

# PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTON TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN - CASE LAUKAA

Opinnäytetyö

Laura Elola

2013

Lokakuu

Kliininen asiantuntija koulutusohjelma, ylempi AMK  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) ELOLA, Laura	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 07.10.2013
	Sivumäärä 73	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTON TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN – CASE LAUKAA		
Koulutusohjelma Kliininen asiantuntija koulutusohjelma (ylempi amk)		
Työn ohjaaja(t) TIIKKAINEN, Pirjo HOPIA, Hanna		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen seututerveyskeskus Laukaa vastaanotto		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Terveydenhuoltolakiuudistuksen keskeisimpiä painopistealueita ovat perusterveydenhuollon vahvistaminen sekä terveyspalveluiden saatavuuden ja tehokkaan tuottamisen edistäminen. Asiakkaiden palvelutarpeen määrällinen ja laadullinen kasvu ohjaa kehittämään toimintaa asiakaslähtoisemmäksi ja todellista terveyshyötyä tavoittelevaksi. Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolla tarve uuden toimintamallin kehittämiseksi oli huomattu muutama vuosi sitten. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää uusi hoitaja-lääkäriliimimalli Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolle, joka otetaan käyttöön loppuvuodesta 2013.</p> <p>Opinnäytetyön empiirinen osuus toteutettiin työpajatyöskentelynä henkilökunnan kesken Learning café- menetelmää käyttäen, josta saatu aineisto analysoitiin laadullista sisällönanalyysiä käyttäen. Työpajatyöskentelyn tuloksien, kirjallisuuden, aikaisempien kehittämistöiden sekä työryhmätyöskentelyn tuotosten pohjalta opinnäytetyön tuloksena kuvattiin uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotolle. Toimintamalli kehitettiin Engeströmin (1995) toimintajärjestelmän mallia hyödyntäen.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä kehitetyssä mallissa toiminta perustuu tiiviiseen yhteistyöhön asiakkaan, omalääkärin ja väestövastuuhoitajan välillä. Hoitosuunnitelmat toimivat keskeisinä hoidon suunnitelmallisuutta tukevinä välineinä hoidon toteutuksessa. Kohteena olleen terveyskeskuksen pitkäaikaissairaille tehdään vastaanotolla tehostettu terveys- ja hoitosuunnitelma pitkäaikaissairaiden hoitomallin mukaisesti. Uusi toimintamalli on rakennettu tavoitellen hoidon jatkuvuuden parantumista, asiakaslähtöisyyttä, työn- ja vastuunjaon selkeytymistä, hoidon saatavuuden sekä hoidontarpeen arvioinnin tehostumista.</p> <p>Uutta toimintamallia hyödynnetään kehitettäessä vastaanottojen toimintaa, uusien työntekijöiden ja sijaisten perehdytyksessä, henkilöstösuunnitelman luomisessa, tehtäväkuvien kehittämisessä sekä vastaanoton vision muodostamisessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kehittävä työntutkimus, Learning café, perusterveydenhuolto, terveyskeskus, toimintamalli, työnjako		
Muut tiedot		



Author(s) ELOLA, Laura	Type of publication Master's Thesis	Date 07.10.2013
	Pages 73	Language Finnish
		Permission for web publication ( X )
Title DEVELOPING A MODEL FOR THE RECEPTION OF PRIMARY HEALTH CARE - CASE LAUKAA		
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) TIIKKAINEN, Pirjo HOPIA, Hanna		
Assigned by Laukaa Health Care Center		
Abstract <p>The focus areas of the new health care law reform are the strengthening of primary health care and promoting the availability and effectiveness of health services. The demand for health services is growing in terms of both quantity and quality. This trend guides the development of health care functions in a more client-centered and health pursuing direction. At Laukaa Health Care Center the need to re-organize work tasks and re-think the whole model was recognized some years ago. The purpose of this thesis was to develop a new model for the reception of Laukaa Health Care Center that will be taken into practice by the end of the year 2013.</p> <p>The empirical part of the thesis was implemented by organizing workshops among the staff and by using the Learning café-method. The data was analyzed using qualitative content analysis. As an output of this thesis, based on the results of the workshops, literature and previous theses, a new model for the reception services of primary health care was described.</p> <p>In practice the model is based on close cooperation between a client, a family doctor and a nurse practitioner. Individual health plans are the core of well organized patient care. Every patient suffering from a long-term illness is provided with intensified health and care plans. The main objectives of the new model are improved continuance of care, client-centeredness, clarification of the staff's roles and responsibilities, greater availability of care and more effective assessment of treatment needs.</p> <p>The new model is used in developing the functions of primary health care, education of substitute work force, creating an HR-plan, development of job descriptions and forming a vision for reception services in primary health care.</p>		
Keywords Developmental work research, Learning café, primary health care, health care center, model, division of labor		
Miscellaneous		

# Sisältö

<b>1 Johdanto</b> .....	2
<b>2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet</b> .....	3
<b>3 Metodologiset lähtökohdat</b> .....	4
<b>4 Kirjallisuus toimintamallin rakentamisen tukena</b> .....	8
4.1 Säännöt perusterveydenhuollon vastaanotolla .....	8
4.1.1 Nykytila sääntöjen näkökulmasta .....	8
4.1.2 Muutostarpeet ja visio sääntöjen näkökulmasta .....	11
4.2 Toimintaympäristö perusterveydenhuollon vastaanotolla.....	14
4.2.1 Nykytila toimintaympäristön näkökulmasta.....	14
4.2.2 Muutostarpeet ja visio toimintaympäristön näkökulmasta .....	17
4.3 Työnjako perusterveydenhuollon vastaanotolla .....	21
4.3.1 Nykytila työnjaon näkökulmasta .....	21
4.3.2 Muutostarpeet ja visio työnjaon näkökulmasta .....	26
4.4 Työkalut perusterveydenhuollon vastaanotolla.....	30
4.4.1 Nykytila työkalujen näkökulmasta .....	30
4.4.2 Muutostarpeet ja visio työkalujen näkökulmasta.....	31
<b>5 Opinnäytetyön toteutus</b> .....	34
5.1 Aikaisemmat kehittämistyöt .....	34
5.2 Työryhmyöskentely .....	35
5.3 Työpajatyöskentely.....	37
5.3.1 Työpaja – Learning café-menetelmä .....	37
5.3.2 Työpajatyöskentelyn aineiston analysointi.....	39
5.3.3 Työpajatyöskentelyn tulokset kategorisoituina .....	40
<b>6 Uusi toimintamalli</b> .....	49
<b>7 Pohdinta</b> .....	57
<b>Lähteet</b> .....	63
<b>Liitteet</b> .....	68
Liite 1. Hoitaja-lääkäritiimimallin työvuorosuunnitelma.....	68
Liite 2. Kutsu kehittämisiltapäivään.....	69
Liite 3. Väestövastuuhoitajan ajanvarauskirjan päiväohjelma.....	70
Liite 4. Asiakastiedote.....	71
Liite 5. Tehtävänannot ryhmille .....	72
Liite 6. Posterit toimintamallista .....	73

# 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on ollut viime vuosina suurten muutosten kohteena. Palvelujärjestelmää on pyritty kehittämään siten, että se pystyy takaamaan kaikille suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystalvet. Toukokuussa 2011 voimaantulleen terveydenhuoltolakiuudistuksen keskeisimpiä tavoitteita on perusterveydenhuollon vahvistaminen. Lain tarkoituksena on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä terveystalvelujen saatavuuden ja tehokkaan tuottamisen edistäminen. Uudistuksen tärkeitä painopistealueita ovat myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön kehittäminen sekä asiakaskeskeisyys.

Perusterveydenhuollon palvelujen tulisi olla jokaisen kansalaisen saatavilla tasarvoisesti ja oikeudenmukaisesti. Suomessa perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on kunnilla. Haastavaksi tämän tehtävän tekevät terveydenhuollon jatkuvasti kasvavat menot, työvoiman saannin vaikeutuminen ja palvelutarpeen määrällinen sekä laadullinen kasvu. Sosiaali- ja terveystalan palvelutarpeen kasvusta, eläkkeelle siirtymisestä ja muuttoliikkeestä johtuvaan työvoimapulaan voidaan hakea ratkaisua kehittämällä palvelujärjestelmän rakenteita, prosesseja ja toimintatapoja. Rakenteelliset muutokset mahdollistavat kustannustehokkuuden kasvun, kokonaismenojen kasvun taittumisen sekä työnkuvien ja työprosessien uudistamisen. (Vesterinen 2011, 11–12.)

Perusterveydenhuollon palveluita annetaan terveystalveksissa, työterveyshuollossa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Terveystalveksus on kaikille avoin ikään, sosioekonomiseen asemaan tai kulttuuritaustaan katsomatta. Terveystalveksusten toimintamallien kehittämällä tavoitellaan perusterveydenhuollon resurssien aikaisempaa parempaa kohdentamista palveluntarvetta vastaavaksi sekä helpotetaan potilaiden hoitoon pääsyä.

Laukaa on väestömäärältään vakaasti kasvava kunta. Vuonna 2013 on Laukaassa 18 500 asukasta ja vuonna 2020 kunnassa arvioidaan olevan lähes 20 000 asukasta. Laukaa muodostaa yhdessä Joutsan, Luhangan, Keuruun, Konneveden, Multian, Petäjaveden ja Toivakan kuntien kanssa Keski-Suomen seututerveydestalveksuksen. Seututer-

veyskeskusuudistus tuli voimaan kunta- ja palvelurakennemuutoksen myötä 1.1.2011. Seututerveyskeskus toimii Keski-Suomen sairaanhoitopiirin liikelaitoksena ja sen väestöpohja on noin 46 000 asukasta.

Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolla on herätty vastaamaan tähän kasvavaan palveluntarpeeseen ja kehittämään vastaanoton toimintaa asiakaslähtöisemmäksi toimintamallia uudistamalla. Suomessa vastaanottotoiminnan käytännön järjestelyistä ei ole yhtenäistä kansallista määrittelyä (Peltonen 2009, 13). Peltonen (2009, 13) kuvaakin perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan organisoimisen yksiselitteistä määrittelyä mahdottomaksi. Laukaan vastaanotto toimii tällä hetkellä perinteistä tiimityön mallia käyttäen. Perinteisessä tiimityön mallissa lääkäri ja potilaat toimivat yhteistyössä usean hoitajan kanssa. Laukaassa toimii kymmenen lääkäriä, joilla on omat väestövastuualueensa. Tällä hetkellä hoitajilla ei ole omia väestövastuualueita, joten hoidon jatkuvuus hoitajien vastaanotoilla ei toteudu.

Laukaassa toiminnan kehittäminen lähti käyntiin muutama vuosi sitten. Kehittämistyön tuotoksena syntyi pohja Laukaan terveyskeskuksen omalle toimintamallille. Toimintamallissa muodostetaan viisi tiimiä. Jokaisessa tiimissä toimii kaksi lääkäriä ja kolmesta neljään hoitajaa. Väestö jakautuu tiimeihin lääkäreiden väestövastuualueiden mukaisesti. Yhden tiimin väestövastuualueen kooksi tulee noin 3700 asiakasta. Tiimit toimivat tiiviissä yhteistyössä keskenään ja vastaavat oman alueensa väestön palvelutarpeesta itsenäisesti. Malli on tarkoitus ottaa käyttöön loppuvuodesta 2013 terveyskeskuksen remontin valmistuttua.

## 2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön **tarkoituksena** on Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolla loppuvuodesta 2013 käyttöön otettavan hoitaja-lääkäritiimimallin edelleen kehittäminen. Opinnäytetyön tuotoksena kuvataan uusi toimintamalli, joka on kehitetty Engeströmin (1995) toimintajärjestelmän mallin viitekehystä apuna käyttäen. Toimintamallin

avulla selkeytetään työn- ja vastuunjakoa eri ammattiryhmien kesken. Näitä ovat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat, fysioterapeutit ja lääkärit.

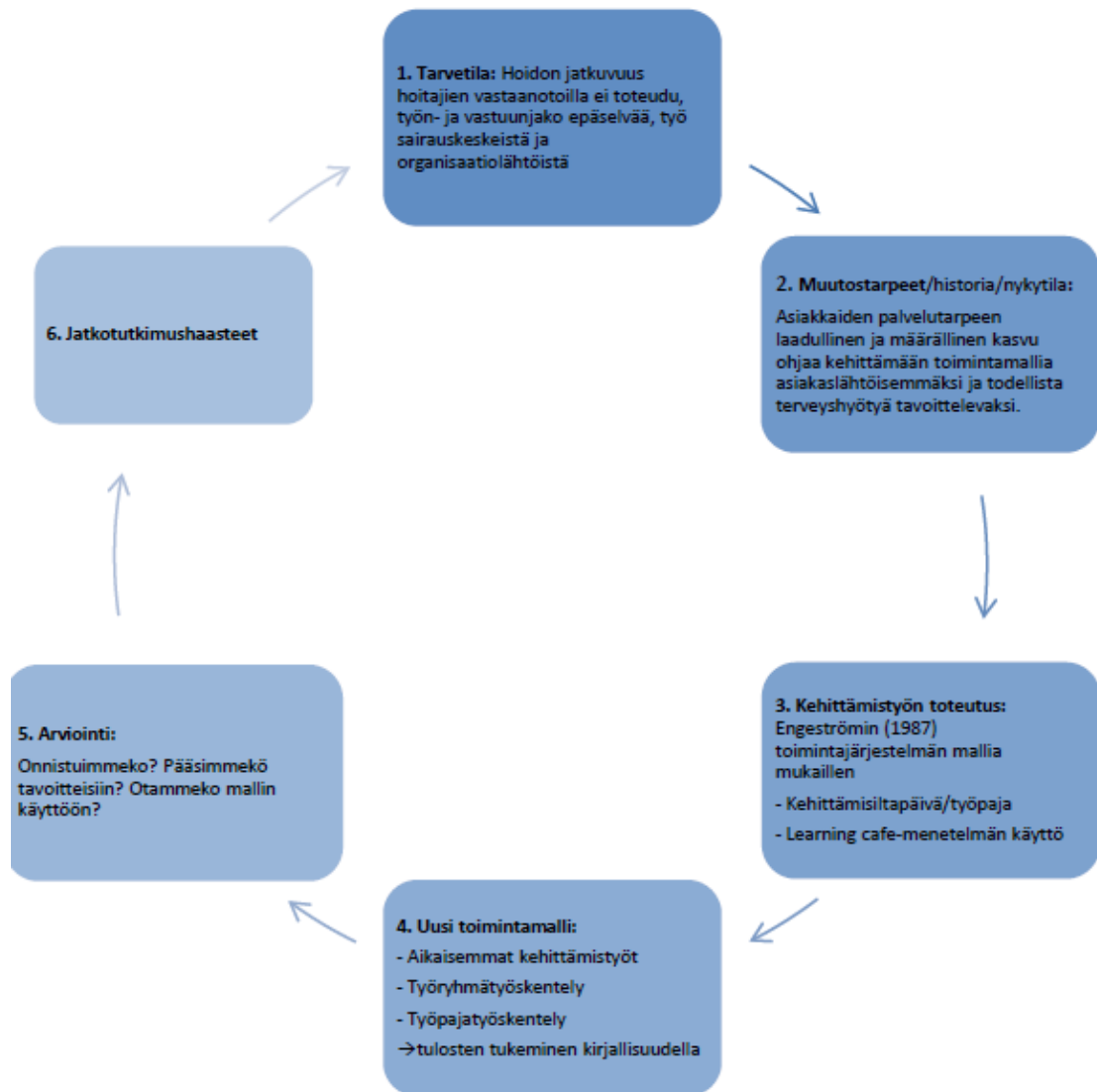
Opinnäytetyön **tavoitteena** on asiakkaiden hoidon saatavuuden sekä hoidontarpeen arvioinnin tehostuminen. Asiakaslähtöisemmän toimintatavan sekä hoidon jatkuvuuden kautta tavoitellaan potilasturvallisuuden lisääntymistä uuden toimintamallin käyttöönoton myötä. Työnjakoa kehittämällä pystytään kohdentamaan osaamista oikein sekä hyödyntämään jokaisen ammattiryhmän osaamista parhaalla mahdollisella tavalla. Työnjaon uudistamisella on todettu olevan positiivisia vaikutuksia työssä jaksamiseen, henkilöstön työmotivaatioon sekä hyvinvointiin. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 8.) Tavoitteena on hoidon organisoiminen siten, että päivystyskäyntien ja erikoissairaanhoidon käyttö vähenee. Uuden toimintamallin luomisessa hyödynnetään aikaisempien kehittämistöiden tuloksia sekä henkilökunnasta koostuvan hoitaja-lääkäritiimin työryhmän kokousmuistioita.

### 3 Metodologiset lähtökohdat

Kehittävän työntutkimuksen metodologiaan tutustuessani minuun teki vaikutuksen ajatus, jossa uusien toimintamallien ei odoteta ilmaantuvan tyhjästä ilman entisten ratkaisujen ja toimintatapojen huomioimista, vaan uusi toimintamalli työstetään aina ratkaisuksi vanhan toimintamallin ristiriitoihin. Kehittävän työntutkimuksen ideologia on konkreettinen, eikä siinä lähdetä suunnittelemaan tulevaa toimintatapaa ilman entisten ratkaisujen ja toimintatapojen huomioimista. (Engeström 1995, 136.)

Uudet perusterveydenhuollon kehittämiseksi tehdyt linjaukset ohjaavat kehittämään terveydenhuollon toimintamalleja lisäämällä yhteistyötä ja työnjakoa eri ammattiryhmien kesken. Toiminta ja tehtävät tulee järjestää tarkoituksenmukaisella tavalla huomioiden hoidon kokonaisuus sekä eri ammattiryhmien välinen osaaminen. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 5.) Kehittävän työntutkimuksen avulla työntekijät itse analysoivat ja muuttavat omaa työtään, eikä valmiita ratkaisuja tuoteta heille ulkoapäin valmiiksi (Engeström 1995, 12). Kehittävän työntutkimuksen malli (ks.

kuvio 1) mahdollistaa koko työyhteisön ottamisen mukaan uuden toimintamallin suunnitteluun.

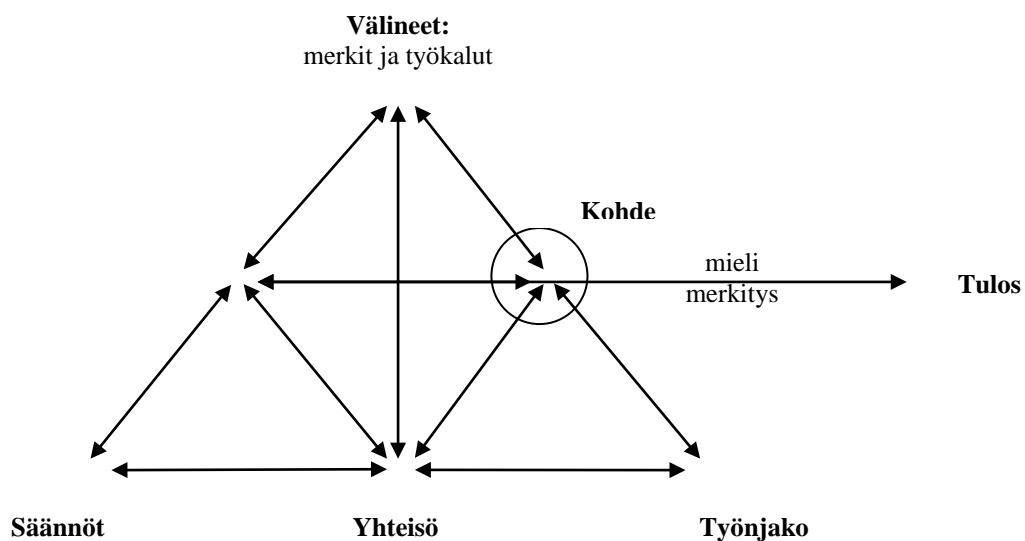


Kuvio 1. Ekspansiivisen kehittämisen vaiheet uuden toimintamallin kehittämisessä vastaanottotyöhön Engeströmiä (1987) mukaillen

Ekspansiivisen oppimisen lähtökohtana on ajatus siitä, että oppimisen kohteena on kokonainen toimintajärjestelmä ja sen laadullinen muutos. Oppimisprosessi kuvataan kollektiiviseksi ja pitkäkestoiseksi. Ekspansiivinen kehityssykli on avoin sykli, jolla pyritään koko toimintamallin uudelleenmuotoutumiseen. Uusi malli neuvotellaan ja muotoillaan kehittämisprosessin aikana, eikä se ole kenelläkään tiedossa ennen kehitysprosessia. (Engeström 1995, 87.)



Tässä opinnäytetyössä perusterveydenhuollon vastaanottoa tarkastellaan Engeströmin (1995) toimintajärjestelmän mallin (ks. kuvio 2) viitekehyksestä käsin. Toimintajärjestelmän mallin avulla kehitetään työyhteisön kanssa vastaanottoa uutta toimintamallia. Toimintajärjestelmän mallia voidaan käyttää apuna nykytoiminnan kuvaamiseen, ristiriita-analyysiin sekä vision muodostamiseen (Kehittävän työntutkimuksen käsitteet n. d.). Palvelurakenteen muutos sekä potilaiden ongelmien moninaisuus ohjaavat hoitohenkilökuntaa laajentamaan näkemystään hoitotyöstä. Yksilön ammattitaidon lisäksi tulevaisuuden muutosten myötä korostuu taito toimia yhteistyössä muiden ammattihenkilöiden kanssa (Pölkki & Korhonen 2012, 3). Tavoitteena on yhtenäinen toimintamalli, joka koituu potilaiden ja heidän perheidensä hyödyksi.

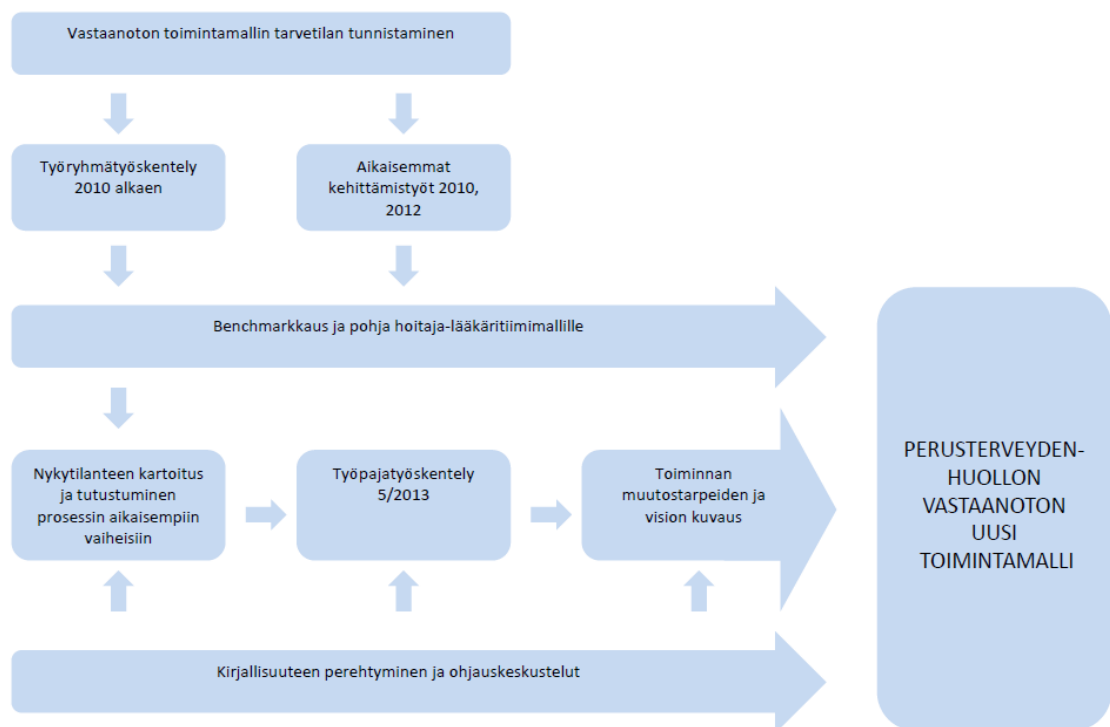


Kuvio 2. Toimintajärjestelmä (Engeström 1995)

Kehittävässä työntutkimuksessa inhimillinen toiminta kuvataan kollektiiviseksi. Pelkkä teon tarkasteleminen ei riitä, sillä se irrottaa toiminnan sen yhteisöllisestä kokonaisuudesta eikä huomioi miksi ja missä yhteydessä teko tehdään. Tekoa tai toimintaa tarkastellaan aina yhteydessä yksilön ja ympäristön välisiin suhteisiin. Kehittävän työntutkimuksen analyysiyksikkönä on kollektiivinen toimintajärjestelmä, jossa yhteisellä toiminnalla on tietty kohde. Kehittämistyössäni toimintajärjestelmän tuloksena on vastaanoton toimintamalli. Toiminta määrittyy eri osatekijöiden kautta, joita ovat

työvälineet, yhteistoimintamuodot, työnjako ja säännöt. Yksittäisiä tekoja ja toimintaa tarkastellaan aina suhteessa koko toimintajärjestelmään. (Kehittävän työntutkimuksen metodologia n.d.)

Tämän opinnäytetyön teko alkoi syksyllä 2012 nykytilanteen kartoituksella ja prosessin aikaisempiin vaiheisiin ja kirjallisuuteen tutustumisella. Jokaisella prosessilla on alku ja loppu. Prosessi koostuu useista osaprosesseista, jotka tuottavat taidollista ja sisällöllistä aineistoa seuraavan osaprosessin lähtökohdaksi. Prosessi kuvataan dynaamiseksi ja sille voidaan asettaa päämäärä, jonka saavuttaminen edellyttää muutosta. (Prosessit tiedonhankinnan kohteena 2007.) Tämän prosessin päämääränä on opinnäytetyön tuloksena kuvata uusi toimintamalli terveyskeskuksen vastaanotolle. Hyvän prosessin katsotaan pitävän sisällään aiheen tunnistamista, arviointia, tiivistämistä ja käytäntöön siirtämistä (Prosessit tiedonhankinnan kohteena 2007). Tämän opinnäytetyön prosessi päättyy syksyllä 2013 toimintamallin kuvauksen valmistuttua. Tämän opinnäytetyön prosessi on havainnollistettu alla. (Ks. kuvio 3.)



Kuvio 3. Opinnäytetyön prosessi

Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyvä uusi perusterveydenhuollon vastaanoton toimintamalli pohjautuu aikaisempiin kehittämistöihin, työryhmätyöskentelyn ja työpajatyöskentelyn tuloksiin sekä kirjallisuuteen.

## **4 Kirjallisuus toimintamallin rakentamisen tukena**

Alla esitetään toimintamallin rakentamisen tukena käytettävää kirjallisuutta Engeströmin (1995) toimintajärjestelmän mallia mukaillen. Kehittävän työntutkimuksen metodologian mukaisesti tämä kirjallisuuskatsaus etenee nykytilanteen kartoittamisesta, toiminnan muutostarpeisiin ja visioon. Uuden toimintamallin työstämisessä huomioidaan aikaisemmat ratkaisut ja toimintatavat ja uusi toimintamalli työstetään ratkaisuksi niiden ristiriitoihin. Vastaanoton toiminnan muutostarpeita määrittämässä ovat myös kansalliset hankkeet, lait ja asetukset.

### **4.1 Säännöt perusterveydenhuollon vastaanotolla**

#### **4.1.1 Nykytila sääntöjen näkökulmasta**

Terveydenhuollon toimintaa ohjallaan eri laein ja asetuksin tavoitteena asiakkaan saama mahdollisimman suuri terveyshyöty. Kansalliset terveyshankkeet ovat suuressa roolissa turvaamassa lakien noudattamista. Laki velvoittaa kuntaa järjestämään alueensa asiakkaiden sairaanhoitopalvelut. Hoidon koordinoinnin päävastuu on perusterveydenhuollolla. Hoito toteutetaan perusterveydenhuollossa aina kun se potilasturvallisuuden puitteissa on mahdollista. (L 1326/2010.)

Terveyden edistäminen ja terveysnäkökohdat on otettava huomioon kaikessa yhteiskunnallisessa ja poliittisessa päätöksenteossa (Terveyden edistäminen 2013). Terveydenhuoltolain tavoitteena on väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, terveyserojen kaventuminen sekä asiakaskeskeisyys. Terveydenhuollon toiminnan on

oltava näyttöön perustuvaa, turvallista ja laadukkaasti toteutettua. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää, että potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 7.)

Terveydenhuollon ammattihenkilölain mukaisesti ammattihenkilön on toiminnassaan toteutettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja toimintatapoja sekä hänen on huolehdittava osaamisestaan. Ammattihenkilöiden osaamiseen kuuluu huolehtia taitojen jatkuvasta kehittämisestä ja ajantasaisuudesta osallistumalla täydennyskoulutuksiin. Tietojärjestelmien sekä työssä käytettävien välineiden hallinta on yksi hallittava osaamisalue. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 7, 12.)

Tiimityötaitojen merkitys osaamisessa korostuu moniammatillisen yhteistyön lisääntyessä. Kaikille terveydenhuollon asetuksille yhteinen piirre on, että ne velvoittavat ammattihenkilöitä noudattamaan yleisesti ns. koululääketieteen hyviä käytäntöjä. Toimintayksiköissä tulee olla selkeä perehdyttämisohjelma uusia työntekijöitä sekä sijaisia varten. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 7, 12.)

Alla olevassa taulukossa kuvataan keskeisiä terveydenhuollon toimintaan vaikuttavia hankkeita, lakeja ja asetuksia, jotka tulkitaan tässä työssä perusterveydenhuollon vastaanoton toimintaan ohjaaviksi säännöiksi.

Hanke, laki tai asetus, ajankohta	Hankkeen lain tai asetuksen tarkoitus	Hankkeen, lain tai asetuksen merkitys toimintamallin kannalta
Kunta- ja palvelurakenne uudistus 2007-2012	Uudistuksella tavoitellaan elinvoimaista, toimintakykyistä ja eheää kuntarakennetta, joka takaa kaikille suomalaisille laadukkaita ja asiakkaiden saatavilla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut. Puitelain tavoitteena on perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta vastaavien tahojen yhteistoiminta taaten toimivimmat ja yhtenäisemmät palvelujärjestelmät.	Palveluiden laadun ja saatavuuden turvaaminen toimivilla ja yhtenäisillä palvelujärjestelmillä sosiaalihuollon kanssa.
Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, Kaste 2012 - 2015	Sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma, johon muut alan keskeiset ohjelmat integroituvat. Ohjelmalla luodaan, arvioidaan, levitetään sekä juurrutetaan uusia hyviä käytäntöjä. Kaste-ohjelman tavoitteena on kaventaa hyvinvointi ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveyshuollon rakenteita asiakaslähtöisiksi. Ongelmakeskeisyydestä pyritään siirtymään hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn.	Ohjaa perusterveydenhuollon vastaanoton toiminnan kehittämisen painopistettä asiakaslähtöisyyteen, hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn.
Toimiva terveyskeskus toimenpideohjelma, 2008-2010	Keskeisenä painopistealueina ovat pitkäaikaissairaudet ja niiden hoito, asiakkaan nostaminen keskiön terveyspalveluissa ja terveyskeskus hyvänä työpaikkana. Toimenpideohjelma sisältää 24 toimenpidettä, jotka otetaan terveyskeskuksissa vaihteittain käyttöön. Ohjelman avulla halutaan parantaa toiminnan vaikuttavuutta. Keskeisin toimenpide on terveyshyötymallin (Chronic Care Model) kansallinen käyttöönotto, jolla pyritään parantamaan pitkäaikaissairaiden hoitoa. Mallin käyttöönotto tukee asiakaslähtöisyyden vahvistamista. Henkilökunnan terveyskeskuksissa pysymistä tuetaan kehittämällä koulutusta, työtapoja, yhteistyötä ja vaikuttamisen mahdollisuuksia.	Tukee terveyshyötymallin käyttöönottoa perusterveydenhuollon vastaanotolla tavoitteenaan pitkäaikaissairaiden hoidon tehostaminen uusien toimintamallien avulla.
Kanerva 2 hanke 2010 – 2012	Hanke on jatkoa Kuopion yliopistolaisen sairaalan erityisvastuualueella 2009 – 2012 toteutettuun Kanerva-kaste osahankkeeseen. Kanerva 2 hanke toteutettiin viiden sairaanhoitopiirin alueella jatkohankkeena työn jäätyä kesken. Hankkeen tavoitteita ovat kroonisten kansansairauksien ehkäisy, tunnistaminen ja hoidon tehostaminen. Hankeella haluttiin kehittää yhtenäinen terveyden ja hyvinvoinnin toimintamalli, jossa johtajuus, koordinointi ja vastuut on selvitetty.	Alueellinen yhteistyö kansansairauksien ehkäisyksi, tunnistamiseksi ja hoidon tehostamiseksi.
Terveys 2015-kansanterveysohjelma	Pitkällä aikavälillä toteutettava terveyspoliittinen ohjelma, jonka tavoitteena on kansalaisten terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestön terveyserojen kaventuminen. Lähtökohtaisesti se pyrkii hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen kaikilla kuntien ja valtion tehtäväalueilla, yksityispuolella sekä ihmisten omassa toimintatavissa. Ohjelman tavoitteet on asetettu mahdollisimman konkreettiseksi ja mitattaviksi.	Terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen sekä väestön terveyserojen kaventuminen.
Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007-2011	Politiikkaohjelman keskeinen tehtävä on vahvistaa terveysnäkökulmien huomioon ottamista kaikessa yhteiskunnallisissa päätöksenteossa. Terveyden edistämisen hyödyt ovat kiistattomat työelämässä, yksilö- sekä yhteiskunnan tasolla. Ohjelma suosittaa, että kaikissa kunnissa tulisi asettaa terveyttä ja hyvinvointia koskevat tavoitteet. Terveyden edistäminen tulisi kykeä keskeiseksi osaksi kunnan johtamisjärjestelmää.	Terveyden edistäminen osaksi kunnan johtamisjärjestelmää.
Rampe-hanke 2010 – 2012	Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon hanke toteutettiin osana KASTE ohjelmaa 2008-2011 Itä- ja Keski-Suomessa ja Kainuussa. Sen keskeisimmät tavoitteet olivat vetovoimaisuuden ja palvelukyvyn lisääminen perusterveydenhuoltoon, pätevän hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden saatavuuden ja pysyvyyden turvaaminen perusterveydenhuollossa sekä potilaan osallisuuden lisääminen. Hanke toteutettiin aktiivisessa yhteistyössä käytännön toimijoiden kanssa hankealueen terveyskeskuksissa sekä päiväyksissä. Viitekehiksenä käytettiin (Chronic Care Model) terveyshyötymallia, joka keskittyi pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämiseen. Hanke edisti terveydenhuollon toimijoiden verkostoitumista muiden järjestöjen, kunnantöimijöiden sekä koulutusorganisaatioiden kanssa. Hanke tuotti monipuolisesti uusia menetelmiä käyttöön.	Perusterveydenhuollon käyttöön tuotettujen uusien menetelmien käyttöönotto ja verkostoituminen muiden asiakkaiden terveyttä edistävien toimijoiden kanssa.
Terveydenhuoltolaki 2011	Lain tavoitteena ovat perusterveydenhuollon vahvistaminen, asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut, terveyserojen kaventuminen, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö. Lailla varmistetaan terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Laki määrittää, että terveydenhuollon toiminnan tulee olla laadukasta, turvallista sekä asianmukaisesti toteutettua.	Terveydenhuoltolain asettamat säädökset perusterveydenhuollon toiminnalle.
Asetus rajatusta lääkkeenmääräisoikeudesta 2010	Heinäkuussa 2010 voimaan tulleen valtioneuvoston asetuksen mukaan sairaanhoitajat, optikot ja suuhygienistit saivat mahdollisuuden rajattuun lääkkeenmääräisoikeuteen. Ensimmäiset rajatun lääkkeenmääräiskoulutuksen käyneet hoitajat valmistuivat 2012. Laillistetulla sairaanhoitajalla, joka on suorittanut valtioneuvoston asetuksessa määrätyn lääkkeenmääräisoikeuden erikoispatenttiin johtavan lisäkoulutuksen sekä on hakenut ja saanut merkinnän Valviralta erikoispatentista terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin ja on saanut yksilöintitunnuksen, on oikeus määrätä potilaalle lääkkeitä vastaanotolla. Sairaanhoitajalla tulee olla myös terveyskeskuksen vastaavan lääkärin kirjallinen määritys lääkkeitä, joita sairaanhoitaja saa määrätä. Määräyksessä tulee näkyä myös mahdolliset lääkkeiden määrämiseen liittyvät rajoitukset.	Rajatun lääkkeenmääräisoikeuden omaavien hoitajien osaamisen hyödyntäminen perusterveydenhuollon vastaanotolla.

Kuvio 4. Perusterveydenhuollon vastaanoton toimintaan vaikuttavat hankkeet, lait ja asetukset

## 4.1.2 Muutostarpeet ja visio sääntöjen näkökulmasta

Seuraavassa kuvataan terveydenhuoltolain (1326/2010) keskeisiä perusterveydenhuollon toiminnalle asettamia säädöksiä, jotka tulevat voimaan asteittain lähivuosien aikana. Terveydenhuoltolain 8§:n mukaan hoidon on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Hoidon tulee olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Potilaan hoidon pääkoordinoinnin vastuu on perusterveydenhuollolla, ellei siitä ole muuta sovittu. Perusterveydenhuollon toimintayksikön tulee laatia turvallisuus- ja laadunhallintasuunnitelma ja huolehtia sen täytäntöönpanosta.

Saman sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella toimivien perusterveydenhuollon yksiköiden sekä erikoissairaanhoidon tulee muodostaa yhtenäiset potilastietojärjestelmät. (L 1326/2010.) Terveydenhuoltolain 9§:n mukaisesti terveydenhuollon toimintayksikkö saa käyttää potilaan tietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. Asiakasta on informoitava yhteisrekisteristä, mutta erillistä suostumusta yhteisrekisterissä olevien tietojen käytölle ei asiakkaalta tarvita. Asiakkaalla on mahdollisuus halutessaan kieltää eri toimintayksikön välinen tiedonsiirto. Tällöin potilasasiakirjoihin on tehtävä merkintä kiellosta sekä selvityksen antamisesta asiakkaalle. Terveydenhuoltolain 33§:n mukaisesti erikoissairaanhoidon tulee yhdessä perusterveydenhuollon kanssa muodostaa toiminnallinen kokonaisuus siten, että erikoissairaanhoidon palveluita tarjotaan tarkoituksenmukaisesti myös perusterveydenhuollossa. (L 1326/2010.)

Terveydenhuoltolain 47§:n mukaan potilaan on mahdollista oman kuntansa alueelta valita missä terveyskeskuksessa hän saa terveydenhuollon palvelut. Hoitovastuu siirtyy valitulle terveysasemalle kolmen viikon kuluttua vaihtamisilmoituksen saavuttua. Uusi valinta on mahdollista tehdä vuoden kuluttua aikaisemmasta. Mikäli potilas työnsä, opiskelun tai muun vapaa-ajan vieton vuoksi viettää aikaa kotikuntansa ulkopuolella, on hänen mahdollista käyttää sen kunnan terveysaseman palveluita ilman, että hoitovastuu siirtyy. Valinnasta on tehtävä ilmoitus. (L 1326/2010.) Asiakkaalla on mahdollisuus vuodesta 2014 alkaen valita oma terveyskeskus kuntarajoista huolimatta. (Vesterinen 2011, 33.) Terveydenhuoltolain 49§:n mukaisesti potilaalla on mahdollisuus valita häntä hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö yksikön toiminnan

tarkoituksenmukaisen järjestämisen rajoissa. Potilaan hoito tulisi järjestää siten, että hänet ohjataan häntä aikaisemmin hoitaneen lääkärin hoitoon aina kuin mahdollista. (L 1326/2010.)

Terveystieteiden lain 51§:n mukaan potilaan on saatava virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen. Hoidon tarpeen arviointi tulee tehdä viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas ensimmäisen kerran otti yhteyttä, ellei hoidon tarpeen arviota ole tehty ensimmäisen kontaktin yhteydessä. Hoito tulee järjestää sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kolmen kuukauden kuluessa hoidon tarpeen arviosta. Tästä kolmen kuukauden raja-aika voidaan ylittää enintään kolmella kuukaudella suunterveydenhuollossa sekä perusterveydenhuollossa tarjottavien erikoissairaanhoitoonpalvelujen kohdalla potilaan terveydentilan vaarantumatta. (L 1326/2010.)

Hoidon tarpeen arviointi on yksi lääkäriltä muille terveydenhuollon ammattilaisille tapahtunut tehtävänsiirto, joka tuli voimaan vuonna 2005 hoitotakuulain myötä. Hoidon tarpeen arvioinnille asetetut säädökset määrittävät, että hoidon tarpeen voi tehdä terveydenhuollon asianmukaisen koulutuksen omaava ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan yksikköön sekä potilaspapereihin. Hoidon tarpeen arviointi voi tapahtua puhelimesta tai terveyskeskuksessa käymällä. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys. Hoidon tarpeen arviointi toteutetaan arvioijan koulutuksen ja toimintayksikön toimintaohjeiden mukaisesti. (Hoidon tarpeen arviointi erikoissairaanhoidossa 2006.)

Puhelimitse sekä kasvotusten tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista tulee kirjata merkinnät potilasasiakirjoihin. Kirjattuna tulee olla tieto annetusta hoidon tarpeen arvioinnista, hoito-ohjeista ja toimintaehdotuksista. Puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnista tulee kirjata potilasasiakirjoihin merkinnät potilaan tunnistamistavasta. (Hoidon tarpeen arviointi erikoissairaanhoidossa 2006.)

Yleistä neuvontaa annettaessa esimerkiksi sairauksien luonteesta ja niiden oireista, käytetyistä tutkimusmenetelmistä tai lääkkeiden sivuvaikutuksista, ei tietoa tarvitse

kirjata potilaspapereihin eikä soittajan tunnistamista tarvita. Neuvonta muuttuu yksilölliseksi silloin, kun otetaan kantaa potilaan terveydentilaan ja tällöin edellä mainitut tiedot tulee löytyä kirjattuna potilasasiakirjoista. (Syväoja & Äijälä 2009, 128-129.)

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä on määrätty ylläpitämään ja kehittämään osaamistaan ja työnantajan velvollisuus on huolehtia työntekijän mahdollisuudesta osallistua työnsä hoitamiseksi tarvittavaan täydennyskoulutukseen. (L 559/1994.) Johdon rooli osaamisen tunnistamisessa, kehittämisessä ja sen hyödyntämisessä on keskeinen. Toimivat johtamisjärjestelmät, esimiesten osaaminen sekä yhteistoiminnallinen toimintakulttuuri ovat edellytyksinä osaamisen tehokkaalle hyödyntämiselle. Johdon vastuulla on koulutuksien järjestäminen ja henkilökunnan osaamisen tukeminen, mutta yksilö itse vastaa omasta oppimisestaan ja kehittymisestään työssä sekä kiinnostuksesta oman osaamisensa kehittämiseen. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 9.)

Oman osaamisen ylläpitämisen ja kehittämisen on todettu olevan merkittäviä tekijöitä työssä pysymisen kannalta. Hoitajille, jotka kokevat, että heillä olisi valmiuksia selviytyä vaativimmista työtehtävistä, tulisi tarjota mahdollisuus työnkuvan laajentamiseen, jotta mielenkiinto työhön säilyisi sen tuntuessa riittävän haasteelliselta. (Pölkki 2012, 3.) Työyhteisötasolla tehtävä osaamiskartoitus kuvastaa osaamisen tilaa työyhteisössä ja helpottaa kehittämiskohteiden löytymistä. Työssä tarvittavat avain- ja ydinprosessit tulisivat olla kuvattuina ja jokaisessa prosessissa tarvittava osaaminen tulisi olla kirjattu. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 9.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöt työskentelevät koulutuksensa, kokemuksensa ja ammatillisen osaamisensa puitteissa. Jokainen ammattihenkilö on itse vastuussa omasta toiminnastaan. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtäviä ei ole yksityiskohtaisesti määritelty. Lisä- ja täydennyskoulutus mahdollistaa tehtävien siirtämisen ammattiryhmältä toiselle. Poikkeuksen tähän muodostaa vain lääkäreiden ja hammaslääkäreiden erityiset oikeudet ja velvollisuudet. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 17.)



Asiakkaan valintojen pohjalle terveydenhuollon yksiköiden tulisi antaa tietoa henkilökuntansa osaamisesta ja ammattitaidosta. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 11.) Ruotsissa toteutetun tutkimuksen mukaan asiakkaiden tyytyväisyys terveydenhuollon palveluihin oli parantunut asiantuntijahoitajavastaanottojen käyttöönoton myötä. Erityisesti tyytyväisyys palveluihin oli lisääntynyt potilaan saatua ennalta tietoa sairaanhoitajan osaamisesta ja roolin vahvistumisesta asiantuntijuuden suuntaan. (Bergman, Perhed, Eriksson, Lindblad & Fageström 2013.)

Terveydenhuollon ammattilaisten yhteinen päätavoite on toiminnallaan saavuttaa vaikuttava terveydenhuolto, joka tuottaa potilaille todellista terveyshyötyä parantamalla heidän oireitaan ja vaivojaan sekä lievittää kärsimystä. Hoidon vaikuttavuuden kehittäminen ja parantaminen ovat keskeisinä pyrkimyksinä hoitoa toteutettaessa edellyttäen toteutuessaan hoitotyön tulosten seuraamisen esimerkiksi elämänlaatumittauksin ja rekisteritietoja käyttäen uusintahoitojen tarpeesta sekä kuolleisuudesta. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 15.)

## **4.2 Toimintaympäristö perusterveydenhuollon vastaanotolla**

### **4.2.1 Nykytila toimintaympäristön näkökulmasta**

Suomalaisen perusterveydenhuollon synty johtaa juurensa 1900-luvulle kunnallisiin terveyspalveluihin, jotka toteutuivat kunnallislääkäreiden ja kunnallisten terveydenhoitajien toimesta. 1960-luvulla kehitettiin koko maan kattava sairausvakuutusjärjestelmä, jolla terveydenhuollon painopistettä kunnansairaaloista pyrittiin siirtämään avohoitoon. Sairausvakuutusjärjestelmän avulla pyrittiin tasaamaan asiakkaille maksettaviksi tulevia kustannuksia terveydenhuollon palveluista. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 6.) Vuonna 1972 luotiin kansanterveyslaki, joka muutti kunnallisen perusterveydenhuollon perustan (Mattila 2005, 2; Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 6). Kansanterveyslaki yhdisti eri toimialoina tai yksikköinä toimineet kunnalliset toiminnot hallinnollisesti saman katon alle

terveyskeskuksiksi. Kansanterveyslaissa oli määriteltynä ne palvelukokonaisuudet, joita kunnan tuli tarjota asukkailleen kansanterveystyönä. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 6.)

Terveyskeskuksiin kansanterveyslain luomisen myötä siirtyivät muun muassa kunnanlääkäriin, kouluhammaslääkäriin, neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon palvelut. Myöhemmin terveyskeskuksiin lisättiin työterveyshuoltoon, opiskelijaterveydenhuoltoon, mielenterveystyöhön ja kuntoutukseen liittyviä tehtäviä. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 6.) Useiden asiantuntijoiden mukaan onkin perusteltua väittää, että tuolloin Suomeen luotiin palveluvalikoimaltaan sekä ammattilaisten lukumäärältään ja valikoimaltaan maailman laajin koko maan kattava perusterveydenhuollon järjestelmä. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 6; Kokko & Telaranta 2006, 25.)

1970 – 1980-luvulla päähuomio oli terveyskeskusten voimavarojen kasvattamisessa sekä tilojen rakentamisessa, jolloin jälkepäin arvioituna toiminnan laatu, tuottavuus, palveluiden saatavuus sekä asiakaslähtöisyys jäivät edellä mainitun kehittämissuunnan jalkoihin. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 7.) Palvelujen saatavuutta sekä päivystyksen käytön vähentämistä tavoiteltaessa siirryttiin omalääkäri- tai väestövastuulääkärikokeiluihin 1990-luvulla. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 8; Kokko & Telaranta 2006, 26.) Toimintamalli oli samansuuntainen muiden kansainvälisten suuntausten kanssa, joilla pyrittiin parantamaan hoidon jatkuvuutta, koordinoitua sekä palveluhenkisyttä. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 8.)

1990-luvun alkupuolen lamavuosien aikainen tiivis omalääkärijärjestelmä osoitti haavoittuvaisuutensa lääkärivajeen edessä 1990-luvulta ainakin vuoteen 2004 asti. Uudet lääkärit eivät enää olleetkaan valmiita sitoutumaan pitkäkestoisiin työuriin. Osa lääkärifulasta kärsivistä terveyskeskuksista ovat joutuneet purkamaan omalääkärijärjestelmänsä tai laittamaan sen ”jäihin” odottamaan aikaa, jolloin lääkärivaje on helpottanut. (Kokko & Telaranta 2006, 27.) Vuonna 2003 kaksi kolmasosaa väestöstä oli väestövastuun piirissä sekä n.10 % väestöstä asui alle 5000 asukkaan kunnissa, joissa

väestövastuun oletetaan toteutuvan kunnan pienen asukasmäärän vuoksi (Mattila 2005, 4).

Vuodesta 2003 työtä terveyskeskuksissa ovat lisänneet kansallisen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi käynnistetyt kehittämishankkeet. Kunta- ja palvelurakennemuutoksella tavoitellaan kunnallisen perusterveydenhuollon väestöpohjien ja yksiköiden kasvua. (Kokko & Telaranta 2006, 26.) Hyviä kokemuksia uudenlaisista palvelumuodoista on saatu 2000-luvulta. Puhutaan lääkärin ja hoitajan työparityökentelystä, tiimityöstä ja muunlaisista pientyöryhmistä. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 14; Kokko & Telaranta 2006, 27.) Merkittävämpänä muutoksena voidaan pitää sitä, että ollaan siirtymässä uusiin toimintamalleihin, joissa sairaanhoitajan rooli on merkittävässä asemassa. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 14.)

Hoidon tarpeen arviointi on otettu käyttöön ja se on parantanut hoidon piiriin pääsyä. Terveyskeskuksiin välittömän yhteydensaannin virka-aikana edellytyksen myötä on herännyt ajatus, että onko perusteltua suunnata entistä enemmän huomiota flunssiin ja muihin pikkuongelmiin samalla aikaa, kun kansan terveysongelmat ovat kuitenkin muilla alueilla. (Kokko & Telaranta 2006, 27.)

Useissa terveyskeskuksissa ollaan suunnittelemassa listapohjaisen omalääkärijärjestelmän korvaamista uudella toimintamallilla, jossa omalääkäri osoitettaisiin vain niille asiakkaille, jotka oman valintansa perusteella haluaisivat listautua tämän potilaaksi. Potilaat, jotka eivät kuuluisi omalääkärijärjestelmänpiiriin, hoidettaisiin muilla tavoin. Ajatuksena kuitenkin se, että omalääkäri- ja omahoitajasuhde tarjottaisiin potilaille, jotka käyttävät palveluita paljon tai sairastavat pitkäaikaissairautta, joka vaatii säännölliset käynnit terveyskeskuksissa. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 14; Kokko & Telaranta 2006, 28.)

## 4.2.2 Muutostarpeet ja visio toimintaympäristön näkökulmasta

Lamavuosien aiheuttamat haasteet Suomen taloudelle saavat julkisen terveydenhuollon työntekijät kokemaan, että heiltä vaaditaan jatkuvaa tehokkuuden parantamista sekä kasvavista työmääristä selviytymistä. (Ketola & Merikallio 2009, 1877.) Terveyskeskusten vastaanoton toiminta toimii ns. ”kriittisenä ikkunana” väestön suuntaan. Vastaanottotyön ongelmat kuvastuvat väestöön päin terveydenhuollon kriisinä, vaikka vastaanottotyö on vain yksi osa terveyskeskusjärjestelmää. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 38.) Epätoivoon vaipumisen sijaan tulisi muistaa, että terveydenhuollon henkilökunnalla on kaikki edellytykset toimintamallien uudistamiselle ja perusterveydenhuollon kehittämiseksi (Ketola & Merikallio 2009, 1877). Laukaassa kehittämistyöhön on tartuttu ja ryhdytty suunnittelemaan toimintamallia, jossa toimintaa pyritään muuttamaan tehokkaammaksi ja asiakkaiden palveluntarpeita vastaavaksi.

Suomessa perusterveydenhuollon perustoimintojen kuvaaminen on ollut kehittymätöntä ja lääkäreiden aktiivisuus kirjata tietoja sähköisiin potilaskertomuksiin vaihtelevaa. Toimintamallien uudistaminen vaatii kattavan tietoperustan, terveydenhuollon tarpeiden sekä palvelujen kysyntään liittyvien tekijöiden tunnistamista. Palvelujen vaikuttavuus tulee saada näkyväksi. (Ketola & Merikallio 2009, 1877.) Terveydenhuollon vaikuttavuuden arviointi on osoittautunut haastavaksi uusia menetelmiä käyttöön otettaessa. Tieto uusien menetelmien terveyshyödyistä perustuu useimmiten satunnaistettuihin tutkimuksiin, jotka tutkimusasetelmansa vuoksi kertovat lähinnä menetelmän optimivaikuttavuudesta, eli menetelmän tehoista optimiolosuhteissa (efficacy). Tietoa todellisista vaikutuksista kuitenkin tarvitaan tavanomaisissa sairaanhoidon olosuhteissa (effectiveness), johon vaikuttavia tekijöitä ovat hoidon antajien osaaminen, potilaiden hoitomyöntyvyys ja potilasseurannan laadun vaihtelu. (Kuntaliitto 2011, 14.)

Käyntisyyntä tai diagnoosien kirjaaminen on edellytys sille, että potilastietojärjestelmistä voidaan etsiä käyttäjilleen hyödylliset tiedot esimerkiksi liittyen asiakkaiden sairastamisprofiilien hahmottamiseen. Tieto helpottaa työn suunnittelua, kun ter-

veydenhuollon henkilökunnalle muodostuu selkeämpi kuva väestöstä. (Ketola & Merikallio 2009, 1878.) Perusterveydenhuollon tilastoinnin ja tiedonkeruun uudistus pääsi vauhtiin vuosina 2007 – 2008. Tällöin otettiin koekäyttöön perusvalikoima tilastoitavia tietoja täytettäväksi joka terveystieteiden keskuksien yhteydessä ja aina, kun tehtiin merkintöjä potilasasiakirjoihin. Näitä olivat käynnin perustiedot, tiedot käynnin syystä sekä SPAT-toimintoluokitukset tehdyistä hoitotoimista ja toimenpiteistä. Tavoitteena oli vertailukelpoisten tilastotietojen tuottaminen tutkimus- ja kehittämistyön sekä palvelujen tuotteistamisen pohjalle. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 54.)

Terveydenhuollon tieto- ja tilastointijärjestelmien uudistus on päässyt käyntiin erikoissairaanhoidon painotteisesti. (Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja 2009, 53.) Tilastointijärjestelmää on uudistettu vuodesta 2011 alkaen ja se on laajentunut koskemaan myös perusterveydenhuoltoa. Perusterveydenhuollon puolella on otettu käyttöön perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitusjärjestelmä AvoHILMO. Avohoidon ilmoitusjärjestelmään kerätään yksilötason tietoa terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) valtakunnalliseen hoitoilmoitusrekisteriin. (Tuomola 2011, 3, 6.)

Palveluiden tuotteistamisella tarkoitetaan palveluprosessien avaamista näkyviksi. Tuotteistus antaa hyvän lähtökohdan toimintamallien uudistamiselle sekä resurssien entistä paremmalle kohdentamiselle. Se antaa välineitä johtamiseen. Tuottavuutta pyritään mittaamaan aikaisempien suoritteiden mittaamisen sijaan palveluiden vaikuttavuudella. Tuotteistamisen avulla tulevaisuutta pystytään paremmin ennakoimaan. Onnistuessaan tuotteistuksella voidaan vaikuttaa oikeudenmukaisiin työoloihin, hoidon laatuun sekä potilasturvallisuuteen. (Ketola & Merikallio 2009, 1879.)

Perusterveydenhuollon kehittämisen muutossuunnissa keskeistä on kustannustehokkuuden lisääminen, asiakaslähtöisyys, vaikuttavuuden arviointi sekä valmistautuminen uusiin työnjakomalleihin henkilöstön kesken koulutuksen ja yksikkökohtaisten ohjeiden tuella. (Vesterinen 2011, 30.) Palvelurakenteessa tapahtuvat muutokset ja potilaiden moninaistuvat ongelmat ohjaavat ajattelemaan hoitotyötä uudesta näkökulmasta. Ne ohjaavat asiakaslähtöisyyteen ja yhteisöllisempään kehittämiseen.

Tilojen, toimintaprosessien ja uusien toimintamallien suunnittelussa tulisi huomioida potilaiden osallisuuden vahvistaminen. (Kettunen & Kivinen 2012, 42.)

Palvelujen saatavuus tulisi turvata madaltamalla kynnystä palveluiden saatavuudessa. Erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluja tulisi uudistaa siten, että avohoidon palveluja tarjottaisiin laitoshoidon sijaan esimerkiksi viemällä palveluja kotiin. Tärkeää olisi, että moniongelmaiset asiakkaat tulisivat huomioitua kokonaisvaltaisesti ja heidän omaisensa otettaisiin mukaan hoidon suunnitteluun. (SOTE-ennakointi 2011, 32.) Haja-asutusseudulle ja suuriin keskuksiin syrjäytymistä ehkäisemään ja palveluntarpeita tasa-arvoisesti turvaamaan kehitellään jalkautuvia palveluita. Jalkautuvia palveluita ovat mobiiliyksiköt sekä terveystioskit. Mobiiliyksiköissä on hoitajan vastaanottoa sekä lääkäripalveluita sekä asianmukaiset laitteet hoitotyön toteuttamiseksi. (SOTE-ennakointi 2011, 33-34.)

Organisaatiolähtöistä ajattelutapaa voidaan pitää asiakaslähtöisyyden vastakohtana. Asiakaslähtöisyys ei silti tarkoita kaiken tekemistä asiakkaan tahdon mukaisesti. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan toiminnan suunnittelua asiakkaan ja hänen perheensä eduksi ammattimaisella asiantuntijuudella harkiten ja asiakasta aidosti kuunnellen. (SOTE-ennakointi 2011, 51) Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan tarpeisiin, toivomuksiin ja asiakkaan hoidolle asettamiin odotuksiin vastaamista siten, että asiakkaalla on mahdollisuus toiminnallaan, valinnoillaan sekä päätöksillään vaikuttaa omaan pärjäämiseensä. (Kuntaliitto 2011, 6.) Hoidoista pyritään sopimaan yhdessä asiakkaan kanssa. Tällöin asiakkaan ja potilaan välille muodostuu kumppanuussuhde. Hoitajan rooli muuttuu auktoriteettisuhteesta valmentajasuhteeksi. (SOTE-ennakointi 2011, 40).

Routasalon ja Pitkälän (2009, 6) mukaan potilaan omahoito on asiakkaan itsensä toteuttamaa, ammattihenkilön kanssa yhdessä suunniteltua yksilöllisesti räätälöityä näyttöön perustuvaa hoitoa. Aikaisemman auktoriteetilähtöisen toimintatavan tilalle haetaan nyt asiakaslähtöisempää toimintatapaa. Asiakkaan rooli omahoidossa, terveyden edistämässä ja ylläpitämisessä kasvaa. (SOTE-ennakointi 2011, 31-32.) Asiakaslähtöisen toimintatavan edellytys on yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa sekä toimintakulttuurin muutos. (Routasalo & Pitkälä 2009, 3.)

Tutkimusten mukaan potilaiden omahoito on vaikuttavaa sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä ja sillä on myönteiset vaikutukset elämäntapoihin. Omahoidon on todettu myös vähentävän terveydenhuollon palveluntarvetta ja sairaalahoitoja. (Routala & Pitkälä 2009, 5 – 6.) Tulevina vuosina asiakkaat ovat aikaisempaa paremmin tietoisia oikeuksistaan sekä asiakkaiden ja heidän omaistensa osallistuminen hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen sekä arviointiin tulee korostumaan. (Pölkki 2012, 3.)

Moniammatillisen yhteistyön merkitys korostuu jatkossa. Julkinen sektori kaipaa verkostoitumista muiden toimialojen kanssa. Näitä ovat liikunta- ja kulttuuriala, muu terveyttä edistävä toiminta, kolmannen sektorin palvelut, järjestötoiminta kasvatus- ja opetustoimi sekä yksityissektori. Terveyskeskuksen henkilökunnan tulee jatkossa tuntea hyvin nämä mahdollisuudet, jotta asiakas osataan ohjata näiden palvelujen piiriin. Näiden kumppanuusprosessien kuvaus selkeyttää eri toimijoiden roolia verkostossa. (SOTE-ennakointi 2011, 32-33, 42.) Tulevaisuudessa myös yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta vaaditaan ennaltaehkäisevää työtä ja osallistumista koordinoitun kokonaisuuden suunnitteluun. (SOTE-ennakointi 2011, 37.)

Hoitotyön prosessien näkyväksi tekeminen on edellytys vaikuttavuuden arvioinnille. Hoitotyön keskeisimmät prosessit tulisi kuvata läpinäkyviksi. Osa terveydenhuollon hoitoon liittyvistä prosesseista toteutuu samankaltaisina diagnoosista riippumatta eri toimintaympäristöissä esimerkiksi vuodeosastoilla, päivystyksessä sekä vastaanotolla. Toimintokohtaisten prosessien kuvauksella tavoitellaan toimintojen yhtenäistämistä, toiminnan tehostamista sekä työnjaon ja vastualueiden selkiyttämistä. Hoitotyön prosessien kuvauksen uskotaan parantavan hoidon sujuvuutta sekä vähentävän virheiden ja turvallisuuspoikkeamien ilmaantumista. Hoidon sujuvuudella tarkoitetaan sitä, että asiakas saa asianmukaisen hoidon ja tutkimuksen ilman turhia päällekkäisiä toimenpiteitä ja tutkimuksia sekä ilman tarpeettomia viivytyksiä, jotka voisivat toteutuessaan vaarantaa hoidon tuloksellisuutta. (Terveydenhuollon laatuopas 2011, 13.)

Hoitotyön tuloksia ja vaikuttavuutta tulisi mitata siten, että ne toimisivat palvelujen valinnan ja priorisoinnin osatekijänä vaikuttaen siihen mitä palveluja on tarkoituksenmukaista tuottaa. (Vesterinen 2011, 31.)

## 4.3 Työnjako perusterveydenhuollon vastaanotolla

### 4.3.1 Nykytila työnjaon näkökulmasta

Suomen väestörakenteen muuttuessa vanhusten määrä lisääntyy tulevina vuosina merkittävästi, jolloin muistisairauksien ja muiden pitkäaikaissairauksien lukumäärä kasvaa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012 - 2015, 15 - 16.) Tämä asettaa tiettyjä haasteita perusterveydenhuollolle. Pitkäaikaissairaiden hoidon perustana on terveyskeskuksissa luodut terveys- ja hoitosuunnitelmat, joissa on määritelty yhdessä sovitut hoitolinjat ja työnjako eri toimijoiden kesken. Potilaan omaa osallistumista hoitoon pyritään vahvistamaan lisääntyvästi. (Mäntyranta, Nenonen & Koski 2011, 3778.)

Työnjaon uudistamisella tavoitellaan työyhteisön toiminnan tehokkuuden, joustavuuden ja suorituskyvyn lisääntymistä. Sillä on positiivisia vaikutuksia työssä jaksamiseen, henkilöstön työmotivaatioon sekä hyvinvointiin. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 8.) Tarve työnjaon uudistamiselle on syntynyt asiakkaiden palvelutarpeen muuttumisesta, työnjaon selkeyttämisestä sekä työnjaon virallistamisen tarpeesta. Työnjaon uudistamisen uskotaan vaikuttavan myönteisesti myös asiakkaiden saamaan palveluun. (Haarala 2005, 29.) Hukkasen ja Vallimies-Patomäen (2005, 12 – 13) mukaan työnjaolla tarkoitetaan koko työyhteisön toiminnan kehittämistä siten, että toiminta ja tehtävät organisoidaan hoidon kokonaisuus ja eri ammattiryhmien välinen osaaminen huomioon ottaen. Pölkin (2012b, 3) mukaan tavoitteena on, että terveydenhuollossa toimivien erityyppisten asiantuntijoiden erityisosaaminen täydentää toisiaan muodostaen toimivan kokonaisuuden asiakkaiden ja heidän omaistensa eduksi.

Työnjaon kehittäminen terveydenhuollossa koskee lääkäreitä sekä muita terveydenhuollon laillistettuja ammattiryhmiä (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13; Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 8). Työnjakoa voi tapahtua siirtämällä tehtäviä toiselle ammattiryhmälle tai saman ammattiryhmän kesken, laajentamalla tehtävän-



kuvia sekä luomalla kokonaan uusia tehtäviä. Eniten tehtäviä on siirtynyt lääkäreiltä sairaanhoitajille. (Haapa-aho ym. 2009, 5-8)

Tehtävänkuvien laajentamisella tarkoitetaan Hukkasen & Vallimies-Patomäen (2005, 13) mukaan tietyn henkilöstöryhmän työnkuvan uudistamista tehtäväaluetta laajentamalla sekä osaamisen kehittämällä. Yleisimmin työnjaon kehittäminen liittyy perusterveydenhuollon hoitajavastaanottotyöhön. Terveystenhoitajien ja sairaanhoitajien laajennetut tehtävänkuvat pitävät sisällään hoidon tarpeen arviointia, hoitoa, hoitoon ohjaamista äkillisissä terveysongelmissa hoitajanvastaanotolla ja puhelinneuvonnassa, pitkäaikaissairauksien seuranta ja joidenkin tutkimustulosten tulkintaa (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 31; Mäntyranta, Nenonen & Koski 2011, 3778.)

Terveyskeskuksiin on perustettu hoitajavastaanottoja lievistä terveysongelmista ja kroonisista sairauksista kärsiville (Mäntyranta, Nenonen & Koski 2011, 3778). Hoitajanvastaanottotyöskentely on vahvistanut sairaanhoitajan roolin kehittymistä asiantuntijuuden suuntaan. Hoitajat ovat kokeneet hoitajavastaanottotyöskentelyn muuttaneen työtä itsenäisemmäksi, lisänneen työn mielekkyyttä ja tehneen potilaan kohtaamisesta kokonaisvaltaisempaa kuin aiemmin. (Helle-Kuusjoki 2005, 2, 38, 62.)

Useiden kansainvälisten tutkimusten mukaan potilaat olivat vähintään yhtä tyytyväisiä tai tyytyväisempiä sairaanhoitajien antamaan hoitoon lääkärin antamaan hoitoon verrattuna. Tutkimukset osoittivat sairaanhoitajien käyttäneen enemmän aikaa yhtä vastaanottoa kohden ja he määräsivät merkittävästi enemmän tutkimuksia kuin lääkärit. (Horrocks, Anderson & Salisbury 2002, 821; Buchan & Calman 2004, 5; Laurant, Hermens, Braspenning, Grol & Sibbald 2004.) Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat antoivat potilaille enemmän tietoa ja kutsuivat heidät nopeammin uudelle vastaanotto käynnille. (Laurant, Hermens, Braspenning, Grol & Sibbald 2004.) Sairanhoitajien kirjaaminen oli lääkäreitä täydellisempää, he saivat paremmat pisteet kommunikoinnissa potilaiden kanssa ja heidän omahoidon ohjaus oli laajempaa. (Horrocks, Anderson & Salisbury 2002, 821.)

Tehtävänsiirroilla tarkoitetaan jollekin toiselle ammattiryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä jonkun toisen ammattiryhmän tehtäviin (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13). Terveydenhuollon ammattihenkilölainsäädännön mukaan terveydenhuollon toiselle ammattiryhmälle kuuluvia tehtäviä siirrettäessä toiselle terveydenhuollon ammattihenkilölle, tulee osaaminen varmistaa sekä tehtävänsiirroista on tehtävä kirjallinen päätös.

Hukkasen & Vallimies-Patomäen (2005, 23) selvityksessä tuotiin esille Saarijärvi-Karstulan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän malli vastuunjaon ohjeistuksista, joissa määriteltiin työntekijäkohtaisesti ne tutkimukset, toimenpiteet ja vastaanotto-toiminnan alueet, joihin hoitajalla oli riittävä ammattitaito ja osaaminen ja jotka hänellä on oikeus toteuttaa. Sopimuksen osapuolet vahvistivat toistaiseksi voimassa olevat päätökset allekirjoituksillaan. Tällöin myös hoitaja hyväksyi allekirjoituksellaan saamansa koulutuksen ja ohjeistuksen riittäväksi sekä sitoutui ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja hoitosuosituksen mukaisten käytäntöjen noudattamiseen.

Työnjakoa uudistettaessa henkilökunnan osaaminen tulee varmistaa. Osaamisen arviointi on tärkeässä roolissa tehtävänkuvia laajennettaessa tai tehtävänsiirroista sovitattaessa. Työyhteisöissä on käytössä erilaisia menetelmiä henkilöstön osaamisen arvioimiseksi. Yksi tärkeimmistä menetelmistä on työnantajan ja työntekijän välillä käytävät säännölliset kehityskeskustelut. Kehityskeskusteluissa arvioidaan työntekijän koulutustarpeita ja työn kehittämiseen liittyviä haasteita suhteessa työntekijän osaamiseen. Työntekijän kanssa laadittu osaamiskartoitus toimii pohjana koulutusten suunnittelussa. Työnjaon uudistamisen tulisi näkyä myös palkassa. Jotta työn vaativuutta ja työntekijän suoriutumista työstä voitaisiin arvioida, tulisi kullekin työtehtävälle laatia tehtävänkuvaus, jossa tehtävän vaativuus ja erityisosaamistarpeet ovat määriteltynä. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 5.)

Tehtävänkuvia laajennettaessa tai tehtäviä siirrettäessä on tärkeää huolehtia työnkuvausten ajantasaisuudesta, jotta palkkavaikutusten arvioiminen on mahdollista. Uutta työnkuvaa verrataan aikaisempaan työnkuvaan. Jos tehtävien vaativuus muuttuu olennaisesti, tulee kyseeseen ns. pakollinen palkantarkistus. Työnantajan tulisi huomioida palkkauksellisesti myös vähäisempiä muutoksia työntekijöitä motivoidakseen.

Tehyn kanta asiaan on, että ehdotonta palkan tarkastusta vaativia muutoksia ovat kaikki tehtävänsiirrot ja tehtävänkuvan laajentamiset, joissa henkilöstön osaaminen tulee kartoittaa ja jotka vaativat lisäkoulutusta ja osaamisen varmistamisen. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 11 – 12.)

Työnkuvan muuttuessa tarvitaan henkilön suostumus sekä palkasta, vastuista, konsultoinnista, koulutuksesta ja osaamisen tarkistuksesta tietyin aikavälein on sovittava ennalta. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 27.) Vaikka terveyskeskusten toiminnan kehittäminen on saanut aikaan mittavia uudistuksia muun muassa sairaanhoitajien rajatun lääkkeenmääräämisuudistuksen myötä, edelleenkin lääkäri vastaa potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä sekä siihen liittyvästä hoidosta. (Mäntyranta, Nenonen & Koski 2011, 3781.)

Lääkärien ja hoitajien työparityöstä on saatu paljon positiivisia tuloksia ympäri suomen. Parityöskentelyn on koettu säästäneen aikaa ja selkiyttäneen työnjakoa lääkäreiden ja hoitajien välillä (Seppänen 2009, 996.) Työparimallia toteuttaessa tarvitaan huolella tehtyjä hoitosuunnitelmia, joita hoitajan on helppo noudattaa. Työskentelytapa perustuu luottamukseen työparin välillä, toisen työn arvostukseen ja tuntemiseen. Työparityö mahdollistaa työn joustavuuden ja nopeammat konsultaatiot puolin ja toisin, kun vain työrauhan kunnioittamisesta ja yhteisistä pelisäännöistä ollaan selvillä. (Vierula 2010, 3387-3388.)

Väitöskirjassaan Peltonen (2009, 45) kuvaa yhteistyön kompastuskiviksi säännöllisten suunnittelupalaverien ja vuorovaikutuksen puuttumista. Työparimallissa on tärkeää järjestää yhteistä aikaa toiminnan ja työtapojen suunnittelulle. Tiedonkulun helpottaminen tehostaa ja selkeyttää toimintaa. Väestön tutuksi tuleminen helpottaa hoidon suunnitelmallisuutta. (Vierula 2010, 3388; Ahonen 2005, 33.) Ahosen (2005, 33) mukaan omahoitajan vastaanotolla käyneet asiakkaat kokivat helpottavaksi sen, että hoitaja tunsii asiakkaan entuudestaan ja tiesi tämän tilanteen ilman selittelyjä. Asiakkaat kokivat, että voivat jatkaa siitä mihin viime käynnillä olivat jääneet.

Työparityöllä tarkoitetaan hoitajan ja lääkärin kiinteää yhteistyötä. Yhdessä he vastaavat tietyn alueen potilaista. Työparityömallissa potilas ottaa ensin yhteyden hä-

nelle nimettyyn hoitajaan, joka tekee hoidon tarpeen arvion ja antaa potilaalle tarvittaessa ajan omalle tai lääkärin vastaanotolle. Ennen vastaanottokäyntiä potilas käy tarvittavissa hoitajan määräämissä tutkimuksissa. Hoitaja pitää omaa vastaanottoa ja vastaa pitkäaikaispotilaiden hoidosta ja seurannasta. Hoitajan tehtäviin kuuluu tarvittaessa avustaa lääkäriä toimenpiteissä sekä toiminnalleen suunnitelluista esimerkiksi tehtävänsiirroin toteutettavista erityispiirteistä. (Peltonen 2009, 51.)

Ensimmäiset rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavat hoitajat valmistuivat vuoden 2012 aikana. Hoitajien rajattua lääkkeenmääräämisoikeutta koskeva laki on tullut voimaan ja siihen liittyvä koulutus on käynnissä. Hoitajien reseptinkirjoitusoikeus herätti paljon keskustelua eri tiedotusvälineissä. Hoitajien reseptinkirjoitusoikeus aiheutti eriäviä mielipiteitä myös lääkärikunnan kesken. Suomen lääkärilehden artikkelissa Pälve (2006) näki ongelmaksi hoitajien lääketieteellisen koulutuksen puutteen. Hänen mukaansa ongelmaa ei ratkaista pikakouluttamalla hoitajia lääkäreiden töihin, kun samaan aikaan iso osa lääkäreiden ajasta menee tietojen tallennukseen ja konekirjoitustöihin eikä hoitajien aika riitä edes tämänhetkisiin töihin. (Sariola 2006.)

Miksi sitten uudistukseen lähdettiin? Uudistuksella haluttiin turvata potilaan kannalta tarkoituksenmukainen ja sujuva työnjako sekä nykyisten ”harmaalla alueella” olevien toimintojen laillistaminen. Sairaanhoidajat olivat kiinnostuneita laajentamaan sekä syventämään tehtävänsä. (Mäntyranta, Nenonen & Koski 2011, 3778.) Uudistuksella haluttiin tukea pitkäaikaissairauksien hoitoa, parantaa hoidon saavuutta sekä suunnata lääkäreiden aikaa ja asiantuntemusta niihin tehtäviin, joissa sitä eniten tarvitaan. (Mäntyranta, Nenonen & Koski 2011, 3781.) Rajatulla lääkkeenmääräämisoikeus uudistuksella pyritään vastaamaan väestön ikääntymisen ja kansansairauksien lisääntymisen mukanaan tuomiin haasteisiin. (Mäntyranta, Nenonen & Koski 2011, 3779) Sairaanhoidajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus on jo käytössä useissa maissa muun muassa Ruotsissa, Britanniassa, Espanjassa, Hollannissa, Irlannissa, Yhdysvalloissa, Kanadassa, Australiassa ja Uudessa Seelannissa. Maiden välillä on vaihtelua lääkkeissä, joita menettely koskee. (Mäntyranta, Nenonen & Koski 2011, 3778.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri yhdessä alueen perusterveydenhuollon kanssa on osallistunut Jyväskylän ammattikorkeakoulussa järjestettyyn TäsmäKoulutukseen 28 työntekijän voimin. Suoravastaanotto TäsmäKoulutus on täydennyskoulutusta eri-koissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja työterveydessä työskenteleville fysioterapeuteille. Koulutus tähtää suoravastaanotto toiminnan aloitukseen tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastaville potilaille lisäkoulutuksen saaneiden fysioterapeuttien toimesta. Koulutuksen tavoitteena on laajentaa alueen fysioterapeuttien toiminta koskemaan tuki- ja liikuntaelinpotilaita yleisellä tasolla. Ensimmäiset koulutuksesta valmistuneet fysioterapeutit valmistuivat kesällä 2013. (Fysioterapian tehtävänsiirto/suoravastaanotto 2012, 4.)

### **4.3.2 Muutostarpeet ja visio työnjaon näkökulmasta**

Pitkäaikaissairaiden hoidon parantamiseen ja sen ennaltaehkäisevän toiminnan saatavuuteen ja laatuun tähtäävän pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallin (Chronic Care Model) käyttöönotto asettaa miettimään työnjakoa ja vastuita uudelleen. Terveyshyötymallissa huomio kiinnitetään terveyshyödyn tuottamiseen. Terveyshyötymallin tavoitteita sovelletaan paikallisesti väestön tarpeiden mukaan. Kaikkien pitkäaikaissairaiden kanssa laaditaan yhdessä yksilöllinen hoitosuunnitelma. (Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa 2010, 3.)

Pitkäaikaissairaiden hoitomalli laajennetaan koskemaan vanhuspalveluihin, mielen-terveys- ja päihdeasiakkaihin sekä sosiaalipalvelujen suurkuluttajiin. (Vesterinen 2011, 33.) Ensisijaisesti kohderyhmänä ovat asiakkaat, joilla on useita sairauksia, korkea riski sairastua sekä palveluja paljon käyttävät, ns. avainasiakkaat. Näiden kohderyhmien palvelujen käytön uudelleen organisoinnin arvellaan tuovan suurimmat kustannussäästöt. (Muurinen & Mäntyranta, 13.) Tähän palveluntarpeeseen vastaamaan on kehitetty sosiaali- ja terveysministeriön toimesta asiakasvastaavamallia.

Asiakasvastaavamallissa pyritään huomioimaan asiakas kokonaisuutena yksittäiseen sairauteen katsomatta. Malli painottuu pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitoon sekä seurantaan. Asiakasvastaava tukee asiakasta hänen omahoitoon sitoutu-

misessa. (Muurinen & Mäntyranta, 13.) Tarkoituksena on, että hoidon suunnitelmallisuus lisääntyy ja näin päivystyskäyntien määrä vähenee. Asiakas toimii itse aktiivisena ja osallistuu hoitosuunnitelman tekoon yhdessä asiakasvastaavan ja lääkärin kanssa. Lääkärin suostumuksella vastuu joidenkin monisairaiden asiakkaiden hoidon koordinoinnista voidaan siirtää asiakasvastaavalle. (Muurinen & Mäntyranta, 14.) Asiakasvastaavan tulee olla sairaanhoitajan, kättilön tai terveydenhoitajan tutkinnon suorittanut sekä hänellä tulee olla viiden vuoden työkokemus hankittuna pääosin perusterveydenhuollosta. Lisäksi asiakasvastaavaksi aikovan tulee käydä 30op laajuisen täydennyskoulutus. Asiakasvastaavamallista on paljon myönteisiä kokemuksia kansainvälisesti. (Muurinen & Mäntyranta, 18 – 19.)

Tulevaisuudessa terveyskeskusten kehittämisessä yksi keskeinen ajatus on hoitohenkilöstön osaamisen vahvistaminen lääkäriosaamisen suuntaan. Osaamisen vahvistuksessa hoitajat pystyvät hillitsemään lääkärinvastaanotoille päätyvien asiakkaiden määrää ohjaamalla heitä omahoitoon, tarjoamalla potilaille hoitajavastaanottoja ja rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden myötä heillä on myös mahdollisuus määrätä potilaille tiettyjä lääkkeitä. (Vesterinen 2011, 38-39.) Kansainvälisesti tutkimustyötä asiantuntijasairaanhoitajan roolin käyttöönotosta perusterveydenhuollossa on tehty paljon. Esimerkiksi Ruotsissa asiantuntijasairaanhoitajan työnkuva on kehittyneempi, joskin tutkimusten mukaan rooli on vielä keskeneräinen erityisesti vastuiden ja oikeuksien näkökulmasta. (Bryant-Lukosius, Di Censo, Browne & Pinelli 2004, 526; Lindblad, Hallman, Gillsjö, Lindblad & Fagerström 2010, 72.)

Vesterinen (2011, 38) kuvaa sosiaali- ja terveysalan ennakointi -raportissaan tulevaisuuden hoitajavastaanotot. Näitä ovat asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotot, itsenäiset hoitajavastaanotot osana lääkäri-hoitaja-työparin toimintaa sekä itsenäiset omahoitajavastaanotot pitkäaikais- ja monisairaille potilaille. Näiden kaikkien vastaanottojen pitoon edellytetään riittävää koulutusta erikoistumisopinnojen, täydennyskoulutuksen tai työpaikkakoulutuksen merkeissä. (Vesterinen 2011, 38.)

Asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotot perustuvat erityiseen erikoistumisopinnoilla tai työpaikkakoulutuksella saavutettuun asiantuntijuuteen. Asiantuntijasairaanhoitajan vastaanotot voivat olla esimerkiksi diabetes-, reuma-, astma- tai muistihoitajien

vastaanottoja. Asiantuntijasairaanhoitaja voi toimia myös asiakkaan omahoitajana, mikäli pääsairaus sitä edellyttää. Lisäkoulutuksella lääkäriltä tehtävänsiirron saanut fysioterapeutti voi toimia asiantuntijahoitajana potilaalle. Hän voi tutkia potilaan ja aloittaa hoidon ennen lääkärin vastaanotolla käyntiä. (Vesterinen 2011, 44.)

Itsenäisillä omahoitajavastaanotoilla osana lääkäri-hoitaja-työpari tiimiä asiakkaalle on nimetty omahoitaja, johon asiakas ottaa suoraan yhteyden aikaa varatessaan. Omahoitaja tekee hoidontarpeen arvion, jonka perusteella hän varaa asiakkaalle ajan omalle vastaanotolleen, lääkärille, ohjaa kotihoitoon tai laittaa lähetteet laboratorio- tai muihin tutkimuksiin. Potilas käy tarvittaessa tutkimuksissa ennen lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle saapumista. (Vesterinen 2011, 43-44.)

Pitkäaikaissairaiden hoitomallissa asiakas ottaa yhteyden terveysasemalle. Puhelimeen vastannut sairaanhoitaja tai lähihoitaja kartoittaa potilaan tilanteen kuuntelemalla potilasta tarkasti. Mahdollisen sairauden tunnistettua puhelimeen vastannut hoitaja ohjaa potilaan sopivalle hoitajalle. Tarvittaessa asiakas saa lähetteet tutkimuksiin, joissa käy ennen ensimmäistä hoitajan vastaanottoa. Ensimmäisellä käynnillä omahoitajavastaanotolla pitkäaikais- tai monisairaille potilaille sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja tekee hoidon tarpeen arvion ja tarvittaessa laittaa lähetteet tutkimuksiin. Ensimmäisen käyntikerran yhteydessä asiakkaalle varataan aika lääkärin vastaanotolle, jossa hoitaja, lääkäri ja potilas tekevät yhdessä hoitosuunnitelman.

Omahoitaja toimii asiakkaan valmentajana ja kannustaa asiakasta elämäntapojensa muuttamiseen. Omahoitaja tukee asiakasta pääsemään tavoitteisiinsa ja ohjaa asiakasta erilaisiin hoitosuunnitelman toteutumista tukeviin ryhmiin tekemällä yhteistyötä kolmannen sektorin ja muiden toimijoiden kanssa. Omahoitaja pitää asiakkaaseen yhteyttä sähköisesti tai puhelimen välityksellä. Omahoitaja käyttää apuna omahoitokansiota/terveyskansiota edistymisen seuraamiseen. (Vesterinen 2011, 40, 44.)

Työnjaon uudistaminen jonkun ammattiryhmän osalta vaikuttaa viiveellä myös muihin ammattiryhmiin. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien työnkuvan muutoksella on vaikutukset lähihoitajien työnkuvaan. Lähihoitajien osaamisen tehokkaampi hyödyntäminen korostuu tulevaisuudessa. Lähihoitajien lääkehoidon osaaminen on yksi

osa-alue, jonka hyödyntämiseen tulee jatkossa kiinnittää huomiota. (Koskinen & Laibert 2011, 67 – 68.) Lähihoitajan hyvä ammatillinen itsetunto sekä oman osaamisen kehittäminen ja sen tunnistaminen, antavat hyvät edellytykset lähihoitajille toteutukseen tehtävänsiirtoihin. (Koskinen & Laibert 2011, 71.)

Pitkäaikaissairaanhoidomallissa lähihoitajat toimivat terveyskeskuksen ajanvarauksessa tehtävänä tunnistaa asiakkaat, jotka hyötyvät hoitomallista sekä ohjata heidät sopivan hoitajan vastaanotolle. Helsingin työparimallin pilotoinnissa terveyskeskuksessa lähihoitaja toimi omahoitajana työkokemuksen ja täydenniskoulutuksella hankkiman lisäosaamisen tuella. Lähihoitajalle oli nimetty myös oma tutor-ohjaaja. (Koskinen & Laibert 2011, 68.)

Perusterveydenhuollon vastaanottotyö vaatii onnistuakseen saumatonta yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken. Onnistuakseen yhteistyö vaatii työntekijöiltä yhteistä päämäärää ja selkeää työnjakoa. Yhteisen päämäärän puuttuminen vaikeuttaa potilaan kokonaistilanteen hahmottamista ja aiheuttaa potilaan kokonaishoidon pirstaloitumisen. (Eloranta & Kuusela 2011, 10 – 11.) Toisen työn tunteminen ja arvostaminen, tasavertainen ja luottamuksellinen ilmapiiri, joka mahdollistaa vastavuoroisen vuoropuhelun toteutumisen, vahvistavat yhteistoimintaa ja varmistavat tiedonkulua. Jaetun osaamisen merkitys yli ammattirajojen korostuu jatkossa yksilön asiantuntijuuden rinnalla. (Eloranta & Kuusela 2011, 10 – 11; Sairaanhoidaja asiantuntijana 2011, 57. ) Yli ammattirajojen tapahtuva yhteistyö vahvistaa onnistuessaan yksilön asiantuntijuutta, mutta myös synnyttää yhteistä asiantuntijuutta. (Eloranta & Kuusela 2011, 11.)

Jaetulla asiantuntijuudella tarkoitetaan ongelmien ratkaisua yhdessä muiden kanssa. Yhdessä tuotettujen ratkaisujen ajatellaan olevan parempia lopputuloksen kannalta, kuin mihin yksittäinen työntekijä pystyisi. Jaetun asiantuntijuuden hyödyntäminen edellyttää oman rajallisuuden myöntämistä ja irtipäästämistä ajattelutavasta, jossa ajatellaan, että on huippuosajia, jotka eivät tarvitse muiden apua. Jaettu asiantuntijuus on avoimen ja kokemuksellisen tiedon jatkuvaa jakamista toisten kanssa. Toisen työn ja osaamisen tunnistamisen kautta vahvistuu ajatus siitä, että kaikkien työnteki-



jöiden osaaminen on hyödynnettävissä työyhteisössä uusien tietojen ja taitojen luomisessa. (Sairaanhoitaja asiantuntijana 2011, 54 – 55.)

## **4.4 Työkalut perusterveydenhuollon vastaanotolla**

### **4.4.1 Nykytila työkalujen näkökulmasta**

Terveystieteiden toimintaa vuosien ajan ohjaava ajatus on ollut, että toiminnan tulee perustua näyttöön perustuvaan toimintaan. Tällä tarkoitetaan sitä, että toiminnan tulee perustua parhaaseen ja ajan tasalla olevaan tutkimustietoon tai yleisesti vallitseviin hyviin käytäntöihin. Edelleen, vuosien työn jälkeenkin näyttöön perustuvien käytäntöjen toteuttamisessa on organisaatio- ja yksikkökohtaisia eroja. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa potilaan omat tarpeet ja toivomukset tulee ottaa huomioon ja päätökset perustuvat toiminnan harkittuun käyttöön ottoon. Työyhteisön toiminta ei voi perustua yksittäisiin tutkimuksiin, vaan päätöksen ja toimintamallien teon tueksi tarvitaan järjestelmällistä ja luotettavaksi arvioitua tiivistettyä tietoa. Näitä ovat Käypä hoito suositukset ja hoitotyön suositukset (Hotus) sekä järjestelmälliset katsaukset, joita julkaisevat Joanna Briggs Instituutti, Cochrane- ja Campbell-instituutti omissa tietokannoissaan. Näiden tarkoituksena on tuottaa tiivistettyä ja luotettavaa tietoa vaikuttavista ja tehokkaista hoitomenetelmistä sekä palveluista. (Korhonen, Jylhä & Holopainen 2012, 40-41.)

Terveystieteiden ammattihenkilön tehtävänä on toimia asiantuntijana ja luotettavan tiedon jakajana (Routasalo & Pitkälä 2009, 7). Tasavertainen hoitosuhde edesauttaa luottamuksen syntyä ammattihenkilön ja potilaan välillä ja näin ollen parantaa hoitoon sitoutumista. Terveystieteiden ammattihenkilö ohjaa asiakasta myös hankkimaan itsenäisesti tietoa sairaudestaan. Luotettavia potilaiden käyttöön suositeltavia tiedonlähteitä ovat Käypä hoito suositukset, terveystietoportti sekä lääkkeiden pakkausselosteet ja valmisteyhteenvedot. (Routasalo & Pitkälä 2009, 14.) Asiakkaan kanssa yhdessä laadittu hoitosuunnitelma toimii keskeisenä välineenä omahoidon tukemisessa, hoidon seurannassa ja arvioinnissa.

Asiakkaan kokiessa, että hän on itse saanut asettaa tavoitteet hoitosuunnitelmaansa, tukee se potilasta tavoitteiden saavuttamisessa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 17 – 18.)

Suomalainen terveydenhuolto käyttää toiminnassaan useita erilaisia potilastietojärjestelmiä. Alueelliset potilastietojärjestelmät on luotu vastaamaan tarpeeseen saada jakaa tietoa ja suunnitella potilaiden hoitoa yli organisaatorajojen ajasta ja paikasta riippumatta (Helenius 2011, 4). Alueellisia potilastietojärjestelmiä on pidetty riittämättöminä ja liian pirstaleisina vastaamaan terveydenhuollon ja kansalaisten tarpeisiin. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen asettama ryhmä tutki vuosina 2005-2007 kansallisen terveydenhuollon arkkitehtuurin luomisen mahdollisuutta (Helenius 2011, 5). Vuonna 2007 voimaan tulleen lain mukaan suomeen piti neljän vuoden aikana luoda kansallinen terveysarkisto (KanTa). Yrityksessä epäonnistuttiin. Kela vastaa tämän hetkisestä kolmen kansallisen potilastietojärjestelmäpalvelun toteuttamisesta, joita ovat eResepti (reseptitietokeskus), eArkisto (kansallinen terveydenhuollonarkisto) ja eKatselu (kansalaisen katseluyhteys). (Helenius 2011, 5.)

#### **4.4.2 Muutostarpeet ja visio työkalujen näkökulmasta**

Sähköinen eResepti yhtenäistää käytäntöjä kansallisesti. Lääkäri laatii ja allekirjoittaa lääkemääräyksen sähköisesti, josta se tallentuu reseptikeskukseen. Potilas voi noutaa kela-kortillaan lääkkeen mistä tahansa apteekista. Reseptien uusiminen mahdollistuu myös apteekin kautta. Potilaan kaikki sähköisesti kirjoitetut reseptit tallentuvat reseptitietokeskukseen, josta lääkäri voi potilaan luvalla tarkastaa potilaan kokonaislääkityksen ja huomioida näin mahdolliset lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset ja päällekkäisyydet. Asiakas voi halutessaan kieltäytyä sähköisestä reseptistä ja tällöin hänelle tehdään paperinen resepti. Paperinen resepti ei tallennu reseptitietokeskukseen, kuten eivät myöskään faksi- tai puhelinreseptit. Lain määrittämä aikaraja julkiselle terveydenhuollolle eReseptin käyttöönotosta oli maaliskuun 2013 loppuun mennessä. Yksityiseltä sektorilta liittymistä veloitetaan vuotta myöhemmin. Omia tietojaan reseptikeskuksesta asiakas pääsee katsomaan omien tietojen katselu - palvelun kautta. (KanTa 2013.)

Potilastietojen kokoaminen yhtenäiseen kansalliseen arkistoon on aloitettu. Julkisen puolen on liityttävä eArkistoon lain velvoittamana syksyyn 2014 mennessä. Yksityiselle puolelle liittymisvelvoite on 2015 syksyyn mennessä. Uudistuksella haetaan hyötyä kaikille osapuolille. Potilaiden sairaus ja hoitotiedot ovat niihin oikeutettujen käytössä kansallisesti niin julkisella kuin yksityispuolella. Hoitotietojen käyttö edellyttää hoitosuhdetta potilaaseen. Tietoja käytettäessä ammattilaisen tulee olla kirjautunut järjestelmään henkilökohtaisella toimikortillaan. Uudistuksen toivotaan vähentävän päällekkäisiä hoitoja ja tutkimuksia eri toimipisteiden välillä. Tämän toivotaan nopeuttavan asiakkaiden hoitoprosesseja sekä vähentävän päällekkäisyyksistä johtuvia kustannuksia. Potilailla on oikeus kieltää tietojensa käyttö. Ammattilaisen tulee ohjeistaa asiakasta kiellon merkityksestä sekä yhteisrekisterin hyödyistä. (Keronen & Miettinen 2012.)

Potilastiedon arkistouudistuksen odotetaan parantavan potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Ammattilaisten tulee tietoja kirjatessaan huomioida, että jatkossa tiedot ovat sekä asiakkaan, että yhteistyökumppaneiden luettavissa. Tietojen löytymisen yhtenäisestä arkistosta uskotaan helpottavan potilastietojärjestelmien vaihtoa myöhemmin ja sillä on myös kilpailun lisäämistä edistäviä vaikutuksia. Potilastiedon eArkisto toimii toiminnallisena arkistona, mutta samalla potilastietojen pitkäaikaisarkistointi toteutuu säädösten mukaisesti. (Keronen & Miettinen 2012.)

Yhtenä lähitulevaisuuden muutostarpeena on potilastietojärjestelmien yhteyteen rakennettu terveys- ja hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelman rakenne on laadittu THL:n toimesta yhteistyössä käytännön toimijoiden kanssa. Suunnitelmaan kirjattavia kohtia ovat hoidon tarve ja tavoite, hoidon toteutus ja keinot, työnjako, seuranta ja arviointi sekä diagnoosi- ja lääkityslista. Hoitosuunnitelmaa koordinoiva vastuuhenkilö nimetään. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011, 14.) Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilastietojärjestelmien yhteyteen liitetty asiakirja, joka tallennetaan paikalliseen tai alueelliseen potilastietojärjestelmään ja myöhemmin terveydenhuollon kansalliseen potilastietoarkistoon (eArkistoon). Terveys- ja hoitosuunnitelmaa päivitettyä vanha terveys- ja hoitosuunnitelma haetaan arkistosta ja uusi luodaan sen pohjalta. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 14.)

Terveys- ja hoitosuunnitelma tallennetaan tulevaisuudessa kansalliseen potilastieto arkistoon (eArkisto), josta se on kaikkien hoitoon osallistuvien nähtävissä. Potilaan terveys- ja hoitosuunnitelma on käytössä myös silloin, kun asiakas käyttää terveydenhuollon palveluita muualla kuin kotikunnassaan. Tämä on tärkeää asiakkaan valinnanvapauden lisääntyessä uuden terveydenhuoltolain käyttöönoton myötä. Asiakkaan on mahdollista käyttää toisen kunnan terveydenhuoltopalveluita väliaikaisesti hoitovastuun siirtymättä. Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteena on helpottaa potilaiden hoidon kokonaisuuden hallintaa. Samaan suunnitelmaan tulee kuvata potilaan kaikki terveysongelmia koskevat suunnitelmat, välittämättä siitä missä organisaatiossa hoitosuunnitelma on luotu. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 12.)

Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden myötä hoitaja pystyy uusimaan asiakkaan lääkityksiä silloin, kun lääkäri on tehnyt lääketieteellisen taudinmäärityksen ja kirjallisesta hoitosuunnitelmassa löytyy merkinnät lääkityksen jatkamisesta ja seurannasta. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 12.) Terveys- ja hoitosuunnitelman tekninen toteutus potilastietojärjestelmiin on suunniteltu toteutuvan vuoteen 2014 mennessä. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa on pilotoitu useilla paikkakunnilla, muun muassa Tampereella ja Lahdessa. Hoitosuunnitelmaan on kirjattu potilaalle ohjeet siitä kuinka toimia, mikäli ongelma tai sairaus pahenee ja kehen ottaa yhteyttä. (Terveys- ja hoitosuunnitelma vahvistaa potilaan asemaa ja parantaa hoidon laatua 2011.)

Potilaita valmennetaan omahoitoon ja terveyden edistämiseen. Asiakkaan rooli vahvistuu potilaiden oman tietämyksen lisääntyessä, teknologian ja telelääketieteen kehittyessä. Jatkossa apua tuovat sähköiset järjestelmät, joilla helpotetaan asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan yhteydenpitoa keskenään. (Vesterinen 2011, 32.) Tulevaisuudessa omahoitajan on mahdollista sähköisen terveystietokannan kautta tarkastaa kuinka potilaan omahoito etenee tapaamatta potilasta fyysisesti (Vesterinen 2011, 40.)

Sosiaali- ja terveystieteen ”tietojärjestelmäviidakkoon” haetaan parannusta yhtenäistämällä järjestelmiä yksityissektorin sekä kolmannen sektorin toimijoiden kesken.

Muutoksella halutaan taata tietojen saatavuuden turvaamista yli toimialarajojen. (Vesterinen 2011, 33.)

## 5 Opinnäytetyön toteutus

Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolla alkusysäyksen toimintamallin uudistamiselle sai aikaan potilasmäärien ja väestön palvelutarpeen kasvu suhteessa henkilökunnan määrään. Asiakasmäärien lisääntyessä henkilökunnan määrä ei kasvanut samassa suhteessa. Laukaassa kehittämistyöllä lähdettiin tavoittelemaan palveluiden saatavuuden parantamista, asiakaslähtöisyyttä, hoidon jatkuvuuden ja laadun turvaamista, hoitovastuiden selkeytymistä sekä parempaa työn mielekkyyttä ja hallintaa. (Teiskonen 2010, 3.)

Toimintamallia on aikaisemmin kehitetty Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolle benchmarkkaamalla Saarijärven ja Palokan terveyskeskusten vastaanottojen toimintaa ja työryhmätyöskentelyn avulla. Tämän opinnäytetyön empiirinen osuus toteutetaan työpajatyöskentelynä. Tuloksena syntyvä uusi toimintamalli muodostetaan yhdistämällä aikaisempien kehittämistöiden, työryhmätyöskentelyn sekä työpajatyöskentelyn tulokset. Opinnäytetyössä raamit uuden toimintamallin kehittämiseksi luovat väestön palvelutarpeet, tila- ja henkilöstöresurssit sekä henkilöstön osaaminen. (Peltonen 2009, 160).

### 5.1 Aikaisemmat kehittämistyöt

Toiminnan kehittäminen Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolla lähti käyntiin joulukuussa 2010 kehittämistyön muodossa. Henkilökunnasta koottiin työryhmä, joka kävi tutustumassa Saarijärven terveyskeskukseen, jossa lääkäriyövoiman niukkuus sekä terveydenhoitajien työnkuvan järjeistäminen olivat saaneet aikaan lääkärihoitajatyöparimallin kehittämisen. Malli ei ollut suoraan sovellettavissa Laukaan ter-

veyskeskuksen vastaanotolle sen painopistealueiden ja erilaisten henkilökuntaresurssien vuoksi. (Teiskonen 2011, 13, 15–16).

Kirjallisuuteen pohjautuen ihanteellisin toimintamalli Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolle olisi toteuttaa lääkäri-hoitajatyöparimallia siten, että henkilöstöstä muodostettaisiin lääkäri-hoitaja työparit, jotka työskentelisivät tiiviisti yhdessä ja vastaisivat tietyn väestöalueen potilaista itsenäisesti. Laukaan henkilöstöresursseista johtuen tällainen malli ei ole mahdollinen. (Teiskonen 2011, 16.) Kehittämistyön tuotoksena syntyi pohja Laukaan terveyskeskuksen oman toimintamallin työvuorosuunnitelmalle (liite 1), jossa on otettu huomioon henkilöstöresurssien riittäminen. Kehittämistyön tuloksena päädyttiin muodostamaan viisi tiimiä. Jokaisessa tiimissä on kaksi lääkäriä ja kolme tai neljä hoitajaa. Hoitajien toiminta on suunniteltu siten, että yksi tiimin sairaanhoitajista työskentelee aina arkipäivisin väestövastuuhoitajana. Uusi toimintamalli on tarkoitus ottaa käyttöön Laukaan terveyskeskuksen remontin valmistuttua loppuvuodesta 2013.

Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolla työskentelevä sairaanhoitaja jatkoi kehittämistyötä. Työssä selvitettiin sairaanhoitajan työnkuvaa osana tiimiä sekä tarkasteltiin sairaanhoitajan työtä lääkärin työparina. (Raudasoja 2011, 2.) Kehittämistyö toteutettiin benchmarkkaamalla Palokan terveysaseman mallia.

## 5.2 Työryhmätyöskentely

Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolla perustettiin kesällä 2010 työryhmä valmistelemaan toiminnan muutosta hoitaja-lääkäri työpari työskentelyn suuntaan. Työryhmä koostui osastonhoitajasta, apulaisosastonhoitajasta, lääkäristä, sairaanhoitajista ja lähihoitajista. Kevääseen 2013 mennessä ryhmä oli kokoontunut 8 kertaa. Työryhmän osallistujissa on tapahtunut vaihtumista työvuorosuunnittelun sekä työpaikan vaihtumisen vuoksi. Työryhmätyöskentelyyn sitoutuminen on ollut vaihtelevaa eri osallistujien kesken. Työryhmässä on pidetty tärkeänä, että koko henkilökunta on ollut tietoinen siitä mitä työryhmässä on keskusteltu. Kokouksien pöytäkirjat on

arkistoitu terveystieteiden omaan tietokantaan sekä lähetetty koko henkilökunnalle ja johdolle sähköpostilla luettavaksi. Koko työyhteisön yhteisissä palavereissa on kerrottu mitä työryhmässä on suunniteltu. Ilmapiiri kokouksissa on ollut avoin ja kaikkien mielipiteet huomioon otettava. Jokainen osallistuja on voinut tuoda oman mielipiteensä asioista esiin. Välillä käsiteltävät asiat ovat herättäneet kiivasta keskustelua, mutta lopulta yhteinen ymmärrys on löytynyt.

Johdon tuki on todettu tärkeäksi työyhteisön toimintaa kehitettäessä. Osastonhoitaja on ollut mukana jokaisessa työryhmän kokouksessa ja toiminut kokousten puheenjohtajana. Hallinnollisen puolen johto on ollut tietoinen työryhmän toiminnasta, mutta heistä kukaan ei ole päässyt osallistumaan tapaamisiin. Käsiteltävät asiat ovat liittyneet toiminnan käytännön suunnitteluun. Keskeisiä käsiteltyjä asioita ovat olleet tiimien muodostaminen, ajanvarauskirjojen päiväohjelman suunnittelu, asiakkaille tiedottaminen, tehtävät eri toimipisteissä (asiakaspalvelupiste, toimenpidehoitaja, puhelin, väestövastuuhoitaja), tiimiytyminen, ajanvarausten suunnittelu, tiimien sisäinen viestiminen ja yhteistyöasiat. Väestövastuuhoitajan ajanvarauskirjan päiväohjelma on esitetty työn lopussa liitteenä (liite 3).

Uudesta toimintamallista tiedotettiin asiakkaille jo hyvissä ajoin. Asiakkaille jaettiin syksyllä 2013 terveystieteiden käynnin yhteydessä asiakastiedotetta, jossa kerrottiin syksyllä tapahtuvasta muutoksesta. Asiakastiedote on esitetty tämän kehittämistyön lopussa liitteenä (liite 4). Laukaa-Konnevesi lehden toimittaja kävi osastonhoitajamme pyynnöstä tekemässä jutun Laukaan vastaanoton uuden toimintamallin käyttöönotosta, joka julkaistiin edellä mainitussa lehdessä 2.5.2013. Uusi toimintamalli on tarkoitus ottaa käyttöön terveystieteiden remontin valmistuttua loppuvuodesta 2013. Remontissa on otettu huomioon lääkäri-hoitajatiimimallin suunnittelu ja tilat on muodostettu siten, että hoitajan huone on tiimin lääkäreiden huoneiden välissä. Hoitajan huoneesta on ovi molempien lääkäreiden huoneisiin.

## 5.3 Työpajatyöskentely

### 5.3.1 Työpaja – Learning café-menetelmä

Toiminnalliseksi menetelmäksi tämän opinnäytetyön toteutukseen valitsin Learning café-menetelmän. Se on yhteistoimintamenetelmä, jonka avulla suurempikin ryhmä saadaan toimimaan yhdessä tarkoituksenaan oppia yhdessä, luoda uutta tietoa, jakaa kokemuksia sekä rakentaa yhteistä näkemystä (Järvensivu, Nykänen & Rajala 2010, 67 – 68). Toiselta nimeltään oppimiskahvilaksi kutsuttu Learning café-menetelmä soveltuu noin 12 hengen tai sitä suuremmille ryhmille (Heikkinen 2012).

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus toteutettiin toukokuun 2013 alussa pidetyssä kehittämisiltapäivässä, johon oli kutsuttu terveyskeskuksen vastaanotolla työskentelevät lääkärit, sairaanhoitajat, lähihoitajat, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja sekä terveydenhoitaja. Kutsu kehittämisiltapäivään lähetettiin osallistujille sähköpostitse (liite 2). Tavoitteena oli saada mahdollisimman moni paikalle. Sihteereillä ja laitoshuoltajilla on tärkeää erityisosaamista vastaanoton toiminnan kokonaisuuden kannalta, mutta heitä ei kutsuttu kehittämisiltapäivään, koska he eivät osallistu hoitotyön toteuttamiseen, eivätkä ole mukana hoitotiimissä.

Osallistujat ilmoittautuivat ennakkoon sähköpostitse. Osallistujia oli 23 minut mukaan lukien. Vastaanotolla sillä hetkellä täysiaikaisesti työskentelevistä seitsemästä lääkäristä viisi pääsi osallistumaan iltapäivään. Vastaanoton kuudestatoista sairaanhoitajasta kolmetoista pääsi paikalle. Kaikki kolme vastaanotolla työskentelevää lähihoitajaa pääsivät osallistumaan iltapäivään. Mukana olivat lisäksi apulaisosastonhoitaja ja osastonhoitaja. Yhteenlaskettu henkilökunnan osallistumisprosentti iltapäivään oli 82 prosenttia. Tilaisuus pidettiin Kylpylähotelli Peurungassa Laukaassa kokoustilassa. Pöydät oli jaettu neljään ryhmään sekä ryhmäjako oli merkattu pöytiin ennakoilmoitusten perusteella. Ryhmät oli pyritty muodostamaan siten, että jokaisessa pöydässä olisi eri ammattikunnan edustajia. Ryhmistä kahdessa oli viisi osallistujaa ja lopuissa kahdessa kuusi osallistujaa.



Työpajaan virittäytyessä on tärkeää saada luotua aikaan positiivinen ja innovatiivinen ilmapiiri (Järvensivu, Nykänen & Rajala 2010, 49). Tilaisuus haluttiin pitää mahdollisimman rentona ja avointa keskustelua herättävänä. Ennen työpajan alkua kävimme lounaalla yhdessä ja virittäydymme tunnelmaan. Työpajan alussa kävimme yhdessä läpi mitkä olivat yhteisen iltapäivämme tavoitteet sekä kerroin lyhyesti kehittämistyöstäni. Tavoitteenamme oli uuden toimintamallin ideoiminen perusterveydenhuollon vastaanotolle, jossa osallistujat työskentelevät. Menetelmässä osallistujat jaettiin pienryhmiin pöytäkunniksi, joissa kukin ryhmä käsitteli samaa teemaa, mutta eri näkökulmasta. Tarkastelimme aiheitamme Engeströmin (1995) toimintajärjestelmän mallin viitekehystä käsin.

Aihepiirit olivat jaettu seuraavasti:

- **työkalut** perusterveydenhuollon vastaanotolla
- **toimintaympäristö** perusterveydenhuollon vastaanotolla
- **säännöt** perusterveydenhuollon vastaanotolla
- **työnjako** perusterveydenhuollon vastaanotolla

Muodostimme neljä ryhmää, joista jokainen ryhmä tarkasteli kehittämistemme kohteena olevaa vastaanoton toimintamallia eri näkökulmasta. Jokaisessa ryhmässä toimi puheenjohtaja. Kaikki puheenjohtajiksi pyydytyt olivat hoitaja-lääkäreihin työpajan jäseniä ja he lupautuivat tehtävään. Kolme heistä oli sairaanhoitajia ja yksi lääkäri. Ryhmien puheenjohtajat saivat sähköpostitse aiheesta luettavaa viikkoa ennen kehittämispäivää. Puheenjohtajien saamista kirjallisissa alustuksissa kuvattiin kunkin ryhmän näkökulmasta toiminnan nykytilaa ja muutostarvetta liittyen yhteiskunnan, palvelurakenteiden ja asiakkuuden muutoksiin ja ne oli muodostettu kehittämistyöni teoreettiseen viitekehukseen pohjautuen.

Tarkoituksena oli saada ryhmäläiset miettimään vastaanoton nykyisen toiminnan muutostarpeita eri näkökulmista käsin. Toisena tarkoituksena oli muodostaa visio siitä, mitä haluaisimme toiminnan jatkossa olevan. Tehtävänannot ryhmille on esitelty liitteenä (liite 5). Työskentelytapa on vuorovaikutteinen ja menetelmä mahdollistaa myös hiljaisempien osallistujien äänen kuuluviin saamisen (Järvensivu, Nykänen

& Rajala 2010, 68). Menetelmän avulla tuotetaan uusia ajatuksia pienryhmissä sekä yhdessä kehitetään ideoita eteenpäin. (Lahtinen & Virtainlahti 2011).

Puheenjohtajat alustivat keskustelut ja käyttivät apunaan ennalta saamiaan alustusrunkoja. Ryhmäläiset keskustelivat aiheesta 20 minuuttia. Puheenjohtajan tehtäviin kuului pitää keskustelua yllä ja johdatella sitä eteenpäin. Ohjaaja, eli minä kehittämistyön tekijänä, ilmoitin muutamaa minuuttia ennen kuin keskustelu-aika loppui. Tuona aikana pöydän puheenjohtaja tarkisti ryhmäläisten avulla, että kaikki keskeiset asiat keskustelusta oli saatu kirjattua ylös. Ajan umpeuduttua muut ryhmäläiset vaihtoivat pöytää, mutta puheenjohtaja jäi paikoilleen ja vastaanotti uuden ryhmän. Jokainen osallistuja puheenjohtajia lukuun ottamatta pääsi osallistumaan jokaisen pöydän keskusteluun. Puheenjohtaja alusti uudelle ryhmälle mihin aiemman ryhmän kanssa on päästy. Keskustelua jatkettiin uuden ryhmän kanssa siitä mihin edelliset olivat jääneet.

Kansalliset linjaukset painottavat asiakkaan nostamista keskiöön kaikessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintojen suunnittelussa ja kehittämisessä. Asiakkaita ei otettu mukaan kehittämisiltapäivään, koska haluttiin luoda mahdollisimman innovatiivinen, rohkeita ideoita ja näkemyksiä mahdollistava tunnelma ilman paikalla olevien asiakkaiden huomiointia. Tulosten luotettavuuden kannalta asiakkaiden läsnäolo saattaisi rajata keskustelua liiaksi. Tähän aiheeseen oli käytettävissä vain yksi iltapäivä, joten aikataulutusta asetti tietynlaiset tehokkuustavoitteet työpajallemme. Asiakasnäkökulma toiminnan suunnittelun tueksi saadaan kirjallisuudesta aikaisempien tutkimustulosten avulla.

### **5.3.2 Työpajatyöskentelyn aineiston analysointi**

Aineiston käsittely alkoi työpajatyöskentelyn jälkeen fläppipapereille tuotettujen tekstien sanatarkalla auki kirjoittamisella. Tekstit kirjoitettiin Word-tekstinkäsittelyohjelmaa apuna käyttäen. Yksi puheenjohtajista halusi kirjoittaa tekstin puhtaaksi itse. Alkuperäisistä fläppipapereista tarkastettiin, ettei mitään teksteis-

tä ollut jäänyt puuttumaan. Tekstit koottiin yhdeksi tiedostoksi ja käsiteltiin ne yhteisenä strukturoimattomana aineistona.

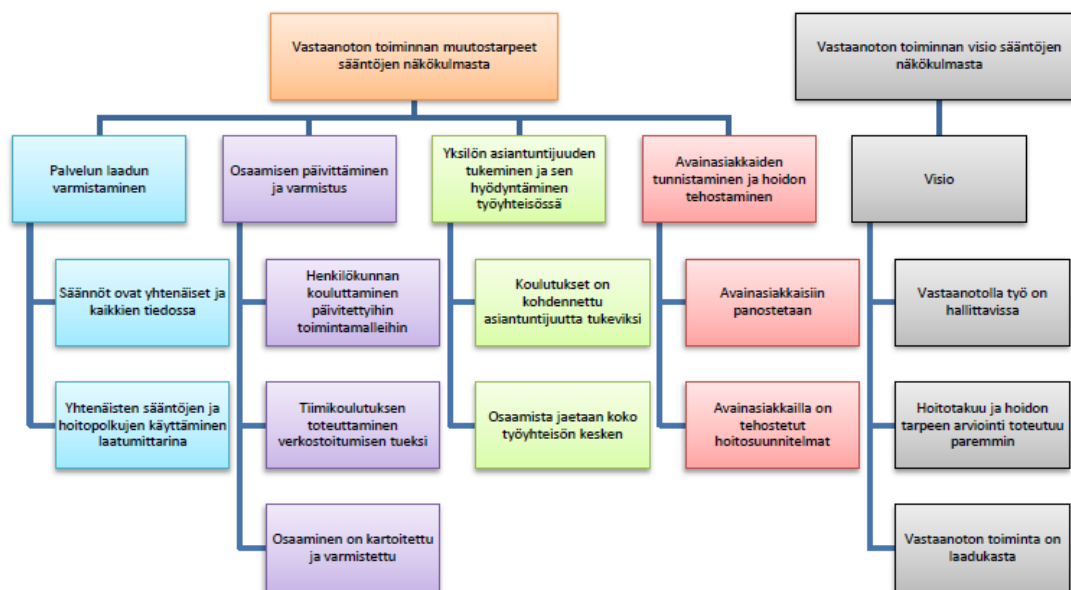
Aineiston analyysimenetelmäksi sopi parhaiten teoriaohjaava laadullinen sisällönanalyysi. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä aineistoa lähestytään ensin sen omilla ehdoilla aineistolähtöisesti eli induktiivisesti ja vasta analyysin edetessä pakotetaan se tiettyyn teoriaan. Sisällönanalyysin avulla hajanainen aineisto järjestetään tiiviiseen sanalliseen ja yleiseen muotoon kadottamatta sen sisältämää tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103, 117.) Sisällönanalyysin avulla tutkittavasta aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä, eroavaisuuksia, merkityksiä ja seurauksia sitä järjestelemällä ja kuvailemalla. (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Analyysi aloitettiin perehtymällä aineistoon huolella lukemalla se läpi useaan kertaan. Seuraavaksi alkuperäisilmaisut pelkistettiin eli redusoitiin. Pelkistettäessä käytettiin apuna ryhmille esitettyjä kysymyksiä vastaanoton toiminnan muutostarpeista ja visiosta sekä pyrittiin saamaan niihin vastauksia. Pelkistetetyt ilmaukset ryhmiteltiin eli klusteroitiin etsimällä ilmauksista samankaltaisuuksia, eroavaisuuksia sekä niitä vertailemalla. Samansisältöisistä ilmauksista muodostuivat alaluokat. Yläluokat muodostuivat kehittämistyön teoreettisen viitekehukseen pohjautuen. Sisällönanalyysin tarkoitus on järjestää aineisto johtopäätösten tekoa varten (Tuomi & Sarajärvi 2009,103).

### **5.3.3 Työpajatyöskentelyn tulokset kategorisoituina**

Kuvioissa 4–7 kuvataan työpajatyöskentelyn tulokset laadullisen teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla kategorisoituina. Tulosten raportointi etenee kehittämistyön teoreettisesta viitekehuksesta nousseiden yläkategorioiden mukaisesti, joita ovat vastaanoton toimintamallin muutostarpeet ja visio sääntöjen, toimintaympäristön, työn ja työkalujen näkökulmasta. Tässä kehittämistyössä toiminnan muutostarpeet muodostuvat toiminnan nykytilanteen ristiriitojen määrittämisen kautta. Visio tässä kehittämistyössä tarkoittaa toiminnan tavoiteltavaa tasoa. Se kuvaa millaista toiminnan halutaan olevan tulevaisuudessa.

## Vastaanoton toiminnan muutostarpeet ja visio sääntöjen näkökulmasta

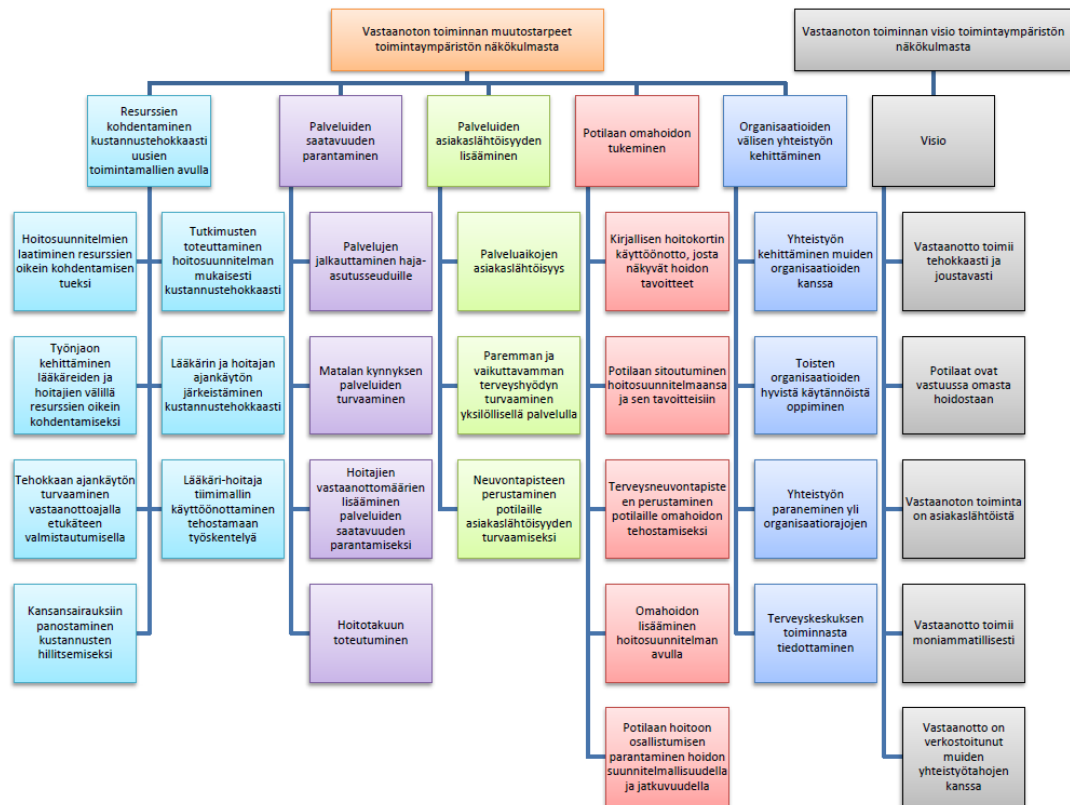


Kuvio 5. Vastaanoton toiminnan muutostarpeet ja visio sääntöjen näkökulmasta

Keskusteluissa nousi tärkeänä esiin, että säännöt ovat yhtenäiset ja kaikkien työyhteisön jäsenten tiedossa. Yhtenäisiä sääntöjä pidettiin tärkeänä muun muassa hoidon tarpeen arvioinnissa. Yhtenäisiä sääntöjä todettiin voitavan käyttää laatumittarina. Henkilökunnan koulutusta kaivattiin hoitopolkuihin perehtymiseen ja verkostoitumisen tueksi. Yhtenä ehdotuksena nousi tiimikoulutus tukemaan tiimiytymistä uutta toimintamallia ajatellen. Osaamisen kartoittamista ja varmistamista pidettiin tärkeänä toiminnan sujuvuuden kannalta. Keskusteluissa toivottiin koulutusten tarkempaa kohdentamista yksilön asiantuntijuutta tukeviksi. Koettiin tärkeäksi, että kaikkien ei tarvitse osata kaikkea, vaan asiantuntijuutta jaetaan työyhteisössä yli tiimirajojen ja koko henkilökunnan kesken.

Keskusteluissa koettiin tärkeäksi avainasiakkaiden tunnistaminen ja heihin panostaminen. Avainasiakkaiden hoidon tehostaminen hoitosuunnitelmien avulla painottui keskusteluissa. Vastaanoton työltä kaivattiin parempaa työn hallintaa tulevaisuudessa. Hoitotakuun ja hoidontarpeen arvioinnin toteutumista paremmin toivottiin. Keskustelujen mukaan vastaanoton toiminnan haluttiin olevan laadukasta.

## Vastaanoton toiminnan muutostarpeet ja visio toimintaympäristön näkökulmasta



Kuvio 6. Vastaanoton toiminnan muutostarpeet ja visio toimintaympäristön näkökulmasta

Hoitosuunnitelmat koettiin tärkeiksi apuvälineiksi lisäämään hoidon suunnitelmallisuutta ja sitä kautta tukemaan resurssien oikein kohdentamista. Pidettiin tärkeänä, että otetut tutkimukset ovat linjassa potilaan hoitosuunnitelmien kanssa, jolloin päälekkäisiltä ja tarpeettomilta tutkimuksilta vältyttäisiin ja hoito voitaisiin toteuttaa kustannustehokkaasti. Lääkäreiden ja hoitajien työnjaon ja ajankäytön järjeistäminen mainittiin resurssien oikein kohdentamista tukevaksi ja kustannuksia säästäväksi.

Vastaanottoaikojen ajankäyttöä todettiin voitavan tehostaa suunnittelemalla vastaanottokäynnit etukäteen ja perehtymällä asiakkaan esitietoihin. Uuden hoitajalääkäritiimimallin koettiin tuovan mukanaan konsultaatioiden helpottumista, työnkuvan selkiytymistä, työn sujuvuutta, toisten työskentelytapojen ja mieltymysten oppimista sekä helpottavan yhteisten pelisääntöjen laatimista. Kansansairauksiin pa-

nostaminen nähtiin yhtenä tärkeänä terveydenhuollon kustannuksia säästävänä tekijänä.

Palvelujen vientiä haja-asutusalueille pidettiin tärkeänä. Yhtenä ajatuksena oli verenpaineen mittausmahdollisuus kirjastoautossa. Matalan kynnyksen palveluiden turvaamista korostettiin muun muassa muistipotilaiden kohdalla. Seniorineuvolat mainittiin yhtenä turvattavana palveluna. Palveluiden saatavuuden toivottiin lisääntyvän uudessa toimintamallissa sairaanhoitajien vastaanottojen lisääntymisen myötä. Hoitotakuun toteutumisen turvaamista pidettiin tärkeänä.

Uuden toimintamallin myötä toivottiin vastaanoton palveluaikojen suunnittelun onnistuvan asiakaslähtöisemmin ja joustavammin. Yksilöllisillä palveluilla uskottiin turvattavan parempaa ja vaikuttavampaa terveyshyötyä. Neuvontapisteen perustamista asiakkaille mietittiin, jossa työskentelisi asiakaspalveluun suuntautunut lähihoitaja.

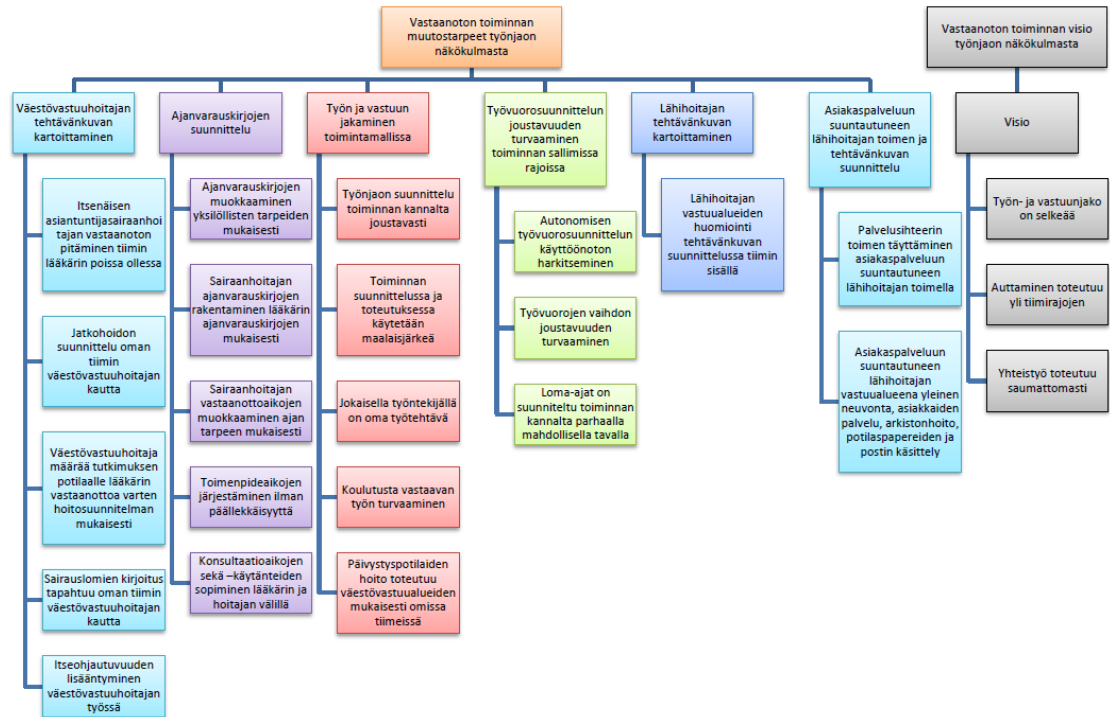
Potilaiden omahoidon tukemiseksi suunniteltiin otettavan käyttöön kirjallista hoitokorttia, jossa näkyvät hoidon tavoitteet. Tärkeäksi koettiin, että myös potilas itse on tietoinen hoitosuunnitelmastaan ja sen tavoitteistaan. Potilaan hoitosuunnitelmaan sitoutumisen tukeminen korostui keskusteluissa. Keskusteluissa todettiin, että hoidon suunnitelmallisuuden ja jatkuvuuden lisääntyessä omahoitokin lisääntyy hyvien ohjeiden avulla. Asiakkaille suunniteltiin avattavaksi terveysneuvontapiste omahoidon tehostamiseksi.

Verkostoitumisen merkitys koettiin tärkeäksi keskusteluissa. Yhteistyön lisäämistä kaivattiin muun muassa kotihoidon, hoitokotien, työterveyshuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Sosiaalitoimen palveluista kertominen koettiin hankalaksi, eikä niistä tiedetty riittävästi. Toisten organisaatioiden käytäntöihin tutustuminen ja niiden hyvistä käytännöistä oppiminen mainittiin tapana kehittää omaa toimintaa. Hyvää yhteistyötä toivottiin yli tiimirajojen oman työyhteisön sisällä sekä yli organisaatorajojen. Myös omasta toiminnasta tiedottaminen tuli esiin keskusteluissa. Toivottiin avoimien ovien päivien pitämistä terveyskeskuksessa muille yhteistyötahoille ja potilaille.

Hyvän vastaanoton visiona oli, että vastaanotto toimii tehokkaasti ja joustavasti. Potilaille on oma vastuu hoidostaan. Vastaanoton toiminta on asiakaslähtöistä. Vas-

taanotto toimii moniammatillisesti ja on verkostoitunut muiden yhteistyötahojen kanssa.

## Vastaanoton toiminnan muutostarpeet ja visio työnjaon näkökulmasta



Kuvio 7. Vastaanoton toiminnan muutostarpeet ja visio työnjaon näkökulmasta

Keskusteluissa todettiin, että uudessa hoitaja-lääkäritiimimallissa tiimin lääkärin ollessa poissa omasta väestövastuutyöstään on sairaanhoitajan ajanvarauskirjoilla mahdollisuuksia toteuttaa itsenäistä asiantuntijasairaanvastaanottoa esimerkiksi astma-, siedätys- tai muistivastaanottoa oman asiantuntijuusalueensa mukaisesti. Potilaan jatkohoitojen suunnittelun todettiin parhaiten onnistuvan pyytämällä asiakasta soittamaan oman tiimin väestövastuuhoitajalle tämän soittoajalla tai jättämällä asiakkaalle soittopyyynnön hoitajan ajanvarauskirjalle.

Väestövastuuhoitajan tehtäviin todettiin kuuluvan hoitosuunnitelman mukaisten etukäteistutkimusten varaaminen potilaille ennen lääkärin vastaanottoa. Sairauslomien hakijoille varataan aika omalle väestövastuuhoitajalle, joka tekee hoidon tar-

peen arvion, tutkii potilaan ja tarvittaessa kirjoittaa sairausloman. Uuden toimintamallin toivottiin lisäävän itseohjautuvuutta väestövastuuhoitajan työssä.

Keskusteluissa todettiin, että jokaisella työntekijällä oma tyyli ja erilaiset resurssit tehdä työtä. Keskustelussa todettiin, että päivän ajanvarauskirjaa voi muokata yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Hyvin monen ryhmän mielestä sairaanhoitajien ajanvarauskirjat tulisi rakentaa oman tiimin lääkäreiden kirjojen pohjalta. Sairaanhoidajan vastaanotolla olisi hyvä olla mahdollisuus erimittaisiin vastaanottoaikoihin, esimerkiksi hoitosuunnitelman laadinnan todettiin vievän enemmän aikaa. Ajanvarauskirjoja suunnitellessa tulisi lääkäreiden toimenpideajat jakaa eri ajankohtiin siten, ettei olisi päällekkäisyyksiä toimenpidehuoneen tarpeessa ja hoitajat olisivat paremmin käytettävissä.

Keskustelujen mukaan lääkäreiden ja hoitajien kirjoille tulisi luoda konsultaatioaikoja tiimin väestövastuuhoitajan ja lääkäreiden kanssa. Sovittaviksi asioiksi keskustelujen pohjalta nousi yhtenäiset käytännöt esimerkiksi vuosikontrolliin liittyvien laboratoriotarkastusten suhteen. Yhdessä tulisi sopia missä asioissa riittää, että hoitaja konsultoi lääkäriä ja milloin on varattava vastaanottoaika lääkärille. Ohjeita kaivattiin myös siitä, kuinka toteutetaan laboratoriotarkastukset jatkossa. Keskustelujen tulosten mukaan olisi hyvä varata joka päivälle hoitajalle ja lääkäreille yhteistä aikaa esimerkiksi 15 minuuttia aamukahvin merkeissä.

Uuden toimintamallin toivottiin tuovan joustavuutta työnjaon suunnitteluun. Väestövastuuhoitajan ajanvarauskirjoille toivottiin jätettävän aikaa useammille potilaille suunnitteleamalla pitkää vastaanottoaikaa vaativien toimenpiteiden, esimerkiksi infuusioiden sijoittamista toimenpidehoitajan listoille. Näin toimien todettiin saavutettavan lisää tehokkuutta väestövastuuhoitajan vastaanottoaikojen hyödyntämiseksi. Työnjaossa toivottiin käytettävän maalaisjärkeä ja toiminnan toteutettavan niin, että jokaisella työntekijällä on oma työtehtävä. Koulutusta vastaavan työn turvaaminen koettiin myös tärkeäksi, esimerkiksi ilmoittautumisesta ja laskutuksesta mietittiin, että onko se hoitotyötä. Ihanteena olisi, että päivystykseen tulevat potilaat saataisiin hoidettua päiväsaikaan ja omissa tiimeissä.

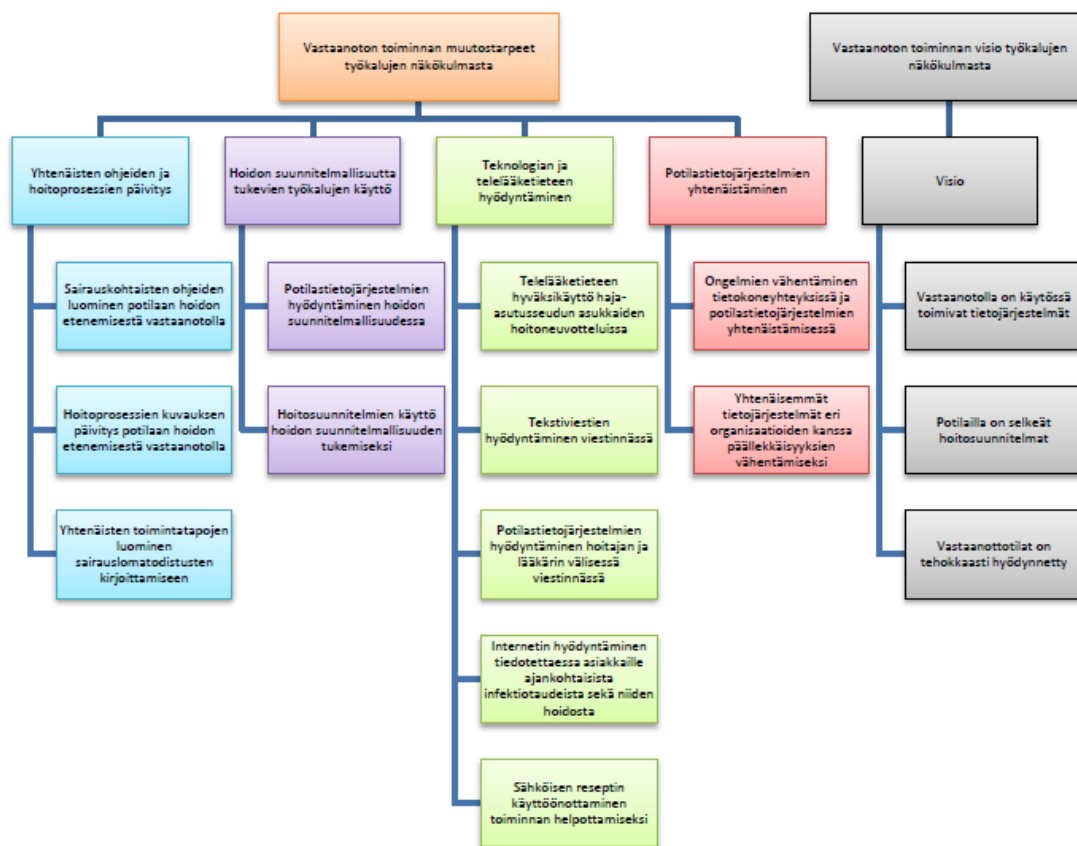


Yhtenä vaihtoehtona ryhmissä mietittiin autonomisen työvuorosuunnittelun käyttöönottamista. Ajatuksena se, että jokainen suunnittelisi työvuoronsa itse työvuorosuunnitteluohjelman ja toiminnan sallimissa rajoissa. Työvuorojen vaihtamismahdollisuus mietitytti uudessa toimintamallissa, jossa työskennellään eri tiimeissä. Lomak aikojen suunnittelu oli mietinnän alla: lomailisiko koko tiimi kerrallaan vai osissa? Työvuorosuunnittelun joustavuuden turvaaminen koettiin tärkeäksi.

Lähihoitajan tehtävänkuvan kartoittaminen uuteen toimintamalliin siirryttäessä nousi esiin keskusteluissa. Keskusteluissa todettiin lähihoitajilla olevan paljon vastuutehtäviä tälläkin hetkellä, joten lähihoitajan tehtävänkuvaa tulisi tarkastella henkilön erityisosaamisen mukaan eri tiimeissä. Vastaanoton asiakaspalvelusihteerin jäädessä eläkkeelle toivottiin toimen muuttamista asiakaspalveluun suuntautuneen lähihoitajan toimeksi. Henkilön vastuualueiksi keskusteluissa kaavailtiin postin käsittelyä, neuvonnan antamista potilaille, satunnaisten ajanvarausten antamista, taksien tilausta, potilaspapereiden tilaamista, lähettämistä ja mahdollisesti laskutusten hoitamista.

Keskustelujen pohjalta noussut visio työnjaon näkökulmasta oli, että kaikki työntekijät tietävät työpisteensä ja mitä tekevät. Työn- ja vastuunjaon selkeys koettiin tärkeäksi. Tiimien toivottiin auttavan toisiaan yli tiimirajojen.

## Vastaanoton toiminnan muutostarpeet ja visio työkalujen näkökulmasta



Kuvio 8. Vastaanoton toiminnan muutostarpeet ja visio työkalujen näkökulmasta

Hoidon toteuttamisen tueksi kaivattiin selkeitä ”protokollia ja vuokaavioita” muun muassa kansansairauksien osalta siitä miten hoito etenee. Haluttiin selkeät ohjeet esimerkiksi siitä, mitä tutkimuksia otetaan ennen vuosikontrolliin menoa lääkärille. Toivottiin hoitopolkujen ja toimintamallien kuvauksen päivitystä hoidon etenemisestä vastaanotolla. Tärkeäksi keskusteluista nousi mieltä yhtenäiset toimintatavat sairauslomien kirjoitukseen. Ongelmaksi oli koettu, että oli muutamia työnantajia, joille ei riitä sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan kirjoittama sairauslomatoistus. Tämän todettiin kuormittavan lääkärin vastaanottoa liiaksi, eikä tällöin lääkärin vastaanotolle pääsy perustu hoidon tarpeen arvioon.

Hoitosuunnitelmien merkitys korostui hoidon suunnitelmallisuuden tukemisessa työkalujen näkökulmasta. Keskusteluissa potilastietojärjestelmien hyödyntäminen todettiin yhdeksi hoidon suunnitelmallisuutta lisääväksi tekijäksi. Keskustelun tulosten

mukaan potilastietojärjestelmässä olevien fraasien käyttöönottoa toivottiin hoidon suunnitelmallisuuden tukemiseksi.

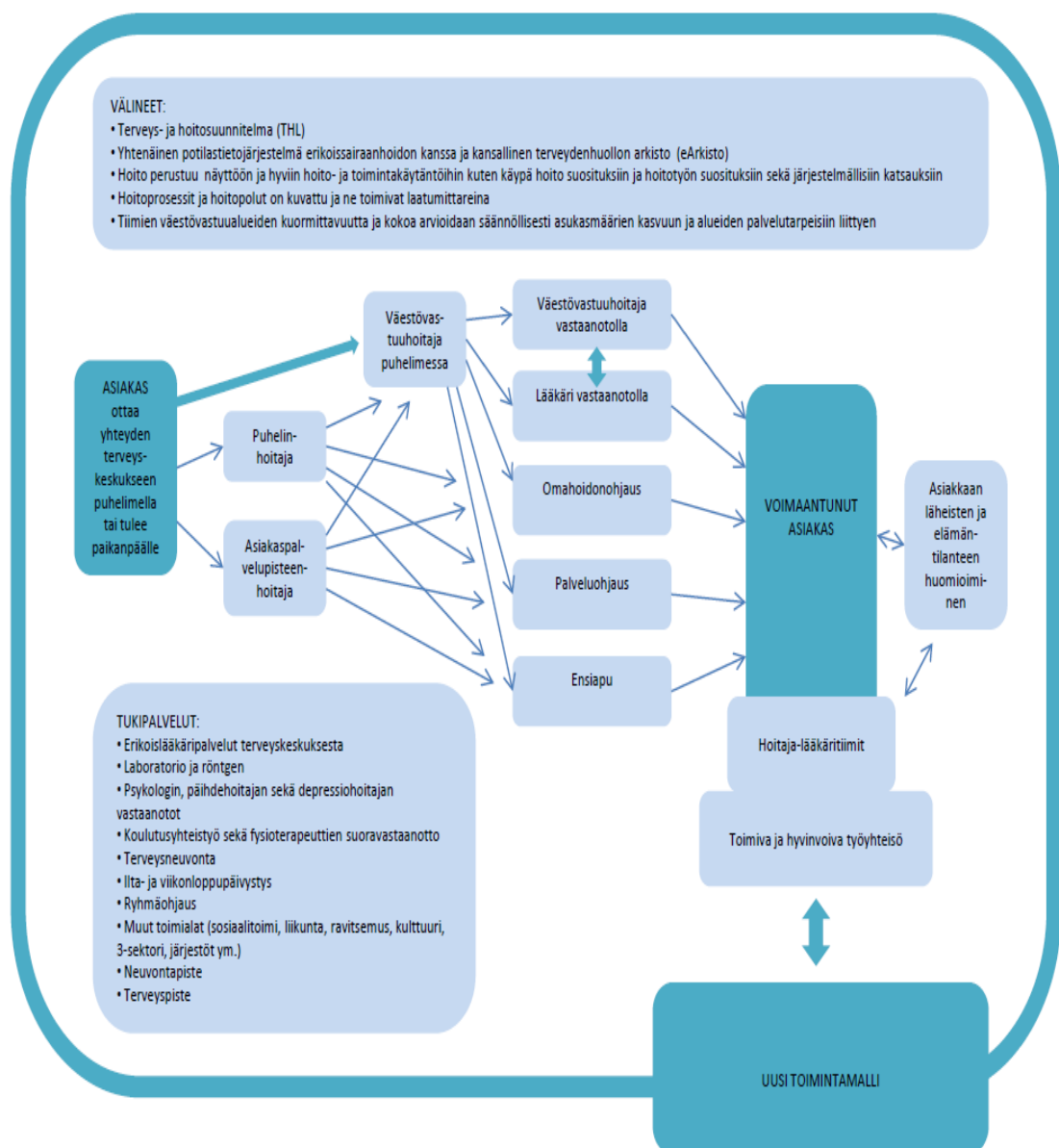
Telelääketieteen hyödyntämistä toivottiin haja-asutusseudun asiakkaiden hoitoneuvotteluissa. Ryhmissä heräsi keskustelua siitä kuinka tekstiviestejä voisi hyödyntää potilastyössä. Potilastietojärjestelmien todettiin olevan yksi kanava viestimiselle lääkäreiden ja hoitajien välillä. Keskusteluissa puhuttiin effica-viestittelystä. Internetiin lisättävillä tietoiskuilla ajankohtaisista infektio-taudeista ja niiden hoidosta uskottiin vähentävän asiakkaiden soittamista terveyskeskukseen, joka oli joskus koettu ongelmalliseksi ja kuormittavan hoitohenkilökuntaa. Sähköisen reseptin käyttöönoton uskottiin tulevaisuudessa helpottavan toimintaa.

Tietokoneyhteyksien ja potilastietojärjestelmien yhtenäistämisen ongelmien vähentämistä toivottiin. Toivottiin kaatumatonta potilastietojärjestelmää (effica). Eri organisaatioiden kanssa päällekkäiset tietojärjestelmät koettiin hankaliksi. Työterveyshuollon tietojen näkymättömyys vastaanotolla koettiin hankalaksi. Potilastietojärjestelmien yhtenäistämisen toivottiin vähentävän päällekkäisyyksiä.

Toiminnan visio työkalujen näkökulmasta keskustelujen mukaan on, että potilailla on selkeät hoitosuunnitelmat. Vastaanotolla on käytössä toimivat tietojärjestelmät. Vastaanottotilojen tehokkaan käytön parantamista toivottiin terveyskeskuksen remontin valmistuttua.

## 6 Uusi toimintamalli

Uusi perusterveydenhuollon vastaanoton toimintamalli on kuvattu alla. (Ks. kuvio 9.) Se on muodostettu aikaisempien kehittämistöiden, työryhmätoiminnan, työpaja-työskentelyn tulosten sekä kirjallisuuden pohjalta. Väestön palvelutarpeet, tila- ja henkilöstöresurssit sekä henkilöstön osaaminen luovat raamit uuden toimintamallin kehittämiseksi (Peltonen 2009, 160.) Uusi toimintamalli on muodostettu Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolle edellä mainitun yksikön palvelutarpeet, tila- ja henkilöstöresurssit huomioon ottaen.



Kuvio 9. Uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotolle

Alla kuvataan työn- ja vastuunjakoa asiakkaan hoidon edetessä uuden toimintamallin mukaisesti. Ensimmäisessä vaiheessa asiakas ottaa yhteyden terveyskeskukseen puhelimitse tai tulee paikanpäälle terveyskeskukseen.

### **ASIAKAS**

- Ottaa yhteyden puhelimitse oman alueen väestövastuuhoitajaan soittoajalla (ensisijaisesti ohjataan)
- Soittaa puhelinhoitajalle väestövastuuhoitajan soittoaikojen ulkopuolella
- Tulee terveysasemalle ja asioi asiakaspalvelupisteessä

### **PUHELINHOITAJA (lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja)**

- Ohjaa asiakasta soittamaan oman alueen väestövastuuhoitajalle soittoajalla ei-kiireellisissä asioissa
- Puolikiireellisissä selvissä tapauksissa voi antaa asiakkaalle päivystysajan hoidon tarpeen arvioon perustuen suoraan omalääkärille tai oman alueen väestövastuuhoitajalle tai ohjaa soittamaan oman alueen väestövastuuhoitajalle soittoajalla
- Tilanteen ollessa hoidon tarpeen arvioon perustuen kiireellinen ohjaa asiakkaan soittamaan ambulanssin tai hakeutumaan ensiapuun
- Antaa potilaalle omahoito-ohjeet ja ohjeet kuinka toimia vaivan pahentuessa, mikäli hoidon tarpeen arvioon perustuen potilas ei tarvitse vastaanottoaikaa
- Antaa yleistä ohjausta ja neuvontaa
- Antaa palveluohjausta

### **ASIAKASPALVELUPISTEEN HOITAJA (lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja)**

- Ohjaa asiakasta soittamaan oman alueen väestövastuuhoitajalle soittoajalla ei-kiireellisissä asioissa
- Puolikiireellisissä selvissä tapauksissa voi antaa asiakkaalle päivystysajan hoidon tarpeen arvioon perustuen suoraan omalääkärille tai oman alueen väestövastuuhoitajalle tai ohjaa soittamaan oman alueen väestövastuuhoitajalle soittoajalla
- Tilanteen ollessa hoidon tarpeen arvioon perustuen kiireellinen vastaanottaa asiakkaan ensiapuun

- Antaa potilaalle omahoito-ohjeet ja ohjeet kuinka toimia vaivan pahentuessa, mikäli hoidon tarpeen arvioon perustuen potilas ei tarvitse vastaanottoaikaa
- Antaa yleistä ohjausta ja neuvontaa
- Antaa palveluohjausta

#### **VÄESTÖVASTUUHOITAJA PUHELIMESSA** (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja)

- Tekee hoidon tarpeen arvion
- Mikäli yhteydenotto liittyy pitkäaikaissairauden seurantaan tai hoitoon, määrää asiakkaalle tarvittaessa hoitosuunnitelman mukaiset tutkimukset ja tekee laboratoriolähetteet
- Hoidon tarpeen arvioon perustuen antaa potilaalle tarvittaessa ajan omalääkärille tai omalle väestövastuuhoitajan vastaanotolle
- Antaa potilaalle omahoito-ohjeet ja ohjeet kuinka toimia vaivan pahentuessa, mikäli hoidon tarpeen arvioon perustuen potilas ei tarvitse vastaanottoaikaa
- Tilanteen ollessa hoidon tarpeen arvioon perustuen kiireellinen ohjaa asiakkaan soittamaan ambulanssin tai hakeutumaan ensiapuun
- Antaa yleistä ohjausta ja neuvontaa
- Antaa palveluohjausta
- Huolehtii oman alueensa reseptien uusimisesta
- Tulkitsee tiettyjä tutkimustuloksia
- Konsultoi tarvittaessa potilaan omalääkäriä

#### **VÄESTÖVASTUUHOITAJA VASTAANOTOLLA** (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja)

- Tekee hoidon tarpeen arvion
- Toteuttaa lääkärin määräämää sairauden hoitoa ja toimenpiteitä työntekijäkohdaksiin vastuunjaon ohjeisiin perustuen
- Tulkitsee tiettyjä tutkimuksia
- Tekee tavallisimpien infektioiden hoidon tarpeen arvioinnin, tutkimukset ja hoidon ohjauksen sekä tarvittaessa kirjoittaa sairausloman ennalta sovittujen ohjeiden mukaisesti

- Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaava väestövastuuhoitaja voi oikeuden sallimissa rajoissa määrätä asiakkaalle lääkityksen, mikäli on kyse ennaltaehkäisevästä hoidosta tai lääkityksen määrääminen liittyy sairaanhoitajan toteamaan hoidon tarpeeseen (esim. VTI)
- Tekee alustavan työn lääkärin vastaanotolle
- Mikäli käynti liittyy pitkäaikaissairauden seurantaan tai hoitoon, määrää asiakkaalle tarvittaessa hoitosuunnitelman mukaiset tutkimukset ja tekee laboratorio-lähetteet
- Vastaa yhteistyössä lääkärin kanssa alueen pitkäaikaissairaiden hoidon ohjauksesta, seurannasta ja toteutuksesta
- Vastaa tehostettujen hoitosuunnitelmien tekemisestä oman alueensa pitkäaikaissairaille, korkean sairastumisriskin potilaille sekä avainasiakkaille yhteistyössä oman alueen lääkärin kanssa
- Rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaava väestövastuuhoitaja voi oikeuden sallimissa rajoissa uusia itse potilaan lääkityksen silloin, kun lääkehoidon jatkamiseen ja seurantaan liittyvät tiedot löytyvät asianmukaisesti kirjattuna potilaan hoitosuunnitelmasta
- Huolehtii oman tiimin lääkäreiden toimenpideohjeille varattujen potilaiden esivalmisteluista toimenpiteitä varten ja avustaa lääkäreitä toimenpiteissä. Huolehtii potilaan jatkohoidon ja seurannan ohjeistuksen yhdessä lääkärin kanssa.
- Tarvittaessa varaa asiakkaalle seurantakäynnin omalle ajanvarauskirjalleen tai omalääkärille
- Tarvittaessa varaa asiakkaalle seurantakäynnin omalle sekä alueen lääkärin ajanvarauskirjalle (lääkärin ja hoitajan yhteisvastaanotto)
- Tiimin lääkäreiden poissa ollessa on mahdollisuus pitää asiantuntijasairaanhoitajan vastaanottoa oman vastuualueensa mukaisesti esim. astma-, siedätys-, tähtystys-, rasitus-, muisti- tai holterhoitajan vastaanottoa
- Konsultoi tarvittaessa potilaan omalääkäreitä
- Mahdollisuus pitää ryhmäohjauksia oman osaamisensa ja toiminnan sallimissa rajoissa

**LÄÄKÄRI VASTAANOTOLLA**

- Vastaa potilaan tutkimisesta, taudin määrytyksestä, hoidosta sekä ehkäisevästä työstä
- Tarvittaessa määrää tutkimukset ja laittaa laboratoriolähetteet
- Vastaa yhteistyössä väestövastuuhoitajan kanssa alueensa pitkäaikaissairaiden hoidon ohjauksesta, seurannasta ja toteutuksesta
- Vastaa tehostettujen hoitosuunnitelmien tekemisestä oman alueensa pitkäaikaissairaille, korkean sairastumisriskin potilaille sekä avainasiakkaille yhteistyössä oman alueen väestövastuuhoitajan kanssa
- Uusii oman alueensa potilaiden reseptit
- Kirjaa jatkohoito-ohjeet selkeästi YLE-lehdelle
- Ei-kiireellisen jatkohoidon suhteen ohjaa asiakkaan ottamaan yhteyttä oman alueen väestövastuuhoitajaan soittoajalla tai jättää soittopyynnön väestövastuuhoitajan soittoajalle ajanvarauskirjalle
- Kiireellisissä asioissa jatkohoidon suhteen ohjaa asiakkaan asiakaspalvelupisteeseen. Asiakas saa mukaansa lääkäriltä jatkohoidon suunnittelemiseksi tarkoitetun paperilapun, jossa näkyvät varattavat tutkimukset ja kontrollit.
- Tarvittaessa varaa asiakkaalle seurantakäynnin omalle ajanvarauskirjalleen
- Tarvittaessa varaa asiakkaalle seurantakäynnin omalle sekä väestövastuuhoitajan ajanvarauskirjalle (lääkärin ja hoitajan yhteisvastaanotto)
- Valmistele vastaanottoajan tutustumalla potilaan esitietoihin
- Konsultoi tarvittaessa tiimin väestövastuuhoitajaa

**TOIMENPIDEHOITAJA ENSIAVUSSA (lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja)**

- Vastanottaa kiireelliset päivystyspotilaat
- Tekee hoidon tarpeen arvion
- Tekee esitutkimukset potilaalle lääkäriä varten
- Valmistele toimenpiteet ja avustaa lääkäriä toimenpiteissä
- Toteuttaa lääkärin määräämää sairauden hoitoa ja toimenpiteitä työntekijäkohdaksiin vastuunjaon ohjeisiin perustuen
- Vastaa tarkkailupotilaiden hoidon toteutuksesta ja seurannasta yhdessä lääkärin kanssa



- Huolehtii potilaiden jatkohoidon ja seurannan ohjeistuksen yhteistyössä lääkärin kanssa
- Tekee yhteistyötä potilaan jatkohoitopaikan ja omaisten kanssa
- Tekee yhteistyötä sairaankuljettajien kanssa

#### **OMAHOIDONOHJAUS** (lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, lääkäri)

- Mikäli hoidon tarpeen arvioon perustuen potilas ei tarvitse vastaanottoaikaa, annetaan potilaalle omahoito-ohjeet ja ohjeet kuinka toimia vaivan pahentuessa
- Hoidon tarpeen arvioinnista tulee kirjata merkinnät potilasasiakirjoihin. Kirjattuna tulee olla tieto annetusta hoidon tarpeen arvioinnista, hoito-ohjeista ja toimintaehdotuksista. Puhelimesta tapahtuvan hoidon tarpeen arvioinnista tulee kirjata potilasasiakirjoihin merkinnät potilaan tunnistamistavasta.
- Luotettavia potilaiden käyttöön suositeltavia tiedonlähteitä ovat käypä hoito suositukset, terveyskirjasto, kansalaisen terveystietoportti sekä lääkkeiden pakkausselosteet ja valmisteyhteenvedot

#### **PALVELUOHJAUS** (lähihoitaja, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, lääkäri)

- Verkostoituminen liikunta- ja kulttuurialan, sosiaalitoimen, kotihoidon, työterveyshuollon, hoitokotien, muun terveyttä edistävää toiminnan, kolmannen sektorin, järjestötoiminnan, kasvatusta- ja opetustoimen sekä yksityissektorin kanssa
- Potilaiden ohjaus palveluiden piiriin

#### **ENSIAPU**

- Äkillinen päivystysvastaanotto on järjestetty erillään muusta toiminnasta
- Toimii ilman ajanvarausta

### **Toimintamallin kuvaus**

Toimintamallissa hoito perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin, kuten käypä hoito-suosituksiin ja hoitotyön suosituksiin sekä järjestelmällisiin katsauksiin. Hoitopolut ja hoitoprosessit on kuvattu ja ne ohjaavat toimintaa. Hoitopolkuja ja hoitoprosesseja voidaan käyttää myös laadun tarkkailuun laatumittareina. Vastaanotolle on laadittu laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma ja sen täytäntöönpanosta huolehditaan.

Osaamisesta ja sen päivittämisestä koulutuksen avulla huolehditaan. Yksilön asiantuntijuutta tuetaan ja sitä hyödynnetään koko työyhteisön eduksi. Esimiehen kanssa käytävät kehityskeskustelut toimivat pohjana työntekijän henkilökohtaisen osaamisen arvioinnissa, koulutusten suunnittelussa ja palkkauksen perusteena. Tehtävänkuvaukset, joissa näkyvät tehtävän vaativuus ja erityisosaamistarpeet ovat ajan tasalla, jotta palkkavaikutusten arviointi tehtävänkuvan muuttuessa on mahdollista.

Työntekijäkohtaisiin vastuunjaon ohjeistuksiin on määritelty ne tutkimukset, toimenpiteet ja vastaanottotoiminnan alueet, joihin hoitajalla on riittävä ammattitaito ja osaaminen ja jotka hänellä on oikeus toteuttaa. Sekä työnantaja, että työntekijä vahvistavat päätökset toistaiseksi voimassa oleviksi allekirjoituksellaan. Vastaanotolle on laadittu selkeä perehdytysuunnitelma uusia työntekijöitä ja sijaisia varten.

Hoitoon pääsy perustuu hoidon tarpeen arviointiin. Hoidon tarpeen arvioinnista on yhtenäiset ohjeet ja sen toteutumista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Pitkäaikaissairaiden, korkean sairastumisriskin potilaiden sekä avainasiakkaiden hoidon perustana toimivat tehostetut hoitosuunnitelmat. Hoitosuunnitelmat on laadittu yhteistyössä omalääkärin, väestövastuuhoitajan, potilaan ja mahdollisuuksien mukaan potilaan omaisten tai läheisten kanssa yhteistyössä.

Palvelujen saatavuutta pyritään parantamaan. Hoitajavastaanottojen määrää lisätään uuden toimintamallin käyttöönoton myötä. Matalan kynnyksen palvelut pyritään turvaamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaille. Jalkautuvia palveluja haja- asutusseuduille kehitellään. Telelääketiedettä hyödynnetään muun muassa haja-

asutusseudun asiakkaiden hoitoneuvotteluissa. Sähköinen resepti on otettu käyttöön.

Palvelua arvioidaan säännöllisesti ja sitä pyritään kehittämään asiakaslähtöisemmäksi. Asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi perustetaan neuvontapiste, jossa toimii toimeen valittu lähihoitaja. Toimeen valitaan lähihoitaja, joka on koulutuksessaan suuntautunut asiakaspalveluun. Lähihoitajan tehtäviin kuuluu asiakkaiden yleinen neuvonta ja ohjaus, asiakaspalvelu, arkistonhoito, potilaspapereiden ja postin käsittely.

Yksilöllisemmällä palvelulla pyritään parempaan ja vaikuttavampaan terveyshyötyyn. Potilaiden hoitoon sitoutumista tuetaan ja omahoitoon kannustetaan. Apuna käytetään kirjallista hoitokorttia, johon on kirjattu hoitosuunnitelmasta keskeiset asiat, muun muassa hoidon tavoitteet, lääkitys, diagnoosit ja seurantakäynnit.

Asiakkaiden valinnan vapaus lisääntyy uuden terveydenhuoltolain myötä. Asiakkaan valintojen pohjalle terveyskeskuksesta annetaan tietoa henkilökunnan osaamisesta ja ammattitaidosta. Terveyskeskuksessa pidetään avoimien ovien päiviä yhteistyökumppaneiden ja asiakkaiden tietoisuuden lisäämiseksi terveyskeskuksen toiminnasta. Avoimien ovien päivänä myös muiden tahojen palveluntarjoajat voivat esitellä palveluitaan terveyskeskusten tiloissa. Näitä olisivat esimerkiksi kolmannen sektorin palvelut, järjestöt, sosiaaliala, hoitokodit, kotihoito tai yksityiset terveyttä edistävät tai tukevat yritykset.

Terveyskeskuksen toiminnasta tiedotetaan säännöllisesti paikallislehdessä ja internet-sivujen ajantasaisuudesta huolehditaan. Terveyskeskuksen omilla kotisivuilla tiedotetaan ajankohtaisista infektioitaudeista ja niiden hoidosta. Asiakkaille on perustettu terveystoiminta, jossa on mahdollisuus verenpaineen itsenäiseen mittaamiseen sekä esitteitä ja oppaita muun muassa kansansairauksiin liittyen. Terveysneuvonta suonensisäisten huumeiden käyttäjille säilytetään ennallaan, jossa he saavat terveystoimintaa ja vaihdattavat käytetyt ruiskut uusiin. Palveluiden saatavuutta, toimivuutta ja jatkuvuuden toteutumista arvioidaan säännöllisesti asiakaskyselyiden avulla.

Kiireettömät päivystyspotilaat hoidetaan päiväsaikaan omissa tiimeissä. Mikäli omalääkäriin ja oman alueen väestövastuuhoitajan päivystysajat ovat täynnä ja asiakkaalla hoidon tarpeen arvioon perustuen on selkeä päivystyksellinen hoidontarve, voidaan joustaa ja aika antaa toiseen tiimiin. Seurantakäynnit sovitaan edellisen käynnin yhteydessä. Terveyskeskukseen tuodaan erikoislääkäriin vastaanottoja mahdollisuuksien mukaan. Näitä ovat esimerkiksi ortopedin ja radiologin vastaanotot. Asiakkaiden käytettyä erikoissairaanhoidoa hoitopalautteet tulevat omalääkäriin ja väestövastuuhoitajan luettavaksi jatkuvuuden turvaamiseksi.

Tiimien kesken sovitaan yhteiset pelisäännöt. Konsultaatiokäytännöt, väestövastuuviikkojen jako, tiimien sisäinen viestiminen ja ajanvarauskirjojen synkronointi sovitaan tiimin sisällä. Tiimit sopivat keskenään myös toiminnan järjestelyt poissaolojen ja lomien osalta. Tiimien kesken ja koko työyhteisön kesken järjestetään yhteistyöpalavereja säännöllisesti. Tiimit tekevät yhteistyötä yli tiimirajojen muun muassa asiantuntijahoitajien reuma-, muisti-, holter-, siedätys-, uni-, rasitushoitajien vastaanottojen pitämisen suhteen.

Tiimien väestövastuualueiden kuormittavuutta ja kokoa arvioidaan säännöllisesti asukasmäärien kasvuun ja alueiden palvelutarpeisiin liittyen. Huomioitava erityisesti alueet, joilla on paljon kerrostaloja, hoitokoteja, lapsia ja vanhuksia.

## **7 Pohdinta**

### **7.1 Yhteenveto tuloksista**

Tarve uuden toimintamallin kehittämiseksi oli tunnistettu Laukaan terveyskeskuksen työntekijöiden toimesta muutama vuosi sitten. Hoidon jatkuvuuden parantaminen etenkin hoitajien vastaanotolla oli yksi keskeisimmistä kehittämisen lähtökohdista. Työn- ja vastuunjakoon kaivattiin selkeytystä. Painopistettä sairauskeskeisyydestä haluttiin siirtää enemmän ennaltaehkäisevään työhön. Uuden toimintamallin toivot-

tiin ohjaavan toimintaa asiakaslähtöisemmäksi ja todellista terveyshyötyä tavoittelevaksi. Asiakkaiden tietoisuus sairauksista sekä niiden hoidosta on lisääntynyt ja he osaavat vaatia parempaa ja laadukkaampaa hoitoa. Väestön palvelutarpeen määrällinen ja laadullinen kasvu on haaste, johon tulisi pystyä vastaamaan nykyisiä kustannuksia kasvattamatta.

Tämän opinnäytetyön toteutus osuu aikaan, jolloin uusi terveydenhuoltolaki on astunut voimaan. Terveydenhuoltolain turvaamiseksi tehdyt lukuisat terveysalan hankkeet ovat linjassa tämän opinnäytetyön päätavoitteen kanssa tavoittelemassa parempaa ja vaikuttavampaa terveyshyötyä asiakkaiden eduksi. Tämän opinnäytetyön prosessi on dynaaminen, pitkäkestoinen ja vuosia kestävä prosessi, jonka eteen tehty työ kiteytyy tämän opinnäytetyön avulla luotuun uuteen toimintamalliin. Kehittävän työntutkimuksen metodologia on mahdollistanut koko työyhteisön ottamisen mukaan kehittämiseen. Kehittämistyöt, jotka on toteutettu yhteistyössä koko henkilökunnan kesken, ovat tukemassa paremmin henkilökunnan sitoutumista muutokseen. Tunne siitä, että tämä on meidän yhteinen juttu, vahvistuu.

Tämän opinnäytetyön haasteena oli koota prosessin aikaisempien vaiheiden, kirjallisuuden sekä tämän opinnäytetyön työpajatyöskentelyn tulokset yhtenäiseksi toimintamalliksi. Kuten kehittävän työntutkimuksen metodologiasta Engeström (1995, 87) kiteyttää, uusi malli neuvotellaan ja muotoillaan kehittämisprosessin aikana, eikä se ole kenenkään tiedossa ennen kehitysprosessia, pitää paikkaansa myös tämän opinnäytetyön osalta. Visio uudesta toimintamallista hahmottui pikkuhiljaa työn edetessä, mutta vasta selkeäksi toimintamalliksi se muokkaantui kaikkien kehittämistyön aikaisempien osaprosessien jälkeen. Kirjallisuuteen perehtyminen laajalti ja ohjauskeskustelut olivat tukena tämän opinnäytetyön tekemisessä koko prosessin ajan. Kun kaikki aikaisemmat toimintamallin muodostamista edellyttäneet vaiheet oli käyty läpi, vasta sitten oli käytettävissä riittävä perehtyneisyys ja syventyminen aiheeseen siten, että toimintamalli muodostui oivallusten ja tiedon tiivistämisen kautta.

Mallin työstämisen aikana sitä on esitelty opinnäytetyönohjaajalle sekä työelämän ohjaajalle ja malliin on tutustunut muutama työntekijä Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolla ennen mallin viimeisimmän version valmistumista. Muutosehdotusten

pohjalta mallia on tarkennettu joiltakin kohdin selkeämmäksi. Muun muassa nuolta asiakkaan ja väestövastuuhoitajan välillä haluttiin korostaa, jotta kaaviosta on helpposti ymmärrettävissä sen olevan ensisijainen yhteydenottotapa, johon potilaita ohjataan ja kannustetaan. Väestövastuuhoitajan ja lääkärin välille lisättiin nuoli kuvaamaan yhteistyötä heidän välillä.

Hoito uudessa toimintamallissa perustuu asiakkaan, asiakkaan omalääkärin ja väestövastuuhoitajan tiiviiseen yhteistyöhön. Hoidon toteutuksessa huomioidaan asiakkaan läheiset ja elämäntilanne. Keskeisenä hoidon suunnitelmallisuutta tukevana välineenä hoidon toteutuksen tueksi käytetään hoitosuunnitelmia, joiden merkitys korostui myös työpajatyöskentelyn tuloksissa sekä käytetyissä lähteissä. Hoitosuunnitelma poistaa päällekkäisyyksiä hoidon toteutuksessa ja on näin myös hillitsemässä kustannusten nousua. Uudessa toimintamallissa kaikille pitkäaikaissairaille, korkean sairastumisriskin potilaille sekä avainasiakkaille tehdään tehostetut hoitosuunnitelmat pitkäaikaissairaiden hoitomallin (Chronic Care Model) mukaisesti. Uudessa mallissa on otettu huomioon terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen kehittämä terveys- ja hoitosuunnitelma, jonka valtakunnallinen käyttöönotto tapahtuu lähivuosien aikana.

Uuden toimintamallin etuina on yhteistyön helpottuminen. Asiakaspalvelua voidaan parantaa sillä, että häntä hoitamassa on pienempi tiimi. Aikaisemmin asiakkaat saatoivat turhautua joutuessaan kertomaan asiansa useaan kertaan eri hoitajille. Asiakasnäkökulmasta palvelua jouduttaa myös konsultaatioiden helpottuminen lääkärin ja hoitajan välillä. Asiakas saa tarvittaessa samalla käynnillä sekä hoitajan, että lääkärin arvion vaivastaan asioidessaan toisen vastaanotolla. (Ahonen 2005, 33 – 37.)

Opinnäytetyön edetessä aikaresurssit olivat estämässä asiakkaiden ottamista mukaan kyselyin, haastatteluin tai muita osallistumisen mahdollistavia keinoja hyödyksi käyttäen. Asiakkaiden ääni on kuitenkin kuultavissa vahvasti kansallisten ja kansainvälisten aikaisempien tutkimusten pohjalta, joissa asiakkaat ovat suhtautuneet myönteisesti hoitajavastaanottojen lisäämiseen ja hoitajan roolin kehittämiseen asiantuntijuutta kohti. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä palvelujen saatavuuden parantamiseen ja hoitajien käyttämään pidempään aikaan verrattuna lääkäreiden vas-

taanottoaikoihin, eikä hoidon laadussa tai potilasturvallisuudessa ole todettu heikentymistä.

Hoitajavetoiset vastaanotot (Nurse-led clinics) ovat maailmalla saaneet jalansijaa perinteisiin vastaanottoihin nähden esimerkiksi Englannissa, Hong Kongissa ja Australiassa. Useat näistä vastaanotoista ovat erikoistuneet pitkäaikaissairauksiin kuten kroonisiin keuhkosairauksiin, sepelvaltimotautiin, reumaan, diabetekseen ja mielen-terveysongelmiin. Useat tutkimukset vahvistavat hoitajavetoisten vastaanottojen olevan yhtä tehokkaita kuin perinteiset lääkärivetoiset vastaanotot. Hoitotulokset ovat olleet samoja. Tärkeimpiä hoitajien interventioita olivat terveysneuvonta, hoidon seuranta ja arviointi, elämäntapaohjaus sekä säännöllisen lääkityksen merkityksen korostaminen. Hoitajavetoisten vastaanottojen on todettu olevan tehokkaita potilaiden fyysisen ja henkisen hyvinvoinnin tukemisessa. (Nurse-led clinics cut risk 2011, 24)

Kansainvälisten tutkimusten mukaan asiakkaat ovat olleet tyytyväisempiä asiantuntijahoitajien tarjoamaan hoitoon kuin erikoislääkäreiden tarjoamaan hoitoon. Hoitajat käyttivät enemmän aikaa keskusteluun ja emotionaaliseen tukemiseen. Yksi merkittävä tekijä asiakastyytyväisyyden kannalta oli hoidon jatkuvuuden toteutuminen saman hoitajan kanssa. (Hill 1997, 352–353.)

Vaikka suomen terveydenhuollolla on yhteneväisiä piirteitä kansainvälisten terveyspalvelujärjestelmien välillä, eroaa Suomen terveyspalvelujärjestelmä pitkälti muista maista, muun muassa terveydenhuollon henkilöstön määrä suhteessa väestöön on eri maissa erilainen, jolla on vaikutusta hoidontoteutumiseen käytännössä, hoidon seurantaan sekä palveluiden saatavuuteen (Kukkurainen 2011, 22). Kansainvälisistä tutkimuksista sain työtäni tukevaa tietoa muun muassa liittyen hoitajan itsenäiseen vastaanottotyöhön, työnjaon kehittämiseen sekä asiakasnäkökulman muodostamiseen.

## 7.2 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet

Uusi toimintamalli ja sen käyttöönoton onnistuminen edellyttää sujuvaa vuorovaikutusta koko henkilökunnan kesken johtoa unohtamatta. Oppimista edistävä työyhteisö sekä johdon tuki ja kannustava suhtautuminen vievät muutosta turvallisesti ja vakaasti eteenpäin. Omaa toimintaa arvioidaan suhteessa koko työyhteisön toimintaan ja vastaanoton yhteiseen visioon nähden. Uusi toimintamalli toimii pohjana, josta lähdetään liikkeelle ja jonka tarkoituskin on muokkaantua oppimisen myötä aina vain paremmaksi ja sen hetkistä palveluntarvetta vastaavaksi.

Tämä opinnäytetyö toimii tukena kehitettäessä toimintaa perusterveydenhuollon vastaanotoilla. Tämän opinnäytetyön tuloksena muodostettu toimintamalli toimii yhdenlaisena vaihtoehtona toiminnan järjestämisessä perusterveydenhuollon vastaanotolla. Jokainen vastaanotto muodostaa oman toimintamallin heidän oman palvelutarpeen, tilojen, henkilökunnan osaamisen ja henkilöstöressurssien pohjalta. Toimintamallia voidaan hyödyntää henkilöstösuunnitelman luomisessa, tehtävänkuvien ja työnjaon kehittämisessä sekä vastaanoton toiminnan vision muodostamisessa. Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää perehdytettäessä uusia työntekijöitä ja sijaisia perusterveydenhuollon vastaanotolle.

Kypsyysnäytetyönäni teen posterin uudesta toimintamallista asiakasnäkökulmasta. Posterin laitetaan esille terveyskeskuksen vastaanoton sisääntuloaulaan ohjaamaan asiakkaita. Posterin avulla kuvataan asiakkaan hoidon etenemistä vastaanotolla uuden toimintamallin mukaisesti ja se on esitetty liitteenä työn lopussa. (Liite 6.)

Tärkeimmät tämän opinnäytetyön pohjalta nousseet jatkokehittämishaasteet liittyvät tämän opinnäytetyön tuotoksena tuotetun toimintamallin käyttöönoton onnistumisen ja toimivuuden arviointiin sekä myöhemmin toimintamallin päivittämiseen. Asiakkaiden mielipiteiden kuuleminen ennen toimintamallin päivittämistä toimisi erinomaisesti apuna toimintamallin toimivuuden arvioinnissa ja edelleen kehittämisessä.



Opinnäytetyön tavoitteiksi asetettujen päämäärien toteutuminen hoidon saatavuuden paranemisesta, hoidon tarpeen arvioinnin tehostumisesta, asiakaslähtöisyyden sekä hoidon jatkuvuuden ja sitä kautta potilasturvallisuuden lisääntymisestä jäävät myöhemmin arvioitaviksi. Tämä toimintamalli on rakennettu edellä mainitut asiat huomioiden ja niitä tavoitellen, joten kaikki edellytykset tavoitteiden toteutumiselle ovat jo olemassa, mutta aika näyttää kuinka muutos onnistuu.

Jatkokehittämishaasteeksi tämän opinnäytetyön pohjalta nousee henkilökunnan osaamiskartoituksen suorittaminen Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolla. Osaamiskartoitus toimii pohjana koulutusten suunnittelulle ja oikein kohdentamiselle työyhteisössä. Työpajatyöskentelyn tulosten pohjalta kaivattiin myös hoitopolkujen, hoitoprosessien ja yhteisten sääntöjen päivittämistä. Edellä mainitut tiedot tulisivat olla yhtenäisesti koottuna ja järjestettynä niin, että henkilökunnan on niitä helppo käyttää ja ne ovat helposti löydettävissä. Toimenkuvausten päivitys on tärkeää tehtävänsiirtojen, tehtävänkuvan laajentamisten, vastuunjaon muutosten pohjalle sekä palkkavaikutusten arvioimiseksi tehtävänkuvan muuttuessa.

Hoidon tarpeen arviointiin liittyvien ohjeiden yhtenäistäminen ja henkilökunnan kouluttaminen edellä mainittuun asiaan mainittiin monessa kohtaa työpajatyöskentelyn tuloksissa. Myös hoidon tarpeen arvion toteutumisen seuranta ja arviointimenetelmien kehittäminen osoittautuivat jatkokehittämishaasteiksi.

## Lähteet

Ahonen, M-L. 2005. Omahoitaja terveystieteiden vastanottotoiminnassa. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Bergman, K., Perhed, U., Eriksson, I., Lindblad, U. & Fagerström, L. 2013. Patients' satisfaction with the care offered by advanced practice nurses: A new role in Swedish primary care. *International Journal of Nursing Practise* 3, 326-333. Viitattu 11.8.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Brygant-Lukosius, D., Di Censo, A., Browne, G. & Pinelli, J. 2004. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Nursing and health care management and policy* 5, 519 - 529. Viitattu 11.8.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Buchan, J. & Calman, L. 2004. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in advanced Roles. DELSA/ELSA/WD/HEA 2004, 8. Viitattu 11.8.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Eloranta, S. & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö – katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. *Tutkiva hoitotyö* 2011, 9, 3, 4 – 13.

L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 5.4.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

L 9.2.2007/169. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 21.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>

L 30.12.2010/1326. Terveystieteidenhuoltolaki. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 21.3.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Fysioterapian tehtävänsiirto/suoravastaanotto. TäsmäKoulutus. Opetussuunnitelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Haapa-aho, M., Koskinen, M-K. & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit - Laajennetaanko tehtäväkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. *Tehyn julkaisusarja F: 3/09*. Tehy Ry. Viitattu 28.3.2013. <http://www.tehy.fi/@Bin/45478/357823+Ty%C3%B6jaakomallit.pdf>

Haarala, S. 2005. Lääkärin ja sairaanhoitajan työnjaon uudistaminen. Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentaminen –projektin arviointi Kalajoen terveystieteidenkeskuksessa. Pro gradu - tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Helenius, J. 2011. Terveystieteidenhuollon tietojärjestelmien aiheuttamat uhat potilaille ja henkilökunnalle. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Informaatitieteiden yksikkö.

Helle-kuusjoki, T. 2005. Tehtäväsiirroista hoitajavastaanottoon. Sairaanhoidajan toimikuvan laajentaminen erikoissairaanhoidossa. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hill, J. 1997. Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. Journal of Advanced Nursing 25, 347 - 354. Viitattu 29.8.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelliportaali, Cinahl.

Hoidon tarpeen arviointi erikoissairaanhoidossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 27.3.2013.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1271525>

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. Viitattu 11.8.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelliportaali, Cinahl.

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

Järvensivu, T., Nykänen, K. & Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen - hankkeen julkaisu. Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu. Viitattu 21.3.2013.  
<http://verkostojohtaminen.fi/wp-content/uploads/2010/12/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>

Kanerva 2-hankesuunnitelma. 2010. Viitattu 18.3.2013.  
<http://www.kanervakaste.fi/files/hsuunn.pdf>

Keronen, M. & Miettinen, H. 2012. eArkisto – potilaiden parhaaksi. Tesso. Julkaistu 4.12.2012. Viitattu 25.3.2013.  
<http://www.tesso.fi/artikkeli/earkisto-%E2%80%93-potilaiden-parhaaksi>

Ketola, E. & Merikallio, J. 2009. Mistä apua perusterveydenhuollon työn kehittämiseen? Duodecim 17, 125. Viitattu 13.3.2013.  
<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?>

Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. Tutkiva hoitotyö 10, 4, 40-42.

Kokko, S. & Telaaranta, T. 2006. Perusterveydenhuollon tila 2006. Eripainos Suomen lääkirilehdessä julkaistusta artikkelisarjasta. Perusterveydenhuolto-sarja. Helsinki 2008. Viitattu 12.3.2013.  
[http://www.laakariliitto.fi/files/vaali08/perusterveydenhuolto\\_ep.pdf](http://www.laakariliitto.fi/files/vaali08/perusterveydenhuolto_ep.pdf)

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Tampere 2011. Viitattu 26.3.2013.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f>

Korhonen, A., Jylhä, V. & Holopainen, A. 2012. Millaiseen tietoon potilaan hoitoa koskevat päätökset perustuvat? Tutkiva hoitotyö 1, 40-42.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, 1, 3-11.

Lahtinen, P. & Virtainlahti, S. 2011. Learning Cafe. Lahden ammattikorkeakoulu. Viitattu 27.3.2013.

<http://www.lpt.fi/tykes/pages/methods.php?MCID=203#>

Laurant, M., Reeves, D. Hermens, R. Braspenning, J., Grol, R. & Sibbald, B. 2004. Substitution of doctors by nurses in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, 4. Viitattu 11.8.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Lindblad, E., Hallman, E-B., Gillsjö, C., Lindblad, U. & Fagerström, L. 2010. Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care. A qualitative study. International Journal of Nursing Practice 16, 69 – 74. Viitattu 11.8.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Suomalaisten terveys. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 13.3.2013.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00052](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052)

Muurinen, S & Mäntyranta, T. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimiva terveyskeskus ja pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf)

Mäntyranta, T., Nenonen, M. & Koski, J. 2011. Terveyskeskukset pohtimaan hoitajareseptin käyttöönottoa. Suomen lääkärilehti 49, 3778-3781. Viitattu 31.1.2013.

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000036804>

Nurse-led clinics cut risk. 2011. Australian Nursing Journal 5, 24. Viitattu 29.8.2013.

<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Cinahl.

Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa - vertaileva tutkimus. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. 2009. Toim. Kokko, S., Peltonen, E. & Honkanen, V. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelu-työstä. Avauksia 13/2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Valopaino. Viitattu 28.3.13.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80142/7d0e5ef6-fe16-475c-b2e1-54979f48d2ad.pdf?sequence=1>

Prosessit tiedonhankinnan kohteena. 2007. Virtuaali ammattikorkeakoulu. Ylemmän AMK- tutkinnon metodifoorumi.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/>

Pölkki, T. 2012. Ammatillinen osaaminen ja potilaiden osallisuuden vahvistaminen. Tutkiva hoitotyö 1, 3.

Rampe-hanke päättyi 31.10.2012. 2012. Viitattu 20.3.2013.

<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=34661>

Raudasoja, M. 2011. Hoitajana lääkäri – hoitaja työparimallissa. Kehittämishanke. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen ammatilliset erikoistumisopinnot.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen lääkäriseura duodecim. Forssan kirjapaino 2009. Viitattu 27.3.2013.

[http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.potkuhanke.fi%2Ffi%2Fdokumentit-ja-materiaalit%2Fdoc\\_download%2F13-bomahoidon-tukemisen-opas](http://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.potkuhanke.fi%2Ffi%2Fdokumentit-ja-materiaalit%2Fdoc_download%2F13-bomahoidon-tukemisen-opas)

Sairaanhoitaja asiantuntijana. 2011. Toim. Ranta, I. Hoitotyön vuosikirja 2011. Suomensairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sariola, S. 2006. Lääkärien ja hoitajien työnjaosta valmistellaan suositusta. Suomen lääkärilehti 20, 2199. Viitattu 31.1.2013.

<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000025880>

Seppänen, A. 2009. Oulu laittoi lääkärit ja hoitajat parityöhön. Suomen lääkärilehti 11, 996-997. Viitattu 31.1.2013.

<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2009/SLL112009-993.pdf>

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012 – 2015. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Viitattu 18.3.2013.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf)

SOTE-ennakointi. 2011. Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Toim. Vesterinen, M-L. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä. Raportteja ja tutkimuksia 3. Viitattu 13.3.13.

[http://www.oph.fi/download/133556\\_SOTE-ENNAKOINTI\\_loppuraportti.pdf](http://www.oph.fi/download/133556_SOTE-ENNAKOINTI_loppuraportti.pdf)

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

Teiskonen, M. 2011. Lääkäri – hoitajatyöparimallin kehittäminen Laukaan terveyskeskuksen vastaanotolle – benchmarking menetelmää mukailten. Kehittämishanke. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen ammatilliset erikoistumisopinnot.

Kukkurainen, M-L. 2011. Reumahoitajan toimenkuvan laajentaminen. Sairaanhoitajalehti 2, 20-22.

Terveyden edistäminen. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 14.3.2013.  
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007 – 2011. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.3.2013.  
<http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. Toim. Koivuranta-Vaara, P. Suomen kuntaliitto. Helsinki 2011. Viitattu 14.3. 2013.  
<http://www.hoidonvaikuttavuus.fi/files/Tlaatuopas.pdf>

Terveys 2015-kansanterveysohjelma. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.3.2013.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/terveys2015](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015)  
Terveys- ja hoitosuunnitelma vahvistaa potilaan asemaa ja parantaa hoidon laatua. 2011. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 20.5.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=27248](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=27248)

Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. Viitattu 18.3.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087418&name=DLFE-11742.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11742.pdf)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Tuomola, P. 2011. AvoHILMO. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2012. Määrittelyt ja oheistus. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere 2011. Viitattu 27.3.2013.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c2fde3cc-a47f-46eb-bc25-eb19a866282d>

Vesterinen, M-L. 2011. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden visio, muutokset ja haasteet. Teoksessa Sote-ennakointi – Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Toim. M-L. Vesterinen. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymän julkaisuja. Iisalmi: Panotalo Seiska Oy, 29-44.

Vierula, H. 2010. Työparityö muuttaa terveyskeskuksia. Suomen lääkärilehti 42, 3386-3388. Viitattu 31.1.2013.  
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL422010-3386.pdf>

Wilskman, K. 2013. Toimiva terveyskeskus pitkäaikaissairauksien kimppuun. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 18.3.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiankohtaista/uutiskirje/4\\_2009\\_1](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiankohtaista/uutiskirje/4_2009_1)

## Liitteet

## Liite 1. Hoitaja-lääkäritiimimallin työvuorosuunnitelma

	ma	ti	ke	to	pe	la	su	ma	ti	ke	to	pe	la	su	ma	ti	ke	to	pe	la	su	
Sairaanhoitaja	LVT	LVT	LVT	LVT	LVT	V	V	LVT	LVT	LVT	LVT	LVT	V	V	LVT	LVT	LVT	LVT	LVT	V	V	
Sairaanhoitaja	LVT	LVT	LVT	LVT	LVT	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	LVT	LVT	LVT	LVT	LVT	V	V	
Sairaanhoitaja	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	l	B	B	l	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	
Lähihoitaja	l	LVT	B	B	B	V	V	gas	LVT	V	gas	l	B	l	B	LVT	V	B	B	V	V	
Sairaanhoitaja	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	B	B	B	V	l	B	l	B	V	l	B	B	V	V	
Sairaanhoitaja	B	B	B	B	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	B	l	B	V	V	l	B	
Sairaanhoitaja	l	B	B	B	B	V	V	B	B	l	B	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	
Lähihoitaja	B	B	HTJ	V	l	B	l	B	V	HTJ	l	B	V	V	B	B	HTJ	B	B	V	V	
Sairaanhoitaja 30h/vko	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	V	B	B	V	V	l	B	B	l	B	V	V	V	V	
Sairaanhoitaja 30h/vko	V	l	B	V	V	V	V	vo	vo	vo	vo	V	V	V	V	V	B	l	B	l	B	
Sairaanhoitaja	B	B	OH	l	B	V	V	l	OH	OH	B	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	
Lähihoitaja	gas	gas	B	gas	V	l	B	B	gas	l	B	V	V	V	gas	gas	B	gas	B	V	V	
Sairaanhoitaja tekee ositt	V	V	V	B	B	V	V	V	V	V	V	V	V	V	l	vo	B	B	V	V	V	
Sairaanhoitaja	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	B	l	B	B	V	l	B	vo	B	V	l	B	V	V	
Sairaanhoitaja	B	l	B	l	V	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	l	B	V	vo	l	B	l	
Sairaanhoitaja	gas	gas	l	gas	V	l	B	gas	gas	B	gas	V	V	V	gas	gas	vo	gas	vo	V	V	
Sairaanhoitaja	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	B	l	B	B	V	V	V	B	B	l	B	B	V	V	
Sairaanhoitaja	V	B	l	B	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	V	B	B	B	l	B	l	
Sairaanhoitaja	B	B	B	V	l	B	l	B	B	V	l	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	
aamu	10	11	12	10	11	2	2	12	10	11	10	11			11	10	10	11	12			
ilta	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sairaanhoitaja	LVT	LVT	LVT	LVT	LVT	V	V	LVT	LVT	LVT	LVT	LVT	V	V	LVT	LVT	LVT	LVT	LVT	V	V	
Sairaanhoitaja	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	LVT	LVT	LVT	LVT	LVT	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	
Sairaanhoitaja	V	B	l	B	V	l	B	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	l	B	vo	B	B	V	V	
Lähihoitaja	B	LVT	B	B	V	l	B	gas	LVT	vo	gas	V	V	V	B	LVT	l	B	B	V	V	
Sairaanhoitaja	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	V	vo	B	B	V	l	B	B	B	V	l	B	V	V	
Sairaanhoitaja	B	B	V	B	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	B	B	B	V	l	B	l	
Sairaanhoitaja	l	B	B	V	l	B	l	B	B	V	l	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	
Lähihoitaja	B	B	HTJ	l	B	V	V	l	B	HTJ	B	B	V	V	B	l	HTJ	B	B	V	V	
Sairaanhoitaja 30h/vko	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	B	V	V	V	l	B	l	B	V	l	B	V	V	V	
Sairaanhoitaja 30h/vko	V	V	B	l	B	V	V	vo	vo	vo	vo	V	V	V	V	l	B	V	V	l	B	
Sairaanhoitaja	OH	B	V	B	l	B	l	B	V	B	l	os	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	
Lähihoitaja	gas	gas	B	gas	B	V	V	B	gas	l	B	B	V	V	gas	gas	B	gas	B	V	V	
Sairaanhoitaja tekee ositt	B	l	V	V	V	V	V	V	B	V	B	V	V	V	V	vo	V	B	V	V	V	
Sairaanhoitaja	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	B	l	B	B	V	V	V	l	B	B	vo	B	V	V	
Sairaanhoitaja	V	l	B	B	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	vo	B	B	B	V	l	B	
Sairaanhoitaja	gas	gas	B	gas	V	V	V	gas	gas	l	gas	V	l	B	gas	gas	vo	gas	vo	V	V	
Sairaanhoitaja	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	l	B	B	V	l	B	l	B	V	l	B	B	V	V	
Sairaanhoitaja	B	V	B	l	B	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	V	B	B	V	l	B	l	
Sairaanhoitaja	B	B	l	B	B	V	V	B	l	B	B	V	V	V	vo	vo	vo	vo	vo	V	V	
aamu	11	11	11	11	12	2	2	11	10	10	11	10			11	11	12	11	13	2	2	
ilta	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

Merkkien selitykset:

- Vo= Sairaanhoitajan vastaanotto
- LVT= Hoitaja Lievestuoreella
- HTJ= Hoitaja hoitotarvikejakelella
- l= Iltavuoro
- B= Hoitaja aamuvuorossa
- gas= Hoitaja tähystyksessä
- OH= Hoitaja osastonhoitajan työparina
- V= Vapaapäivä

Miehitys

Aamuvuoroon tarvitaan aina vähintään 10 henkilöä työvuoroihin  
5 sairaanhoitajaa pitää sairaanhoitajan vastaanottoa omissa tiimissä  
5 sairaanhoitajaa ja lähihoitaja jakaantuvat eri pisteisiin; 1 puhelin, 1 ajanvarauspiste, 3 toimepidehoitajaa

Niinä päivinä kun on yli 10 hoitajaa, voidaan avata toinen asiakaspalvelupiste, yksi hoitaja voi ottaa sydänfilmit.

## Liite 2. Kutsu kehittämisiltapäivään



# KUTSU

Kehittämisiltapäivään Peurunkaan 3.5.2013 klo 12-16

Olemmeko valmiita syksyn muutokseen?  
Tervetuloa valmistelemaan vastaanottomme  
uutta toiminta- ja työnjakomallia!

### Ohjelma:

Klo 12:00	Lounas ravintola Villipeurassa
Klo 13:00	Kehittämistyöpaja kokoustilassa
Klo 15:00	Kahvit kokoustilassa
Klo 15:30	Tilaisuuden päätös ja loppupuheenvuorot

Ilmoittaudu kehittämisiltapäivään 26.4 mennessä  
sähköpostitse: [laura.elola@seututk.fi](mailto:laura.elola@seututk.fi)



### **Liite 3. Väestövastuuhoitajan ajanvarauskirjan päiväohjelma**

#### **VÄESTÖVASTUUHOITAJAN AJANVARAUSKIRJA**

08:00 – 10:00	Päivystysaikojen varaus puhelimesta
10:00 – 10:15	Kahvitauko
10:15 – 11:30	15 min päivystysaikoja
11:30 – 12:00	Ruokatauko
12:00 – 13:00	Ei kiireellisten aikojen puhelintunti + muut soitot
13:00 – 14:00	Ohjauksia
14:00 – 14:15	Kahvitauko
14:30 – 15:00	15 min päivystysaikoja
15:00 – 15:30	Toimistoaikaa

(Alkuviikkoon enemmän päivystysaikoja)

## Liite 4. Asiakastiedote



12.8.2013

### LAUKAAN TERVEYSKESKUKSEN VASTAANOTON TOIMINNASSA MUUTOSTA LOPPUVUODESTA 2013

Laukaan terveyskeskuksen vastaanoton toiminta muuttuu loppuvuodesta 2013 terveyskeskuksen remontin valmistuttua. Tarkoituksena on kehittää toimintaa asiakasystävällisempään suuntaan. Omalääkäri järjestelmä ei muutu. Terveyskeskuksen vastaanotolla muodostamme viisi tiimiä: tiimit 1, 2, 3, 4 ja 5. Jokaiselle tiimille tulee myös oma värikoodi.

Asiakkaat jaetaan oman väestövastuulääkäriin mukaan eri tiimeihin. Loppuvuodesta 2013 alkaen, sinun asioitasi kanssasi hoitaa omalääkäri ja tiimisi hoitajat. Hoitajan vastaanotolla kanssasi asioi useammin sama hoitaja ja näin hoidon suunnitelmallisuus helpottuu.

**Ajanvaraus** lääkärin- sekä sairaanhoitajanvastaanotolle **kiireellisissä asioissa** toimii oman väestövastuuhoitajan kautta arkaamuisin **klo 8–10, ei-kiireellisissä** asioissa voit ottaa yhteyttä omaan väestövastuuhoitajaasi **klo 12–13** välillä. Jokaiselle tiimille tulee käyttöön oma puhelinnumero, josta tavoittaa väestövastuuhoitajan. Päivystyksen toiminta säilyy ennallaan. Tiedotamme asioista lisää myöhemmin syksyllä Laukaa-Konnevesi-lehdessä sekä internet-sivuillamme [www.seututk.fi](http://www.seututk.fi)

## Liite 5. Tehtävänannot ryhmille

### TEHTÄVÄNANTO

1. Mieti vastaanoton toiminnan muutostarpeita **sääntöjen** näkökulmasta käsin? (Esim. liittyen terveydenhuoltolakiin, asetuksiin, ohjeisiin, kehittämissohjelmiin, hankkeisiin ym.)
2. Millaisena haluaisit nähdä vastaanoton toiminnan **sääntöjen** näkökulmasta tulevaisuudessa (visio)?

### TEHTÄVÄNANTO

1. Mieti vastaanoton toiminnan muutostarpeita **toimintaympäristön** näkökulmasta käsin? (esim. liittyen palvelujen saatavuuteen, asiakaslähtöisyyteen, kustannustehokkuuteen, verkostoitumiseen, palvelujenprosessien kuvaamiseen, hoidon vaikutusten arviointiin, työnjakomalleihin varautumiseen ym.)
2. Millaisena haluaisit nähdä vastaanoton toiminnan **toimintaympäristön** näkökulmasta tulevaisuudessa (visio)?

### TEHTÄVÄNANTO

1. Mieti vastaanoton toiminnan muutostarpeita **työnjaon** näkökulmasta käsin? (esim. liittyen muutokseen työnkuvassa, tulevaisuuden hoitajavastaanottoihin, työparityöhön, tiimityöhön, osaamisen tukemiseen työnjakoa uudistettaessa, terveyshyötymallin käyttöönottoon ym.)
2. Millaisena haluaisit nähdä vastaanoton toiminnan **työnjaon** näkökulmasta tulevaisuudessa (visio)?

### TEHTÄVÄNANTO

1. Mieti vastaanoton toiminnan muutostarpeita **työkalujen** näkökulmasta käsin? (esim. liittyen telelääketieteen ja teknologian kehittymiseen, potilastietojärjestelmien yhtenäistämiseen, terveys- ja hoitosuunnitelmiin, hoitosuosituksiin, yhteisiin pelisääntöihin ym.)
2. Millaisena haluaisit nähdä vastaanoton toiminnan **työkalujen** näkökulmasta tulevaisuudessa (visio)?

## Liite 6. Posterit toimintamallista

