

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

2013

Katri Penttinen

# LÄÄKÄRI-HOITAJA - TYÖPARITYÖSKENTELEY NAANTALIN TERVEYSKESKUKSESSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

# OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala | Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Toukokuu 2013 | 61 + 2

Katri Penttinen

## LÄÄKÄRI-HOITAJA -TYÖPARITYÖSKENTELEY NAANTALIN TERVEYSKESKUKSESSA

Tällä kehittämisprojektilla pyrittiin vastaamaan väestön ikääntymisen sekä potilaiden kasvavien odotusten ja kustannustehokkuuden vaatimusten luomiin paineisiin palvelujen kehittämisessä. Kehittämisprojektissa luotiin terveyskeskukseen työskentelymalli, joka hyödyttää sekä asiakkaita että henkilökuntaa. Projektin tavoitteena oli lääkäri-hoitaja -työparityöskentelyn mallintaminen sekä implementoinnin suunnittelu Naantalın terveyskeskuksen avosairaanhoidon.

Uudessa toimintamallissa lääkäri ja hoitaja vastaavat oman väestönsä hoitoprosesseista, asiakastyöstä sekä oman ammattiosaamisensa ylläpidosta. Mallissa toiminnan keskipisteenä on asiakas ja hänen tarpeensa. Projektin tarkoituksena on selkeyttää työnjakoa eri ammattiryhmien kesken. Työnjaon uudelleenjärjestelyillä saadaan eri ammattiryhmien osaaminen myös tehokkaampaan käyttöön. Potilaskontaktit tulevat väestövastuussa läheisemmiksi, kun hoitajat ja potilaat oppivat paremmin tuntemaan toisensa.

Soveltavan tutkimuksen osuus suoritettiin Pirkkalan terveyskeskuksessa ryhmähaastatteluna. Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa siellä tapahtuneesta lääkäri-hoitaja – työparityöskentelyyn siirtymisestä. Haastattelusta saadut tulokset tukivat teoriasta nousutta tietoa. Pirkkalan terveyskeskuksessa lääkäreiden ja hoitajien yhteistyö oli parantunut selvästi työparimalliin siirtymisen jälkeen ja työnkuvat olivat selkeytyneet ja tulleet mielekkäämmiksi. Potilaiden luottamus hoitajiin oli lisääntynyt ja yhteistyö oli sen myötä muuttunut sujuvammaksi. Kirjallisuuskatsauksen ja tutkimushaastattelun tulosten pohjalta suunniteltiin Naantalın terveyskeskukseen lääkäri-hoitaja –työparimalli, jaettiin työparit ja aloitettiin omahoitajien lisäkoulutus. Toimintamallin varsinainen implementointi tapahtuu tämän projektin päättymisen jälkeen.

ASIASANAT: Lääkäri-hoitaja -työparimalli, väestövastuu, työnjako

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care I Management and Leadership in Health Care

May 2013 | 61 + 2

Katri Penttinen

## DOCTOR-NURSE TEAM MODEL AT NAANTALI HEALTH STATION

This thesis was a development project with a goal to respond to the pressures of the ageing population, increasing patient expectations and the demand for cost efficiency in the development of services. The purpose of this development project was to model a doctor-nurse team and plan its implementation for the outpatient care services at Naantali Health Station. The project resulted in the creation of an operational model for the health station, providing benefits for both clients and staff.

In the new operational model, a doctor-nurse team are responsible for the care processes of a certain population as well as for client work and the maintenance of their professional skills. At the core of the model is the client with his or her needs. The project aimed to clarify and reorganise the division of duties among different professional groups, thus enabling them to take full advantage of their skills. In primary health care patient contacts will become closer when nurses and patients learn to know one another better.

The empirical part of this thesis was carried out as a group interview at Pirkkala Municipal Health Centre. The objective of the interview was to gather information on the transition to a doctor-nurse team model which had taken place in Pirkkala. The results from the interview supported the existing literature. Once the team model had been implemented, the cooperation between doctors and nurses improved significantly and the job descriptions became clearer and more meaningful. In addition, patients showed more trust in nurses, which subsequently led to smoother cooperation. Drawing on the literature review and the results from the group interview, a doctor-nurse team model for Naantali Health Station was planned, teams were assigned and further education of primary nurses was initiated. The actual implementation of the operational team model will occur after this project.

### KEYWORDS:

doctor-nurse team model, population responsibility, division of work.

# **SISÄLTÖ**

## **TIIVISTELMÄ**

## **ABSTRACT**

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 KEHITTÄMISPROJEKTI</b>	<b>7</b>
2.1 Kehittämiskohteena olevan organisaation kuvaus	7
2.2 Kehittämisprojektin tavoite ja tarkoitus	9
2.3 Kehittämisprojektin toteutus	10
<b>3 PERUSTERVEYDENHUOLTO</b>	<b>14</b>
3.1 Terveysthuoltoon koskevaa lainsäädäntöä	14
3.2 Perusterveydenhuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat	16
3.3 Väestövastuu	18
<b>4 TERVEYSKESKUKSEN VASTAANOTTOTOIMINTA JA SEN KEHITTÄMINEN</b>	<b>20</b>
4.1 Henkilöstöä koskevaa lainsäädäntöä	21
4.2 Työnjako ja tehtäväsiirto	22
4.3 Lääkäri-hoitaja -työparityöskentely	27
4.4 Organisaatiomuutos työyhteisössä	30
<b>5 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSUUS</b>	<b>33</b>
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	33
5.2 Tutkimuksen kohdeorganisaation kuvaus	33
5.3 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	34
5.4 Aineiston analysointi	36

<b>5.5 Tutkimustulokset</b>	<b>37</b>
<b>5.5.1 Siirtyminen lääkäri-hoitaja -työparityöskentelyyn</b>	<b>37</b>
<b>5.5.2 Henkilökunnan kokemukset lääkäri-hoitaja -työparimalliin perustuvasta toiminnasta</b>	<b>38</b>
<b>5.5.3 Työparityöskentelyn vaikutukset terveyspalveluihin</b>	<b>40</b>
<b>5.6 Johtopäätökset ja pohdinta</b>	<b>43</b>
<b>5.7 Eettiset kysymykset ja luotettavuus</b>	<b>45</b>
<b>6 TYÖPARITYÖSKENTELY NAANTALIN TERVEYSKESKUKSESSA</b>	<b>48</b>
<b>6.1 Malli työparityöskentelyyn</b>	<b>48</b>
<b>6.2 Suunnitelma toimintamallin käyttöönotosta</b>	<b>53</b>
<b>7 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA</b>	<b>55</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>58</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Liite 2. HAASTATTELUN SAATEKIRJE

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Naantalın sosiaali- ja terveystoimen organisaatiokaavio (Naantali 2009)	8
Kuvio 2. Projektorganisaatio	11
Kuvio 3. Projektin eteneminen	12
Kuvio 4. Toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottoimintaan (Peltonen 2009, 162)	29
Kuvio 5. Prosessimalli työparityöskentelyyn Naantalın terveyskeskuksessa	51

# 1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen, potilaiden kasvavat odotukset sekä vaatimukset kustannustehokkuuteen luovat painetta palvelujen kehittämiseen. Keväällä 2005 Valtioneuvosto käynnisti ns. PARAS - hankkeen uudistamaan kunta- ja palvelurakennetta. Tavoitteena oli varmistaa laadukkaiden palveluiden saaminen koko maassa sekä saavuttaa toimintakykyinen, elinvoimainen kuntarakenne. Muutoksia on tehty kehittämällä kunta- ja palvelurakenteita sekä kehittämällä organisaatioita. (Suomen Kuntaliitto 2012a.) Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämisohjelma KASTE asettaa tavoitteeksi eriarvoisuuden vähentämisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen että rakenteiden järjestämisen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestävästi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 13- 27).

Naantalin kaupungin toiminta-ajatuksena on: Naantali – paras paikka elää, viihtyä ja tehdä työtä. Naantalin kaupungin visio vuoteen 2020 on, että Naantali järjestää palvelut laadukkaasti, taloudellisesti, asukkaiden mielipiteitä kunnioittaen ja alueelliset näkökohdat huomioon ottaen. Naantalin kaupunki on työyhteisönä innostava, joustava, kehittyvä ja panostaa henkilöstön osaamisen parantamiseen ja hyvinvoinnin turvaamiseen. (Naantalin kaupunki 2010.)

Ajatusta lääkäri-hoitaja työparityöskentelystä on Naantalin terveyskeskuksessa kypsytelty jo pitkään. Toivetta tällaisesta työskentelymuodosta on tullut sekä hoitajilta että lääkäreiltä. Kehittämisprojekti nähtiin heti hyvänä mahdollisuutena selvittää asiaa perusteellisesti, ennen kuin uusi työskentelymuoto otetaan käyttöön, jotta käyttöönotto sujuisi mahdollisimman hyvin.

Lääkäri-hoitaja –työparityöskentelyllä pyritään parantamaan asiakaspalvelua. Tutkimukset ovat osoittaneet, että työparityöskentelyllä pystytään vähentämään lääkäreiden kuormittuvuutta ja parantamaan hoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä. Hoitajat pystyvät vastaanotoillaan huolehtimaan useiden pitkäaikaissairauksien seurannasta. (Peltonen 2009, 51, 95-96, Pullon 2008, 133-147.)

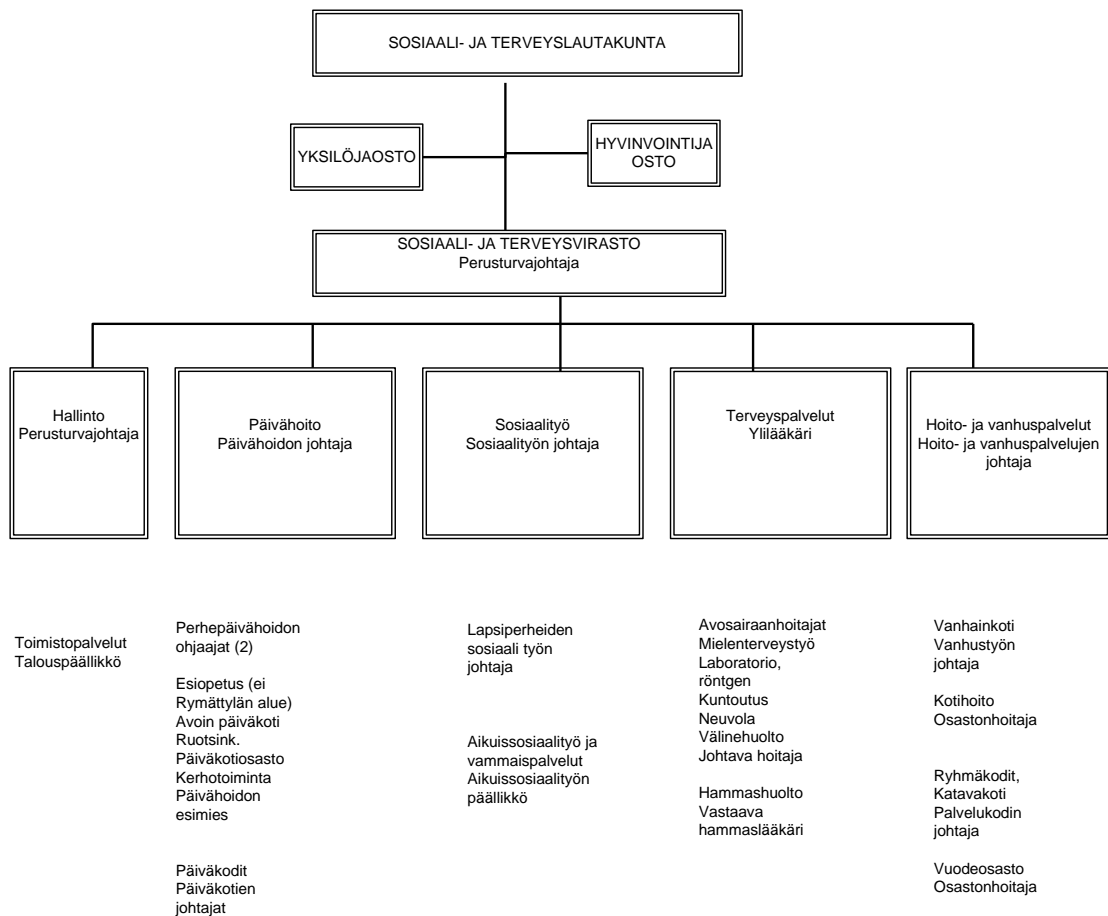
## 2 KEHITTÄMISPROJEKTI

Tämä kehittämisprojekti oli osa kokonaisvaltaista muutoshanketta Naantalin terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotto toiminnassa. Toinen YAMK opinnäytetyö kehitti siellä sairaanhoitajan itsenäistä vastaanotto toimintaa. Vastaanotto toiminnasta sairaanhoitajat saivat kokemusta, joka hyödyttää lääkäri –hoitaja työparityöskentelyn aloittamisessa. Samaan aikaan valmistui myös TYKS T2-sairaalan yhteispäivystys, joka tulee vaikuttamaan kaupunkilaisten ilta- ja yöpäivystystoimintaan.

### 2.1 Kehittämiskohteena olevan organisaation kuvaus

Naantalin väkiluku on 18 627 (vuonna 2011). Naantalin kaupungin toiminta-ajatuksena on: Naantali – paras paikka elää, viihtyä ja tehdä työtä. Tätä ajatusta tukemaan on luotu valtuustokauden 2009 - 2012 strategia. Naantalin kaupungin arvoiksi on määritelty avoimuus, luottamus, vastuullisuus, uudistumiskyky sekä oikeudenmukaisuus. Avoimuus on mm. mahdollisuutta vaikuttaa asioiden kehittämiseen ja päätöksentekoon. Luottamus edellyttää, että jokainen osaa oman tehtävänsä. Luottamus on uskoa tulevaisuuteen, se rakentuu keskinäisestä arvostuksesta. Vastuullisuutta on se, että jokainen tekee sen, mitä on luvannut. Vastuullisuus on myös itseohjautuvuutta ja omasta osaamisesta huolehtimista. Uusien tietojen ja taitojen saamisesta vastuu on itsellä. Uudistumiskyky on uusien toimintatapojen löytämistä. Uudistumiskykyä lisää avoimuus palautteelle. Vanhojen menetelmien ja toimintatapojen uudelleen arvioiminen luo tilaa uuden omaksumiselle. Kehittämisprojekti tukee Naantalin kaupungin visiota vuoteen 2020, jonka mukaan Naantali järjestää palvelut laadukkaasti, taloudellisesti, asukkaiden mielipiteitä kunnioittaen ja alueelliset näkökohdat huomioon ottaen. Naantalin kaupunki on työyhteisönä innostava, joustava, kehittyvä ja panostaa henkilöstön osaamisen parantamiseen ja hyvinvoinnin turvaamiseen. (Naantalin kaupunki 2010.)

Naantalin terveyskeskus on vuoden 2009 kuntaliitoksen jälkeen ollut osana Naantalin kaupungin toimintaa. Vuoteen 2009 asti organisaationa oli Naantalin kansanterveystyön kuntayhtymä (Naantali, Merimasku, Rymättylä). Terveystoimi on osa sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuutta, jonka päällikkönä toimii perusturvajohtaja. Terveyskeskusta johtaa ylilääkäri, jonka alaisuudessa hoitotyön johtajana toimii johtava hoitaja. (Kuvio1)



Kuvio 1. Naantalin sosiaali- ja terveystoimen organisaatiokaavio (Naantali 2009)

Naantalin terveyskeskukseen kuuluu Naantalin pääterveysaseman lisäksi Merimaskun, Rymättylän sekä Velkuan toimipisteet. Kehittämissuunnitelma toteutettiin Naantalin terveysasemalla. Lääkärivastaanoton lisäksi avosairaanhoitoon kuuluu terveydenhoitajien vastaanotot sekä päivystys. Avosairaanhoidossa työskentelee yhdeksän väestövastuulääkäriä, joista yksi



työskentelee kahtena päivänä viikossa Merimaskun terveysasemalla ja yksi kolmena päivänä viikossa Rymättylän terveysasemalla ja yksi Velkualla 1-2 päivänä kuukaudessa. Omalääkäri määräytyy potilaan osoitteen mukaan. Omalääkärialueet on jaettu kartalla siten, että väestöpohja ja väestön kuormittavuus on kullakin lääkäriellä mahdollisimman tasainen.

Projektin lähtötilanteessa potilas otti yhteyttä yhteiseen lääkäriajanvarausnumeroon, josta varattiin aika omalääkärille. Lääkäreiden päiväohjelmassa oli aikoja sekä ei-kiireellistä hoitoa tarvitseville että päivystyspotilaille. Päivystyspotilaat kuormittivat usein omalääkäriä enemmän kuin aikoja oli, jonka vuoksi omalääkärillä ei aina ollut mahdollisuutta käyttää koko varattua aikaa ei-kiireellisen potilaan tutkimiseen. Omalääkäriä saattoi ensiavussa odottaa kiireellistä hoitoa vaativa potilas. Kuormittavuus saattoi olla eri lääkäreiden välillä myös epätasaista. Jollekin lääkäreistä saattoi tulla päivän aikana monta ylimääräistä päivystyspotilasta, kun taas jollakin toisella akuuttipotilaille varatut ajat riittivät hyvin.

Avosairaanhoidossa työskentelee seitsemän sairaanhoitajaa, kaksi perushoitajaa ja osastonhoitaja, jonka virka on puolet käytännön hoitotyötä ja puolet hallintoa. Lisäksi avosairaanhoitoon kuuluu kaksi terveydenhoitajaa, jotka pitävät avosairaanhoidon vastaanottoa, diabeteshoitaja sekä kaksi hoitajaa päihdeasiakkaiden korvaushoidossa. Sairaanhoitajat ja perushoitajat työskentelevät ajanvarauksessa, puhelinneuvonnassa, toimistotehtävissä (esim. arkistotyöt) ja ensiavussa sekä avustavat lääkäreitä toimenpiteissä. Kehittämiprojektin aikana sairaanhoitajat aloittivat sairaanhoitajan vastaanoton pitämisen. Tämä tarkoittaa sitä, että yhdellä sairaanhoitajalla on ollut ajanvarausvastaanottoa arkipäivinä.

## 2.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Projektin tavoitteena oli lääkäri-hoitaja -työparityöskentelyyn siirtyminen Naantalın terveyskeskuksen avosairaanhoidossa. Uudessa toimintamallissa lääkäri ja hoitaja vastaavat oman väestönsä hoitoprosesseista, asiakastyöstä

sekä oman ammattiosaamisensa ylläpidosta. Mallissa toiminnan keskipisteenä on asiakas ja hänen tarpeensa. Asiakas ottaa ajanvarausasioissa yhteyttä suoraan omaan hoitajaansa, joka arvioi hoidontarpeen ja varaa ajan tarvittaessa itselleen tai omalääkärille. Lääkärien ja hoitajien vastuu- ja tehtäväjaosta on sovittu kirjallisesti. Keskinäinen konsultaatiokäytäntö sovittiin osin yleisesti ja osin työparikohtaisesti. Projektin tuotoksena on malli työparityöskentelyyn ja siihen liittyvä suunnitelma. Sen implementointi käytäntöön tapahtuu pääosin tämän projektin päättymisen jälkeen.

Projektin tarkoituksena oli selkeyttää työnjakoa eri ammattiryhmien kesken. Työnjaon uudelleenjärjestelyillä saadaan eri ammattiryhmien osaaminen myös tehokkaampaan käyttöön. Potilaskontaktit tulevat väestövastuussa läheisemmiksi, kun hoitajat ja potilaat oppivat paremmin tuntemaan toisensa.

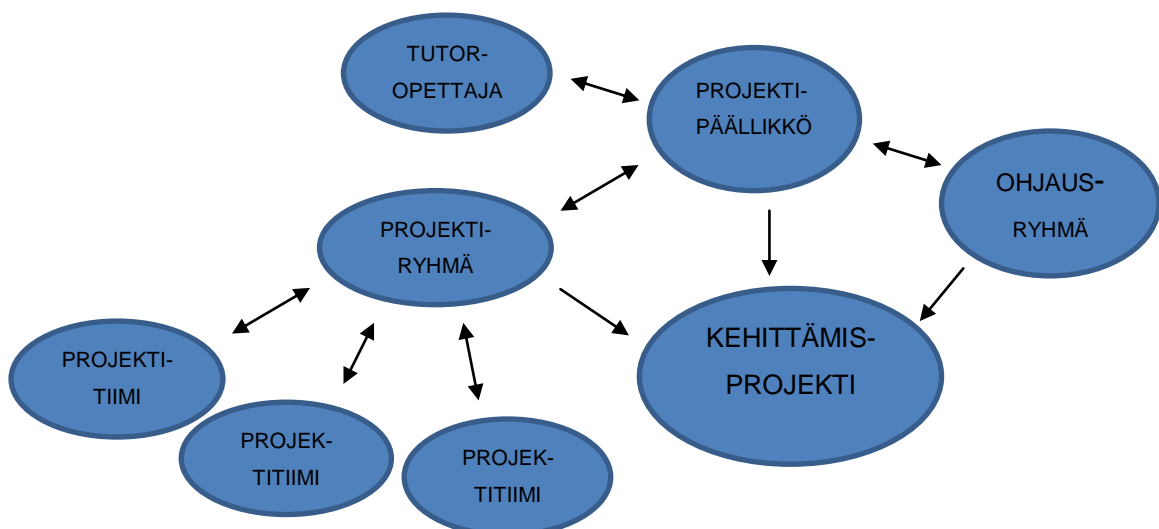
Kehittämisprojekti nähtiin tarpeelliseksi, koska Naantalin terveyskeskuksessa koettiin, että hoitajien osaamista ja ammattitaitoa ei ole riittävästi hyödynnetty. Sairaanhoitajilla ei aikaisemmin ollut omaa vastaanottoa. Terveystoimittajat toteuttivat vastaanotollaan myös akuuttisairaanhoitoa. Terveystoimittajilla ei ollut riittävästi aikaa keskittyä ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon. Potilaita ohjautui myös lääkärin vastaanotolle asioissa, jotka olisivat sairaanhoitajan hoidettavissa. Hoitajien siirtyessä lääkärin työparina väestövastuutyöhön, oppivat potilaat ja hoitajat tuntemaan toisensa. Keskinäinen luottamus kasvaa ja asiointi sujuvoituu. Kehittämisprojektissa luotiin työskentelymalli, joka hyödyttää sekä asiakkaita että henkilökuntaa. Projektin kehittämisedellytykset olivat hyvät. Henkilökunnan sitoutuminen uuden toimintamallin suunnitteluun oli vahva. Resurssien riittävyys mietittiin tarkkaan suunnittelussa.

### 2.3 Kehittämisprojektin toteutus

Aihe kehittämisprojektille nousi Naantalin terveyskeskuksen henkilöstön toiveesta. Ajatusta työparityöskentelystä oli ollut jo pidempään. Samaan aikaan alkoi toinen YAMK kehittämisprojekti, joka kehitti sairaanhoitajan vastaanottoa. Nämä projektit täydensivät toisiaan. Projektia johti projektipäällikkö, jonka tehtä-

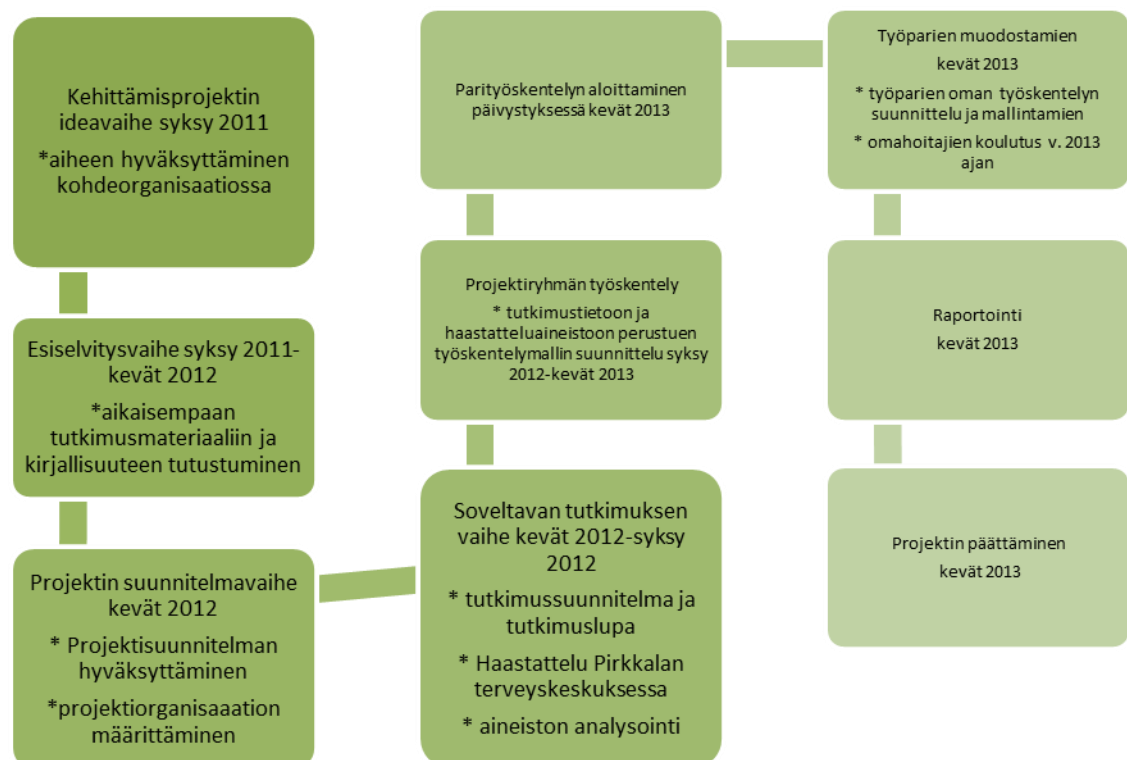
viin kuului työsuunnitelmien laadinta. Projektipäällikkö vastaa hankkeen etene-  
misen seurannasta, tiedottamisesta sekä raportoinnista. Projektipäällikkö laatii  
projektille budjetin ja seuraa sen toteutumista. Projektipäällikölle kuuluu myös  
projektin sisäinen arviointi. (Silfverberg 2007, 50.)

Ideavaiheen jälkeen projektipäällikkö tutustui aikaisempaan tutkimusmateriaaliin  
ja kirjallisuuteen. Kehittämiskohtien esiselvitys valmistui keväällä 2012. Teoria-  
tiedon pohjalta projektipäällikkö laatii projektisuunnitelman, joka hyväksytettiin  
kohdeorganisaatiossa. Projektille määritettiin ohjausryhmä sekä projektiryhmä.  
Ohjausryhmän muodosti Naantalinnon terveyskeskuksen ylilääkäri, johtava hoitaja  
sekä tutoropettaja. Ohjausryhmän rooliin kuuluu tukea projektipäällikköä ja val-  
voa projektin etenemistä. Projektiryhmään kuului projektipäällikkö, ylilääkäri,  
lääkäreiden luottamusmies, yksi virkalääkäri, kaksi avosairaanhoidon sairaan-  
hoitajaa, avosairaanhoidon terveydenhoitaja, avosairaanhoidon osastonhoitaja  
sekä Tehyn pääluottamusmies. Lääkäreiden sekä Tehyn luottamusmiehet osal-  
listuvat projektiryhmän kokouksiin, jotta tarvittavat tehtäväsiirto yms. korvaus-  
asiat tulisivat huomioitua jo heti suunnitteluvaiheessa. Projektiryhmä on toiminut  
osin kokonaisuudessa, ja osin pienempinä tiiminä, jotka ovat suunnitelleet pro-  
jektin osakokonaisuuksia. (vrt. Silfverberg 2007, 49-50.) Projektiorganisaatio on  
kuvattu kuviossa 2.



Kuvio 2. Projektiorganisaatio

Projekti toteutettiin Naantalien terveyskeskuksen avosairaanhoidossa. Soveltavan tutkimuksen osuus päätettiin suorittaa muualla kuin kohdeorganisaatiossa, jotta oman toimintamallin suunnitteluun saataisiin kokemustietoa yksiköstä, jossa työparimalli toimii käytännössä. Soveltavalle tutkimukselle laadittiin tutkimussuunnitelma ja tutkimukselle haettiin lupa Pirkkalan terveyskeskuksesta. Soveltavan tutkimuksen osuus suoritettiin ryhmähaastatteluna Pirkkalan terveyskeskuksessa, jossa työparityöskentely on ollut käytössä vuodesta 2006. Haastattelusta saatiin arvokasta tietoa oman toiminnan suunnitteluun. Varsinainen uuden toimintamallin suunnittelu toteutettiin projektiryhmän toimesta esiselvityksestä saatujen tietojen ja soveltavan tutkimuksen tulosten pohjalta. Projektin eteneminen on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Projektin eteneminen

Projektin suunnitteluun ja toteutukseen käytettiin omaa henkilökuntaa. Projektikustannuksiin laskettiin henkilökunnan käyttämä työaika, joka kostui projekti-

ryhmän kokoontumisista ja tulevista benchmarking-käynneistä. Benchmarking-käynnit suunniteltiin huolellisesti. Henkilöstökulut sisälsivät projektin määrittely-, suunnittelu- ja toteutusvaiheet sekä palautetilaisuuden. Muita kustannuksia tuli projektipäällikön työajasta sekä postitus- ja tulostuskustannuksista.

Projekti aloitettiin nykyisen toiminnan kuvaamisella ja ryhmä mietti, mitkä toiminnot muuttuvat parityöskentelyssä ja miten toiminta järjestetään. Jokaiselle projektiryhmän tapaamiselle suunniteltiin käsiteltävä asiakokonaisuus. Asiakokonaisuudet mietittiin kuvion 4 Peltosen toimintamallia hyödyntäen. Keväällä 2013 aloitettiin sairaanhoitajan vastaanotot, joiden suunnittelu tapahtui toisen YAMK -kehittämiprojektin toimesta. Vastaanotoista saatua kokemusta hyödynnetään työparityöskentelyssä.

Projektiryhmä suunnitteli kaikkia työpareja koskevan toimintamallin, jossa jokaiselle parille jätettiin runsaasti mahdollisuutta muokata oman parin toimintaa. Jokaisen ammattiryhmän tehtävät mietittiin erikseen kyseisen ammattiryhmän edustajien kanssa. Terveystenhoitajat suunnittelivat uudelleen oman työnkuvansa sairaanhoidollisten tehtävien siirryttyä pois heidän vastaanotoiltaan. Lääkärien ja sairaanhoitajien yhteistyö mietittiin projektiryhmässä, johon kuului sekä sairaanhoitajia että lääkäreitä. Perushoitajien työnkuva suunniteltiin terveyskeskusavustajien kanssa. Kehittämispäivänä tehtiin koko henkilöstöä koskevia päätöksiä uuteen toimintamalliin liittyen. Päätettiin työparien muodostamisesta sekä hoitajien lisäkoulutuksesta, joka suoritetaan omalääkärien toimesta. Potilaille uudesta toimintamallista tiedotetaan hyvissä ajoin ennen uuteen toimintamalliin siirtymistä.

Suunnitellut benchmarking-käynnit toteutetaan 2013 kevään ja syksyn aikana. Käyntejä on suunniteltu tehtäväksi useampaan yksikköön, jossa lääkäri-hoitaja –työparimalli on käytössä. Suunnitelma käyntejä varten on tehty.

### 3 PERUSTERVEYDENHUOLTO

Laki määrittelee perusterveydenhuollon tarkoittamaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveyshuoltoa ja päihdetyötä siltä osin, kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveys. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Terveydenhuollon kokonaisuus voidaan jakaa perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon palvelut muodostavat terveyspalvelujärjestelmän perustan ja ovat yleisesti kaikkien saatavilla. Potilaat lähetetään tarvittaessa perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon joko konsultaatioon tai hoitoon. Perusterveydenhuollon palveluja tuotetaan kuntien ylläpitämissä terveyskeskuksissa, työterveyshuollon yksiköissä sekä yksityisillä lääkäriasemilla. (Mattila 2005.) Tähän asti on puhuttu toimivasta terveyskeskuksesta. Nyt olisi kuitenkin tarpeen laajentaa ajatuksia toimivaan perusterveydenhuoltoon. Perusterveydenhuolto ei tarkoita pelkästään terveyskeskusta. Päämäärän saavuttamiseksi on valittava moderni strategia. (Pälve 2009.)

#### 3.1 Terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöä

Kunnan perustehtävänä on palvelujen tuottaminen kunnan asukkaille. Palveluja suunniteltaessa on huomioitava asukkaiden tarpeet ja toisaalta myös kunnan resurssien (henkilöstö, talous, ympäristö) riittävyys. Kunnalla on mahdollisuus päättää, järjestääkö se sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuluvat palvelut itse, sopimuksilla yhdessä muun kunnan tai kuntien kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä, hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta tai yksityiseltä

palveluntuottajalta tai antamalla palveluseteleitä, joilla kuntalainen voi hankkia palvelut kunnan hyväksymältä palveluntuottajalta. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66, Kuntalaki 17.3.1995/365.) Terveyspalveluja käyttävän potilaan oikeuksia säätelee Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Se määrittelee myös potilaan oikeudet hoitoon pääsystä sekä tiedon saannista omaan hoitoonsa liittyen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon sekä erityistason palveluja pyritään sovittamaan yhteen siten, että palvelut vastaisivat parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaan tarpeita. Tätä tukemaan on säädetty laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kehittämisestä. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kehittämisestä vuosina 2011-2014 8.4.2011/305.)

1.3.2005 tuli voimaan laki kansanterveyslain muuttamisesta, jonka mukaan potilaalla on oikeus saada arkipäivisin välittömästi yhteys terveyskeskukseen, joko puhelimella tai tulemalla henkilökohtaisesti paikan päälle. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidontarpeenarvio viimeistään kolmantena päivänä yhteydenotosta, ellei hoidontarpeenarviota voida tehdä yhteydenoton aikana. Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys. Arvio perustuu yhteydenottajan kertomiin esitietoihin. Jotta hoidontarpeenarviointi voidaan tehdä, on terveydenhuollon ammattihenkilöllä oltava asianmukainen koulutus ja työkokemus. Kiireelliseen hoitoon on päästävä välittömästi. Laki määrittelee myös yhteydenottoon liittyvän riittävän kirjaamisen. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tarpeelliseksi todettu hoito pitää järjestää potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa. Jos terveyskeskus ei pysty itse antamaan hoitoa enimmäisaikojen puitteissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta. (Laki kansanterveyslain muuttamisesta

855/2004, Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004, Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

1.1.2014 voimaan tuleva terveydenhuoltolain 48 § vaikuttaa potilaiden vapauteen valita terveyskeskus, jossa asioi. Sen mukaan potilas voi vuodeksi kerrallaan valita perusterveydenhuollostaan vastaavan terveyskeskuksen myös muusta kuin kotikunnastaan. Lain mukaan valinnasta on tehtävä kirjallinen ilmoitus sekä hoitovastuussa olevan kunnan että valitun kunnan terveyskeskukselle. Hoitovastuu siirtyy valitun kunnan terveyskeskukselle viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

### 3.2 Perusterveydenhuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat

Keväällä 2005 Valtioneuvosto käynnisti ns. PARAS - hankkeen uudistamaan kunta- ja palvelurakennetta. Tavoitteena oli varmistaa laadukkaiden palveluiden saaminen koko maassa sekä saavuttaa toimintakykyinen, elinvoimainen kuntarakenne. Muutoksia on tehty kehittämällä kunta- ja palvelurakenteita sekä kehittämällä organisaatioita. Uudistus on pitkäjänteistä työtä, joka vaatii hyvän suunnittelun ja määrätietoisuuden, hallitun etenemisen. Vuonna 2007 tuli voimaan hankkeen toteutumista ohjaava Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007, joka oli voimassa vuoden 2012 loppuun asti. (Suomen Kuntaliitto 2012a.) PARAS - hanketta jatkamaan on hallitusohjelman mukaisesti suunniteltu toteutettavaksi laaja kuntauudistus. Sen tavoitteena on vahvoin peruskuntiin pohjautua kuntarakenne. Ohjelmassa peruskunta muodostuu luonnollisesta työssäkäyntialueesta ja on riittävän suuri, jotta se pystyy vastaamaan peruspalveluista. Uuden kunta 2017-ohjelman tavoitteiksi on asetettu, että PARAS - hankkeen päättyessä 2012 on valmiit rakenne- ja toimintamallit seuraaville valtuustokausille. Hanke tuottaa myös tietoa kuntauudistustyöskentelyyn. Hanke vahvistaa kunnallista itsehallintoa ja tuo esiin kuntalaisten vastuun sekä omasta elämästään että elinympäristöstään. (Suomen Kuntaliitto 2012b, Valtioneuvosto 2007,19-20.)



Vuonna 2007 säädetyt kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskevan lain (169/2007) tarkoitus on taata toimintakykyinen kuntarakenne sekä varmistaa laadukkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja rakenteiden järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestävästi. Vuonna 2008 valtioneuvosto vahvisti kansallisen sosiaali- ja terveystoimen kehittämissuunnitelman (KASTE). Sen päätavoitteena on lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä vähentää syrjäytymistä. Tavoitteena on myös alueellisten erojen kaventaminen. Palvelujärjestelmien kehittämiseen tarvitaan selkeitä ja kestäviä pitkän aikavälin linjauksia. Keinoina pyritään käyttämään ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallintaa tulee vahvistaa. Tietotekniikkaa tulisi hyödyntää tehokkaammin ja asiakaslähtöisemmin sekä tiedon hallinnassa että palvelujen tehostamisessa. Henkilöstön jaksaminen ja saatavuus ovat suuri haaste. Henkilöstön riittävyys tulee varmistaa ja henkilöstön osaamista on vahvistettava. Henkilöstön voimavarojen kehittämisen on perustuttava kunnan henkilöstöstrategiaan, joka on sovitettu yhteen palvelustrategian kanssa. Tarvitsemme osaavaa johtajuutta henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi.

Näiden epäkohtien parantamiseen KASTE -ohjelma pyrki kahdella päätavoitteella. Ensimmäinen tavoite on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen. Toisena tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Päätavoitteet on jaettu osatavoitteisiin, joihin jokaiseen liittyy säädösuudistuksia tai asioita, jotka tulee huomioida säädösuudistusten valmistelussa. Alueellisissa toimeenpanosuunnitelmissa hyödynnetään kuntien hyvinvointikertomuksia ja palvelustrategioita sekä terveydenhuollon järjestämissuunnitelmia ja maakuntien hyvinvointiohjelmia. (Haimakainen, Vehviläinen & Kumpusalo 2011, Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007, Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 13-27.)

Vuonna 2012 KASTE -hankerahoitusta on myönnetty perusterveydenhuollon kehittämiseen Espoon kaupungille. Espoon kaupungin Hyvä vastaanotto – hanke alkoi vuonna 2010. Hankkeen tavoitteina on parantaa

terveyskeskuspalvelujen saatavuutta sekä kehittää henkilötön työskentelyä ja työn hallintaa. Hankkeen ensimmäisestä vaiheesta terveyspalvelujen saatavuus on parantunut huomattavasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 1.)

### 3.3 Väestövastuu

Erilasten kokeilujen tuloksena on syntynyt väestövastuujärjestelmä. 1970-luvulla terveyskeskuslääkärit olivat tyytymättömiä työoloihinsa ja kuntalaiset palveluihin. Siitä alkoi kehitystyö, jonka seurauksena ensimmäinen valtakunnallinen virkaehtosopimus väestövastuulääkäreille solmittiin vuonna 1993. Väestövastuusta puhutaan, kun halutaan korostaa terveyskeskusorganisaation näkökulmaa. Potilaan ja lääkärin välisen hoitosuhteen näkökulmasta puhutaan omalääkäristä. (Virtanen, Mattila & Suominen 2006.)

Sanakirja määrittelee väestövastuun terveydenhuoltojärjestelmäksi, jossa eri ammattiryhmien edustajista koostuva työryhmä vastaa määräväestön perusterveydenhuollosta ja sairaanhoidosta (Suomisanakirja 2012).

Väestövastuu- eli omalääkärijärjestelmässä kullekin lääkärille määrätään henkilökohtainen vastuuväestö, jonka perusterveydenhuollon palveluista hän vastaa. Vastuuväestöön kuuluvalla henkilöllä on oikeus päästä hänelle osoitetun väestövastuulääkärin hoitoon viimeistään kolmen päivän kuluessa niin halutessaan. Väestövastuujärjestelmästä on sovittu virkaehtosopimuksessa. (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta 2000.)

Keskeistä omalääkäritoiminnassa on omalääkärin velvollisuus huolehtia siitä, että hänelle määrätty vastuuväestö saa asianmukaisen hoidon mahdollisimman pian. Organisaation kannalta olennaista on toimintaedellytysten luominen em. vastuun ottamiselle sekä eri ammattiryhmien työnjako ja yhteistyö toiminnan toteuttamisessa. Virkaehtosopimuksessa on perinteiset työaikamääräykset korvattu omalääkärin tavoitettavuudella. Tavoitettavuus tarkoittaa sitä, että omalääkäri on pääsääntöisesti tavoitettavissa päivittäin yleisinä

säännönmukaisina työpäivinä ja että potilaalla on oikeus saada kolmen päivän kuluessa yhteys omalääkäriinsä ja tämän ohjeet hoidon järjestämisestä. Pysyvän potilas–lääkärisuhteen perusteella omalääkärillä on parhaat mahdollisuudet arvioida, minkälaisia terveys- ja myös sosiaalitoimen palveluja hänen asiakkaansa kulloinkin tarvitsevat. Potilaiden palvelujen saatavuutta parantamaan on useissa terveyskeskuksissa muodostettu hoitaja–lääkäriyöpareja. Perusedellytyksenä hoitaja–lääkäriyöparien ja moniammatillisten tiimien toimimiselle on henkilöstön yhteensopivuus sekä keskinäinen luottamus toistensa osaamiseen. Mitä toimivampi työtiimi on, sitä paremmin osataan tunnistaa potilaiden tarpeet sekä pystytään soveltamaan työnjakoa mahdollisimman pitkälle. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 18-19.)

Väestövastuujärjestelmää on tutkittu yli kymmenen vuotta sitten runsaasti, kun järjestelmä oli vielä kokeiluasteella. Nyt kun järjestelmä on vakiintunut, on tutkimuksia tehty vähemmän. Vuonna 2003 tehdyssä tutkimuksessa verrattiin lääkäriissäkäyntien peittävyttä väestövastuun piirissä ja sen ulkopuolella olevien välillä. Lääkäriissä käytiin vähemmän erityisesti suurissa kaupungeissa väestövastuun piirissä olevissa terveyskeskuksissa. Terveyskeskuslääkärillä kävi työssäkäyvistä vastaajista edeltävän vuoden aikana vain joka kolmas. (Virtanen ym. 2006.) Vuosina 1998 - 2001 toteutti Sosiaali- ja terveysministeriö valtakunnallisen Terveysterveystuoto 2000-luvulle hankkeen. Hankkeen arvioinnissa todettiin, että terveyskeskuksissa, joissa oli omalääkärijärjestelmä, pääsi hoitoon kolmen päivän sisällä selvästi useammin kuin ei – väestövastuu-terveyskeskuksissa. Yli kahden viikon jonotusaikoja lääkärielle ei – väestövastuu-terveyskeskuksissa oli joka toisella lääkäriellä, kun taas väestövastuu-terveyskeskuksissa yli kaksi viikkoa joutui odottamaan aikaa vain joka kahdeksannelle lääkärielle. Terveyskeskusten koon mukaan ei hoitoon pääsyssä esiintynyt eroja. (Viisainen, Saalasti-Koskinen, Perälä, Kinnunen & Teperi 2002.)

## **4 TERVEYSKESKUKSEN VASTAANOTTOTOIMINTA JA SEN KEHITTÄMINEN**

Laki velvoittaa terveyskeskuksen huolehtimaan asianmukaisella tavalla moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. Kunnan on osoitettava tähän riittävät voimavarat. Terveyskeskukset velvoitetaan toimimaan yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän perusterveydenhuollon yksikön sekä muiden terveyskeskusten kanssa. Terveyskeskuksen on osallistuttava yhdessä perusterveydenhuollon yksikön kanssa kansalliseen perusterveydenhuollon kehittämiseen. (Terveystoimintalaki 30.12.2010/1326.)

Tärkeänä osana kehittämistyötä on palvelujen tuotteistaminen. Tuotteistuksen tarkoituksena on parantaa terveydenhuoltopalveluiden oikeaa resursointia ja suunnittelua. Sen avulla voidaan kehittää tuottavuuslaskentaa ja päästä eroon mekaanisesta ja jopa harhaista informaatiota tuottavasta, suoritekeskeisestä tuottavuuslaskennasta. Tuotteistaminen mielletään usein ulkoistamisen työkaluksi. Tuotteistus on kuitenkin ensisijaisesti palvelujen kuvaamista palveluprosessien selkiyttämiseksi. Ensisijaisena tarkoituksena on luoda edellytykset toimintatapojen uudistamiselle, resurssien tarkoituksenmukaiselle kohdentamiselle ja johtamiselle. Tästä voi seurata ulkoistamista, jos ulkoisilta markkinoilta on saavutettavissa hyötyä. Tuottavuuden mittaamisessa siirrytään uuteen aikaan. Kansallisessa tuottavuusraportoinnissa tulisi kiinnittää mekaanisesti lasketun tuottavuuden sijasta huomio vaikeammin mitattavaan hyvinvointituottavuuteen, jossa mitataan suoritteiden asemasta palvelutuotannon vaikutuksia ja vaikuttavuutta. Ongelmana on se, että nykyiset tuottavuusmittarit ovat puutteellisia. Ne eivät tunnista kohentunutta toimintaa ja parantunutta vaikuttavuutta oikealla tavalla. Tavoitteena on, että pystytään mittaamaan julkisten palvelujen hyvinvointituottavuutta. Mittareiden avulla voidaan suunnitella tarvittavia palveluja, tunnistaa palveluketjujen ongelmakohtia sekä suunnitella ja toteuttaa paremmin laadukasta työtä. (Ketola & Merikallio 2009, Thodén & Wiili-Peltola 2010.)

#### 4.1 Henkilöstöä koskevaa lainsäädäntöä

Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua. Laki varmistaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on riittävä koulutus, ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät valmiudet. Laki määrää terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonnasta ja helpottaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. Laki määrittelee terveydenhuollon ammattihenkilön tarkoittamaan henkilöä, joka lain nojalla on saanut ammatinharjoittamisoikeuden (*laillistettu ammattihenkilö*) tai ammatinharjoittamisluvan (*luvan saanut ammattihenkilö*), sekä henkilöä, jolla tämän lain nojalla on oikeus käyttää valtioneuvoston asetuksella säädettyä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimikettä (*nimikesuojattu ammattihenkilö*). Laki määrittelee myös terveydenhuollon ammattihenkilön yleiset velvollisuudet sekä sosiaali- ja terveysministeriön velvollisuuden ammattihenkilöiden yleiseen ohjaukseen ja valvontaan (Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.)

Vuonna 2010 tehdyssä muutoksessa lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä määritellään oikeudet laillistetulle terveydenhuollon ammattihenkilölle, joka voi koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa mukaisesti aloittaa hoidon potilaan oireiden ja käytettävissä olevien tietojen sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 433/2010).

Vuonna 2010 säädetyin lain mukaan sairaanhoitaja, jolla on riittävä käytännön kokemus ja joka on suorittanut valtioneuvoston asetuksella säädettävän lisäkoulutuksen, saa rajatun oikeuden määrätä apteekista hoidossa käytettäviä lääkkeitä terveyskeskuksessa hoitamalleen potilaalle, kun kyseessä on ennalta ehkäisevä hoito tai lääkityksen jatkaminen, kun lääkäri on tehnyt taudinmäärityksen tai kun lääkitys perustuu sairaanhoitajan toteamaan hoidon tarpeeseen (*rajattu lääkkeenmäärääminen*). Rajatun lääkkeenmääräämisen

edellytyksenä on kirjallinen määräys, jossa todetaan ne lääkkeet, joita sairaanhoitaja saa määrätä, ja mahdolliset lääkkeiden määräämiseen liittyvät rajoitukset. Kirjallisen määräyksen antaa vastaava lääkäri siinä terveyskeskuksessa, johon sairaanhoitaja on palvelussuhteessa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 433/2010.) Asetuksella määritellään lääkkeen määräämisoikeuteen edellytettävän koulutuksen tavoitteet, sisältö sekä osaamisen varmentaminen (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttäjästä koulutuksesta 1089/2010).

Tartuntatautilaki määrittelee henkilöstön toimintaa tartuntatauteihin liittyvissä toimissa ja velvoitteissa. Tartuntatautien vastustamistyöhön kuuluu tässä laissa tartuntatautien ehkäisy, varhaistoteaminen ja seuranta, epidemian selvittämiseksi tai torjumiseksi tarvittavat toimenpiteet sekä tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi epäillyn tutkimus, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus sekä sairaalainfektioiden torjunta. (Tartuntatautiasetus 31.10.1986/786, Tartuntatautilaki 25.7.1986/583.)

Sairaanhoitajaliitto on määritellyt liittokokouksessaan 1996 eettisen ohjeistuksen. Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoitajien, terveydenhoitajien, kättilöiden ja ensihoitajien (AMK) eettistä päätöksentekoa heidän päivittäisessä työssään. Ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajille, muille terveydenhuollossa työskenteleville sekä väestölle sairaanhoitajan perustehtävän yhteiskunnassa ja hänen työnsä periaatteet. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

#### 4.2 Työnjako ja tehtäväsiirto

Hukkanen & Vallimies- Patomäki määrittelevät työnjaon, tehtäväsiirron ja laajennetun tehtäväkuvan seuraavasti. Työnjaolla tarkoitetaan koko työyhteisön toiminnan kehittämistä siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaami-

sen näkökulmasta. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien keskinäisen työnjaon kehittäminen koskee lääkäreitä ja terveydenhuollon muita laillistettuja ammattiryhmiä, hammaslääkäreitä ja suun terveydenhuollon muita ammattiryhmiä sekä terveystieteiden ammattikorkeakoulutuksen tai opistoasteen koulutuksen ja toisen asteen tai muun ammatillisen koulutuksen saaneita. Tehtäväsiirroilla tarkoitetaan tietyille henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä myös jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin. Tehtäväkuvien laajentamisella tarkoitetaan tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista. Käsitettä hoitajavastaanotto käytetään kuvaamaan sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottoa äkillisesti sairastuneille ja pitkäaikaissairaille. (Hukkanen & Vallimies- Patomäki 2005, 12-13.)

Osaamisen tunnistaminen ja kehittäminen ovat onnistuneen työnjaon perusta. Organisaatioiden toiminnan kannalta on tärkeää kehittää ja hyödyntää työntekijöiden sellaista osaamista, joka tukee toiminnan tavoitteita ja joilla on taloudellista merkitystä. (Haapa-Aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 9, Uotila 2004.) Eila Uotilan tekemä selvitys osoittaa, että kunta-alan virka- ja työehtosopimukset tai vastaanottotoimintaa ohjaavat lait ja asetukset eivät yleisesti ottaen estä tai vaikeuta terveyskeskuksissa työskentelevien työn järjestämistä, toiminnan ohjaamista ja edelleen kehittämistä. Virka- ja työehtosopimukset eivät estä tai rajoita järkevää ja tarkoituksenmukaista toimintaa, mutta ne voivat aiheuttaa soveltamisvaikeuksia ja ohjata toimintaa epätarkoituksenmukaiseen suuntaan. Terveyskeskusten hajanaisuus on haitannut kehittämistyötä. Sekä keskus- että paikallistasolla tulisi lisätä suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä. Tarkoituksenmukainen työn- ja tehtävienjako sekä tuloksellinen toiminta edellyttävät kaikkien henkilöstöryhmien työn sisällön ja tehtävien selvittämistä siten, että otetaan huomioon eri aloilla tapahtuva tieteen ja teknologian kehitys. (Uotila 2004, 61-65.)

Paineet parantaa laatua ja alentaa kustannuksia ovat johtaneet tehtävien uudelleen määrittämiseen. Terveydenhuollon ammattilaisille on määritetty uusia tehtäviä. Sairaanhoitajille on määritetty vastuualueita, esim. diabetes, astma sekä sydän- ja verisuonitaudit. Sairaanhoitajat suorittavat monenlaisia tehtäviä ter-

veydentilan arvioinnista potilaan ohjaamiseen. Hoitajien rooli on määritelty uudelleen. Hoitajat opettelevat uusia taitoja, joilla pystyvät täyttämään terveydenhuollon tarpeita. Muutosten vaikutuksia potilaan terveyteen, terveyspalvelujen käyttöön sekä kustannuksiin tulisi tutkia lisää. (Laurant, Sergison, Halliwell & Sibbald 2000, Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning & Grol 2007,6-7.)

Vuosina 2003 ja 2004 toteutettiin työnjaon kehittämisen kansallinen terveys-hanke, jossa kehitettiin eri henkilöstöryhmien keskinäistä työnjakoa. Hankkeessa oli mukana 31 työnjakopilottia, jotka toteutettiin 29 organisaatiossa. Projektin tavoitteena on hoitoon pääsyn ja henkilöstön saatavuuden turvaaminen sekä toimintatapojen uudistaminen. Piloteista tehdyn selvityksen perusteella hoitajien laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvän päätöksenteon asianmukaisuutta tuettiin jokaisessa pilotissa. Työnsä tueksi hoitajat konsultoivat lääkäreitä, toisia hoitajia ja muita työyksiköitä. Myös Internetiä ja etenkin Terveysporttia hyödynnettiin usein. Muita tukijärjestelmiä olivat moniammatilliset työryhmäkokoukset, työkierto, työnohjaus, tutorointi sekä oman toimintayksikön järjestämät informaatiotilaisuudet sekä Intranettiin dokumentoidut toimintakäytännöt. Projektin myönteisiä seurauksia olivat esimerkiksi yhteistyön, asiakkaiden tyytyväisyyden ja työtyytyväisyyden lisääntyminen, palvelun laadun paraneminen sekä koulutuksen ja osaamisen kehittyminen. Henkilökunnan työmäärässä, työn kuormittavuudessa tai työssä jaksamisessa ei yleensä koettu muutoksia, mutta työn mielekkyyden koettiin lisääntyneen. Kun terveydenhuollon ammattihenkilölle siirretään tehtäviä, jotka lainsäädännön mukaan kuuluvat jonkin toisen terveydenhuollon ammattihenkilöryhmän tehtäviin tai jotka eivät kuulu työntekijän ammatilliseen koulutukseen, terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädäntö edellyttää, että osaaminen on varmistettava ja tehtäväsiirroista on tehtävä kirjallinen päätös (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, Hukkanen & Vallimies-Patomäki, 2005, 19-45.)

Potilaiden muuttuvat vaatimukset ja pula ammattitaitoisesta henkilökunnasta on pakottanut useissa maissa kehittämään sairaanhoitajan toimenkuvaa. Työnkuvan muutokset lisäävät osaamisvaatimuksia. Omahoitajuus voi vähentää hoitajien vaihtuvuutta. (Butler, Collins, Drennan, Halligan, O'Mathúna, Schultz, She-



ridan, & Vilis 2011.) Hoitajien työtyytyväisyyteen ja työssä pysymiseen ja rekrytointiin vaikuttavat hoitotyön arvostus, tiimityön ja kollegiaalisen avun toimivuus, henkilökunnan laatu ja määrä sekä urakehitys ja työnkuvan laajentuminen (Sullivan, Francis & Hegney 2008).

Hoidon osittainen siirtäminen lääkäreiltä sairaanhoitajille on yksi mahdollinen vastaus vastaanottoiminnan muutoksen haasteisiin. Toiveena on, että sairaanhoitajan vastaanotot vähentävät kustannuksia ja lääkärin työmäärää hoidon laadun säilyessä hyvänä. Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentamisen edellytyksiä ovat oppimista tukeva työyhteisö, sitoutuminen kehittämistyöhön, hyvä ilmapiiri ja keskinäinen luottamus sekä riittävät henkilöstö- ja tilaresurssit. (Haarala, Illikainen & Olli 2008,42.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksen perusteella sairaanhoitajien olisi mahdollista oleellisesti keventää lääkäreiden työtaakkaa. Tutkimuksissa sairaanhoitajan vastuulla oli ensimmäinen kontakti potilaiden kanssa, jotka halusivat nopeasti yhteyden terveystieteiden keskuksiin. Potilaiden terveyteen liittyvät tulokset olivat samanlaisia sairaanhoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla, mutta potilaiden tyytyväisyys oli suurempi hoitajan vastaanoton jälkeen. Sairaanhoitajat pyrkivät antamaan pidempiä vastaanottoaikoja ja heidän vastaanotoillaan potilaat kokivat saaneensa enemmän tietoa. Vaikutukset lääkärin työmäärään ja suoraan hoitokustannuksiin olivat vaihtelevia. Kustannussäästöt riippuvat suuresti siitä, miten työnjako toteutetaan ja siitä tarjotaanko sairaanhoitajan vastaanotolla sellaisia palveluja, joita ei aiemmin ollut lääkärin vastaanotolla saatavissa. Osassa tutkimuksia hoitaja otti osittain vastuuta myös potilaiden kroonisten sairauksien hoidosta. (Horrocks, Anderson & Salisbury 2002, Laurant ym. 2007,6-7, Jones, Edwards & While 2011.)

OECD -maissa tehdyssä tutkimuksessa selvitettiin lääkärin ja hoitajien työnjakoa. Eri maiden välillä on raportoitu suuria eroja työnjaossa. Kirjallisuuskatsauksen tekoa vaikeutti eri maiden erilaiset käytännöt ja siten aineiston huono vertailtavuus. Vanhoista rooleista irrottautuminen on kustannustehokasta. Tulosten mukaan hoitajien antaman hoidon tulokset ovat

pitkällä aikavälillä vähintäänkin yhtä hyviä kuin lääkärin, kun diagnoosi on jo tehty. (Buchan & Calman 2004.)

Terveyskeskustyön muutosta vuodesta 2006 vuoteen 2010 on selvitetty terveyskeskuslääkäreille suunnatulla tutkimuksella. Myönteisimpinä kehittymisen osa-alueina tuolla aikavälillä koettiin tietoteknologian kehittyminen tai sen käyttöönotto sekä työnjako hoitohenkilökunnan kanssa. Myös oman työn hallinnan koettiin parantuneen. Kielteisimpiä kehittymisen osa-alueita olivat lääkäripula, potilaiden ja omaisten lisääntyneet vaatimukset sekä päihtyneet asiakkaat vastaanotolla. Myönteisenä kehittymisenä on koettu myös se, että kansallisten kehittämissuunnitelmien ja palvelurakennemuutosten myötä on perusterveydenhuoltoa kyetty uudistamaan. (Haimakainen ym. 2011.)

Suomessa tehdyistä työnjaon kehittämissuunnitelmista on jo saatu seurantatuloksia. Esim. Oulun Eteläisten hyvinvointipalvelujen vuonna 2001 tekemän kehittämistarvekyselyn pohjalta luotiin toimintamalli, jossa lääkäreiltä siirrettiin tehtäviä päivystävän sairaanhoitajan ja päivystävän työterveyshoitajan, sydänhoitajan sekä äitiys- ja perhesuunnitteluneuvolan terveydenhoitajan vastaanotoille. Kyselyssä asiakkaiden mielestä hoitajat pystyvät tekemään osan lääkäreiden töistä. Suurin osa vastaajista uskoo, että lääkärillä on enemmän aikaa syventyä asiakkaan ongelmaan, jos osa hänen tehtävistään on siirretty hoitajille. Asiakkaat uskovat myös siihen, että hoitaja pystyy toteuttamaan pitkäaikaissairausten seuranta- tai jälkitarkastuskäynnin. Projektin osallistuneissa terveyskeskuksissa hoitoon pääsy on parantunut. (Haarala ym. 2008, 32-42.)

Kalajoella tehdyssä kokeilussa todettiin, että tutkimustulokset varmistavat sairaanhoitajan toimenkuvan laajentamisen onnistuneen. Suunnitellut tehtävänsiirrot ovat toteutuneet. Onnistumisen edellytyksinä voidaan pitää oppimista tukevaa työyhteisöä sekä kehittämistyöhön sitoutumista. Lääkäreiden työn kuormittavuus on vähentynyt ja uusi työnjako on lisännyt vastaanottotoiminnan suunnitelmallisuutta. Sairaanhoitajat voivat entistä enemmän hyödyntää asiantuntijuuttaan. Asiakkaille uusi toimintatapa on joustavampi ja palvelujen saatavuus on parempaa. (Haarala, 2005.)

### 4.3 Lääkäri-hoitaja –työparityöskentely

Työparityöskentelyssä lääkäri ja hoitaja vastaavat yhteistyössä tietyn väestön hoidosta. Potilas ottaa yhteyden omahoitajaan, joka tekee hoidon tarpeen arvi- on ja varaa sen perusteella ajan joko itselleen tai omalääkärille. Hoitaja valmis- telee potilaan lääkärin vastaanotolle ja huolehtii pitkäaikaissairaiden seurannas- ta. (Peltonen 2009, 51.)

Työparimallissa hoitajien rooli korostuu. Potilaat ottavat yhteyttä omahoitajaan, joka tekee hoidon tarpeen arvioinnin. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen omahoi- taja antaa potilaalle hoito-ohjeet tai ohjaa hänet oikeaan hoitopaikkaan. Hoitaja oppii tuntemaan oman alueensa potilaat, koska he ottavat yhteyttä aina saman hoitajaan. Lääkärin vastaanotolla, potilas saa diagnoosin ja hoitosuunnitelman, mahdollisesti myös tutkimus- ja hoitomääräyksiä tai hänet ohjataan uudelle vas- taanottokäynnille. (Heikkilä, Lappeteläinen & Riikonen 2010, 12–13, 20.) Tam- pereella on tehty vertailevaa tutkimusta kahden terveyskeskuksen välillä, joissa toisessa on käytössä työparityöskentelymalli ja toisessa hoitajat hoitavat koko terveysaseman potilaita. Kautta linjan tyytyväisyyskyselyssä asiakkaat olivat tyytyväisempiä saamaansa palveluun terveysasemalla, jossa on työparityösken- telymalli. (Heikkilä ym. 2010, 30-35.)

Eija Peltonen vertaa väitöskirjatutkimuksessaan lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityömalleja. Väitöskirjan tuottamassa toimintamallissa on keskeistä asiakas sekä suunnitelmallinen työnjako lääkäreiden ja hoitajien välillä. Peltonen kuvaa väitöskirjassaan lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityötä vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Työparityöskentely terveyskeskusten asiakkaista 99 % koki, että lääkärin, potilaan ja hoitajan kiinteä yhteistyö edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista. Tiimityö - terveyskeskuksissa vastaava luku oli 96 %. Tiimityö -terveyskeskusten asiakkaista 71 % ja työparityöskentely terveyskeskusten asiakkaista 82 % piti tärkeänä, että seuraava kontrollikäynti lääkärille suunnitellaan yhdessä hoitajan kanssa. Työparityöskentely terveyskeskuksissa 99 % ja tiimityö -terveyskeskuksissa 88 % asiakkaista oli sitä mieltä, että osa lääkärille

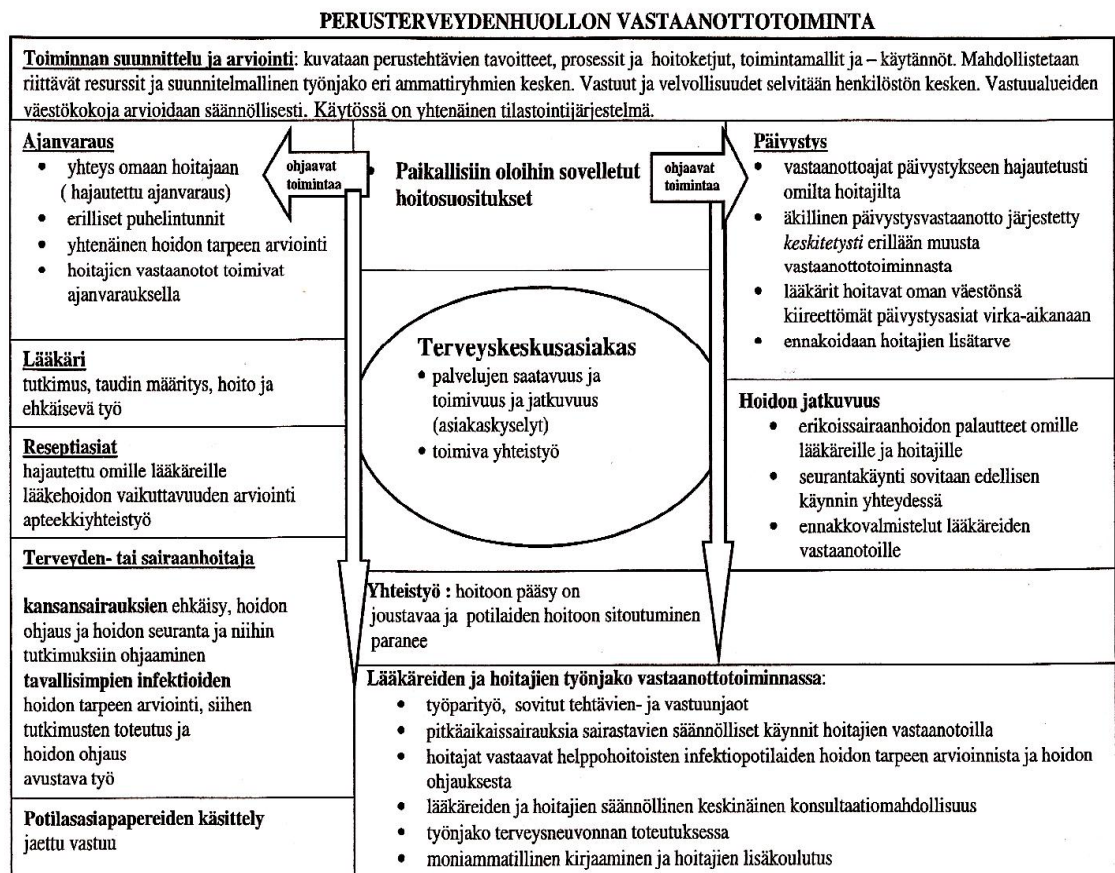
osoitetuista asioista on voitu hoitaa hoitajan kanssa. (Peltonen 2009, 95-96.) Hoitajien on mahdollista tukea lääkärin työtä paremmin työparityöskentelyssä kuin tiimityössä. Vastaanotolle tulevat potilaat on mahdollista etukäteisvalmistella paremmin omahoitajan vastaanotolla. (Peltonen 2009, 168.)

Lähes kaikki asiakkaat kokivat sekä tiimityö- että työparityöskentely -terveyskeskuksissa saaneensa omalta hoitajalta hyvää ammatillista palvelua ja ohjausta, eivätkä sen vuoksi tarvinneet aina lääkärin vastaanottoa. (Peltonen 2009, 167). Myös Bower työryhmineen sai samansuuntaisia tuloksia (Bower, Campbell, Bojke & Sibbald 2003). Potilaat haluavat mieluummin hoitajan vastaanotolle pienissä ongelmissa, jos oireet eivät ole vakavia, ja lääkärin vastaanotolle vakavien oireiden kanssa (Caldow, Bond, Ryan, Campbell, Miguel, Kiger & Lee 2007, Redsell, Stokes, Jackson, Hastings & Baker 2007).

Pullon on tutkinut lääkäreiden ja itsenäistä vastaanottoa pitävien sairaanhoitajien suhteita ja rooleja Uudessa Seelannissa. Tutkimuksen mukaan pidettiin työparityöskentelyä hyvänä ratkaisuna edistämään ammatillista yhteistyötä, koska hoitajilla ja lääkäreillä on erilaisia taitoja, jotka täydentävät toisiaan. (Pullon 2008, 133–147.)

Simon terveyskeskuksessa on kehitetty lääkäri-hoitaja –työparimallia PaKaste hankkeen puitteissa. Hankkeen myötä tehtävänkuvat ovat muotoutuneet sitä mukaa, kun yhteistyö ja luottamus ovat kasvaneet. Hoitajilla on omaa potilasvastaanottoa päivittäin. Tarvittaessa heillä on mahdollisuus konsultoida lääkäriä. Tilaratkaisulla (vierekkäiset huoneet väliovella) on merkitystä konsultaation helppouteen. Ennen hoitajavastaanottojen alkua on tärkeää sopia, mitä asioita hoitajat voivat tehdä itsenäisesti omalla vastaanotollaan ja missä asioissa on tarpeen ohjata potilaat lääkärille. Tutkimusten mukaan potilaat tulevat mielellään hoitajavastaanotolle, koska sinne on usein helpompi saada aikoja ja he tietävät konsultoinnin mahdollisuudesta. Hoitajat ovat saaneet hyvää palautetta asiakkailta. Hoitajien osaamisen varmistamiseksi Simossa on laadittu kirjatut hoitopolut. Tärkeää ovat myös toimivat konsultaatiokäytännöt. (Silvennoinen & Kupulisoja 2011, 8-12.)

Peltonen on väitöskirjansa tutkimusten sekä kirjallisuuden perusteella luonut toimintamallin perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan järjestämiseksi. Hän kuvaa lääkäreiden ja hoitajien työnjaon toteuttamista (kuvio 4). Toimintamallissa toiminnan lähtökohtana on potilas. Toiminnan tavoitteena on taata potilaan palvelujen saatavuus ja jatkuvuus. Henkilökunnan vastuut, velvollisuudet ja osaaminen on selvitetty ja tarvittava lisäkoulutus mahdollistetaan.



Kuvio 4. Toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan (Peltonen 2009, 162)

#### 4.4 Organisaatiomuutos työyhteisössä

Parmelli ym. selvittivät katsauksessaan strategioiden vaikutusta organisaatiokulttuurien muutoksessa. Vaikka organisaatiokulttuurin merkitystä pidetään välttämättömänä osana terveydenhuollon uudistamisessa, todisteet tutkimuskirjallisuudessa organisaatiokulttuurin ja terveydenhuollon suorituskyvyn välisestä yhteydestä ovat heikkoja. Jatkossa tutkimustoiminnan olisikin tärkeää keskittyä vahvistamaan todisteita organisaatiokulttuurin muutoksen tehokkuudesta parantaa terveydenhuollon suorituskyyä. Organisaatiokulttuurilla tarkoitetaan yhteisiä piirteitä organisaatioissa. Näitä ominaisuuksia voivat olla uskomukset, arvot, normit ja käyttäytyminen, rutiinit ja perinteet. Viime vuosina on kiinnitetty suurta huomiota sekä organisaatiokulttuurin että organisaatorakenteiden muutoksiin terveydenhuollon toiminnan parantamisessa. (Parmelli, Flodgren, Schaafsma, Baillie, Beyer & Eccles 2011.)

Anu Kajamaan väitöskirjatutkimuksessa luodaan uudenlaista käsitteellistä viitekehystä organisaatiomuutoksen ymmärryksen laajentamiseen. Tutkimustuloksista selviää, että muutospyrkimyksen odottamattomat seuraukset ja pysähtyneisyys liittyvät organisaatioiden eri osa-alueiden erillisyyteen. Odottamattomat seuraukset saattavat pysäyttää muutos- ja oppimisprosesseja, ellei niitä käsitellä. Terveydenhuollon organisaatioissa tulisi rikkoa hierarkkisuutta sekä nykyistä enemmän olisi levitettävä hyväksi havaittuja tuloksia, jotta muutokset mahdollistuisivat. Johtamisen haasteena voidaan nähdä uusien lupaavien toimintatapojen ja yhteisten välineiden kehittäminen. Jotta organisaatioissa saadaan aikaan syvällistä muutosta ja prosesseja voidaan tehostaa, tarvitaan pitkä yhteisöllinen oppimisprosessi. Terveydenhuollon kehittäminen on hidasta ja vaativaa sen moniulotteisuuden ja vastakohtaisuuksien vuoksi. Terveydenhuollon kehittäminen vaatii muutoshankkeita, jotka yhdistävät eri paikkoja, tasoja ja logiikoita yhteen. Tuloksellinen kehittäminen edellyttää sekä toimijoilta, johtajilta että poliittisilta päättäjiltä entistä laajempaa ajattelutapaa. (Kajamaa 2011,125-137.)

Muutoksen tulisi lähteä organisaation muutostarpeesta. Hyvässä muutoksen johtamisessa otetaan huomioon muutosta suunniteltaessa ja toteuttaessa organisaation päämäärät ja tavoitteet sekä asiakkaiden tarpeet. Henkilöstön osallistuminen ja osaamistarpeet on myös huomioitava. Muutosprosessin aikana, sen kaikissa vaiheissa, toiminnan päämäärä sekä toiminnan tavoite tulee säilyä kirkkaana. Organisaation on kyettävä resursoimaan riittävästi muutoksen onnistumisen mahdollistamiseksi. Muutoksessa on olennaista ajattelutavan muutos. Sen vuoksi on tärkeää johtaa ihmisiä eikä vain muutosta. On tärkeää alusta asti korostaa muutoksen tarpeellisuutta. Muutoksiin sopeutumista helpottaa, jos vastuut ja roolit on jaettu oikeudenmukaisesti ja selkeästi (Luomala 2008, 4-25.)

Muutosvastarinta on tutkimuksen mukaan yksilöllinen ominaisuus, joka perustuu suurelta osin henkilön persoonallisuuteen ja elämänasenteeseen sekä aikaisempiin kokemuksiin. Muutosvastarinta on ominaista ja luonnollista ihmisen käyttäytymiselle, siten sen voidaan katsoa olevan tahatonta. Pitkään jatkuessaan muutosvastarinta muuttuu kuitenkin tarkoitukselliseksi. Muutosvastarinnan syynä on usein ymmärtämättömyys muutoksesta, sekä sen mukanaan tuomista hyödyistä. Ymmärtämättömyys ruokkii pelkoa. Muutosvastarinta on usein pelkotila esimerkiksi oman työnkuvan ja aseman muuttumisen vuoksi. (Virtala 2010.) Esimies voi estää muutosvastarinnan tunnistamalla menneeseen juurtuneet ajatukset ja luomalla ilmapiirin, jossa keskustelua arvostetaan. Henkilöstölle on tärkeää, että esimies selkeyttää visiot ja on jatkuvassa vuorovaikutuksessa henkilöstön kanssa. (Fagerström & Salmela 2010.)

Vuorinen kuvaa väitöskirjatutkimuksessaan muutosjohtamista suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Sairanhoitajien kuvauksissa osastonhoitajat valtuuttavat muutosjohtamisessa sairaanhoitajia toimintaan. He kohtelevat muita kunnioittavasti ja arvoa antaen. He käyttävät johtamisessa tien näyttämistä, joka ilmenee harkittuna, suunnitelmallisena johtamisena ja lupauksista kiinni pitämisenä. Rohkaiseminen ilmeni sairaanhoitajien tukemisena, kannustamisena ja palkitsemisena.

Innostaminen yhteiseen visioon tarkoitti yhteistyötä, asiantuntijoiden käyttämistä. Perustehtävän turvaamiseksi kyseenalaistettiin prosesseja. (Vuorinen 2008, 68-71.)



## 5 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSUUS

### 5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa Pirkkalan terveyskeskuksessa tapahtuneesta lääkäri-hoitaja -työparityöskentelyyn siirtymisestä sekä siitä, miten järjestelyt ja palvelut toimivat nyt. Tutkimus tuottaa tietoa perusterveydenhuollon vastaanoton toiminnasta sekä lääkäreiden ja hoitajien työnjaosta. Tavoitteena on hyödyntää tietoa siirryttäessä työparityöskentelyyn Naantalın terveyskeskuksen avosairaanhoidossa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Minkälaisena henkilökunta koki työparimallin käyttöönottoprosessin?
2. Minkälaisena henkilökunta kokee käytössä olevan lääkäri-hoitaja – työparimallin toiminnan kannalta?
3. Mitä vaikutuksia henkilökunta näkee työparimalliin siirtymisellä olleen terveyspalveluihin?

### 5.2 Tutkimuksen kohdeorganisaation kuvaus

Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen osuus suoritettiin Pirkkalan terveyskeskuksessa, jossa hoitaja-lääkäri –työparityöskentely on aloitettu vuonna 2006 kahdella lääkärillä ja kahdella hoitajalla. Vähitellen pareja on lisätty sitä mukaa, kun henkilökuntaa on saatu lisää. Nyt terveyskeskuksessa työskentelee kymmenen lääkärinä ja yhdeksän hoitajana. Vuoden sisällä on tarkoitus saada yksi hoitajan toimi lisää, jotta saadaan lisättyä yksi työpari.

Pirkkalassa päivystys toimii arkisin klo 8-22, lauantaisin klo 10-18 ja sunnuntaisin klo 10-20. Päivystyksessä on oma hoitohenkilökunta, mutta lääkärit käyvät päivystämässä puoli päivää viikossa. Lisäksi lääkärit työskentelevät neuvoloissa ja kouluilla, jolloin heidän työparinaan toimivat lastenneuvolan tai koulujen terveydenhoitajat.

Pirkkalassa lääkärille ja hoitajalle listaudutaan. Listautumismallissa potilas saa valita omalääkäriin. Etenkin paljon palveluja käyttävien ja monisairaiden potilaiden on tarkoitus listautua eli siten ohjautua omalääkäriin ja omahoitajan vastaanotolle. Potilas, joka ei ole listautunut lääkäri-hoitaja -työparille, ottaa yhteyttä tiettyyn numeroon, joka yhdistyy automaattisesti vapaana olevalle tai seuraavaksi vapautuvalle sairaanhoitajalle. Listautuneet potilaat ottavat suoraan yhteyttä omahoitajaan.

Potilaat varaavat ajan omahoitajalta. Hoitajalla on ajanvarausasioita varten puhelinaika, jolloin potilaat voivat soittamalla varata ajan joko hoitajalle tai lääkärille. Muuna aikana hoitajat pitävät omaa vastaanottoa. Jokaiselle työparille on aikataulutettu päivittäin yhteinen konsultaatioaika. Kaikilla sairaanhoitajilla on omia vastuualueita, esim. reuma, diabetes, astma, tartuntataudit, mielenterveys. Hoitajat pitävät tietotaitoaan yllä kouluttautumalla ja kouluttamalla toisiaan.

### **5.3 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu**

Tutkimus suoritettiin laadullisella eli kvalitatiivisella menetelmällä. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii ymmärtämään merkityksiä kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää ilmiöitä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 16-27). Kvalitatiivinen tutkimus valittiin menetelmäksi, sillä tutkimuksella haluttiin saada uutta tietoa sekä haluttiin saada uusia näkökulmia tutkittavaan asiaan (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 50). Laadullisena menetelmänä käytettiin teemoitettua ryhmähaastattelua (Vilka 2009, 101).

Tähän tutkimukseen valittiin teemahaastattelu, koska asiasta haluttiin mahdollisimman laajasti tietoa eikä aihetta haluttu rajata liian tarkasti. Ryhmähaastattelussa paikalla on yhtä aikaa useita haastateltavia. Ryhmähaastattelusta saataan saada tavallista enemmän tietoa. Haastateltavat voivat yhdessä herätellä muistikuvia ja tukea toisiaan sekä innostaa toisiaan puhumaan asioista. (Eskola & Suoranta 1998, 95-96.) Ryhmähaastattelu, varsinkin kun kyseessä on luonnollinen ryhmä, tuottaa monipuolisempaa materiaalia. Haastateltaville syntyy

luontaista keskustelua ja jopa väittelyäkin asioista ja haastattelijan rooli jää pienemmäksi kuin yksilöhaastattelussa. (Alasuutari 2011, 152.)

Teemahaastatteluun määritellään etukäteen haastattelun aiheet eli teemat. Tarkkoja kysymyksiä ei kuitenkaan laadita. Haastattelija varmistaa, että kaikki teemat tulevat haastattelun aikana käsiteltyä, mutta niiden järjestys ja laajuus määräytyvät haastattelun kuluessa. (Eskola & Suoranta 1998, 87, Hirsjärvi ym. 2009, 208-209.) Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä, tutkimuksen tarkoituksen mukaisia vastauksia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Teemahaastattelun runko (LIITE 1) perustui esiselvityksen teoriasta nouseviin teemoihin ja kysymyksiin. Haastattelukysymykset testattiin ennen varsinaista haastattelua yhdellä sairaanhoitajalla, joka on työskennellyt aikaisemmin työparityössä. Tallennuslaitteen käytön osaaminen ja sen toimivuus varmistettiin.

Haastattelu tehtiin Pirkkalan terveyskeskuksessa, jossa lääkäri-hoitaja - työparityöskentely on ollut toimintamuotona vuodesta 2006. Pirkkala valittiin haastattelupaikaksi, koska sen väestö on lähes samankokoinen kuin Naantalin. Pirkkalassa oli vuoden 2012 lopussa 18 132 asukasta. (Pirkkala 2013). Osastonhoitaja valitsi haastateltavat projektipäällikön antamien kriteerien perusteella. Kriteeriksi asetettiin, että haastateltavina on sekä hoitaja että lääkäreitä ja että heillä on työkokemusta organisaatiosta työparityöskentelyyn siirtymisen ajalta. Haastatteluryhmä muodostui kahdesta hoitaja-lääkäri -parista. Jokaisen toimenkuvaan kuului vastuualueita kuten esim. astma ja reumasairaudet.

Haastateltaville lähetettiin kirjallinen suostumuslomake saatekirjeineen noin kaksi viikkoa ennen haastattelua. Haastattelija oli yhteydessä haastateltaviin sähköpostitse noin viikkoa ennen haastattelua ja samalla lähetettiin haastattelun teemat. Haastattelu suoritettiin ryhmähaastatteluna 4.10.2012. Haastattelupaikaksi oli valittu Pirkkalan terveyskeskuksen kokoustila, jossa ei esiintynyt ulkopuolisia häiriötekijöitä. Haastattelun alussa haastateltavat täyttivät taustakysymyslomakkeen, jossa kysyttiin vastaajan nimi, ammatti, työvuodet organisaatiossa ja mahdolliset erityisvastuualueet. Haastateltavat allekirjoittivat ennen haastattelun aloittamista suostumuslomakkeen, jonka antoivat haastattelijalle.

Ennen haastattelun aloittamista käytiin vielä läpi haastattelun tarkoitus ja kerrottiin haastattelun nauhoituksesta. Haastattelijolle kerrottiin myös tutkimusmateriaalin käytöstä ja säilyttämisestä, eli että materiaali on koko tutkimusprosessin ajan vain tutkijan käytössä ja hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Teemahaastattelun runko kysymyksineen jaettiin kaikille haastattelutilaisuuden alussa. Tämä koettiin hyvänä, koska näin haastateltavat voivat seurata haastattelun etenemistä ja lopuksi sen avulla varmistettiin, että kaikkiin kohtiin oli saatu vastaukset.

Haastattelutilanne oli rauhallinen ja haastateltavat olivat rentoja. Jokaisella oli mahdollisuus sanoa oma mielipiteensä. Haastatteluun kului aikaa puolitoista tuntia. Haastattelu päätettiin kun kaikkiin kysymyksiin oli saatu vastaus ja yhden haastateltavan oli poistuttava.

#### **5.4 Aineiston analysointi**

Nauhoitetut haastattelut kuunneltiin useaan kertaan ja litteroitiin sanatarkasti tekstiksi. Litteroitua tekstiä kertyi 50 sivua. Litteroinnissa kirjoitettiin tekstiin myös vuorovaikutustilanteessa esiintyvät tunnetilat esimerkiksi naurua. Litteroinnin jälkeen haastattelu kuunneltiin vielä ja tarkastettiin nauhoitetun ja kirjoitetun aineiston yhteneväisyys vertaamalla niitä toisiinsa.

Teksti luettiin läpi moneen kertaan kokonaiskuvan saamiseksi. Aineistolle tehtiin tutkimusongelmista nousevia kysymyksiä, joihin aineistosta etsittiin vastauksia. Litteroidut tekstit jäseneltiin teemojen mukaan. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällön analyysiä soveltaen. (vrt. Eskola & Suoranta, 175-180.) Aineistosta pyrittiin löytämään tiettyjä toistuvia ilmaisuja, ajatusmalleja jne., jotka olisi mahdollista yhdistää samaan kategoriaan (vrt. Dey 1993, 87-92). Sisällönanalyysissä pyritään selvittämään mahdollisimman avoimin kysymyksin, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 117). Tekstistä etsittiin merkityskokonaisuuksia samanlaisuuksien perusteella. Myös selkeitä ristiriitaisuuksia etsittiin. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 103.)

## 5.5 Tutkimustulokset

### 5.5.1 Siirtyminen lääkäri-hoitaja -työparityöskentelyyn

Lääkäri-hoitaja –työparimalliin siirryttiin Pirkkalan terveyskeskuksessa vuonna 2006. Uuteen toimintamalliin päädyttiin entisen ylilääkärin aloitteesta. Pirkkalassa ei tuolloin ollut omalääkärijärjestelmää eikä perinteiseen väestövastuujärjestelmään haluttu siirtyä. Uudelle toimintamallille oli selkeä tarve. Päivystys oli aikaisemmin ylikuormittunut, kun vastaanotto ei toiminut ja potilaita ohjautui päivystykseen, vaikka vaiva ei olisikaan vaatinut päivystysvastaanottoa. Pirkkalassa liikkeelle lähdettiin vähitellen. Ensin aloitti yksi työpari ja vähitellen työparien määrää lisättiin sitä mukaa, kun virkoja saatiin lisää. Alueita on kasvatettu hallitusti, uusiin potilaisiin tutustutaan kunnolla ja kaikille uusille potilaille tehdään alussa hoitosuunnitelmat. Toiminnan vähittäisen aloittamisen ongelmana oli kuormittavien potilaiden kasautuminen ensimmäisille pareille. Alusta asti kaikki potilaat ovat listautuneet, mitä ei koeta kovin toimivaksi. Haastateltavien mielestä olisi parempi, jos vain ne potilaat listautuisivat, joilla on jokin perussairaus. Alussa koettiin myös, että potilaille tiedottaminen oli liian vähäistä. Toimintaa kehitetään edelleen pitäjäniteisesti.

Parityöskentelyyn siirtymistä helpotti se, että oli jo pitkiä hoitosuhteita. Potilaat listautuivat jo tutuiksi tulleille lääkäreille ja hoitajille. Potilailla oli positiivinen suhtautuminen parityöskentelyyn. Pirkkalan terveysasemalla oli jo valmiiksi toimivat työtilat, joissa oli helppo sijoittaa työpari vierekkäisiin huoneisiin. Tämä helpottaa yhteistyötä ja konsultointia. Hoitajien positiivinen suhtautuminen edisti parityön aloituksen onnistumista. Hoitajat eivät pelänneet lisääntyvää vastuuta.

Työparimallin käyttöönottoprosessiin keskittyvän haastatteluosuuden lopuksi haastateltavilta kysyttiin, olisiko heillä jonkinlaista viestiä, jonka he haluaisivat antaa Naantalin terveyskeskuksen henkilökunnalle lääkäri-hoitaja –työparityöskentelyn suunnittelun tueksi. Koettiin, että kannattaa ajoittain järjestää kehittämispäiviä tms., joissa on mahdollisuus yhteiseen kokemusten ja toimintatapojen vaihtoon. Uuteen toimintamuotoon siirryttäessä kannattaa myös

tiedottaa riittävästi sekä potilaille että muulle henkilökunnalle. Haastateltavien kokemuksen mukaan työpareille tulee antaa riittävästi vapautta muokata omaa työtään.

”Sen mä aattelen, et on tärkeä, että tottakai työaikoja noudatetaan ja semmosia asioita mitkä on jossain virkaehtosopimuksissa ja tämmösissä, mutta että se työn sisältö... jokainen muotouttaa sen omanlaiseksensa, ni mä ajattelisin että se on aika tärkeä”

Työparille on tärkeää tehdä kuitenkin selkeä työnjako, jotta työskentely sujuu. Keskinäinen kunnioitus ja toisen työn arvostaminen on erittäin tärkeää.

”Hitsit vie, alussa tarvitaan sitä keskustelemista sen työparin kesken. Sama mitä te toitte esille ja sitte saumaton yhteistyö. Ei saa vetää kumpikaan mattoa toisen alta”

### **5.5.2 Henkilökunnan kokemukset lääkäri-hoitaja -työparimalliin perustavasta toiminnasta**

Nykyisin Pirkkalan terveyskeskuksessa työskentelee yhdeksän työparia. Potilaat ohjautuvat omalääkärin ja omahoitajan vastaanotolle päivystyksen sijaan. Työparityöskentelyn myötä työ on järkevoitynyt. Erityisesti hoitajien vastaanotot ovat aikaisempaa suunnitelmallisempia. Hoitajat kokevat työnsä mielekkäämmäksi, vaikka vastuu onkin lisääntynyt ja työ on selkeästi aikaisempaa haasteellisempaa.

”Se on omalta osaltaan sit niinku lisänny sitä semmosta hoitaja ei ole sihteeri”.

Hoitajille on tehty melko vähän tehtäväsiirtoja työparityöskentelyyn siirryttäessä. Mitään selkeitä toimenpiteitä ei ole siirretty. Aikaisempaa enemmän hoitajat vastaavat laboratoriovastausten kyselyihin, ellei vastauksissa ole poikkeavuuksia. Hoitajat myös tekevät laboratoriolähetteitä esim. vuosikontrolleihin. Hoitajat aloittavat nykyään itsenäisesti seurantoja, ennen kuin potilas menee lääkärin vastaanotolle. Hoitajat voivat itsenäisesti tehdä lähetteitä esimerkiksi diabeetikoille jalkahoitajalle.

”Seuranta alotetaan ennen kun tulee lääkärille koska mitä se lääkäri tekee, käskö anna sokerimittari, mittaa ja tuu lääkäriin ni sit säästetään taas se yks käynti.”

Nykyisin hoitajilla ja lääkäreillä koetaan olevan aikaisempaa toimivampi konsultaatiokäytäntö. Jokaiselle työparille on varattu päivittäin aika konsultaatiota varten. Jos hoitajalle tulee epäselviä tilanteita potilaan kanssa, voi hän konsultoida lääkäriä ja ottaa uudelleen yhteyttä potilaaseen. Koko henkilöstö kokoontuu palaveriin kuukausittain. Palavereissa voi konsultoida muita työpareja erilaisiin käytäntöihin liittyen. Hoitajilla on palaveri kerran kahdessa kuukaudessa, johon osallistuvat kaikki parityössä olevat hoitajat. Lisäksi lääkäreillä on oma yhteinen kahvitauko (”lääke-esittely”) päivittäin ja koulutus kerran viikossa. Näissä tilaisuuksissa lääkärit konsultoivat toisiaan hankalissa potilastilanteissa.

Sekä hoitajien että lääkäreiden työskentely on muuttunut joustavammaksi. Työparit voivat suunnitella ja toteuttaa omaa työskentelyään omanlaisekseen. Työtavat jokainen pari voi hyvin pitkälti muokata haluamansalaiseksi. Työnjako on sujuvampaa kuin aikaisemmin. Vaikka onkin selkeä työnjako, tehdään nykyisin asioita enemmän yhdessä kuin ennen työparityöskentelyä.

”meil on jotkut asiat selkeesti, et nää on hoitajan juttuja ja nää on lääkärin jutut ja sit on semmosia asioita, jotka on siinä välissä ja vähän sen mukaan kummalla on nyt sattumalta siinä vaiheessa enemmän tai vähemmän kiirettä, ni ne asiat on, jompikumpi tekee... kumpikin huolehtii, ettei oo pelkkää nakittamista toiselle”.

”Se ei oo niinku niin tärkeä et mikä on se ammattinimike vaan se et ne asiat hoituis”

Omasta sekä parin jaksamisesta kannetaan huolta. Lääkärin on osattava esim. päivystysvastaanotolla rajata, mitkä asiat ovat päivystysasioita ja mitkä tulee siirtää vastaanottoajalle. Sujuva yhteistyö helpottaa parin jaksamista. Työparin kanssa voi purkaa tuntemuksiaan. Työparityöskentelyn koetaan parantaneen hoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä. Ennen tehtiin työtä erikseen omilla vastaanotoilla eikä ollut toimivia konsultaatiokäytäntöjä. Nykyisin tehdään paljon yhteistyötä. Suunnitellaan yhdessä potilaiden hoitoa ja seurataan hoidon onnistumista.

Yhteistyö myös päivystyksen kanssa on tärkeää. Päivystyksen tulee informoida työparia, jos potilaita alkaa ohjautua päivystykseen. Tällöin työpari voi reagoida tilanteeseen esim. aikoja lisäämällä. Hoitajilla on lupa muokata lääkäreiden päiväohjelmaa yhdessä sovittujen sääntöjen mukaan. Pari voi sopia esim. että hoitaja arvioi potilaan tarvitseman ajan ja sen mukaan pidentää tai lyhentää lääkärin vastaanottoaikaa.

”Hoitaja pystyy siinä antaessaan lääkäriaikoja aatteleen että tää käy vartissa tää homma nii sitte antaa vartin ajan ja seuraavalle neljänkymmenen viidenminuutin ajan”.

On tärkeää, että hoitaja ja lääkäri toimivat systemaattisesti aikoja antaessaan. On potilaan etu että molemmat pitävät kiinni sovituista säännöistä. Potilaat oppivat tietämään, miten toimia tietyissä tilanteissa, kun toimitaan aina samalla tavalla. Hoitajan on myös helpompi ohjata potilasta puhelimesta, kun hän tietää minkälaiset toimintatavat omalla työparilla on. Yhteiset säännöt on laadittu myös yleisistä asioista, esim. työaikaan ym. vaikuttavat työehtosopimukset. Luottamus omaan työpariin kasvaa kun oppii tuntemaan toisen työskentelytavat.

”Mun mielestä, kyllä mä oon ihan samaa mieltä et mun hoitaja on paras hoitaja ja sä oot varmaan sitä mieltä et sun hoitaja on paras hoitaja. Koska se on se tapa muotoutunu yhdessä ni se on niinku helppoo”

Työparien toimivuudessa on suuria eroja. Kehitettävää on edelleen listautumattomien potilaiden ohjautumisessa oikeaan paikkaan. Listautumattomat potilaat hakeutuvat herkästi päivystykseen myös ei-akuuteissa asioissa. Pareille toivotaan enemmän yhteistä aikaa toimintojen kehittämiseen. Tällöin parit voisivat vaihtaa kokemuksiaan käytännöistä ja toisilta työpareilta saisi arvokasta tietoa oman työskentelyn kehittämiseen.

### **5.5.3 Työparityöskentelyn vaikutukset terveystalouteen**

Ennen työparityöskentelyyn siirtymistä päivystys oli ylikuormittunut, kun muilla lääkäreillä ei ollut riittävästi suunnitelmallista ajanvarausvastaanottoa. Potilaat hoidattivat perussairauksiin liittyviä asioitaan päivystyksessä. Nyt päivystyksen kanssa on sovittu, että päivystys hoitaa vain potilaan akuutin vaivan ja ohjaa ei-



kiireellisissä asioissa ottamaan yhteyden omalääkäriin. Omalääkäreiden ajanvarauslistat suunnitellaan ja muokataan kysynnän ja tarpeen mukaan. Omahoitaja tuntee potilaat ja tietää, kuinka pitkän ajan kukin potilas tarvitsee. Näin potilas saa yhdellä käynnillä hoidettua kaikki asiat eikä hän tarvitse montaa vastaanottoaikaa. Parit seuraavat omien listojensa ruuhkautumista ja esim. tilapäisen poissaolon jälkeen voidaan purkaa jonoa pidemmällä työpäivillä, jotta odotusajat vastaanotolle pääsyyn eivät veny kohtuuttoman pitkiksi.

Kirjaaminen on parantunut työparityöskentelyyn siirtymisen myötä. On huomattu, että hyvä kirjaaminen ohjaa kummankin tekemistä. Työparissa kumpikin tietää, mitä potilaan kanssa on sovittu ja näin toimitaan johdonmukaisesti.

”Täällä on lääkäri sanonu, että soitto riittää, et soita nyt ensin lääkärille ja juttele hänen kanssaan ja jos hän sitte soiton perusteella katsoo, että on aiheellista tulla vastaanotolle, niin tehdään sitten niin, mutta kun täällä on nyt sanottu soitto niin pidetään nyt siitä kiinni”.

Kun lääkäri ja hoitaja oppivat tuntemaan omat potilaansa, hoidon jatkuvuus paranee.

”Juurikin se, ettei tarvii joka kerta alottaa alusta, kun tuotaniin tulee hoitajalle tai lääkärille, et niinku ne soittaaki meille, ni osaa jo kysellä semmosia asioita kun tietää ja tuntee sen ihmisen, että tuota niin minkälainen se on ja mitä täss nyt pitäis tehdä”.

Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää myös se, että potilaat ovat oppineet tiedottamaan myös muualla aloitetuista hoidoista tai lääkkeistä omalääkärille ja -hoitajalle. Näin tiedot kirjautuvat myös terveyskeskuksen potilastietojärjestelmään. Potilaat toimittavat omalle työparille tiedoksi esim. yksityislääkärikäyntiensä epikriisejä.

Sekä hoitajilla että lääkäreillä on sellainen tunne, että asioidessaan tutun ihmisen kanssa potilaat kertovat totuudenmukaisemmin vaivoistaan kuin aikaisemmin. Aikaisemmin tuntui, että potilaat koettivat kaikin keinoin perustella lääkäriajan tarvetta, kun aikoja oli vaikea saada. Nyt aikoja saa paremmin ja kaikki ajanvaraus tehdään omahoitajalta. Hoitaja varaa ajan joko itselleen, lääkärille tai päivystykseen potilaan tarpeen mukaan. Lääkärit pyrkivät siihen, että yhdellä

käynnillä saadaan mahdollisimman monet asiat kuntoon. Jatkossa voi sitten asioida soittamalla hoitajalle tai lääkärille.

Työparityöskentelyn myötä hoitajat ja potilaat oppivat tuntemaan toisiaan paremmin. Kun potilaat oppivat tuntemaan omahoitajansa, pyrkivät he monissa asioissa mieluummin hoitajan kuin lääkärin vastaanotolle. Entistä enemmän asioita hoituukin hoitajan kanssa. Potilaiden luottamus hoitajiin on lisääntynyt. Aikaisemmin potilaat eivät halunneet aina kertoa hoitajalle edes syytä lääkärinvastaanottoon, nyt ei sellaista enää ole havaittu.

Työparityöskentely on auttanut potilaita ohjautumaan oikeaan paikkaan eli omalääkärin tai omahoitajan vastaanotolle. Päivystyksen kuormittavuus on vähentynyt.

Lääkärikäynnit ovat vähentyneet työparityöskentelyyn siirtymisen jälkeen. Kun hoitajat oppivat tuntemaan potilaat, he oppivat antamaan potilaalle hänen tarvitsemansa pituisen ajan. Näin potilas saa hoidettua asiansa kerralla. Kun luottamus omaan lääkäri-hoitaja –työpariin lisääntyy, potilaat tuntuvat selvästi rauhoittuneen. Potilaalla on tunne, että hänen asiansa ovat hoidossa, eikä hänen tarvitse joka pienen asian takia olla yhteydessä lääkäriin.

”Ja jotenki kyllä mulla on semmonen tunne, että ne potilaat on siellä kotona enemmän, niil on semmonen tunne, et ne on täällä kotona turvassa, et ne tietää sen että, että sitte kun tää mun vaivani tulee niin isoksi, että mä en enää tän kanssa halua elää, niin sitte mä tiedän että siinä on se tuttu hoitaja ja tuttu lääkäri joka ottaa siihen asiaan jonkinnäkösen kannan”.

Työparityöskentely ei ole vaikuttanut hoitajien rekrytointiin. Pirkkalassa on hoitajille vakituiset varahenkilöt. Sijaisten toimintaa helpottamaan on tarkoitus kirjata ohjeita parien erilaisista käytännöistä, jotta sijaisen olisi helpompaa toimia työparin sopimien käytäntöjen mukaisesti.

## 5.6 Johtopäätökset ja pohdinta

Haastattelusta saadut tulokset käytiin läpi Naantalien avosairaanhoidon kehittämispäivänä, jotta jokainen pari pystyisi hyödyntämään tuloksia oman toimintansa suunnittelussa. Tuloksista saatiin varmuutta siihen, että parityöskentely toisi selkeyttä työnjakoon ja parantaisi asiakaspalvelua entisestään. Naantalissa on jo valmiiksi omalääkärijärjestelmä, joten potilaiden ohjautuminen omalääkäreille ei tuota ongelmia. Siirtymävaiheessa erityistä huomiota tulee kiinnittää tiedottamiseen, jotta potilaat osaavat ajanvarausasioissa ottaa yhteyttä omahoitajiin. Myös hoitajien roolista työparissa tulee riittävästi informoida, jotta potilaat oppivat ymmärtämään työparityöskentelyn olemuksen ja luottamaan hoitajien ammattitaitoon.

Naantalissa on ollut käytäntönä järjestää kerran vuodessa koko henkilöstön yhteinen kehittämispäivä. Myös Pirkkalassa koettiin tärkeäksi yhteiset säännölliset kokoontumiset, jotta voidaan vaihtaa hyviä kokemuksia ja kehittää siten työparien toimintaa. Haastateltavien mielestä olivat tärkeitä myös kunkin ammattiryhmän erilliset palaverit ja konsultaatiomahdollisuudet. Hoitajien itsenäisellä vastaanotolla tulee erilaisia haastavia potilastilanteita, joissa kollegan tuki on ensiarvoisen tärkeää. Naantalissa on henkilökunnan kesken ollut avoin keskustelukuluttuuri ja sen säilyttäminen työparityöskentelyyn on ensiarvoisen tärkeää. Sekä hoitajilla että lääkäreillä on ollut omat säännölliset palaverit, joissa ammattiryhmät ovat käsitelleet akuutteja asioita ja haastavia potilastilanteita. Lisäksi kerran kuukaudessa on hoitajien ja lääkäreiden yhteinen palaveri, jossa käsitellään yhteisiä, toiminnan kannalta tärkeitä asioita. Näiden säilyminen myös uudessa toimintamallissa koettiin tärkeiksi.

Tämän ja aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tulosten (Butler ym., 2011, Heikkilä ym. 2010, 12-13, 20) mukaan hoitajien vastuu lisääntyy siirryttäessä työparityöskentelyyn. Naantalissa hoitajilla oli vahva tahto uusien haasteiden vastaanottamiseen. Työlle haluttiin entistä enemmän sisältöä ja oma vastaanottotoiminta koettiin mielekkääksi haasteeksi. Hoitajien itsenäisen vastaanottotoiminnan tueksi on tärkeää panostaa toimivaan konsultaatiokäytäntöön. Pirkkalassa työ-

pareille on aikataulutettu päivittäiset konsultaatioajat, joiden lisäksi rakenteelliset ratkaisut (vierekkäiset työhuoneet) mahdollistavat konsultaation muunakin aikana.

Työparien mahdollisuus muokata omaa työskentelyään koettiin erityisen tärkeäksi, jotta jokainen pari voi toimia itselleen luontaisella tavalla. Hoidon laadun säilyttämiseksi on tärkeää kuitenkin, että tietyt asiat toimivat kaikilla pareilla samalla tavalla. Esimerkiksi hoidontarpeenarvio tulee tehdä kaikille samoilla periaatteilla. Tätä varten Naantalissa on jo aikaisemmin laadittu triage –malli, jonka perusteella hoitajat pystyvät arvioimaan hoidontarpeen kiireellisyyden. Tärkeänä Pirkkalassa pidettiin myös sitä, että hoitajat voivat tarvittaessa muokata omalääkäriinsä päiväohjelmaa sen mukaan, minkälaisia aikoja potilaat tarvitsevat. Potilaan kannalta on mielekästä, että hän voi hoitaa useita asioita yhdellä vastaanottokäynnillä. Myös Peltosen väitöskirjan malli työparityöskentelyyn korostaa asiakaslähtöisyyttä (Peltonen 2009, 162). Joustavuutta Pirkkalassa työskentelyyn toi myös se, ettei kaikissa töissä mietitty enää niin tarkkaan sitä, kenen tehtäväkuvaan se perinteisesti on kuulunut. Oli tullut tehtäviä, jotka hoitaa se, jolla sillä hetkellä on paremmin aikaa. Sujuvan yhteistyön on koettu vaikuttavan myös työparin jaksamiseen.

Sekä kirjallisuuden (Peltonen 2009, 95-96,162, Silvennoinen & Kupulisoja 2011, 8-12) että tutkimustulosten mukaan työparityöskentelyllä on suuri vaikutus hoidon jatkuvuuteen. Hoitajat ja lääkärit tuntevat oman väestönsä potilaat, eikä potilaiden tarvitse aina vastaanotolle tullessaan aloittaa asioita alusta. Selkeästi oli havaittu, että potilaiden hoitajiin kohdistuva kasvava luottamus vaikuttaa myös siihen, miten potilaat asioivat aikoja varatessaan. Pirkkalassa oli tullut työparityöskentelyn myötä sellainen tunne, että asioidessaan tutun henkilön kanssa potilaat kertovat vaivoistaan totuudenmukaisemmin. Vaivojen suurentelu tuntui aikaisemmin olevan potilaiden keino nopeuttaa hoitoon pääsyä. Tällainen ilmiö on ollut havaittavissa myös Naantalissa. Pirkkalassa työparityöskentely paransi kirjaamisen laatua. Kirjaamiseen kiinnitettiin huomiota, koska sen vaikutus vastaanottojen sujuvuuteen kasvoi. Koettiin entistä tärkeämmäksi tietää, mitä edellisellä vastaanotolla on tehty ja suunniteltu esim. jatkoseurannan siirty-

essä lääkäriltä hoitajalle. Potilaat mielsivät aiempaa paremmin oman roolinsa hoidon jatkuvuuden varmistamisessa. Kun potilaat kävivät muualla kuin omalla terveysasemalla hoidossa, he varmistivat tietojen siirtymisen omalääkärille ja –hoitajalle. Yhtenäisten sairaskertomustietoarkistojen puutteessa tällä on suuri merkitys hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Kirjallisuuden perusteella asiakkaat ovat tyytyväisempiä hoitajien vastaanotto-käynteihin, koska hoitajilla on heille usein enemmän aikaa varattuna ja potilaat kokevat, että hoitajat selventävät asioita potilaille ymmärrettävällä tavalla. (Peltonen 2009, 167, Bower ym. 2003, Caldow ym. 2007, Redsell ym. 2007, Silvennoinen & Kupulisoja 2011, 8-12.) Myös Pirkkalassa on havaittu, että työpari-työskentelyn myötä osa potilaista asioisi mieluummin hoitajan kanssa, joskus jopa asioista jotka vaativat lääkärin vastaanoton.

Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat hyvin samankaltaisia kuin Hukkasen ja Vallimies-Patomäen työnjakoprojektin pilottikohteissa tehdyssä selvityksessä. Siinäkin oli todettavissa yhteistyön paraneminen sekä työyhteisössä että potilaiden kanssa. Samoin työn mielekkyys parani työnjaon selkeytyessä. (vrt. Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 19-45.)

## **5.7 Eettiset kysymykset ja luotettavuus**

Tutkimuksessa noudatettiin sosiaali- ja terveysalan eettisiä periaatteita, joiden mukaan lähtökohtana on asiakkaan etu. Vuorovaikutuksen tulee olla toista arvostavaa ja rehellistä. Eettisten periaatteiden mukaan jokainen vastaa työnsä laadusta. (ETENE 2011 5-7.) Tutkimukselle saatiin lupa Pirkkalan terveyskeskuksen johtavalta hoitajalta. Terveyskeskuksen tutkimukseen valitulle henkilökunnalle lähetettiin etukäteen saatekirje (LIITE 2), jossa kerrottiin työn tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja vastaajien anonymiteetin säilymisestä koko tutkimusprosessin ajan. Heiltä pyydettiin suostumus saatekirjeen yhteydessä olevalla suostumuslomakkeella. Suostumuslomakkeet kerättiin haastattelutilaisuudessa. Haastateltaviin otettiin yhteys myös sähköpostilla ennen haastattelutilaisuutta.

Tutkimuksesta ei ole ollut haittaa tutkimukseen osallistuneille. Vastanneita ei voida tunnistaa analysoiduista vastauksista. Koska tutkittavien määrä oli pieni, ei taustatietoja ole tarkasti kuvattu raportissa. Autenttisia ilmaisuja on myös muokattu murre sanojen yms. poistamiseksi, jotta vastauksista tunnistaminen ei ole mahdollista. Tutkimusmateriaali oli koko tutkimusprosessin ajan vain tutkijan käytössä. Aineisto hävitettiin heti tutkimuksen valmistuttua.

Luotettavuutta arvioitiin koko tutkimuksen ajan sen eri vaiheissa. Alussa mietittiin, onko tutkittava ilmiö tunnistettu ja nimetty riittävän hyvin. Haastattelurunko esitettiin hoitajalla, joka on työskennellyt lääkäri-hoitaja –työparimallissa toisessa organisaatiossa. Esitestauksessa täsmentyi muutama lisäkysymys, joita haastattelussa käytettiin. Perusteluja mietittiin tutkimuksen tarkoitukselle ja sille, onko tutkimustehtävä soveltuva laadulliseen tutkimukseen. Aineiston keruu kuvattiin tarkasti. Se, miten tutkimukseen osallistujat valittiin, perusteltiin. Aineistoa analysoitaessa mietittiin analyysimenetelmän oikeellisuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-133.) Aineiston analyysi on ollut kattavaa eli aineistosta ei ole tehty satunnaisia poimintoja (Eskola & Suoranta 1998, 216).

Vahvistettavuuden vuoksi koko tutkimusajalta tehtiin muistiinpanoja, niin että tarvittaessa toinen tutkija voi pääpiirtein seurata tutkimuksen kulkua. Toisaalta toinen tutkija ei tee välttämättä samastakaan aineistosta samoja johtopäätöksiä, riippuen tutkijan näkökulmasta. Erilaiset tulkinnat eivät kuitenkaan välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on otettava huomioon subjektiivisuus ja objektiivisuus. Tuloksiin vaikuttavat omat käsitykset tiedosta ja totuudesta. Tutkimuksessa tulee kuitenkin pyrkiä välttämään subjektiivisia kannanottoja. (Metsämuuronen 2003, 274.) Aineiston riittävyys oli tutkijaa mietityttävä seikka. Jos tutkimukseen olisi otettu osallistujia useista organisaatioista, olisi tuloksiksi mahdollisesti saatu erilaisia näkökulmia tai käytäntöjä. Tämän projektin resurssien ja aikataulujen puitteissa useampaan organisaatioon tehdyt haastattelut eivät olisi olleet mahdollisia. Erilaisia käytäntöjä tullaan selvittämään tutustumalla työparityöskentelyyn benchmarking-käynneillä. Tässä haastattelussa tutkijan näkökulmasta saavutettiin saturaatio. Haastattelua jatkettiin niin kauan, että asiat alkoivat toistaa itseään eikä uutta

tietoa enää tullut. Haastateltavat olivat haastattelutilaisuuden jälkeen myös sitä mieltä, ettei heillä ole aiheesta enempää sanottavaa.

Tutkimuksen ja sen tulosten voidaan katsoa olevan uskottavia. Tulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä asioista (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 128-129). Tutkimustuloksiin on kirjattu alkuperäisilmaisuja parantamaan luotettavuutta ja avointa tulkintaa. Haastattelutilanne oli luonteeltaan avoin. Jokainen haastateltava uskalsi kertoa oman todellisen mielipiteensä. Haastattelu eteni luontevasti ilman, että haastattelijan piti ohjata keskustelua. Asiassa pysyttiin hyvin ja haastateltavat seurasivat teemahaastattelun runkoa ja varmistivat, että kaikkiin teemoihin tuli keskustelua. (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 86-94.)

Tutkija oli tietoinen omasta vaikuttavuudestaan aineistoon ja prosessiin. Aikaisemmin hankitun teorian tiedon ei ole annettu vaikuttaa aineiston analyysiin. Analysointi on tehty aineistolähtöisesti. Tutkimuksen uskottavuutta lisäämään haastateltaviksi valittiin sekä hoitajia että lääkäreitä. Tutkimustulosten siirrettävyyttä toisiin terveyskeskuksiin voidaan arvioida, sillä tutkimukseen osallistujat ja ympäristö on kuvattu riittävän tarkasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Pirkkalan ja Naantalien väestöpohjat ovat hyvin samansuuruiset. Se vaikuttaa tulosten siirrettävyyteen sitä parantavasti. Naantalissa on väestövastuujärjestelmä, kun taas Pirkkalassa on käytössä listautumismalli. Tulokset on sopeutettu väestövastuujärjestelmään. Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia hyödynnetään oman toiminnan suunnittelussa, huomioiden Naantalien terveyskeskuksen toiminnan mahdollisuudet. Kaikkia tuloksia ei suoraan sellaisenaan siirretä Naantalien terveyskeskuksen toimintaan, vaan toiminta suunnitellaan Naantalien terveyskeskuksen toiminnan ja resurssien puitteissa toimivaksi.

## 6 TYÖPARITYÖSKENTELEY NAANTALIN TERVEYSKESKUKSESSA

### 6.1 Malli työparityöskentelyyn

Naantalin terveyskeskuksessa oli jo projektin alkaessa omalääkärijärjestelmä. Jatkossa väestövastuualueet säilyvät entisellään. Väestön koko arvioidaan ja alueet päivitetään lääkäreiden työehtosopimuksen mukaisesti vuosittain. Koska väestövastuujärjestelmä on ollut toimiva, ei listautumismalliin siirtymistä koeta tarpeelliseksi eikä mielekkääksi tällä hetkellä. Omalääkärille ei-kiireelliseen hoitoon pääsyä ja hoitotakuun toteutumista seurataan säännöllisesti ja siitä tiedotetaan Naantalin www -sivulla. Lokakuussa 2012 odotusaika ei-kiireelliseen hoitoon oli keskimäärin 4,5 päivää (Naantali 2013). Osa lääkäreistä työskentelee myös muilla terveysasemilla (Rymättylä, Merimasku, Velkua). Tämä on huomioitu suunnitelmassa.

Työpari vastaa oman väestönsä asiakastyöstä ja hoitoprosessista yhdessä. Peltosen on väitöskirjassaan verrannut työparimallia ja tiimityötä (Peltosen 2009, 95-96). Tämä tutkimus on ollut osaltaan vaikuttamassa päätökseen parityöskentelyyn siirtymisestä. Tutkimuksessa todettiin parityöskentelyn olevan monin tavoin asiakkaan kannalta edullisempi työskentelymalli.

Peltosen kehittämän toimintamallin pohjalta on suunniteltu yhteinen toimintamalli kaikille pareille. Kuvio 5 (s. 51) kuvaa uuden toimintamallin prosessin. Asiakas ottaa yhteyden omaan hoitajaan, joka tekee hoidontarpeen arvioinnin käytössä olevan triage-mallin mukaan. Hän antaa tarvittaessa kotihoito-ohjeet tai varaa ajan itselleen tai omalääkärille. Jos potilaan tila vaatii akuuttihoitoa eikä omalääkärille ole mahdollista varata päivystysaika samalle päivälle, varaa hoitaja potilaalle ajan päivystykseen. Hoitajien puhelinajat ovat kaikilla samaan aikaan potilaiden ohjaamisen helpottamiseksi. Asiakkaat opastetaan soittamaan akuuteissa asioissa aamulla, jolloin varataan päivystysaika omalääkärille, -hoitajalle tai päivystykseen. Iltapäivän ajanvarausaika on tarkoitettu ei-



kiireellisiin ajanvarauksiin lääkärille tai hoitajalle. Kun omahoitajat oppivat tuntemaan oman väestönsä potilaat, he voivat antaa potilaalle tarvittavan pitkän ajan. Hoitajat voivat muokata lääkärin päiväohjelmaa siten, että he voivat antaa pidemmän ajan potilaalle, jonka asia sitä vaatii, sekä lyhyemmän ajan sellaiselle, jonka asia on nopeasti hoidettavissa. Hoitaja voi myös konsultoida omalääkäreitä ajanvarausasioissa, ellei ole varma, kuinka akuutisti potilaan on hoitoa saatava.

Diabeteshoitaja vastaa jatkossakin diabetespotilaiden seurannasta ja ohjauksesta. Hän varaa omat vastaanottoaikansa itse. Korvaushoidon hoitajien toimintaan ei parityöskentelyllä ole vaikutusta. Heidän toimintansa jatkuu entisellään. Avosairaanhoidossa työskentelee kaksi terveydenhoitajaa. Heidän vastuullaan on potilaiden terveysneuvonta. Potilaat ottavat yhteyttä heihin mm. tarvitessaan ravitsemusneuvontaa tai muunlaista ohjausta omasta terveydestään huolehtimiseen. Terveydenhoitajien tehtäviin kuuluu myös potilaiden sekä rokotusohjelman mukaisista että matkailuun liittyvistä rokotuksista huolehtiminen. Terveydenhoitajat ovat perehtyneet astman hoitoon ja jatkossakin astmatutkimukset ja –kontrollit tekevät terveydenhoitajat. Myös terveydenhoitajat varaavat omat vastaanottoaikansa itse. Näin he voivat arvioida vastaanottoon tarvittavan ajan ja ajankohdan sen mukaan, minkälaisesta asiasta on kyse.

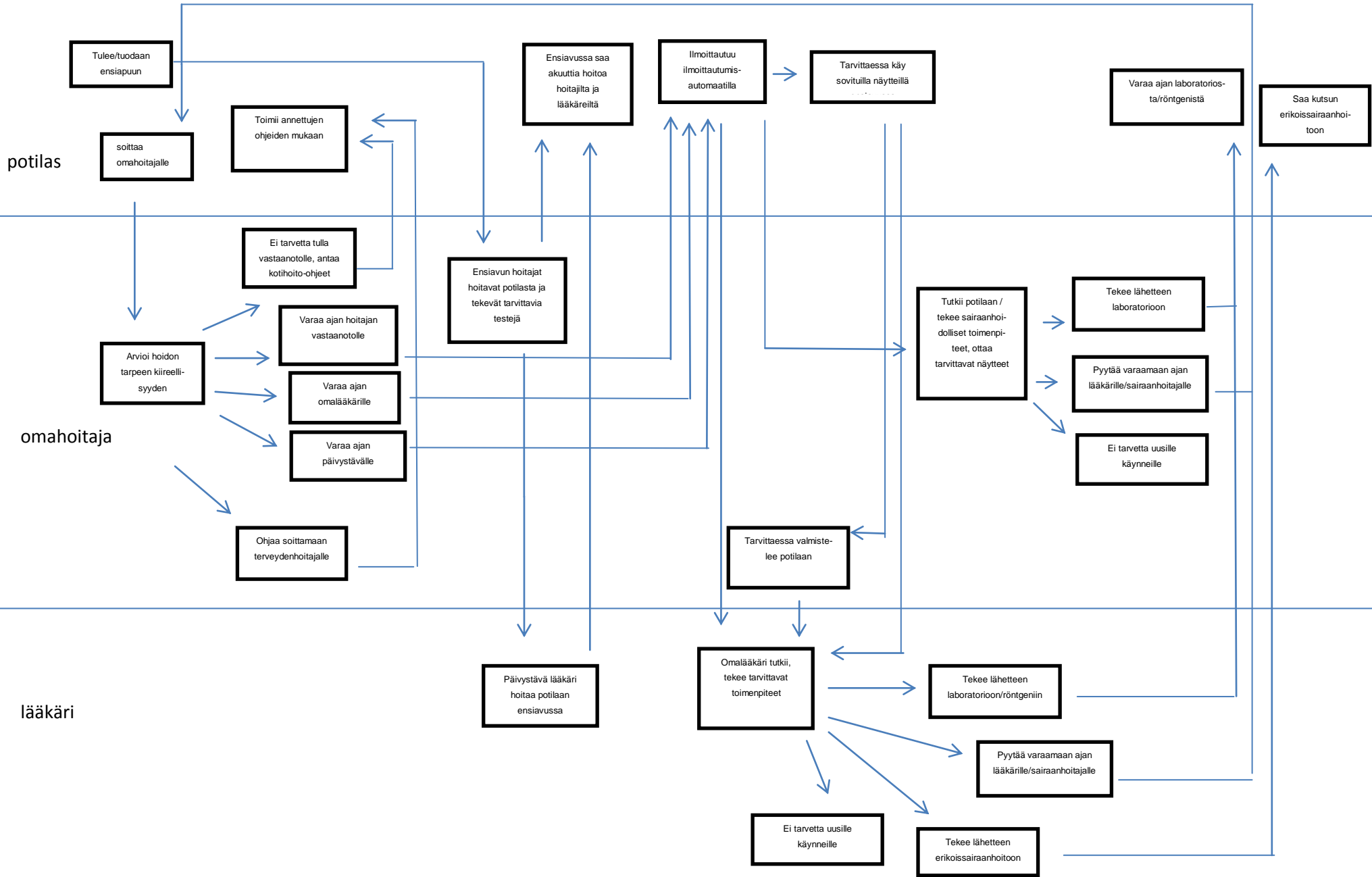
Projektin aikana muutettiin päivystyskäytäntöä siten, että aamupäiväksi ja ilta-päiväksi on nimetty päivystävä lääkäri, joka työskentelee ensiavussa. Vuoro kiertää säännöllisesti jokaiselle lääkärille, huomioiden heidän vastuutehtävänsä (koulut, neuvolat yms.). Päivystäjälle voi laittaa kaikkien väestöjen potilaita siinä tapauksessa, ettei omalääkärille ole akuuttiaikaa samalle päivälle ja potilaan tila vaatii akuuttihoitoa. Tällä on helpotettu omalääkärien kuormittumista. Tällä toimenpiteellä on parannettu myös asiakaspalvelua. Omalääkäri pystyy paremmin keskittymään ajan varanneen potilaan tutkimiseen ja hoitamiseen, kun vastaanottoa ei tarvitse kiirehtiä akuuttihoitoa vaativien potilaiden vuoksi, jotka aikaisemmin kuormittivat omalääkäreitä.

Omalääkäri tutkii potilaan ja tekee diagnoosin. Hän määrää potilaan lääkeshoidon ja laatii potilaille hoitosuunnitelman. Hän tekee tarvittavat jatkohoitolähet-

teet. Omahoitaja huolehtii lääkärivastaanottojen etukäteisvalmisteluista, hän avustaa lääkäriä esim. erilaisissa toimenpiteissä ja koordinoi potilaiden jatkohoitaja. Omahoitaja voi tarvittaessa aloittaa potilaan hoidon seurannan ennen lääkärin vastaanotolle menoa, esim. verenpaineseuranta. Omahoitajat vastaavat vastaanotoillaan potilaiden sairaanhoidollisista toimenpiteistä. He voivat esim. tavallisempien infektio- ja tartuntatauti- yhteydessä tutkia potilaan, antaa kotihoito-ohjeet ja tarvittaessa kirjoittaa potilaalle poissaolotodistuksen. Hoitajat työskentelevät vuorollaan päivystyksessä omalääkärien ollessa esim. neuvolassa tai koulussa.

Jokaiselle työparille on aikataulutettu päivittäinen konsultaatioaika, jolloin käydään läpi potilaiden hoitoon liittyviä asioita. Konsultaatioajalla voidaan myös yhdessä suunnitella hoidon siirtymistä lääkäriltä hoitajalle. Jokainen pari sopii keskenään erilaisista vastuu- ja tehtäväjaoista huomioiden lakien ja työehtosopimusten asettamat määräykset. Hoidon jatkuvuuden ja hyvän laadun turvaamiseksi huolellinen kirjaaminen on tärkeää. Hoitajan on tärkeää tietää, miten omalääkäri on suunnitellut aloitetun hoidon jatkotoimenpiteet ja seurannan. (vrt. Peltonen 2009, 162.)

Naantalin terveyskeskus on ollut mukana pilottihankkeessa, jossa erikoissairaanhoidosta tulee läheteellä tiedot perusterveydenhuoltoon siirtyvästä potilaasta. Läheteeseen on kirjattu tarvittavat jatkotutkimukset ja -toimenpiteet. Lähetteen saavuttua potilaalle tehdään tarvittavat laboratorio- tai röntgenläheteet, varataan tarvittavat kontrolliajat ja otetaan yhteys potilaaseen. Tällä on suuri merkitys hoidon jatkuvuuden turvaamisessa potilaan siirtymisvaiheessa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Ennen kokeilua siirtymävaiheen yhteydenotto oli potilaan vastuulla eikä aina voinut olla varma, miten potilas oli ymmärtänyt saamansa ohjeet.



Kuvio 5. Prosessimalli työparityöskentelyyn Naantalin terveyskeskuksessa

Yhteisen toimintamallin lisäksi jokainen työpari voi muokata toimintaansa haluamallaan tavalla. Parit kirjaavat toimintamallinsa, jotta yhteiset säännöt tulevat selviksi ja kirjatuiksi. Kirjatut asiat helpottavat jatkossa myös sijaisen perehdyttämistä parin toimintaan. Jotta työpareista saataisiin mahdollisimman toimivat, niiden muodostamisessa on huomioitu henkilökunnan toiveet siitä, kenen kanssa mieluiten toimisi työparina ja kenen kanssa kokee, ettei yhteistyö suju parhaalla mahdollisella tavalla. Kahdella hoitajalla on perushoitajan koulutus. Tämä on huomioitu työparien jaossa. Perushoitajat on liitetty työpareihin siten, että kahdesta lääkäristä, yhdestä sairaanhoitajasta ja yhdestä perushoitajasta on muodostettu tiimi (näitä tiimejä on kaksi). Perushoitaja ja sairaanhoitaja jakavat hoitotyön kummankin ammattiryhmän osaamisalueiden mukaisesti. Tiimejä muodostettaessa on huomioitu myös kahden lääkärin työskentely osan viikosta muilla terveysasemilla. Yksi lääkäreistä työskentelee kolmena päivänä viikossa Rymättylän terveysasemalla ja yksi kahtena päivänä viikossa Merimaksussa. Kummassakin tiimissä toinen lääkäreistä on osan viikosta toisella terveysasemalla. Velkualla lääkärinvastaanotto on vain 1-2 kertaa kuukaudessa. Tällä ei ole merkityä parityöskentelyn kannalta.

Sekä hoitajien että lääkäreiden luottamusmiehet ovat olleet mukana suunnittelemassa uutta toimintamallia. Sillä on pyritty varmistamaan, että mahdolliset tehtäväsiirrot ja tehtäväkuvien muutokset ovat työehtosopimusten mukaisia ja niistä saadaan sopimusten mukaiset korvaukset. Hoitajien luottamusmies on neuvotellut sairaanhoitajan vastaanoton aloittamisen yhteydessä korvauksesta itsenäiseen vastaanottotyöhön liittyen. Lääkäreiden työehdot määräytyvät väestövastuujärjestelmän mukaan. Heidän kohdallaan ei muutosta tule, kun väestövastuujärjestelmä säilytetään.

Naantalın terveyskeskuksessa ei ole vakituista varahenkilöstöä, kuten oli Pirkkalan terveyskeskuksessa. Hoitajan sairastuessa pyritään aina saamaan sijainen sijaisreservistä. Ellei sijaista saada, on työparimalliin mietitty sisäinen sijaisjärjestelmä. Kaksi lääkärihoitajatyöparia muodostaa varajärjestelmän. Jos toisen parin hoitaja on pois eikä sijaista saada, huolehtii ns. varatyöparin hoitaja myös toisen väestön ajanvaraukset ja mahdollisuuksien mukaan myös muut hoitajalle

kuuluvat tehtävät. Tällä pyritään turvaamaan hoidon jatkuvuus poissaolotilanteissakin. Hoitajien ei tarvitse tuntea kaikkien väestöjen potilaita ja toimintamalleja, vaan vain omansa ja varatyöparin.

## 6.2 Suunnitelma toimintamallin käyttöönotosta

Päivystyksessä parityöskentely aloitettiin helmikuussa 2013. Päivystävälle lääkärille on nimetty työparihoitaja, joka huolehtii päivystykseen tulevien potilaiden alkuhaastattelusta ja tarvittavien näytteiden otosta. Tarvittaessa hoitaja on voinut tutkia potilaan, ja jos on ollut esim. ainoastaan sairaslomatodistuksen tarve, hoitaja on voinut kirjoittaa poissaolotodistuksen.

Projektin aikana huhtikuussa 2013 virka-ajan ulkopuolinen päivystys siirtyi osittain yhteispäivystykseen. Arkisin päivystys lyheni klo 22:sta 20:een ja viikonloppuisin päivystys oli aikaisemmin klo 8-22 ja nykyisin klo 10-18. Tällä on ollut vaikutusta resurssien riittävyyteen, hoitajaresurssia on saatu lisää illasta päivä-aikaan. Tämän myötä sairaanhoitajavastaanotto on pystytty aloittamaan liittyen toiseen YAMK –kehittämiprojektiin. Tästä saatuja kokemuksia tullaan hyödyntämään työparityöskentelyyn siirtymisessä.

Työparit on jaettu, jotta parit voivat suunnitella omaa toimintaansa ennen varsinaista työparimalliin siirtymistä. On myös sovittu, että työparin lääkäri vastaa oman hoitajaparinsa kouluttamisesta. Yhdessä on sovittu aiheita, joista koulutusta annetaan. Näitä ovat esim. korvan tutkiminen, keuhkojen tutkiminen ja poskionteloiden tutkiminen. Lääkäri ohjaa ja opettaa hoitajaa. Hän kutsuu hoitajan vastaanotolleen tutkimaan esimerkkipotilasta, kun sopiva potilas tulee lääkärin vastaanotolle. Vuosi 2013 käytetään hoitajien kouluttamiseen ja työparien oman työn suunnitteluun. Varsinainen parityöskentely aloitetaan vuoden 2014 alussa.

Vuoden 2013 aikana projektiryhmä käy tutustumassa työparityöskentely terveyskeskuksiin. Benchmarkin-käynneiltä hankitaan tietoa hyvistä käytännöistä, joilla parityöskentelystä saadaan mahdollisimman toimiva. Käynneistä saatua tietoa hyödynnetään parien työskentelyn suunnittelussa.

Potilaille tiedotetaan hyvissä ajoin ennen työparityöskentelyn aloittamista. Tiedotuskanavina käytetään sekä terveyskeskuksen internetsivuja, terveyskeskuksen ilmoitustauluja että lehdistöä. Naantalissa jokaiseen kotiin jaetaan tiedotuslehti Nasta, jossa kerrotaan kaupunkilaisia koskevista ajankohtaisista asioista. Nasaan tehdään artikkeli ennen työparimallin käyttöönottoa. Lisäksi tiedotukseen käytetään alueen paikallislehtiä. Väestövastuualueista tehdään kartta, josta potilaille selviää, mihin alueeseen he osoitteensa mukaan kuuluvat. Omahoitajien yhteystiedot on tärkeää saada potilaiden tietoon, jotta he osaavat ottaa yhteyttä oikeaan hoitajaan. Puhelinvaihteen hoitaja perehdytetään myös hyvin väestövastuualueisiin. Hän on tärkeässä asemassa potilaiden puheluiden ohjautumisessa oikeaan paikkaan.

## 7 KEHITTÄMIPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

Silfverbergin mukaan projektin tunnusmerkkejä ovat tavoitteellinen pyrkimys kestävään tulokseen, ja sitä varten on perustettu organisaatio. Projekti on myös määräaikainen, kestoaltaan rajattu ja kertaluontoinen. (Silfverberg 2007, 5.) Kyseiset tunnusmerkit täyttyvät tässä projektissa.

Aikataulu projektin toteutukseen on ollut haastava monien ulkoisten tekijöiden vuoksi. Projektin aikana on tapahtunut henkilöstömuutoksia, jotka ovat vaikuttaneet sekä ohjausryhmään että projektiryhmään. Projektiryhmä on kokonaisuudessaan kokoontunut harvemmin, kuin alun perin oli tarkoitus. Osittain on koonnuttu ammattiryhmittäin. Tämä koettiin hyödyllisemmäksi, jotta kunkin ammattiryhmän toimenkuvat ja tehtävät tulivat riittävän tarkasti kuvatuiksi.

Projektipäällikkö on toiminut projektin vetäjänä, laatinut työsuunnitelmat ja hankkinut taustatietoa käytännön suunnitelman tueksi. Projektipäällikkö on vastannut projektin etenemisestä ja tiedottamisesta koko projektin ajan. (Silfverberg 2007, 51.) Projektipäällikkö oli toimessaan varsin kokematon, mutta siitä huolimatta projektin johtaminen onnistui hyvin. Projektipäällikön tehtävää on helpottanut motivoitunut projektiryhmä. Halu toiminnan kehittämiseen on ollut vahva koko projektin ajan ja sitoutuminen projektiin on säilynyt voimakkaana.

Projektin toteuttamiskelpoisuuteen vaikuttavat mahdolliset riskitekijät. Riskit voivat olla ulkoisia tai sisäisiä. Ulkoisia riskejä ovat esim. lainsäädännössä tapahtuvat muutokset. (Silfverberg 2007, 32-33.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuoden 2014 alusta voimaantulevan valinnanvapauden vaikutuksia ei pysty ennalta arvioimaan. Uudella toimintamallilla pyritään vastaamaan mahdolliseen lisääntyneeseen kysyntään. Hoitajat pystyvät keventämään omilla vastaanotoillaan mahdollista lisääntyvää vastaanottojen tarvetta. Projektin aikana aloitettiin valtakunnallinen selvitystyö sosiaali- ja terveystoimen järjestämistä vastuualueista. Tämän selvitystyön pohjalta saattaa Naantalin oikeus järjestää omat terveystieteiden palvelunsa muuttua.

Sisäiset riskit on mietitty jo suunnitelmavaiheessa ja riskien toteutuminen on pyritty minimoimaan koko prosessin ajan. Toive lääkäri-hoitaja – työparityöskentelystä nousi alun perin henkilökunnasta. Sekä hoitajat että lääkärit kokivat, että entinen toimintamuoto ei ollut tarkoituksenmukainen. Potilaita ohjautui väärin ammattiryhmien hoitoon, eikä osaamista hyödynnetty riittävästi. Henkilöstön kehittämistarve sitoutti henkilöstöä muutokseen. Riskinä pidettiin kuitenkin osan henkilökunnan sitouttamista. Henkilökunnalle tiedottaminen projektin etenemisestä oli tärkeää. Henkilökunnalla oli mahdollisuus vaikuttaa asioihin koko projektin ajan. Mahdollisuudella vaikuttaa, saatiin henkilökuntaa sitoutettua muutokseen ja muutosvastarinta oli vähäisempää. Tiedottamista koko henkilöstölle on tapahtunut kuukausittain pidettävässä palaverissa, johon osallistuu mahdollisimman iso osa avosairaanhoidon työntekijöistä. Projektista on raportoitu koko avosairaanhoidon henkilöstölle myös avosairaanhoidon kehittämispäivänä maaliskuussa 2013. Riittäväällä tiedottamisella ja henkilöstön osallistamisella kehittämissuunnitelman aikana lisättiin sitoutumista. Muutosvastarintaa koettiin projektin aikana hyvin vähän.

Hoitajien tehtäväkuvien laajentuessa ja itsenäisen työskentelyn lisääntyessä on huolehdittava myös siitä, että hoitajilla on riittävästi tukea itsenäiseen päätöksentekoon. Erilaiset hoitajille tarkoitetut verkkopohjaiset tietolähteet on oltava hoitajien helposti käytettävissä. Naantalissa hoitajilla on laajasti käytössä verkkopohjaisia hoitosuosituksia sekä ohjeistuksia. Niiden käyttöön annetaan tarvittaessa opastusta ja käyttöä tehostetaan entisestään.

Kirjallisuuden mukaan työnjaolla on vaikutusta kustannuksia alentavasti (Haapa-Aho ym. 2009, 9, Uotila 2004). Toiminnan tehostumista taloudellisesti pystytään seuraamaan käynneistä koostuvilla tunnusluvuilla. Keväällä 2013 tehdään asiakaskysely, joka mittaa asiakkaiden tyytyväisyyttä saamaansa palveluun. Seuraavan kerran asiakaskysely tehdään vuonna 2015. Tuolloin pystytään arvioimaan, onko työparityöskentelyllä ollut vaikutusta tyytyväisyyteen. Tarvittaessa kyselyyn voidaan lisätä osio, joka mittaa erityisesti parityöskentelyn vaikutuksia.

Tehtäväkuvia on laajennettu sairaanhoitajien aloittaessa itsenäisen vastaanoton. Heille on siirretty toimenpiteitä, jotka aikaisemmin hoidettiin terveydenhoi-



tajan vastaanotolla. Tehtäväkuvaukset on tarkistettu työn vaativuuden arvioimiseksi. Tehtäväkuvaukset käydään läpi vuosittain kehityskeskustelujen yhteydessä. Kehityskeskusteluissa on mahdollista myös arvioida henkilöstön tyytyväisyyttä uuteen työskentelymalliin.

Vanhusväestön kasvu vaikuttaa kaupunkilaisten palvelutarpeeseen sitä lisäävästi. Naantalin väestöennusteessa yli 75 -vuotiaiden arvioidaan lisääntyvän noin sadalla per vuosi. Vanhusten terveydenhuollon palvelutarpeeseen on pysyttävä vastaamaan. (Lahtiola 2013.) Erityisesti tämä vaikuttaa hoito- ja vanhuspalveluiden toiminnan kehittämiseen ja resurssien riittävyyteen, mutta myös terveydenhuollossa ikärakennemuutos tulee huomioida. Palveluja tulee tehostaa. Tehtäväkuvia selkeyttämällä ja toimintoja järjeistämällä saadaan resurssit mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. Parityöskentelyllä pyritään vastaamaan potilaiden palvelutarpeeseen suuntaamalla hoitajien ammattitaitoa sitä vastaaviin tehtäviin.

Toimintamallin kehittämisen kannalta koettiin hyväksi, että soveltavan tutkimuksen osuus suoritettiin muualla kuin projektin kohdeorganisaatiossa. Pirkkalasta saatiin arvokasta kokemuseräistä tietoa, jota hyödynnettiin Naantalin toiminnan suunnittelussa. Haastattelusta saadut tulokset vastasivat suurelta osin aikaisempia tutkimustuloksia ja siten ennalta hankittu teoretieto sai vahvistusta käytännön toimivuudestaan. Toimivista käytännöistä haetaan kokemustietoa myös benchmarking-käynneillä.

## LÄHTEET

- Alasuutari, P. 2011 Laadullinen tutkimus 2.0. Vastapaino. Tampere.
- Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. Viitattu 1.2.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>
- Bower, P. Campbell, S. Bojke, C. & Sibbald, B. 2003 Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *British Medical journal* 12,273-279
- Buchan, J. & Calman, L. 2004. Skill-mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles. France. OECD. Health Working Papers.
- Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P, O'Mathúna, D. P., Schultz, T. J., Sheridan, A. & Vilis, A. 2011. Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *The Cochrane library*
- Caldow, J., Bond, C., Ryan, M., Campbell, N. C., Miguel, F.S., Kiger, A. & Lee, A. 2007. Treatment of minor illness in primary care: a national survey of patient satisfaction, attitudes and preferences regarding a wider nursing role. Department of General Practice and Primary Care, University of Aberdeen, Aberdeen, UK
- Dey, I. 1993. *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists.* Routledge. Taylor&Francis Group. London.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. ETENE- julkaisuja 32. Helsinki
- Fagerström, L. & Salmela, S. 2010. Leading change: a challenge for leaders in Nordic health care. Health Sciences. Buskerud University College, Norway
- Haapa-Aho, M., Koskinen, M. K. & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit – Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. *Tehyn julkaisusarja F: 3/09*
- Haarala, S. 2005. Lääkärin ja sairaanhoitajan työnjaon uudistaminen. Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentaminen –projektin arviointi Kalajoen terveyskeskuksessa. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Haarala, S., Illikainen, K. & Olli, R: 2008. HOLA. Hoitajien toimenkuvan laajentaminen Oulun Eteläisen alueella. HOLA2 -PROJEKTIN LOPPURAPORTTI. Vieskan terveydenhuoltokuntayhtymä. Ylivieska
- Haimakainen, H., Vehviläinen, A. & Kumpusalo, E. 2011. Perusterveydenhuollon johtamista ja terveyskeskuslääkärien oman työn hallintaa on parannettava. *Suomen lääkäri* 66 (34), 2423-2429
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun ja sosiaaliturvakortin kokeilusta. 2000. Viitattu 4.3.2012  
<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2000/20000033>
- Heikkilä, A. Lappeteläinen, I. Riikonen, H. 2010. Terveysasematoimintojen arviointi ja vertailu-case Tampere. Tutkimusraportti. VTT. Viitattu 4.3..2012.  
[http://www.tampere.fi/material/attachments/t/5yiqkGCiy/Terveysasematoimintojen\\_arviointijavertailu\\_Tampere.pdf](http://www.tampere.fi/material/attachments/t/5yiqkGCiy/Terveysasematoimintojen_arviointijavertailu_Tampere.pdf)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 uudistettu painos. Tammi. Helsinki.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. 2002. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. British Medical Journal 324, 819-823.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21

Jones, K., Edwards, M. & While, A. 2011. Nurse prescribing roles in acute care: an evaluative case study

Kajamaa, Anu. 2011. Unraveling the helix of change : an activity-theoretical study of health care change efforts and their consequences. Helsinki : Helsingin yliopisto 2011 Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY Pro Oy. Helsinki.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. Viitattu 9.3.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Ketola, E. & Merikallio, J. 2009. Mistä apua perusterveydenhuollon työn kehittämiseen?. Duodecim. 125 (17), 1877-1880

Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2009. Omalääkäriopas- Opas omalääkärijärjestelmän kehittämiseen. Helsinki 2. painos

Kuntalaki 17.3.1995/365. Viitattu 11.11.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>

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

Lahtiola, T. 2013. Naantalien hoito- ja vanhustalot. [esitelmä]  
Lautakunnan jäsenten koulutustilaisuus 28.2.2013. Naantali.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004. Viitattu 18.11.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855>

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 169/2007. Viitattu 9.3.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101406>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 9.3.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen kehittämisestä vuosina 2011-2014 8.4.2011/305. Viitattu 11.11.2011. <http://www.edilex.fi/kela/fi/lainsaadanto/20110305>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 1.2.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 433/2010. Viitattu 18.3.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100433>

Laurant, M., Sergison, M., Halliwell, S. & Sibbald, B. 2000. Evidence based substitution of doctors by nurses in primary care?. BMJ 15,320(7241):1078

Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B. 2007. Substitution of doctors by nurses in primary care. The Cochrane library.

Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC. Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ohmisten johtamisesta muutoksessa. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Tampereen yliopiston kauppakorkeakoulu.

Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Suomalaisten terveys. Duodecim. Terveyskirjasto.[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00052](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052)

Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 2.painos.

Naantali 2009. Naantalın kaupungin organisaatio 1.1.2009 lukien.

Naantali 2013. Terveys .Viitattu 28.03.2013. <http://www.naantali.fi/terveys/>

Naantalın kaupunki. 2010. Tulevaisuuden Naantali – valtuustokauden 2009 – 2012 strategia. Kaupunginvaltuusto 8.2.2010.

Parmelli, E., Flodgren, G., Schaafsma, M. E., Baillie, N., Beyer, F. R. & Eccles, M. P. 2011. The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance. The Cochrane library.

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

Pirkkala. 2013. Kunta ja hallinto. Viitattu 16.4.2013. [http://www.pirkkala.fi/kunta\\_ja\\_hallinto/](http://www.pirkkala.fi/kunta_ja_hallinto/)

Pullon, S. 2008. Competence, respect and trust: key features of successful Interprofessional nurse- doctor relationships. Journal of Interprofessional Care 22 (2), 133–147.

Pälve, H. 2009. Terveyskeskus on keino eikä päämäärä. Suomen lääkärilehti 64 (18), 1641-1642

Redsell, S., Stokes, T., Jackson, C., Hastings, A. & Baker, R. 2007. Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. School of Nursing, University of Nottingham, Nottingham, UK.

Sairaanhoitajaliitto. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.viitattu 16.2.2012. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy.Työministeriö.

Silvennoinen, E. & Kupulisoja, J. 2011. Lääkäri- hoitaja työparityöskentelyn kehittäminen Simon terveyskeskuksessa. PAKASTE- hankeraportti 11.11.2009 – 31.10.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa toteuttavat hankkeet, joille myönnetään vuonna 2012 valtionavustusta. Viitattu 18.3.2012. [www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5192555](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5192555)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010. Viitattu 18.3.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101088>

Sullivan, E., Francis, K. & Hegne, D. 2008. Review of small rural health services in Victoria: how does the nursing-medical division of labour affect access to emergency care? Journal of Clinical Nursing,

- Suomen Kuntaliitto. 2012a Paras-hanke. Viitattu 4.3.2012. <http://www.kunnat.net/fi>
- Suomen Kuntaliitto. 2012b. Uusi Kunta 2017. Kuntien uudistumista tukevat hankkeet ja verkostot. Viitattu 4.3.2012. <http://www.kunnat.net/fi>
- Suomisanakirja.fi 2012. Väestövastuujärjestelmä. viitattu 4.3.2012. <http://suomisanakirja.fi>
- Tartuntatautiasetus 31.10.1986/786. Viitattu 18.3.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860786>
- Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. Viitattu 18.3.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 10/2010. Viitattu 1.2.2012 ja 10.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Thodén, A. & Wiili-Peltola, E.2010. Mitä tuotteistaminen tuo perusterveydenhuoltoon?. Suomen lääkärilehti 65 (4), 266-267
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5.uudistettu painos. Tammi. Helsinki.
- Uotila, E. 2004. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminna ohjaaminen ja kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:3. Helsinki
- Valtioneuvosto. 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. 19.4.2007.
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. Viitattu 20.11.2011 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>
- Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010. Viitattu 18.3.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101089>
- Viisainen, K., Saalasti-Koskinen, U., Perälä, M.-L., Kinnunen, J. & Teperi, J. 2002. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 10/2002. Viitattu 1.2.2012 ja 10.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/200208>
- Vilkka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 3. painos. Tammi. Helsinki.
- Virtala, J. 2010. Muutosvastarinta ja lähijohtaminen sen kontekstissa. Pro gradu. Lapin yliopisto.
- Virtanen, P., Mattila, K. & Suominen, S. 2006. Väestövastuu ja työikäisten lääkäri- ja sairaanhoitajien arvioimana. Suomen lääkärilehti 61 (43), 4485-4490
- Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaалassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden laitos.

## LIITE 1 TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Taustakysymyksinä haastatteluun osallistujat kirjaavat haastattelun alussa paperille seuraavat tiedot:

- nimi
- ammatti
- nykyisessä organisaatiossa työskentelyaika vuosina
- liittyykö toimenkuvaan jokin erityisvastuualue

Teema 1 Hoitajan ja lääkärin työparityöskentely käytännössä

- Miten työnjaon koetaan muuttuneen verrattuna aikaisempaan?
  - o sisällöltään
  - o vaativuudeltaan
  - o kuormittavuudeltaan
- Miten yhteistyö koetaan työparimallissa
- Minkälaisia tehtäväsiirtoja työparityöskentelyn myötä on tehty ja minkälaisena uudet tehtäväkuvat koetaan?
- Miten osaaminen varmistetaan tehtäväsiirroissa?
- Miten lääkärin konsultaatiokäytäntö koetaan?
- Koetaanko toiminnoissa olevan vielä kehitettävää? Mitä?

Teema 2 Uuden toimintamallin käyttöönotto

- Kuvatkaa käyttöönottoprosessia?
  - Mistä lähdettiin liikkeelle?
  - Miten prosessi eteni?
- Minkälaisia ongelmia henkilökunta kohtasi uuteen toimintamalliin siirtäessä?

- Minkäläisten asioiden henkilökunta koki edistäneen uuden toimintamuodon käyttöönottoa? (perustelut)
- Oliko siirtymävaiheessa jotakin, mikä olisi pitänyt tehdä toisin? Mitä?
- Mitä viestiä haluat antaa Naantalin terveystieteiden keskuksen henkilökunnalle lääkäri-hoitaja –työparityöskentelyn suunnittelun tueksi?

### Teema 3 Työparityöskentelyn vaikutukset terveystieteisiin

- Minkälaisia vaikutuksia työparityöskentelyllä on mielestänne ollut hoidon jatkuvuuteen? (esim. kirjaaminen)
- Miten työparityöskentely on vaikuttanut hoitoon pääsyyn?
- Miten työparityöskentely on vaikuttanut hoitajien rekrytointiin?
- Minkälaisia vaikutuksia työparityöskentelyllä on ollut potilaskontakteihin?

Mitä muita vaikutuksia työparityöskentelyllä on mielestänne ollut terveystieteisiin?

## LIITE 2 HAASTATTELUN SAATEKIRJE

Opinnäytetyön nimi: Lääkäri-hoitaja –työparityöskentely Naantalin terveyskeskuksessa

Päiväys 25.9.2012

### Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on lääkäri-hoitaja -työparityöskentelyyn siirtyminen Naantalin terveyskeskuksen avosairaanhoidossa. Uudessa toimintamallissa lääkäri ja hoitaja vastaavat oman väestönsä hoitoprosesseista, asiakastyöstä sekä oman ammattiosaamisensa ylläpidosta. Mallissa toiminnan keskipisteenä on asiakas ja hänen tarpeensa. Projektin tuotoksena on kirjallinen suunnitelma uudesta toimintamallista ja sen implementointi käytäntöön.

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa organisaatiossanne tapahtuneesta lääkäri-hoitaja -työparityöskentelyyn siirtymisestä, sekä siitä, miten järjestelyt ja palvelut toimivat nyt. Tutkimus tuottaa tietoa perusterveydenhuollon vastaanoton toiminnasta sekä lääkäreiden ja hoitajien työnjaosta. Tavoitteena on hyödyntää tietoa työparityöskentelyyn siirryttäessä Naantalin terveyskeskuksen avosairaanhoidossa.

Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana muutoshankkeessa Naantalin terveyskeskuksessa. Lupa aineiston keruuseen on saatu ylihoitaja Sirkkaliisa Virtaselta. Suostumukseksi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja toimittamalla/antamalla sen haastattelijalle.

Sinun osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska kokemuksesi työparityöskentelyyn siirtymisestä on arvokasta oman organisaationi toimintaa suunnitellessa. Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, etteivät yksittäisen haastateltavan näkemykset ole tunnistettavissa. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*, Turun amk/Terveysala

Osallistumisestasi kiittäen

Katri Penttinen

Sairaanhoidaja/Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen yamk-opiskelija

Yhteystiedot

[katri.penttinen@students.turkuamk.fi](mailto:katri.penttinen@students.turkuamk.fi)



**Tietoinen suostumus haastateltavaksi**

Olen saanut riittävästi tietoa Katri Penttisen Lääkäri-hoitaja –työparityöskentely Naantalissa terveyskeskuksessa opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimen selvennys \_\_\_\_\_

Yhteystiedot (tarvittaessa)

\_\_\_\_\_