiset ilmaisut pelkistimme ja muodostimme niistä alakäsitteitä sekä viimeisenä muodostui yläkäsite, mitkä vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Tulkitsimme ja pohdimme analyysimme tuloksia ja teimme niistä omia johtopäätöksiä. Kävimme tulokset yhdessä läpi ja kokosimme ne lopussa yhteen, käyttäen apuna näyttöön perustuvaa tietoa ja omaa havainnointia.

Taulukko 1 esimerkki aineiston pelkistämisestä:

SUORA LAINAUS IDEOINNISTA	PELKISTETTY ILMAISU
”...velvollisuus olisi osallistua koulutuksiin, joista sovittu...	Velvollisuus osallistua sovittuihin koulutuksiin
”...ATK-tilastointi minimiin, koska paperityöt vievät liikaa aikaa.”	ATK-tilastointi vie aikaa

6-3-5 Ideoinnin analyysi toteutettiin myös sisällönanalyysillä. Ryhmäläiset olivat kirjanneet ideat paperille ja tuloksena syntyi yhteensä 73 ideaa vastaanoton toiminnan kehittämiseksi. Seuraavassa vaiheessa luimme ideat tarkkaan ja kokosimme alkuperäiset ilmaisut vastaamaan asettamaamme kysymykseen. Analyysi eteni samalla tavalla, kuin teemahaastattelun analyysi.

Aineiston koko muodostui teemahaastattelun litteroidusta tekstistä, jota tuli 14 sivua, fonttikoolla 11, rivivälillä 1,5 ja teksti tasattuna molempiin reunoihin. 5-3-5 – menetelmästä syntyi 73 ideaa, jotka kirjoitettuna Wordin tekstinkäsittelyohjelmalla fonttikoolla 11 sekä rivivälillä 1,5 tuottivat 3 sivua aineistoa. Aineiston koko sivuina oli 17 sivua.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset pitää selittää ja tulkita lukijalle sekä pyrittävä vastaamaan kysymyksiin ja mitkä ovat olennaisia vastauksia tutkimuskysymyksiin (Hirsijärvi ym. 2006, 213 – 214). Tässä luvussa käsittelemme teemahaastattelun ja 6 – 3 – 5 Ideoinnin tuloksia. Analysoimme aineiston induktiivisella eli laadullisella sisällönanalyysilla. Opinnäytetyömme tutkimustehtävät ohjasivat tulosten analysointia, joita olivat kuinka toiminta on muuttunut kehittämissuunnitelman jälkeen ja kuinka vastaanottotoimintaa voi kehittää sairaanhoitajien mielestä vastaanotolla. Olemme liittäneet opinnäytetyömme tutkimusten tuloksiin suoria otteita haastatteluisista, mitkä selkeyttävät tulosten ymmärrettävyyttä..

5.1 Työnorganisoinnin ja yhteistyön muutokset

Tutkimustuloksista nousivat tutkimustuloksista selkeimmin esille työnorganisoinnin ja yhteistyön muutokset. Työn muutokset on koettu pääsääntöisesti hyvinä ja työn joustavuus on lisääntynyt. Tarkastelemme tässä luvussa vastaanoton toimintaa tänä päivänä ja mitä muutoksia siellä on tapahtunut (LIITE 4).

Vastaanotolla työskentelee kuusi sairaanhoitajaa, kymmenen kansanterveyshoitajaa, joista yksi toimii apulaisosastonhoitajana 60 prosenttia työajastaan. Lääkärin vakansseja on 10, joista yhdeksän on täytetty ja näistä yksi on geriatri. Osastoavustajia on kolme, jotka työskentelevät potilastoimistossa ja lisäksi yksi tekstinkäsittelijä. Sairaanhoitajilla on kiertävä toimenkuva, missä työpiste vaihtuu päivittäin. Kansanterveyshoitajien ja lääkäreiden työpari työskentelyä on aloitettu keväällä 2012, mutta toiminta ei vielä täysin toteudu. Lääkärit vuorottelevat päivittäin päivystävän ja tarkkailun lääkärin tehtäviä, kun muut lääkärit pitävät normaalia ajanvaraus vastaanottotoimintaa.

Työnorganisoinnin muutokset nousivat tutkimustuloksista selkeimmin esille. Triagen käytön aloitus ja hoidon tarpeen arviointi on lisännyt työn joustavuutta ja sairaanhoitaja voi vaikuttaa omaan työhönsä esimerkiksi potilasvirtojen ohjautuminen oikeaan paikkaan. Triage on käytössä vastaanotolla, mutta luokitukset vielä kesken. Triage – luokituksia on päivitetty

kolmen hengen työryhmässä, mukana oli ollut päivystyksestä yksi sairaanhoitaja ja vastaanoton kaksi sairaanhoitajaa. Asian eteneminen jäänyt kesken ja odottaa Rampe-hankkeen tuomia muutoksia.

... Triagessa hyvää...voit itse vaikuttaa potilasvirtaankin mihin se kulkeutuu....

Toimintamallien muutokset ja potilasmäärän lisääntyminen sairaanhoitajan vastaanotolla aiheuttivat alkuun työmäärän kasvua, joita olivat puhelinliikenne, ajanvaraus ja hoidon tarpeen arviointi.

...Aluksi kieltämättä tuntuu hirveen kuormittavalta...potilasvirran kääntyi meille...

Sairaanhoitajat kokivat työnkuvan muutokset hyvinä ja puhelin vastaajapalvelu Teleq helpottaa työtä ja sen käyttö on helppoa.

...Sallii työrauhan, kun se puhelin ei soi siinä pöydällä...

Vaihtelua vastaanottotyöhön tuo kiertävä toimenkuva, missä työpiste vaihtuu päivittäin. Triagessa on kaksi hoitajaa, puhelimesta kaksi, päivystävä hoitaja ja tarkkailunhoitaja. Työnkuvaan on lisätty toimenpidehoitajan tehtävät eli lääkärin avustaminen toimenpiteissä, missä osastoavustajat ovat toimineet aikaisemmin. Toimenpidehoitajan tehtävät jaetaan työvuoron alussa, nämä tehtävät koetaan tuovan vaihtelua.

...Ennen osastoavustajat olivat toimenpidehoitajina..nykyisin päivystävähoitaja seisoo siinä...helppoja päiviä...

Hoidon kiireellisyyden arviointi ei onnistu täydellisesti, on paljon puolikiireellisiä aikoja. Vastaanotolla ei voi olla niin tarkkaa seulaa, kuin sairaalan päivystyksessä ja kiireellisimmät menevät ambulanssilla suoraan sairaalaan. Yhtenäisenä käytäntönä vastaanotolla on, että aina kiireellinen tapaus ohittaa jonon

..jos meilläkin tulee joku, on vaikka väärään kurkkuun vetänyt, se menee jonon ohii..

Vastaanotolle töihin tulevalta sairaanhoitajalta vaaditaan kolmen vuoden työkokemus. Hoitajalla pitää olla myös tuntemusta asiakkaan kokonaisvaltaisesta hoitamisesta, hallita asiakkuusosaaminen ja päätöksenteko osaaminen sekä osattava keskittyä olennaisiin asioihin ja tekemään nopeitakin päätöksiä työssään. Triage-koulutus ja asiantuntijahoitajan koulutus sekä hoitajan elämäkokemus koetaan tärkeinä. Päätöksenteko osaamisessa ja hoidon tarpeen

arvioinnissa on havaittu yksilöllisiä eroja, mitkä vaativat hoitajilta yhteisten käytänteiden käyttämistä ja ammatillista kehittymistä vastaanotolla.

...Tuntumaa, mitä on äkillisesti sairastunu ihminen tai sairastumassa oleva..

...Työkokemukseen, yksi mikä on kans iso asia on elämäkokemus..

Yhteistyöhön on tullut muutoksia lisäämällä yhteisiä palaverieja lääkäreiden kanssa, tehden yhteisiä toiminta-ohjeita vastaanotolle. Kansanterveyshoitajat tekevät työparina työtä lääkäreiden kanssa, mutta sairaanhoitajat eivät tee. Sairaanhoitajat kokevat, ettei työpari työskenteleyn ole riittävästi tiloja, lääkäreitä sekä tietoa asiasta.

...Joo me ei olla siinä..olikohan se ne työtilat ja kaikilla alueilla ei ole lääkäreitäkään..mitenkähän se käytännössä järjestetään..onko sitä saatettu käytännön tasolle...

Yhteistyön kehittäminen koetaan keskeisenä asiana, joita ovat hyvät vuorovaikutustaidot ja työkäytännöt vastaanotolla. Yhteistyö ja tiedonkulku muiden toimijoiden kanssa vastaanotolla toimivat vaihtelevasti ja ilmapiiri on avoin.

...Toimii ja ei toimi, joskus toimii paremmin...jokainen pystyy puhumaan....

Sairaanhoitajien mielestä moniammatillista yhteistyötä tulee kehittää sekä tiedottamista on hyvä parantaa. Tieto kulkee päivystävien sairaanhoitajien ja kansanterveyshoitajien välillä yleisistä asioista palaverimuistioiden avulla. Tiedon jakaminen koulutuksista ei aina onnistu, koska palaveriajat ovat lyhyitä ja sairaanhoitajat eivät pääse palaverieihin säännöllisesti. Sairaanhoitajien mielestä omien palaverien pitäminen säännöllisesti ei onnistu, mutta yhteiset palaverit koko henkilöstön kesken pidetään kerran kuukaudessa.

.....Palaveriajat aika lyhyitä, isompi asia..joku toiminnallinen asia..saatetaan kaikkien tietoon..

Sairaanhoitajat kokevat, että palautteen saaminen toisilta työntekijöiltä ja asiakkailta on vähäistä. Palautetta tulee harvoin, kun asiakas ei saa aikaa vastaanotolle tai kiitoksen hyvin tehdystä työstä. Sairaanhoitajat kokevat hyvänä palautteena, kun ei ole kirjoitettu mitään lehdissä.

...Palautetta ei tuu..joskus se tekisi hyvää, jos joku sanoisi, että hoijitpa hyvin tuon..

Koulutuksen tarve on jatkuvaa. Vastaanotolla on ollut Triage - koulutuksia ja lääkäreiden luentoja eri aiheista. Sairaanhoidajat kokevat, etteivät pääse koulutuksiin pienen henkilöstömäärän takia, mutta ATK – koulutuksiin ovat kaikki päässeet ja tarvittaessa saa apua ATK-tuelta. Hoidotakuu ja tilastointi merkinnöissä on koettu olevan puutteita, mitkä voivat johtua käsityseroista sekä työskentelytavoista.

...niitä triage-koulutuksia..niitä ja lääkärin luentoja..eri aiheista..ongelma, ku niihin ei ole pääs- sy, ei ole henkilökuntaa...

...on pääsyy ja ..soittaa atk-ihmisille, mä uskon että ne tulloo..kattoo tai puhelimesa neuvo...

Haasteita vastaanottotyöhön tuo resurssien vähyys, koska henkilökuntaa on vähän suhteessa potilasmäärään. Tehtävänsiirrot työllistävät lisää esimerkiksi kansanterveyshoitajille on tullut sairaalasta paljon tehtävänsiirtoja, joita ovat vuosikontrollit pitkäaikaissairaille, CPAP-hoidot ja yksi tekee korvaushoitoja päihdehuollon asiakkaalle. Potilasohjaus puhelimesa ja vastaanotollakin koetaan haasteelliseksi sekä jatkuvasti muuttuva ATK-järjestelmä vie paljon aikaa potilaan hoidosta. Oheispalveluiden siirtyminen muualle, joita ovat röntgen, laboratorio ja siirtyminen tulevaisuudessa uusiin tiloihin yhteen erikoissairaanhoidon kanssa mietityttävät.

”Oheispalveluiden loppuminen..röntgen, laboratorio..ei enää niitä samassa talossa”

Sairaanhoidajien mielestä jatkuvasti muuttuvat tilanteet ja kehittäminen voivat väsyttää, siksi olisi tärkeää muistaa työhyvinvointi työpaikalla. Kehittämisen koetaan onnistuvan vastaanotolla jossakin yksittäisessä asiassa, mutta isompien asioiden kehittäminen kaatuu yleensä resurssien puutteeseen, joita ovat raha, tilat ja luvat.

”Ne voi olla niitä ruohonjuuritason oppeja, mitä täällä pystyy lissää oppimaan ja kehittämään”

Vastaanoton kehittämishankkeista ja niiden tarkoituksesta sairaanhoitajilla on jotain tietoa. Rohto- pajassa on mukana yksi sairaanhoitaja ja lääkäri, sitä kautta odotellaan uusia kehittämisideoita vastaanoton toimintaan. Rampe- hanke oli tutuin, minkä puitteissa Triage – luokitusta oli päivitetty. Muista hankkeista oli vähemmän tietoa. Sairaanhoidajien mielestä hankkeita on paljon, mutta niistä ei juuri kuule mitään ja ei aina tiedosteta ovatko ne toiminnassa. Oma osallistuminen kehittämiseen koetaan epävarmaksi. Uuden sairaalan tulo luo epävarmuutta kehittämiseen ja ajatuksena on tullut kannattako täällä nykyisessä paikassa enää kehittää.

...Paljon on hankkeita, mutta niistä ei kyllä kuule mitään tai sitten me ei ymmärretä, että ne on jotenkin toiminnassa”...

...Ei siinä niin vain..mä ruppempa kehittämään.. ...Niin ei täällä kannata..ei siinä ois mitään järkeä...

5.2 Vastaanottotoiminnan kehittäminen

Tammikuussa toteutetun 5-3-5 ideoinnin tuloksena saimme 73 ideaa vastaanoton toiminnan kehittamisestä. Ideoinnissa sai antaa ajatuksen lentää vapaasti, miettimättä sitä onko resursseja toteuttaa sitä. Näistä ideoista muodostimme alakäsitteen kautta neljä yläkäsitettä joita olivat johdon toiminta, yhteistyö, työn organisointi ja ammatillisuus (Kaavio 2). Nämä yläkäsitteet vastaavat kysymykseen, kuinka vastaanoton työtä voidaan kehittää. Suurin osa ideoista sijoittui johdon toiminnan alle ja toiseksi eniten ideoita tuli yhteistyöhön liittyen.



Kaavio 2 Esimerkki yhden yläkäsitteen muodostumisesta.

5.2.1 Johdon toiminta

Suurin osa ideoista koski resurssien lisäämistä, joita olivat henkilökunnan ja varsinkin lääkäreiden sekä lääkäriaikojen puute. Kiireettömiä aikoja tarvitaan lisää, mikä vähentäisi turhia yhteydenottoja, puhelin ”rumbaa” ja päivystysaikoja jäisi akuutista vaivasta kärsiville. Hoitajien mielestä näin kiire puolittuisi kaikilta. Erikoislääkäreiden vastaanoton järjestäminen terveyskeskuksessa esimerkiksi kerran kuukaudessa kävisi lastenlääkäri, urologi ja samalla tulisi terveyskeskuksen lääkäreille konsultaatio mahdollisuus. Muita ideoita oli mm. lisää jatkohoitopaikkoja ja kansanterveyshoitaja joka olisi esimerkiksi korvahuuhteluhoitaja.

Työvuorojen ja ajankäytön suunnitteluun tuli ideoita esimerkiksi työvuoro alkaisi klo 7.45, jolloin aamuraportointi, päivän työn suunnittelu ehdittäisiin tehdä ja näin ollaan asiakkaiden vastaanottoon valmiimpia. Palavereja kaivataan lisää, koska aamulla joudutaan käymään päivän asiat kiireellä läpi. Joissakin ideoissa oli pohdittu asiaa eteenpäin, koska työaika loppuu klo 16.00 ja tulee ylitöitä, kuinka yli menevä aika otetaan pois, olisiko aikainen vuoro kaikilla vai osalla hoitajia. Nykyinen aamuvuoro on koettu hyväksi, jolloin vuoro alkaa 7.45 yhdellä hoitajalla, joka käy avaamassa tietokoneet valmiiksi ja tämä jouduttaa töiden alkamista. Töiden järkiperaistaminen näkyi ideoissa esimerkiksi lääkäreille reseptien uusinta iltapäivälle, tarkkailupotilaiden seuranta-aika lyhyemmäksi ja koulutukseen pääsyn mahdollistaminen työvuorosuunnittelulla hyvissä ajoin.

Terveyskeskuksen imagoa käytiin ideoissa läpi. Positiivinen imago ja työn mielekkyyden lisääminen sekä markkinointi, saataisiinko näin lääkäreitä lisää. Terveysaseman päivystävän sairaanhoitajan työnkuvan informointia mm. päivystyspoliklinikan hoitajille ja kouluterveydenhoitajille sekä esimiehen työskentelyä toivottiin näkyvämmäksi ja paremmaksi.

5.2.2 Yhteistyö

Yhteistyön kehittämistä pohdittiin useammassa ideassa. Tiimityö, jossa tiimiin kuuluisi kaksi kansanterveyshoitajaa, kaksi päivystävää sairaanhoitajaa sekä yhdestä kahteen lääkäriä ja tiimeillä olisi aluejako. Tässä edellä mainitussa muodossa tiimi ei olisi niin haavoittuva työntekijöiden mahdollisten poissaolojen vuoksi. Tiimityön toteutus päivystystyössä herätti epäilystä ja tulevaisuudessa ”isolla mäellä” ei ehkä toteudu kyseessä olevilla työpareilla. Lääkäreille

ehdotettiin omaa kisälli – noviisi työparimallia. Yhteistyö tulisi saada joustavammaksi eri organisaatioiden välillä eli asiakkaiden pompottelu luukulta toiselle pois ja ajatus yhteisistä potilaista tulisi ottaa käyttöön.

Yhtenäisiin käytäntöihin liittyen, tuli ideoita mm. atk-tilastoinnista yhteiset sovitut kirjaukset ja tilastointia haluttiin minimiin, koska paperityö vie aikaa. Sovituista asioista ja tehtävistä on pidettävä kiinni esimerkiksi kansanterveyshoitajille haavanhoidot, päivystävän sairaanhoitajan listoille ei laiteta selvästi lääkärin arviota vaativia potilaita ja triagessa sekä puhelimesta tapahtunut asiakkaan yhteydenotto ja hoidon tarpeen arvioinnin teko kirjataan aina potilasasiakirjoihin. Yhteisiä pelisääntöjä esimerkiksi yhteisiä koulutuksia koko henkilöstölle käypä hoito suosituksista ja hyvänä ideana ehdotettiin käypä hoito -suositusten läpi käyntiä pajapäivillä.

Tiedon kulun parantamiseksi ehdotettiin tiedottamisen sekä palavereiden lisäämistä. Tärkeäksi koettiin palaverien mahdollistamista päivystäville sairaanhoitajille, koska asioita joudutaan usein puimaan aamulla ennen klo 8. Pidetyistä palavereista ja koulutuksista tulisi kaikkien saada informaatiota tehdyistä päätöksistä esimerkiksi muistioiden, jotka laitetaan jakoon sähköpostitse toisille. Osastonhoitajan odotettiin vastaavan napakammin tiedotuksesta. Tehdään asioista rohkeasti päätöksiä, näin samojen asioiden turha vatvominen jää pois.

5.2.3 Työn organisointi

Työn jako ja tehtäväkuvat nousivat selkeästi työn organisoinnissa esille. Kansanterveyshoitajille tulisi olla omapuhelin yhteys kiireettömiin ajanvarauksiin sekä oma TeleQ -puhelinvastaajapalvelu, nämä tulivat useammassa ideassa esille. Tehtäväkuvien selkeyttämistä kaivattiin muutamissa ideoissa. Päivystävä sairaanhoitaja olisi vain päivystystyötä varten, JA kansanterveyshoitajille tulisi muut asiakkaat sekä olisi kansanterveyshoitaja, joka olisi esimerkiksi korvahuuhteluhoitaja.

Työn organisointiin katsoimme kuuluvaksi työtilojen järjestelyn ja tähän tuli idea, jolle kaikki hoitajat antoivat kannatuksensa eli tarkkailu- ja päivystävän lääkärin huoneen tulisi sijaita lähellä tarkkailua, näin kulkumatkat huoneiden välillä lyhenee.

5.2.4 Ammatillinen kehittyminen

Yhteisiä koulutuksia päivystäville sairaanhoitajille, kansanterveyshoitajille ja lääkäreille ehdotettiin esimerkiksi käypä hoito suosituksista. Triage koulutusta tarvittaisiin lisää ja koulutuksiin tulisi myös mahdollistaa pääsy kaikille päivystäville sairaanhoitajille. Sovittuihin koulutuksiin olisi velvollisuus osallistua.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUSTULOKSISTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata Kajaanin pääterveysaseman vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia vuonna 2009 laaditun vastaanottotoiminnan kehittämissuunnitelman toteutumisesta, vastaanottotyön muuttumisesta ja mahdollisista uusista vastaanottotyön kehittämistarpeista. Tarkastelemme aineistosta nousseita tuloksia ja vastaanoton toimintaa tänä päivänä.

Vuonna 2009 laaditussa kehittämissuunnitelmassa henkilökunnan mielestä tärkeimpiä kehittämiskohteita oli potilasmäärien rajaaminen, toimintalinjojen luominen asian suhteen, työkuvien uudelleen luominen sekä tiedottamissuunnitelman ja yhteisten potilasohjeiden tekeminen. Vahvuudeksi nousi henkilökunta ja sen ammattitaito. Heikkouksia löytyi paljon, mutta eniten kritiikkiä keräsi vuorovaikutus johtoportaan kanssa.

Opinnäytetyömme tulosten tarkastelussa Kajaanin pääterveysaseman vastaanoton sairaanhoitajat kokivat eniten muutoksia vastaanoton työnorganisoinnissa ja yhteistyössä. Kehittämissideoista nousi selkeimmin esille johdon toiminta, mihin kuuluvat mm. resurssien puute, työvuorojen- ja ajankäytön suunnittelu ja terveyskeskuksen positiivisen imagon luominen. Yhteistyön kehittäminen nousi myös selkeästi kehittämissideoista esille, yhtenäisten käytäntöjen- ja toimintamallien kehittäminen sekä tiedonkulun parantaminen. Palautteen saaminen työstä koetaan tärkeänä työyhteisöltä, mitä tulee erittäin vähän.

Tänä päivänä potilasmäärien rajaaminen on mielestämme potilasvirran ohjaamista oikeaan paikkaan, siten vältetään asiakkaan ”pompottaminen” luukulta toiselle ja tässä hoitajat kokevat tapahtuneen kehitystä. Hoidon tarpeen arviointi ja puhelinvastaajapalvelu TeleQ tuovat työhön sujuvuutta ja joustavuutta. Alkuun koettiin työ kuormittavaksi, koska työmäärä kasvoi potilasvirran suuntautuessa pääasiassa sairaanhoitajille. Päätöksenteko osaaminen ja hoidon tarpeen arviointi on vahvistunut sekä samalla helpottanut hoitajien työnkuormitusta vastaanotolla tänä päivänä, koska työhön on tullut kokemusta ja rutiinia. Työn sujuvuutta ja hoitotyön laatua saadaan paremmaksi työvuorojen hyvällä suunnittelulla, yhtenäisten toimintamallien ja henkilöstö resurssien oikealla kohdentamisella. Myös Lonkila (2006) toteaa hoi-

totyön laadun näkyvän asiakaslähtöisenä toimintana, henkilökunnan osaamisena ja prosessin toimivuutena sekä tuottavuutena.

Uusien toimintalinjojen ja toimintamallien luominen on vielä kehityksen alla. Triage-luokitus on käytössä, mutta ei virallisesti. Triage-luokitusta oli aikaisemmin päivitetty kolmen hengen työryhmässä, jossa oli mukana päivystyspoliklinikalta yksi sairaanhoitaja ja terveysaseman vastaanotolta kaksi sairaanhoitajaa. Lääkärien kanssa on käyty yhdessä läpi käypähoito suosituksien pohjalta yhteistä ohjeistusta, missä koetaan olevan kehitystä parempaan. Vastaanotolla koettiin, että ei saada tietoa eri hankkeista riittävästi. Odotukset Rohto-paja toimintaan ovat korkealla, sitä kautta tuodaan uusia ideoita työhön. Rohto-paja toiminnassa on mukana vastaanotolta yksi sairaanhoitaja ja lääkäri. Rohto-pajassa pyritään tunnistamaan oman työyhteisön käytännöllinen kehittämiskohde, mitä pyritään kehittämään suunnitelmallisesti (Vainikainen 2005). Jatkossa olisi hyvä lisätä tiedonkulkua eri hankkeista, kuinka ne vaikuttavat ja toimivat työyhteisössä sekä yhtenäisten toimintalinjojen ja toimintatapojen kehittäminen.

Kansanterveyshoitajat ja lääkärit alkoivat toteuttaa työparimallia keväällä 2012, mikä on vielä kehityksen alla. Vastaanoton sairaanhoitajilla on käytössä tänä päivänäkin kiertävä työmalli, missä työpiste vaihtuu päivittäin. Sairaanhoitajat kokevat työmallin hyväksi ja eivät koe tarvetta muutokseen siinä, mutta kehittämisideoista nousi tiimityömalli eräänä mahdollisuutena kehittää vastaanottotyötä tulevaisuudessa. Lääperi (2008, 30 – 31) kuvaa tiimityön sopivan terveyskeskukseen, mutta henkilöresurssien vähyys häiritsee tiimityön sujuvuutta. Henkilöstöresurssien lisääminen voisi mahdollistaa erilaisten työmallien kehittämistä ja Tehyn (2011) artikkelissa Hankonen kuvaa palveluiden laadun varmistamisen tarvitsevan henkilöstön mitoitusta varten normit, missä määritellään henkilöstön määrä ja vaadittava koulutus.

Muutoksen myötä tehtäväkuvan siirtoja on tullut terveyskeskusavustajilta sairaanhoitajille. Toimenpidehoitajan tehtävät ja ajanvaraus niiltä osin, missä tehdään hoidon tarpeen arviointi. Tiedonkulku ja tiedottaminen ovat parantuneet yhteisten kuukausi palaverien myötä, mutta sairaanhoitajien palaverien toteutuminen on ollut ongelmallista. Tulevaisuudessa olisi tärkeä mahdollistaa työaika-suunnittelulla sairaanhoitajien palaverien pito ja näin yhteiset asiat saadaan käsiteltyä. Ranta (2005, 82) toteaa, että johdon sitoutuminen kehittämiseen vaikuttaa lopputulokseen ja henkilöstön ilmapiiri kehittämisen nopeuteen ja syvyyteen.

Sairaanhoitajien ammattitaito on kehittynyt ja työkokemus lisääntynyt. Henkilöstön vaihtuvuus on vähäisempää, kuin kehittämissuunnitelman laatimisaikaan ja kaikilla hoitajilla on koulutusta Triagesta, tietotekniikasta ja parin viimeisen vuoden aikana kaikki hoitajat ovat

suorittaneet vastaanottotyön erikoistumisopinnot. Kajaanissa on AIKOPA eli aikuis- ja täydennyskoulutuspalvelut, joka järjestää koulutusta Asiantuntija vastaanottotoiminnassa nimellä ammatillisia erikoistumisopintoja (Kajaanin aikuis- ja täydennyskoulutuspalvelut 2012). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (28.6.1994/559) edellyttää, että kaikilla ammattihenkilöillä on ammattinsa edellyttämä koulutus.

Sairaanhoitajat kokevat työn liiallisen muuttumisen ja kehittämisen aiheuttavan henkilöstön väsymistä sekä sitä kautta vaikuttaa heidän työhön ja työohinvointiin. Kvist (2005, 51 – 52) kuvaakin hoidon laadun edistäviksi tekijöiksi työntekijöiden henkilökohtaiset voimavarat ja tyytyväinen henkilökunta takaa hyvän hoidon laadun. Oheispalveluiden siirtyminen muualle ja mitä tulevaisuuden muutokset Kainuussa tuovat tullessaan. Epävarmuus tulevaisuudesta ja kuinka työ muuttuu vähentävät työntekijöiden motivaatiota työn kehittämisestä tänä päivänä. Rannan (2005, 9) mukaan työntekijän motivaatio säilyy parhaiten, jos he saavat tukea kasvuunsa ja kehitykseensä. Säännöllistä koulutusta kaivataan tukemaan ammatillista kehittymistä.

Peltosen (2009) tutkimustulokset tukevat saamiamme tuloksia, vastaanottotoiminnan edelleen kehittämisessä on toiminnan tehokkaampi suunnittelu tärkeää. Tarvitaan yhtenäinen tilastointi järjestelmä, henkilöstö kohdennetaan vastaanottotoimintaan ja heidän ennakoiva tarve huomioidaan. Työnjaon käsite on moniulotteinen ja määrittely yksiselitteisesti on mahdotonta, siihen vaikuttaa henkilöstön osaaminen, työn kohde ja tehtävä työ. Henkilöstön lisäkoulutus mahdollistaa ammattiryhmien työnjaon ja tukee uusia toimintatapoja.

Tutkimustulokset vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Yläkäsitteiksi muodostui molemmissa työnorganisointi, yhteistyö, ammatillinen kehittyminen ja johdon toiminta. Muutoksissa nousi erityisesti esille työnorganisointi ja kehittämistarpeista johdon toiminnan kehittäminen. Työn sujuvuutta ja hoitotyön laatua saadaan paremmaksi työnvuorojen hyvällä suunnittelulla, yhtenäisten toimintamallien ja henkilöstö resurssien oikealla kohdentamisella. Jatkossa olisi hyvä lisätä tiedonkulkua eri hankkeista, kuinka ne vaikuttavat ja toimivat työyhteisössä sekä yhtenäisten toimintalinjojen ja toimintatapojen kehittäminen. Tulevaisuudessa olisi tärkeä mahdollistaa työaikasunnittelulla sairaanhoitajien palaverien pito ja näin yhteiset asiat saadaan käsiteltyä. Keskeisenä työyhteisössä on jaksava, yhteistyökykyinen henkilöstö, joka on motivoitunut työnsä kehittämiseen.

7 POHDINTA

Valtakunnalliset linjaukset vaikuttavat palveluiden järjestämisen tapaan, joita ovat Terveydenhuoltolain mukainen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio eli yhdistyminen. Terveyshyötymallin mukaiseen toimintaan kuuluu voimaatunut potilas eli asiakas sitoutuu omaan hoitoonsa, ymmärtäen oman toimintansa vaikutuksen hoitoonsa ja valmistautunut proaktiivinen hoitotiimi (Pekkala 2010). Eri hankkeilla tulee olla näkyvämpi olemus työn kehittämisessä ja jokapäiväisessä työssä.

Suunnitelmissa on Kajaanin osalta perusterveydenhuollon keskittäminen uuteen sairaalaan, jossa se integroituu yhdeksi erikoisalaksi muiden joukkoon. Haasteita vastaanottoiminnan kehittämislle tuovat väestörakenteen muuttuminen ja henkilöstö resurssien pula. Näihin pyritään vastaamaan mm. vastuuttamalla asiakkaita omahoitoonsa ja oman kunnan ylläpitoon sekä panostetaan kuntoutus toimintaan ja kuntouttavaan työotteeseen. Tehtävien siirroilla lääkäreiltä hoitajille, hoitajilta taas vähemmän koulutetuille henkilöille eli ns. ”hotelli-henkilökunta osastoilla”. Haasteensa antavat myös hallituksen antamat sote–linjaukset eli erikoissairaanhoidolle pyritään saamaan mahdollisimman laaja potilasaines, jotta nykyinen taso säilyy Kainuussa. (Horto 2013.) Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta pyrkii turvaamaan ihmisten yhdenvertaiset palvelut asuinpaikasta riippumatta ja tavoitteena on varmistaa palvelujen järjestämiseen riittävä väestöpohja koko maassa sekä sote – peruspalveluiden alueella tulee olla vähintään 20 000 asukasta (STM 2012).

Muuttuva väestörakenne, jolloin ikääntyneiden määrä kasvaa suhteessa muuhun väestöön ja hoitohenkilöstön puute aiheuttavat sen, että tulevaisuudessa hoitajien ja etälääkäreiden vastaanotot tulevat lisääntymään ja näin hoitajien vastuut ja työmäärät lisääntyvät. Tästä johtuen hoitajien koulutus vaatimukset kasvavat ja heidän erityosaamisensa korostuu. Tämä kehitys vaatii hoitajilta monipuolista ja vahvaa osaamista, siksi heillä on tärkeä rooli oman työnsä kehittäjinä vastaanotolla. Hoitajan tulee toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä, jota ohjaavat ammattieettiset veloitteet sekä lait ja asetukset (Syväoja ym. 2009, 34 – 37).

Tehtäväkuvat ovat uuden haasteen edessä kun pohditaan ns. ”hotelli-henkilökunta osastoille”- mallia, jossa tehtäviä siirretään vähemmän koulutetuille työntekijöille (Goman A.2013). Palataanko ajassa taaksepäin, kun tehtiin tehtävä siirtoja hoitajille vähemmän koulutetuilta esimerkiksi hoitoapulaisilta ja miten vastaanoton hoitajien työnkuvat kehittyvät tulevaisuudessa. Hankonen (Tehy 2011) kuvaa artikkelissaan Tehyn tavoitteista uuteen hallitusohjel-

maan, joiden pohjana on perustuslaissa kohta, missä julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen tarvitsee lisää resursseja terveydenhuoltoon terveyden edistämiseen ja sairaanhoitoon. Palvelujen laadun varmistamiseksi olisi hallituksen annettava henkilöstön mitoistusta varten normit, missä määritellään henkilöstön määrä ja vaadittava koulutus. Koulutetun henkilöstön riittävyys on turvattava, koska ikääntyvän väestön kasvaessa palveluiden määrä kasvaa. Vetovoimaisuutta alalle voisi lisätä työoloilla ja palkkatasolla mm. naisten ja miesten palkka erojen pienentyminen

Lähtökohtana opinnäytetyöllemme oli opiskelumme vastaanottopolikliiniseksi sairaanhoitajiksi. Muuttuva yhteiskunta ja valtakunnalliset linjaukset tuovat paineita sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittämiseksi sekä niiden turvaamiselle väestölle. Tärkeässä osassa tällöin on perusterveydenhuollon ja ennaltaehkäisevän työn kehittäminen sekä työntekijöiden työhyvinvointi. Perusterveydenhuollon palvelujen järjestäminen tuo haasteita organisaatiolle tuottaa palveluita muuttuvan väestörakenteen ja vähenevien resurssien takia. Asiakkaille palveluiden toimivuus, niiden saatavuus sekä hoidon turvallisuus ovat tärkeitä. Nykyisin käytössä oleva Terveystyömalli tukee asiakasta ja ”sitouttaa” hänet mukaan hoitonsa suunnitteluun sekä toteutukseen ja tätä kautta ennaltaehkäisevä hoitotyö korostuu. Työnorganisoinnilla ja yhteistyön kehittämällä voidaan vaikuttaa työn sujuvuuteen, tehokkuuteen ja laadukkuuteen sekä henkilöstön jaksamiseen työssä. Työntekijän työssä kehittyminen sekä mahdollisuus vaikuttaa työnsä kehittämiseen lisää työn mielekkyyttä, työhyvinvointia sekä voisiko se lisätä myös työn vetovoimaisuutta?

Uusina tutkijoina oli haasteellista löytää aihe opinnäytetyölle ja yhteinen näkökanta eri toimijoiden kanssa. Keskeisinä aiheen valinnassa olivat työelämän tarpeet, koulun vaatimukset sekä oma mielenkiinto ja ymmärrys aiheesta. Aiheen rajaaminen oli haasteellista ja aikaa vievää. Nyt tiedämme miten tärkeää on työn hyvä suunnittelu sekä aikataulutus, koska työ etenee vaiheittain ja näin muodostuu hyvä pohja koko työlle. Työskentely kahdestaan oli antoisaa ja samalla saimme erilaisia näkökulmia työhömmä. Alkuun teimme teoriaosuutta itseksemme ja loppua kohti tiivistimme yhteistyötä, mikä mielestämme oli tehokkaampaa, kuin yksin työskentely.

Esittelimme työtämme erivaiheissa Pääterveysaseman vastaanoton henkilökunnalle, joita olivat aiheanalyysi, suunnitelma sekä valmiin työn esittely. Olemme useiden palaverien sekä sähköpostikyselyiden kautta saaneet tietoa työhömmestä. Toinen meistä oli syksyllä 2012 työharjoittelussa Pääterveysaseman vastaanotolla ja näin saimme tietoa myös havainnoinnin kautta, mikä tuki aineistonkeruun kautta saatua tietoa.

Mielestämme meillä oli teoreettinen pohja hyvä ja kattava, sekä myös aikaisempaa kokemusta vastaanottotyöstä, mistä oli hyvä lähteä rakentamaan työtä eteenpäin. Luontevinta mielestämme oli kerätä kokemuspohjaista aineistoa haastattelun kautta. Aineiston keruu oli mielenkiintoista ja haasteellista, joskin nyt osaisi toteuttaa jotain eritavalla. Haastattelun toetusta voisi suunnitella ja valmistella tarkemmin, kysymykset testaisimme etukäteen ja näin varmistamme, että saamme vastaukset kysymyksiin. Haastattelun ja ideoinnin suunnittelu sekä toteutus tällaisessa muodossa olivat meille vieraita tutkimusmenetelmiä. Mielestämme ideointi onnistui hyvin ja saimme riittävästi aineistoa.

Aineiston keruu ja analysointi olivat vieraita, mutta mielenkiintoisia. Opimme miten aineistosta voidaan saada tietoa, kuinka aineistoa käsitellään vaiheittain ja kuinka saatu aineisto lopulta vastaa tutkimuskysymykseen. Oli haasteellista saada aineistosta yhtenäinen, sillä molemmilla tutkijalla oli asioista erilaisia näkemyksiä, mitkä lopulta saimme integroitua yhteen ja saimme ohjaavalta opettajalta ohjausta aineiston käsittelyssä.

Kirjoittamisprosessi on ollut välillä tuskallistakin ja aikaa vievää sekä antoisaa, minkä huomaisimme yhdessä pohtiessamme tekstiä ja samalla kirjoittaessa sitä. Olemme ison kiitoksen velkaa perheillemme kärsivällisyydestä ja ymmärryksestä tätä työtämme sekä opiskeluamme kohtaan. Tämä prosessi on opettanut meille kärsivällisyyttä ja pitkäjänteisyyttä sekä syvensi meidän keskinäistä ystävyyttä.

Jatkossa mielestämme olisi hyvä tutkia vastaanottotyön toimintaa asiakkaiden ja lääkärin näkökulmasta, koska ne avartaisivat näkemyksiä kehittämällä vastaanoton toimintaa eteenpäin. Triagen toimivuutta olisi hyvä tarkastella eri toimijoiden ja asiakkaiden näkökulmista Kajaanin pääterveysaseman vastaanotolla, koska se kaipaa vielä tukea kehittyäkseen.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan olemme pohtineet luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä tekijöitä. Ohjaavien ohjaukset ja neuvot olivat tärkeitä koko opinnäytetyöprosessin ajan.

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä tutkijan tarkalla selostuksella tutkimuksen toteutumisesta kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa esimerkiksi kertoa aineiston hankinnassa olleet olosuhteet selkeästi ja totuudenmukaisesti sekä tutkimusten ja siihen liittyvien selitysten yhteensopivuus (Hirsijärvi 2006, 216–217). Tutkimuksessaan Willberg (2009) kehottaa säilyttämään aineistoa analyysia varten ja pitämään esimerkiksi päiväkirjaa, missä on kuvannut ratkaisuja eri vaiheisiin. Siirrettävyyttä kuvaa, kuinka tutkimuksen löydöksiä voi siirtää muihin tutkimuksiin ja todellisuutta kuvaa, kun tutkijan päätelmät vastaavat todellista tilaa. Vahvistettavuutta tukee toisten tutkimusten tuki ja uskottavuutta tutkimukseen tuo tutkijan omat ennako- odotukset ja ajatusten oikeellisuus sekä tutkija osaa käyttää omaa persoonaansa työssään. Helakorven (1999, 71) mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä, kun aineistoa käy läpi useampi henkilö. Luotettavuutta ei enää pidetä ainoastaan teknisenä, vaan keskeisessä roolissa on vuorovaikutus, raportointi ja tulkinta, mitkä tapahtuvat kielien avulla.

Peltosen (2009) tutkimustulokset ovat siirrettävissä saamiimme tuloksiin ja ne vahvistavat sekä lisäävät tutkimustuloksiemme luotettavuutta työssämme. Kehittämissuunnitelma ja saamamme aineisto ovat yhteneväisiä, mikä kuvaa todellisuutta ja uskottavuutta. Sairaanhoidajilta saamamme aineisto kuvaa todellisuutta, minkälaista toiminta on vastaanotolla, mikä on muuttunut ja mitä voi kehittää.

Opinnäytetyötä teimme kahdestaan ja pohdimme asioita useammasta näkökulmasta, mikä osaltaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Omalle kirjoituksellen voi sokeutua helposti, niin luetimme tekstiämme ulkopuolisella henkilöllä ennen lopullista työn palautusta, koska toinen huomaa virheet paremmin. Kuvassimme tutkimuksen edetessä totuudenmukaisesti ja selkeästi tutkimuksen aineiston hankintaan liittyvistä menetelmistä ja tekemistämme huomioista. Käyttämämme lähteet olivat pääasiassa tuoreita ja luotettavia, mitkä olivat alan kirjallisuutta, lehtien artikkeleita, tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Pidimme päiväkirjaa opinnäytetyöhön liittyen, mihin laitoimme ylös eri vaiheita, ajatuksiamme ja työn etenemistä. Olimme tiiviisti yhteydessä ohjaajiin, jotka antoivat ohjausta opinnäytetyön tekemiseen, mikä lisäsi työmme luotettavuutta.

Teemahaastattelu oli tarkoitus esitellä etukäteen, mutta emme ehtineet sitä toteuttaa, mikä voi osaltaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. Pohdimme teemahaastattelun analysointia tehdessämme, kuinka luotettavaa saamamme aineisto on. Kuudesta sairaanhoitajasta valikoitui kaksi vain hoitajaa, joilla oli aikaisempaa näkemystä vastaanottoiminnasta. Vaikuttaako haastattelu aineistoon kuinka haastattelu sujuu ja näkykö haastattelussa hoitajan oma motivaatio, elämäntilanne; väsymys, kiire, henkilökohtaiset ongelmat sekä työkuultuuri eli tapa tehdä töitä ja osallistua työ yhteisössä.

Aineistosta saatujen tulosten luotettavuutta vahvisti tutkittuun tietoon perustuvan tiedon tuki, mihin peilasimme asioita tulosten tarkastelussa. Molemmilla meillä on omia kokemuksia vastaanottotyön toiminnasta, joten meillä oli valmiina tiettyjä oletuksia asioista, mihin saimme vahvistusta tutkittuun tietoon perustuvasta tiedosta sekä havainnoimalla ja haastatteleamalla vastaanoton hoitajia. Nämäkin osaltaan vaikuttavat aineiston luotettavuuteen.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyöhön liittyy monia huomioon otettavia eettisiä kysymyksiä, kuten aineiston hankinta, niiden säilytys, tulosten arviointi ja julkistaminen. Opinnäytetyötä tehtäessä on sen eettisyyden, luotettavuuden sekä tulosten uskottavuuden vuoksi noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Se edellyttää rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta niin työn tekemisessä, tulosten säilyttämisessä ja arvioinnissa kuin niiden esittämisessäkin. Tiedon hankinta, haastattelut ja niiden analysointi tulee tapahtua eettisesti kestäville menetelmille. Muiden tekijöiden tutkimukset ja tulokset tulee huomioida asiankuuluvalla tavalla. Tutkimuseettinen neuvottelukunta on laatinut tieteellisten menettelytapojen ohjeet, joita noudattamalla tulevat eettiset näkökohdat huomioiduksi. (Hirsijärvi ym. 2010, 23–27.)

Tieteen avoimuus on tutkimuksessa keskeinen piirre, näin tieteellisen tiedon pätevyyttä voidaan testata ja arvioida sekä edistää tiedettä. Nämä ovat taloudellista tehokkuutta merkittävämpiä merkityksiä. Aineistojen avoimuudesta ja haastattelujen käytöstä sovitaan haastateltavien kanssa ennen haastattelua, tämä sopimus koskee kaikkia aineiston käsittelyyn osallistuvia. (Kuula & Tiitinen 2010.)

Opinnäytetyössämme eettisyys tuli esille koko prosessin ajan, mitkä tulevat esille aineiston hankinnassa, tallentamisessa, arvioinnissa, sekä tulosten esittämisessä tiedon hankinnassa

sekä muiden tutkijoiden aineiston käytössä. Haastateltavien vapaaehtoisuus oli ehdoton, heidän henkilöllisyyden suojaaminen ja heidän antamien tietojen luottamuksellinen käyttäminen, säilyttäminen sekä työn valmistuttua niiden hävittäminen asiallisesti. Myös oikea aikainen tiedottaminen työstämme, jota teimme jo aiheanalyysin sekä suunnitelman valmistuttua. Tutkimusluvan hankimme, kun opinnäytetyösuunnitelma oli hyväksytty. Kirjoittaessamme käytimme tarkoituksen mukaisia lähteitä sekä kirjoitimme viittaus ja lähdemerkinnät ohjeiden mukaan. Näin varmistimme muiden tutkijoiden aineiston asianmukaisen käytön.

7.3 Opinnäytetyön hyödyntäminen

Opinnäytetyöstä hyötyy opiskelijat, ammattikorkeakoulu, ja työelämä. Opiskelijalle keskeisenä tavoitteena on opinnäytetyön oppimistehtävä, ammattikorkeakoululle tutkimustehtävä ja työelämälle kehittämistehtävä.

Ammattikorkeakoulun opiskelijat saavat tällä hetkellä ajanmukaista ja teoreettista tietoa vastaanoton toiminnasta ja sen kehittämisestä. Ammattikorkeakoulu voi hyödyntää työtämme suunnitellessaan koulutusta vastaamaan työelämän tarvetta ja uusia jatkotutkimusaiheita. Saa ajanmukaista tietoa työelämän tämän hetkisestä tilanteesta ja tulevaisuuden osaamistarpeista sekä verkostoituminen työelämän kanssa.

Mielestämme koko työorganisaatio hyötyy työstämme. Työelämä saa ajanmukaista tietoa sairaanhoitajien kokemana, miten vastaanotto toimii tänäpäivänä sekä ajanmukaista teoreettista tietoa. Kuinka työtä voidaan kehittää ja suunnitella työyhteisössä niin, että tiedonkulku, työnorganisointi ja työn kehittäminen tapahtuu yhdessä työntekijöiden kanssa. Saa lisätietoa hankkeista ja sitä kautta verkostoituminen uusiin hankkeisiin. Työntekijät saavat uusia työkaluja ja – malleja, millä voidaan kehittää työtä ja toimintatapoja. Tutkimus tuloksemme vahvistavat ja antavat lisää tukea ja tietoa, mitä vastaanotolla tulee kehittää. Tutkijoiden ulkopuolinen näkemys asioista antaa uusia näkökantoja ja myös mahdollisia ratkaisuehdotuksia työn kehittämiseen.

7.4 Meidän kasvaminen sairaanhoitajiksi

Oma ammatillinen kehittyminen oli tärkeässä osassa aihetta miettiessämme ja opintomme tukivat meidän opinnäytetyöprosessia kehittyessämme asiantuntijoiksi vastaanotto- ja poliinisessa hoitotyössä. Mielestämme hoitotyön kompetensseista tärkeimpinä vastaanotto-työssä näkyy asiakkuusosaamisena, joka on asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista, potilaiden oikeuksien ja suvaitsevaisuuden toteutumista. Kliininen osaaminen näkyy kaikessa hoitotyössä. Hoitaja vastaa potilaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta turvallisuudesta. Päätöksen teko-osaaminen edellyttää hoitajalta itsenäistä, kriittistä ajattelua ja ongelmaratkaisu taitoja sekä päätöksenteko-osaamista. Nämä korostuvat vastaanoton sairaanhoitajan työssä erityisesti hoidon tarpeen määrittelyssä, suunnittelussa, toteutuksessa sekä hoidon arvioinnissa. Ohjaus- ja opetusosaamista tarvitaan vastaanotolla, kun siellä käy erilaisia asiakkaita ja heidän omaisiaan. Tästä johtuen hänen tulee osata käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä, mitkä nousevat asiakkaan tarpeista.

Opinnäytetyön kautta olemme ymmärtäneet miten tärkeää ovat työyhteisön sisällä toimivat yhtenäiset käytännöt, toimintamallit ja tiedon kulku. Näin työn sujuvuus ja sen kehittäminen, henkilöstö resurssien kohdentaminen oikeaan paikkaan sekä oma ammatillinen kasvaminen on mahdollista ja samalla kehitetään hoitotyön laatua.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme harjaantuneet tiedon haku- sekä käsittelytaidoissa. Tieteelliset aineistot ovat tulleet ymmärrettävämmäksi, joita ovat mm. artikkelit, tutkimukset. Erilaiset aineistonkeruumenetelmät ovat myös tulleet tutuimmiksi, kuinka ja mistä tietoa saadaan. Eri hankkeiden tarkoitukset ja tavoitteet ovat selkeytyneet ja kuinka ne ovat tärkeitä työn kehittämisessä yhdessä koko organisaation kanssa. Olemme oppineet ymmärtämään työn kehittämisen muutosprosessia ja sen tuomia haasteita.

Nykyaikana hoitajan olisi hyvä olla visionäärinen eli hän ajattelee asioita eteenpäin, osaa katsoa tulevaisuuteen ja samalla kehittyä sen mukana. Toivomme, että kasvumme sairaanhoitajiksi jatkuu ja meistä tulee hyviä, visionäärisiä, kehittyviä, ammattitaitoisia, yhteistyökykyisiä eli oikeita sairaanhoitajia.

LÄHTEET:

Aforismeja ja elämänviisauksia: Nalle Puhin viisauksia. Viitattu: 12.9.2012
<http://onnenvuosi.blogspot.fi/2010/07/nalle-puhin-viisauksia.html>

Agge, E. Muurinen, S, Nenonen, M & Wilskman, K.(Toim.)2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki. Fioca Oy.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Haastattelukehykset. 4.painos. Tampere. Osuuskunta Vastapaino.

Castrén, M, Aalto, S, Rantala, E, Sopanen, P & Westergård, A. 2010. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki. WSOYpro Oy.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8.painos. Jyväskylä. Gummerus.

Frööjd, C, Swenne, C, Rubertsson, C, Gunningberg, L & Wadensten, B. 2013. Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19.2011 226–236. Viitattu: 30.1.2013.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=afh&AN=59094021&site=ehost-live>

Hankonen, R. 2011. Hyvää hoitoa tulevaisuudessa. *Tehy*. No 1. 18.1.2011, 36–37

Hankonen, R. 2012. Kestävä kasvu luo hyvinvointia. *Tehy*. No 6. 24.4.2012, 40–41.

Hassinen, J & Partus Oy. 2008. Partus ideointimenetelmä – työkalulaatikko ideanikkareille. 6-3-5 Pikaideointi. Viitattu 3.10.2012 <http://www.jelli.fi/lataukset/2011/05/5.27-Ideointimenetelmi%C3%A4-ja-ty%C3%B6kaluja-ideanikkareille.pdf>

Helakorpi, S. 1999. Opinnäytetyö ja tutkimustoiminta ammattikorkeakoulussa. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Viitattu: 29.9.2012 openetti.aokk.fi/seppoh/TIETOISKUT/amk-opinnäytetyö.pdf

Hirsijärvi, S, Remes, P & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja Kirjoita. 12.painos. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Hirsijärvi, S, Remes, P & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja Kirjoita. 15. – 16.painos. Hämeenlinna. Kariston Kirjapaino Oy.

Horto, A. 2013. Palveluiden järjestäminen tulevaisuudessa Kainuun tasolla. Email arja.horto@kainuu.fi 24.1.2013. Tulostettu 28.1.2013.

Härkki, M & Lappalainen, N. 2011. Sinä se jaksat olla niin ystävällinen ja auttaa meitä, jotka eivät siihen itse pysty. Työilmapiirin näyttäytyminen laadukkaan hoitotyön toteutuksessa hoitajien näkemänä. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diak Etelä, Helsinki. Viitattu: 31.8.2012 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/30913/Helsinki_Harkki_2011.pdf?sequence=1

Iivanainen, A, Jauhiainen, M & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäten. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kajaanin Aikuis- ja täydennyskoulutuspalvelut. 2012. Viitattu 6.1.2013: <http://www.aikopa.fi/koulutukset/Ammatilliset-erikoistumisopinnot/Erikoistumisopinnot-2012>

Kainuun maakunta. Kainuun maakunnan kehittämishankkeet. Sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeet. Saatavilla: http://maakunta.kainuu.fi/sote_alan_kehittamishankkeet (Luettu 4.9.2012)

Kajaanin ammattikorkeakoulu 2009. Hoitotyön koulutusohjelma. Vastaanotto- ja polikliinisen hoitotyön vaihtoehtoiset ammattiopinnot. Viitattu 26.9.2012

<http://www.kajak.fi/suomeksi/Hakijalle/Tutkintoon-johtava-koulutus/Sairaanhoitajaksi-tai-terveydenhoitajaksi/Vastaanotto-ja-polikliininen-hoitotyö>

Kajaanin ammattikorkeakoulu 2012. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto sairaanhoitaja. Kompetenssit. Viitattu 26.9.2012 <http://www.kajak.fi/suomeksi/Opiskelijoille/Opintojen-sisalto/Sairaan--ja-terveydenhoitaja--koulutus/OPS2012/Sairanhoitaja>

Kansanterveyslaki. 28.1.1972/66. Finlex. Ajanmukainen lainsäädäntö. Viitattu 19.8.2012: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Kokko, S, Peltonen, E & Honkanen, V. Avauksia 13/2009. Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä. THL. Viitattu 18.10.2012 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7d0e5ef6-fe16-475c-b2e1-54979f48d2ad>

Kuula, A & Tiitinen, S. 2010. Teoksessa Ruusuvoori, J, Nikander, P & Hyvärinen, M (toim.) Haastattelun analyysi. Eettiset kysymykset ja haastattelujen jatkokäyttö. Vastapaino. 2010. Tampere.

Kvist, T. 2005. Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Sairaanhoitaja. No.6-7. 17.6.2005, 50–51.

Laki Kainuun hallintakokeilusta 9.5.2003/343. Finlex. Ajanmukainen lainsäädäntö. Viitattu 4.9.2012: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030343>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. Finlex. Ajanmukainen lainsäädäntö. Viitattu 19.8.2012: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lonkila, P 2006. Oulun Yliopisto. LTK, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Hoitoisuusluokituksen käyttö osana hoitotyön laadun arviointia. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu – tutkielma. Viitattu: 28.8.2012 <http://www oulu.fi/hoitotiede/LonkilaP.htm>

Lääperi, P.2008. Tiimityö sopii terveyskeskuksiin. Sairaanhoidaja No.1. 4.1.2008, 30–31.

Malmström, R, Kiura, E, Malmström, T, Torkki, P & Mäkelä, M. 2012. Päivystyspotilaiden kiireellisyysluokittelut Suomessa erilaiset kuin Ruotsissa. Suomen Lääkärilehti No 9. 2012, 669–703. Viitattu 28.1.2013: http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2012/nosto9_2.pdf

Opintoluotsi.fi. 2010. Viitattu: 6.1.2013:
http://www.opintoluotsi.fi/Opiskelu/Lisa_ja_taydennyskoulutus/Ammattikorkeakoulujen_taydennyskoulutus/

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. 2012. Viitattu: 6.1.2013:
http://www.oamk.fi/opiskelijalle/rakenne/opinto-opas/erikoistumisopinnot/?sivu=k_kuvaus_aeo&lk=k2012&id=730

Pekkala, T. 2010. Kainuun maakunta -kuntayhtymä Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveysterveyspalvelut -hanke / Kainuu. Perusterveydenhuollon kehittäminen Kainuussa. Viitattu: 4.9.2012
http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Artikkelit/Uutiskirje_7_2010/Terho.pdf

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Vertaileva tutkimus. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Opetus- ja tutkimusyksikkö. Kuopion yliopistollinen sairaala. Viitattu: 29.8.2012
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf

Perttula, M. 2009. Hoitajavetoinen työparimalli: Nopeasti hoitoon. Tehy. No 5. 16.4.2009, 14–17.

RAMPE-hanke 2010. Hankkeen yleisesittely. Viitattu: 29.8.2012
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=30309&nodeid=35265>
RAMPE-hanke 2010. Vastaanottotoiminnan kehittäminen. Viitattu: 29.8.2012
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=27894>

Ranta, R. 2005. Kehittyvä työyhteisö. Kehittäminen ja uudistaminen ihmisenä ja organisaationa. Yritys kirjat. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Risikko, P. 2009. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalvelut nykytila ja kehittäminen. Tampere, 31.8.2009. Viitattu: 5.9.2012
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-9957.pdf

10315 Sairaanhoidtaja. Työtehtävät. Viitattu: 19.8.2012
<http://www.mol.fi/avo/ammattit/10315.htm>

Stakes. 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Viitattu 29.8.2012 <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/laadunhallinta2000.pdf>

STM. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Viitattu 30.9.2012
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1486181

STM. 2011. Kehittämishjelmat ja -hankkeet. Toimiva terveyskeskus-ohjelma. Viitattu: 30.8.2012 http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimivaterveyskeskus

STM. 341/2011. Asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Viitattu 7.10.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110341>

STM. 2012. Kehittämishjelmat ja -hankkeet. Kunta- ja palvelurakennemuudistus (PARAS). Viitattu: 5.9.2012
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-9957.pdf

Suomen perustuslaki11.6.1999/731. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu19.8.2012 :
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Syvöja, P & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Terveydenhoitolaki 1326/2010. Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 19.8.2012:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Terveysportti. Duodecim 2005. Hoitoon pääsyn perusteet. Viitattu 23.8.2012:
<https://remote.kajak.fi/dtk/hpt/,DanaInfo=.awxyCxjx2m7200478yQx1+koti>
- THL. 2009. THL saa Rohto-verkoston vetovastuun. Viitattu. 25.1.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/ajankohtaista/uutiskirje/4_2009_6
- THL. 2010. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen asiantuntijoiden arvioita perusterveydenhuollon tilasta. Peruspalvelujen tila 2010- raportin tausta-aineisto. Raportti 9/2010. Asiakaspa-lutteet terveydenhuollossa. Viitattu 29.8.2012: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f7be8e6-0385-46a0-902d-c2f3602193a0>
- THL. 2012. Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Viitattu 26.8.2012:
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki
- Tilastokeskus. Käsitteet ja määritelmät. Tiimityö. Viitattu 27.8.2012:
<http://www.stat.fi/meta/kas/tiimityo.html>
- Tuura, S, Holappa, K, Huttunen, M & Pekkala, T.2010. PaKaste. Pohjoisen alueen kaste. Perusterveydenhuollon kehittäminen Kainuussa. Raporttikooste. Viitattu: 4.9.2012
http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Julkaisut/Sarja%20d/d_42_perusterveydenhuollon_kehittaminen_kainuussa.pdf
- Uimi, J 2012. Kirjallisuuskatsaus tiimityöstä. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 29.8.2012
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47331/Uimi_Jutta.pdf?sequence=1
- Vainikainen, T. 2005. Rohto-pajoista ryhtiä kehittämiseen. Sairaala 1/2005 19. Viitattu 25.1.2013 http://www.rohto.fi/doc/SA_0501_18-191.pdf

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos. Erityispedagogiikan yksikkö. Viitattu 29.9.2012 <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullin>

LIITTEET

LIITE 1; TIEDOTE AINEISTON KERUUSTA

LIITE 2; TEEMAAHAASTATTELUN RUNKO

LIITE 3; 6-3-5-MENETELMÄN OHJE

LIITE 4; KAAVIO MUUTOKSESTA

Tiedote opinnäytetyön aineiston keruuseen osallistuville

Kajaanin pääterveysaseman sairaanhoitajat

Opiskelemme Kajaanin Ammattikorkeakoulussa, sosiaali-, terveys- ja liikunta-alalla, hoitotyön koulutusohjelmassa ja valmistumme vastaanotto- ja polikliiniseksi sairaanhoitajiksi keväällä 2013. Opintoihimme kuuluvan opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata pääterveysaseman vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia v. 2009 valmistuneen vastaanottotoiminnan kehittämissuunnitelman toteutumisesta ja kartoittaa tällä hetkellä ajankohtaisia kehittämissaasteita. Työmme tavoitteena on koota tietoa laadukkaan vastaanottotoiminnan edelleen kehittämiseksi.

Keräämme aineiston marras-joulukuussa. Marraskuussa haastattelemme sairaanhoitajia, joilla on tuntemusta aikaisemmasta kehittämissuunnitelmasta ja terveysaseman toimintahistoriasta. Aikaa haastatteluun kuluu noin tunti. Joulukuussa keräämme ideoita vastaanottotyön edelleen kehittämiseksi 6-3-5 – menetelmällä. Olemme kiinnostuneita kaikkien vastaanotonsairaanhoitajien kehittämisideoista. Osallistuminen ideoiden keräämiseen on vapaa ehtoista, se toteutetaan Kajaanin pääterveysasemalla ja vie aikaa noin 30 minuuttia. Analysoimme aineiston sisällön analyysillä.

Käsitlemme aineiston keruussa saamamme tiedon luottamuksellisesti ilman aineiston keruuseen osallistuneiden nimiä. Säilytämme aineiston niin etteivät ulkopuoliset eivätkä pääse näkemään sitä ja hävitämme aineiston asianmukaisesti. Opinnäytetyön raportissa ei missään yhteydessä paljasteta haastatteluun ja ideointiin osallistuneiden nimiä.

Aineiston keruun tulokset julkaistaan kirjallisesti opinnäytetyön raportissa, joka valmistuu 22.3.2013. Esittelemme tulokset pääterveysaseman henkilöstölle viikolla 7 tai 8, päivämäärä on vielä auki. Valmis opinnäytetyömme on saatavilla Ammattikorkeakoulujen Theseus-verkkokirjastossa. Annamme mielellämme lisätietoja opinnäytetyöstämme

Ystävällisin terveisin!

Anja Kempainen

Raija Niemelä

Ohjaajat:

Anitta Juntunen

Jaana Koivunen

Suostumus aineistonkeruuseen

Osallistun vapaaehtoisesti 6-3-5 – menetelmällä toteutettavaan aineiston keruuseen, jolla kar-
toitetaan tällä hetkellä ajankohtaisia kehittämishaasteita pääterveysasemalla. Voin halutessani
keskeyttää osallistumiseni aineiston keruuseen. Menetelmän materiaali on käsiteltävä niin,
ettei ulkopuoliset pääse näkemään niitä missään vaiheessa, jonka jälkeen ne on hävitettävä
asianmukaisesti.

Päivämäärä ja allekirjoitus

Pyydämme ystävällisesti lähettämään suostumuksenne ideointiin 23.11.2012 mennessä sähköpostiin: SHM10KAnjaK@kajak.fi

Teemahaastattelun kyselyrunko. Kajaanin pääterveysasema 20.11.2012

1. *Miten vastaanottotoiminta on mielestäsi muuttunut vuoden 2009 kehittämissuunnitelman käyttöönoton jälkeen?*

- Mikä on hyvää?
- Mikä on huonoa?

2. *Minkälaista vastaanottotoiminta on tällä hetkellä?*

- Millainen toimintamalli vastaanotolla on nyt?
- Kerro lyhyesti kuinka yhteistyö ja tiedonkulku mielestäsi toimivat?
- Kuinka hoidon arviointi mielestäsi toimii?
- Kuinka hoidon kiireellisyyden arviointi mielestäsi sujuu?
- Millaista koulutuksen tarvetta mielestäsi vastaanotolla on?
- Millaista palautetta saat työstäsi? Keneltä sitä saat?
- Millaisia haasteita on laadukkaan hoitotyön toteutuksessa pääterveysaseman vastaanotolla?

3. *Mitä ymmärrät työn kehittämisellä?*

- Kuinka työntekijänä voit osallistua työsi kehittämiseen?
- Mitä hyötyä vastaanottotoiminnan kehittämiseen on saatu muilta Kainuussa käynnissä olevilta SoTe-palveluiden kehittämishankkeilta?

6-3-5 ideointi Kajaanin pääterveysasema 9.1.2013

Kesto noin 30 min.

- Ryhmä on äänetön, keskustelua ei sallita, jos on kysyttävää voi kysyä vetäjiltä
- Ohjaamme vaihe vaiheelta etenemistä, käytämme munakelloa ajan seurantaan
- Ryhmäläiset istuvat pöydän ääreen merkitylle paikalle. Jaamme jokaiselle paperiarkin, jossa on kolme saraketta kolmelle eri idealle. Ideoinnin aihe on paperin yläkulmassa.
- Teillä on aikaa viisi minuuttia miettiä ja kirjata kolme eri ideaa paperille. Kun aika on kulunut, niin siirrä paperi vasemman puoleiselle henkilölle.

Seuraavat viisi minuuttia

- Jatko kehitä paperissa edellä olevaa ideaa ja laita paperi eteenpäin..... niin kauan , että saat oman paperin takaisin, jota jokainen ryhmäläinen saa tarkastella rauhassa. Lopussa voimme keskustella ideoinnista tulleista keskeisistä asioista.

Aikaa on varattu yhteensä noin 60 min.

Esimerkki muutoksesta

MIKÄ ON MUUTTUNUT

MITEN ON MUUTTUNUT

