
TEHTÄVÄSIIRROT **LÄÄKÄREILTÄ**
SAIRAANHOITAJILLE – hoitajien kokemana

”On ne siirtyny joo lääkärit teki ne ennen”



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

Visamäki 28.4.2016

Päivi Martinson



VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, ylempi AMK

Tekijä	Päivi Martinson	Vuosi 2016
Työn nimi	Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille – hoitajien kokemana	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän perusterveydenhuollon lääkäreiltä sairaanhoitajille siirtyneitä tehtäväsiirtoja. Tavoitteena oli selvittää, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla näistä tehtäväsiirroista on ja minkälaista koulutusta sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa tehtäväsiirtojen osalta sekä mitä koulutusta he ovat jo saaneet? Opinnäytetyön tavoitteena on haastatteluista saadun tiedon sekä teoreettisen jo tutkitun tiedon avulla saada selvyys tehtäväsiirtojen vaikutuksesta sekä tarvittavasta koulutuksesta sairaanhoitajien työn tueksi.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen ja aineisto kerättiin ryhmähaastattelulla. Kohderyhmänä oli erään kuntayhtymän perusterveydenhuollon hoitajavastaanottotyötä tekevät sairaanhoitajat. Aineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajien työ oli mielekästä, siihen vaikutti suurelta osin monipuoliset työtehtävät, itsenäinen päätöksen teko sekä hyvä yhteistyö lääkäreiden kanssa. Sairaanhoitajat pitivät työstään ja olivat motivoituneita siihen. Lisäkoulutusta kuitenkin toivottiin jo siirtyneihin tehtäviin sekä tuleviin työnjaon muutoksiin. Lisäksi sairaanhoitajien toiveena oli saada yhtenäiset toimintaohjeet eri toimipisteiden välille sekä kliinisiin tutkimuksiin että tulosten tulkintaan. Sairaanhoitajat ymmärsivät että tehtäväsiirrot olivat tarpeellisia, mutta toivoivat, että tämä huomioitaisiin myös henkilöstöresursseissa ja palkkauksessa.

Tutkittavilla oli selkeitä mielipiteitä tehtäväsiirroista sekä koulutuksen tarpeesta. Tutkimustulosten pohjalta voidaankin nähdä ne pääkohdat, jotka vaikuttavat sairaanhoitajien päivittäiseen työskentelyyn. Sairaanhoitajat toivat esille selkeitä koulutustarpeita, joita voidaan jatkossa käyttää hyväksi niin suunniteltaessa tulevia koulutuksia kuin työstäessä yhteisiä toimintamalleja.

Avainsanat Työnjako, tehtäväsiirto, koulutus

Sivut 52 s. + liitteet 10 s.

VISAMÄKI

Social and health care development and management, Master's degree

Author

Päivi Martinson

Year 2016

Subject of Master's thesis

Duty transfer doctor to nurse – at nurse's side of view

ABSTRACT

Meaning of this thesis is to find out using information by Welfare District of Forssa primary health care doctor to nurse transferred duties. Thesis aim was to find out what are the experiences at nurses and also find out what kind of education they feel to be needed and already have regarding these duty transfers. Aspiration at this thesis is to find out effect's and education needs to support nurse's work, using information reclaimed by interviews and theoretic information that already exists.

This thesis is qualitative and material was gathered interviewing nurses at group. Focus group were advanced practice working nurses. Material was analyzed by inductive content analysis technic.

Research result tells that nurses think they're job was meaningful because job is mostly diverse, independent and cooperative with doctor's. Nurse's liked their job and was motivated. They although wanted further education including duty transfers than they already have and also coming advanced role changes. Moreover nurses wished connected procedure between the different offices when doing clinic examination and interpretation of results. They understood importance of duty transfers but wanted that to be noticed at personal resources and hiring.

Everyone had distinct opinions about duty transfer's and need of education. By these research results it's obvious to see the main points that affect nurses daily grind. They express the apparent education needs which can be very useful in the future plans including the education and operating models at work.

Keywords Advanced roles, duty transfer, education

Pages 52 p. + appendices 10 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TUTKIMUKSEN TAUSTAA.....	3
3	TYÖNJAON KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHTIA	3
3.1.	Työnjaon kehittämistä kuvaavia käsitteitä	5
3.1.1.	Työnjako.....	6
3.1.2.	Laajennettu tehtäväkuva	7
3.1.3.	Tehtäväsiirto	7
3.2.	Työnjaon kehittämistä ohjaava lainsäädäntö.....	8
3.3.	Terveydenhuollon koulutusta ohjaava lainsäädäntö	9
3.4.	Työnjakoa koskevia tutkimuksia, hankkeita ja selvityksiä	10
4	TYÖNJAKOON LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ.....	11
4.1.	Ammatillinen koulutus ja kehittyminen	11
4.1.1.	Koulutus	12
4.1.2.	Ammatillisuus.....	12
4.2.	Työmotivaatio	13
4.3.	Henkilöstöressurssien riittävyys	14
4.4.	Ammatillinen vastuu ja oikeudet.....	15
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT ..	15
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	16
6.1.	Aineiston keruumenetelmä.....	16
6.2.	Kohderyhmä	16
6.3.	Aineiston analyysi	17
6.3.1.	Sisällönanalyysi	17
6.3.2.	Sisällönanalyysin eteneminen	18
7	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	19
7.1.	Lääkäreiltä sairaanhoitajille siirtyneitä tehtäviä.....	20
7.1.1.	Potilaan tutkiminen.....	20
7.1.2.	Hoidolliset toimenpiteet ja niiden suunnittelu.....	22
7.1.3.	Potilaan ohjaus.....	23
7.1.4.	Kirjallisten töiden valmistelu	23
7.2.	Tehtäväsiirtojen vaikutus sairaanhoitajan työhön	24
7.2.1.	Motivaatio työhön	24
7.2.2.	Asiantunteva yhteistyö	26
7.2.3.	Suunniteltu ja ohjeistettu tehtävien jako.....	29
7.3.	Sairaanhoitajien tehtäväsiirtoihin kokema koulutuksen tarve.....	31
7.3.1.	Potilaan hoito ja hoidon suunnittelu	31

7.3.2. Tietotekninen koulutus	31
7.3.3. Potilaan ohjaus ja neuvonta	32
7.4. Toteutunut tehtäväsiirtoihin liittyvä koulutus työyhteisön toimesta	32
8 TULOSTEN TARKASTELU	33
8.1. Toteutuneet tehtäväsiirrot	33
8.2. Tehtäväsiirtojen vaikutus sairaanhoitajan työhön	34
8.2.1. Motivaatio työhön	34
8.2.2. Asiantunteva yhteistyö	36
8.2.3. Suunniteltu ja ohjeistettu tehtävien jako	37
8.3. Sairaanhoitajien tehtäväsiirtoihin kokema koulutuksen tarve	38
9 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	40
10 POHDINTA	40
10.1. Lääkäreiltä sairaanhoitajille siirtyneitä tehtäviä	41
10.2. Tehtäväsiirtojen vaikutus sairaanhoitajan työhön	43
10.3. Sairaanhoitajien tehtäväsiirtoihin kokema koulutuksen tarve	45
LÄHTEET	47

Liite 1	Ennakkokysely
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Suostumuskaavake
Liite 4	Teemahaastattelun runko
Liite 5	Taustamuuttujakysymykset
Liite 6	Tutkimuslupa
Liite 7	Analysointi luokat

1 JOHDANTO

Jo vuonna 2002 Valtioneuvoston tekemän periaatepäätöksen toimeenpanoa varten käynnistettiin Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Yhdessä projektin osahankkeessa kehitettiin terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa. Tuloksien perusteella eniten tehtäviä siirrettiin lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Työnjaon kehittäminen liittyi yleisesti sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien vastaanottotyöhön perusterveydenhuollon osalta. Laajennetut tehtäväkuvat liittyivät hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon ja hoitoon ohjaamiseen hoitajavastaanoitoilla ja puhelinneuvonnassa. Yhdeksässä pilotissa ehdotettiin että työnjaon uudistamista varten kehitettäisiin valtakunnalliset linjaukset ja seitsemässä pilotissa tehtiin ehdotuksia jopa lainsäädännön muutostarpeisiin. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki, 2005,3.)

Työnajolliset asiat puhuttavat edelleen ja Sote-uudistukset tuovat mukaan näitä kysymyksiä mm. kustannustehokkaan ajattelun pohjalta. Uutena juuri julkaistuna on Suomen sairaanhoitajaliiton julkaisema raportti 11.4.2016 joka määrittelee laajavastuuisen hoitotyön työnkuvat. Tämä raportti tarkentaa osittain juuri STM:n toivomaa työnjakoon liittyvien käsitteiden epäselvyyttä ja tarkentaa tehtäväkuvia, koulutusta, sääntelyä ja ammattipätevyysvaatimuksia. Paineet työnjaon kehittämiseksi ovat kovat, jo nyt kuitenkin on nähtävissä, että järkevä työnjako esimerkiksi sairaanhoitajien ja lääkäreiden välillä lyhentää hoitojonoja ja vähentää kustannuksia sekä lisää työn mielekkyyttä. (Kotila, Axelin, Fagerström, Flinkman, Heikkinen, Jokiniemi, Korhonen, Meretoja & Suutarla 2014, 3-4.)

Viime vuosina kuntayhtymässämme on myös pikku hiljaa siirretty lääkäreiltä tehtäviä sairaanhoitajille varsinkin toimipisteissä joissa lääkäripula on ollut ongelmana. Yleensä siirtoja on tehty, aivan kuten valtakunnallisestikin, työnjoustavuuden turvaamiseksi ja lääkäripulaan vetoamalla. Joiltain osin on puhuttu väliaikaisesta – ”siihen asti kun lääkäreitä saadaan lisää” -ilmiöstä, vaikka lääkäritilanteen parantuessa ei tehtäviä ole palautettu ennalleen.

Toki on selvää, että koulutuksen parantuessa ja kokemuksen lisääntyessä on sairaanhoitajien työn mielekkyyden kannalta myös tarpeen lisätä tehtäviä ja vastuualueita. Usein kuitenkin koulutusta tarvitaan lisää, jotta sairaanhoitajilla olisi valmiudet ottaa vastuuta tekemistään päätöksistä. Samoin myös tehtävien vaatimustason kasvaessa tulisi huomioida palkitseminen koulutuksen ja kokemuksen tuomasta ammattitaidon lisästä. Se minkälaisia tehtäviä on siirretty ja minkälaista koulutusta tehtäviin on toivottu ja saatu, vaikuttaa suuresti tehtäväsiirroista saatuun hyötyyn.

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli selvittää Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän perusterveydenhuollon lääkäreiltä hoitajille siirtyneitä tehtäväsiirtoja. Tavoitteena oli selvittää, minkälaisia

kokemuksia sairaanhoitajille oli näistä tehtäväsiirroista ja mitä koulutusta sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa ja mitä olivat jo saaneet tehtäväsiirtojen osalta? Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen eli laadullinen ja se toteutettiin ryhmähaastatteluna teemahaastattelurungon mukaisesti. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Toivon että työni toisi selkeyttä työnjaossa käytettyihin käsitteisiin ja tätä kautta selkeytyisi se, kuinka tehtäväsiirrot ovat vaikuttaneet sairaanhoitajien päivittäiseen työskentelyyn ja toimintaan vastaanotoilla.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA

Tutkimuksen kohdeorganisaatio on viiden lähikunnan muodostama hyvinvointikuntayhtymä, jonka tehtävänä on järjestää jäsenkuntien kansanterveystyön, ympäristöterveydenhuollon, eläinlääkintähuollon, sosiaalihuollon ja päihdeongelmaisten hoidon palvelut sekä erikoissairaanhoidon palvelut. Lisäksi kuntayhtymä hankkii muut tarvittavat erikoissairaanhoidon palvelut.

Toimintaympäristönä on hyvinvointikuntayhtymä, jonka alueella on pääterveysasema, jossa lääkärienvastaanotot on jaettuna kolmeen ryhmään asiakkaiden asuinalueen mukaan. Lisäksi on laboratorio-, neuvola- ja hammashuollon palvelut samassa toimipisteessä. Neljässä lähikunnassa on jokaisessa oma terveysasema, näissä toimii lääkärienvastaanotto, neuvolapalvelut ja hammashuollon palvelut, lähipalveluina. Lisäksi kullakin terveysasemalla on laboratorionäytteenotto 1-3päivänä viikossa. Lääkärien vastaanotoilla on omalääkärijärjestelmä ja toiminnan terveysasemilla voidaan katsoa noudattavan tiimityömallia. Sairaanhoitajilla on omavastaanotot kaikilla terveysasemilla. Näiden toiminta sisältää vastaanottotoimintaa, puhelinpalvelua, potilaan ohjausta ja lääkäreiden avustusta. Pitkäaikaissairauksien seuranta ja ohjaus kuuluu terveydenhoitajille. Hyvinvointikuntayhtymään kuuluva sairaala hoitaa erikoissairaanhoidon palvelujen lisäksi laboratoriopalveluita sekä radiologian palveluita.

Kuntayhtymässämme on jo jonkin aikaa kehitelty hoitajavastaanottotoimintaa, työnjakoa on muutettu pikku hiljaa. Ensimmäiset muutokset tehtiin lääkäripulan ollessa pahimmillaan ja myöhemmin sen vuoksi että koettiin olevan toiminnan kannalta järkevää siirtää potilaan ohjauksia ja infektiosairauksien hoitoa hoitajille. Tämän jälkeen hoitajat ovatkin osallistuneet enenevässä määrin, päivystysluontoisten sairauksien hoitoon.

Lisäksi on viime aikoina keskusteltu paljon työn kehittämisestä ja työnjaollisista toimenpiteistä, kuten myös siitä onko kyseessä tehtäväsiirrot, laajennettu työnkuva vai oman ammattitaidon kehittäminen? Lisäksi on ollut keskustelua juuri lääkäriltä sairaanhoitajille siirrettävistä tehtävistä. On myös lähdetty kokeilemaan hoidontarpeen arviointia lisäämällä sairaanhoitajien puhelinaikaa aamuille ajanvarauspuheluiden vastaanottoa varten. Osassa toimipisteitä hoidontarpeen arviointia on tehty jo jonkin aikaa.

3 TYÖNJAON KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHTIA

Työnjako terveydenhuollossa on ajankohtaista niin meillä Suomessa kuin kansainvälisestikin. Sairaanhoitajien tehtävänkuvia muuttamalla ja laajentamalla pyritään vaikuttamaan kustannusten hillitsemiseen, hoitoon pääsyn parantamiseen ja lääkäripulaan. (Laitinen-Pesola 2011, 143;

Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005,40; Lindström 2003, 31- 32.) THL:n aloitteen perusterveydenhuollon vahvistamiseksi mukaan myös vastaanottoaikojen kohtuuttomien odotusaikojen lyhentämiseksi tarvitaan uusia työnjakomalleja. Näissä malleissa ohjataan tehtäviä lääkäreiltä hoitajille, mutta myös erikoissairaanhoidon tehtäviä perusterveydenhuollon puolelle. Palveluille ehdotetaan vahvoja järjestäjiä, jotta pirstaleisuus ja pienet toimintayksiköt palvelujen järjestäjien kohdalla vähenisivät. Tätä ajattelumallia, jossa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalipalvelut toimisivat yhtenäisinä kokonaisuuksina, käynnissä oleva palvelurakennemuutos keskeisesti tavoittelee. Tavoitteena siis ohjata toiminta eri ammattiryhmien osaamisen/ammattitaidon mukaan oikein. (Erhola, Jonsson, Pekurinen & Teperi, 2013, 47 - 48.)

Työnjakoon vaikuttaa myös sairaanhoitajien lisääntynyt asiantuntijuus. Monissa eri tutkimuksissa on todettu, että hyvin koulutetut sairaanhoitajat tuottavat perusterveydenhuollossa yhtä korkealaatuista hoitoa kuin lääkärit. (Laitinen-Pesola 2011, 143; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 57; Helle-Kuusjoki 2005.)

Työnjaon vaikutuksista hoitoon käy tutkimuksissa ilmi, että asianmukaisen koulutuksen saaneiden sairaanhoitajien antaman hoidon laatu oli lääkäreihin verrattuna yhtä korkeatasoista. Lisäksi sairaanhoitajalta saadut terveystalvet olivat turvallisia ja potilaiden hyväksymiä. Potilaiden mukaan hoitajat lisäksi ohjasivat ja neuvoivat heitä enemmän kuin lääkärit, potilaat olivat jopa tyytyväisempiä sairaanhoitajien vastaanotto toimintaan. (Peltonen 2009.) Lääkärien päivystysvastaanottokäyntien todettiin myös vähentyneen hoitajavastaanottojen seurauksena. Lisäksi henkilöstön ja potilaiden kokemukset työnjaon muutoksista olivat pääosin myönteisiä. (STM – selvityksiä, 2006:13, 22.)

Lindströmin (2003, 15 - 16) ja Kuosmasen (2012) mukaan terveydenhuollon eri ammattiryhmien tehtäväsiirrot koskevat yleisimmin lääkäreiltä hoitajille siirteviä tehtäviä. Perusterveydenhuollossa yleisimmin nämä työnjaon kehittämiset liittyivät sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan itsenäiseen vastaanotto toimintaan. Myös erilaiset asiantuntijasairaanhoitaja -toimenkuvat ovat lisääntyneet. Hoitajavastaanotto toiminta on Kuosmasen (2012) mukaan antanut terveyskeskuslääkäreille mahdollisuuden kohdentaa lääkärin resursseja ammatillisesti vaativimpiin tehtäviin. Lisäksi lääkärit ilmoittivat lääkäri ja hoitaja työparityöskentelyn työnjaollisesti myönteiseksi muutokseksi.

Myös sairaanhoitajilta, Laitinen-Pesolan (2011, 143 - 144) ja Vesterisen (2009, 49) mukaan tulisi siirtää tehtäviä muille henkilöstöryhmille. Ei ole järkevää käyttää sairaanhoitajien työaikaa tehtäviin, joita pystyvät myös avustavat ammattiryhmät tekemään. Tuloksellisuuden perustana onkin oikean ammattitaidon yhdistäminen oikeaan työnkuvaan. Lisäksi koulutettua henkilökuntaa tulisi olla riittävästi, jotta voidaan taata korkeatasoinen palvelu. Henkilömitoitusta mietittäessä tulee huomioida henkilöstön hyödynnettävyys tasapuolisesti. Gibbs, McCaughan &

Griffithsin (2006, 242) mukaankin sairaanhoitajien ammattitaito, hoitajien riittävyys ja uudet terveystalvelujen vaatimukset edellyttävät kustannustehokkaampaa resurssien käyttöä.

Kuten kaikki terveydenhuollon toiminta myös sairaanhoitajien tehtäväkuvat muuttuvat tulevaisuudessa juuri edellä mainittujen tarpeiden vuoksi. Ja lähitulevaisuudessa entistä enemmän lisätään yhteistyötä terveydenhuollossa eri ammattiryhmien välillä. Tällä hetkellä keskustelun aiheena on mm. Advanced Practice Nursing (APN) – käsite joka on käännetty suomeksi termille laajavastuinen hoitotyö.

Suomen sairaanhoitajaliiton hallitus asetti keväällä 2013 asiantuntijatyöryhmän tehtäväksi sen, mitä tämä kansainvälinen, Yhdysvalloista 60-luvulla liikkeelle lähtenyt käsite tarkoittaa Suomessa. Lisäksi työryhmän tuli kuvata millaisissa tehtävissä ja millaisilla nimikkeillä APN-hoitajat maassamme toimisivat. Sairaanhoitajaliitto isännöi syksyllä 2014 Kansainvälisen sairaanhoitajaliiton (ICN) APN-verkoston konferenssia ja tällöin em. työryhmä toteutti kyselyn konferenssiin osallistuneille suomalaisille. Vastaajien mukaan niin APN terminologia kuin työnkuvat tarvitsevat selkeyttämistä. Vastaajat toivoivat lisäksi maahamme selkeitä nimikkeitä (NP) Nurse Practitioner ja (CNS) Clinical Nurse Specialist – nimikkeille. Työryhmä on 11.4.16 julkaisussa raportissaan mm. selventänyt edellä mainittuja termejä niiden sisältämiä tehtäviä ja tarvittavaa koulutusta sekä lisäksi suunnitellut käytännön toteutuksen vaiheet ja luonut suositukset sairaanhoitajien uudenlaisten työnkuvien kehittämiseksi. (Kotila, ym., 2014, 3-4.)

3.1. Työnjaon kehittämistä kuvaavia käsitteitä

Työnjaon kehittämisessä on aina kyse koko työyhteisön toiminnan kehittämisestä. Siinä toiminta ja tehtävät järjestetään uudelleen hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien osaamisen mukaan. Sairaanhoitajan tehtäväkuvia uudistetaan vakiinnuttamalla lääkärin ja sairaanhoitajan työnjaon kehittämiseen perustuvaa toimintaan hoitajavastaanotoin. Sairaanhoitajien vastaanottotoiminnan kehittämistä on tuettu ja tuetaan erilaisilla kansallisilla ohjelmilla. Kliinisen asiantuntijuuden vahvistamiselle on yhteiskunnallinen tilaus kaikissa hoitotyössä toimivissa ammattiryhmissä. Perusedellytyksenä tälle tilaukselle on myös siihen suuntaavien opintojen lisääminen ja kehittäminen jo perustutkintoon johtavassa koulutuksessa, mutta myös sen jälkeisessä koulutuksessa. (Vallimies-Patomäki, 2010, 130 -138.)

Julkaistuissa kotimaisissa tutkimuksissa on työn kehittämistä kuvattu käsittein työnjako, laajennettu tehtäväkuva ja tehtäväsiirto. Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen (2009,16) käyttävät julkaisussaan kaikkia näitä käsitteitä tasavertaisina. Kun taas Kuosmanen (2012) ja Hukkanen ja Vallimies-Patomäen (2005, 12 - 13) mukaan työnjako toimii yläkäsitteenä ja laajennettu tehtäväkuva ja tehtäväsiirto tämän alakäsitteinä. Heidän selvityksensä mukaan työnjako – käsitteen alle kuuluvat lisäksi tehtävien delegointi, uudet tehtäväkuvat ja tehtävien täydentäminen, näitä käsitteitä ei tässä työssä käsitellä enempää. Käsitteet työnjako, laajennettu

tehtäväkuva ja tehtäväsiirto ovat edellä mainitut tutkijat suomentaneet mm. englantilaisten Buchan & Calman (2004) sekä Sibbald (2004) tutkimuksista.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen mukaan työnjakoon liittyvät käsitteet voivat usein samoissakin yhteyksissä tarkoittaa eriasioita ja näin aiheuttaa epäselvyyttä. Käsitteiden määrittelyä tulisikin selventää ja sisältöä tarkentaa. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13.) Tässä tutkimuksessa tutkija käsittelee työnjako, laajennettu tehtäväkuva ja tehtäväsiirto – käsitteitä.

3.1.1. Työnjako

Työnjaolla tarkoitetaan koko työyhteisön kehittämistä niin että tehtävät jaetaan toimintaan tarkoituksenmukaisella tavalla. Työjakoa voidaan muuttaa saman ammattiryhmän kesken, mutta myös eri ammattiryhmien välillä. Sitä voidaan toteuttaa tehtäviä laajentamalla, syventämällä, delegoimalla ja luomalla uusia tehtäviä. (Buchan & Calman 2004,4; Haapa-aho ym. 2009,16; Peltonen 2009; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13.) Työnjako onkin moniammatillista yhteistyötä, jossa työskennellään asiakas- ja potilaslähtöisesti, tietoja ja taitoja yhdistellen pyrkien tasa-arvoiseen päätöksentekoon. Tiimijattelu kuvastaa hyvin työjakoa. (Peltonen 2009, 42.)

Lääkärin ja hoitajien työnjakoon liittyviä asioita on kovin vaikea määritellä yksiselitteisesti. Siihen vaikuttavat toimintaympäristö, se mitä työtä tehdään ja mikä on työn kohde mutta myös henkilöstön osaamisen taso. Työnjaon uudistaminen edellyttää riittävää työkokemusta mutta myös koulutusta. Myös hoitosuositusten ja erilaisten alueellisten toimintaohjelmien käyttöä suositaan. (Peltonen, Vehviläinen-Julkunen, Pietilä & Elonheimo 2010, 65.)

Vastaanottotoiminnassa voidaan miettiä työnjakoa myös työparityöskentelynä tai tiimityönä hoitajan ja lääkärin välillä. Työparityöskentelyssä lääkäri ja hoitaja työskentelevät jatkuvasti kiinteästi yhteisessä työtilassa ja vastaavat tietystä väestöalueesta. Tässä toimintatavassa asiakas ottaa yhteyttä yleensä aina omaan nimettyyn hoitajaan. Omahoitaja arvioi hoidon tarpeen ja ohjaa asiakkaan joko omalle vastaanotolle tai lääkärille. Lisäksi omahoitaja ja asiakas hoitavat puhelimitse muita hoitoon tai hoidon seurantaan liittyviä asioita. Tiimityössä vastaanottotoiminnassa työskentelee valittu ryhmä henkilöitä kiinteästi yhdessä. Ryhmään kuuluu yleensä lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja sekä terveyskeskusavustaja jotka yhdessä suorittavat heille nimettyjä erilaisia tehtäviä ja vastuita. Tässä mallissa lääkäri työskentelee useamman hoitajan kanssa yhteistyössä samoin kuin asiakaskin. (Peltonen ym, 2010, 66; Koivukoski & Palomäki 2009,15.) Kansainvälisessä kirjallisuudessa Buchan & Calman (2004) kuvaavat työnjakoa; taitojen, osaamisen, työntekijöiden ja tehtäväkuvien yhdistämistä sanoin skill-mix, advanced roles ja role changes.

3.1.2. Laajennettu tehtäväkuva

Laajennettu tehtäväkuva on suppeampaa ja kertoo tietyn ammattiryhmän tehtäväkuvan laajentamisesta, uudistamisesta sekä osaamisen kehittamisestä (Buchan & Calman 2004, 4; Haapa-aho ym. 2009, 16; Peltonen 2009; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 13). Tämän toimenkuvan edellyttämät tehtävät eivät sisälly peruskoulutukseen ja näin ollen edellyttävät lisä- tai täydennyskoulutusta. Koska myös itsenäinen vastuu lisääntyy, pitäisi nämä tehtävät huomioida myös palkkauksessa tehtäväkohtaisen palkan päälle. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 16; Kärkkäinen, Tuominen, Seppälä & Karvonen 2003, 1460.) Tehtäväkuvan laajentaminen edellyttää myös sairaanhoitajilta riittävän pitkää työkokemusta, yhteisesti laadittuja hoitosuosituksia ja paikallisia toimintaohjeita sekä jatkuvaa lääkärin konsultointi mahdollisuutta (STM 2003:18, 26).

Advanced practice nurse, nurse specialist, nurse practitioner ja nurse-led clinics ovat kansainvälisessä kirjallisuudessa käytettäviä termejä tehtävän kuvan laajentamisesta (Buchan & Calman 2004). Näitä em. käsitteitä on sairaanhoitajaliiton asiantuntijatyöryhmässä parin viime vuoden ajan selvitelty. Käsitteiden suomennot on nyt juuri 11.4.2016 saatu valmiiksi.

(APN) Advanced Practice Nurse, on laajavastuuisen hoitotyön asiantuntija. Tämän hoitajan tulee olla rekisteröity sairaanhoitaja joka pystyy vaativaan itsenäiseen päätöksentekoon ja omaa maisteritasoiset tiedot ja taidot sekä pätevyyden toimia terveydenhuollon vaativissa työtehtävissä. (CNS) Clinical Nurse Specialist, joka on kliinisen hoitotyön eli potilaan hoitoon kuuluvan työn asiantuntija. Hänen toimintansa pohjana kulkee näyttöön perustuvan hoitotyön kehittäminen ja juurruttaminen. (NP) Nurse Practitioner, taas on asiantuntija sairaanhoitaja, ja hänellä on lääketieteellistä osaamista, joka laajentaa hänen työnkuvaansa hoitotyössä. Asiantuntija sairaanhoitajat voivat useissa maissa itsenäisesti diagnosoida, tutkia potilaan sekä hoitaa heitä. (Kotila ym. 2016, 7-9.)

3.1.3. Tehtäväsiirto

Tehtäväsiirroista puhuttaessa tarkoitetaan aikaisemmin tietylle ammattiryhmälle kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä jonkin toisen ammattiryhmän tehtäviin (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005,13). Tämä tehtävä sisältyy osin peruskoulutukseen, mutta osa työnkuvasta muuttuu. Pääosin tämä siis tarkoittaa jonkun muun hoitohenkilöstön tehtävien siirtämistä jonkun toisen ammattiryhmän edustajalle. Myös tämä tulisi huomioida palkassa tehtäväkohtaisen palkan lisäksi. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 16.)

Tyypillisimpiä esimerkkejä tehtäväsiirroista ovat hoidon tarpeen arviointi ja hoito sairaanhoitajan vastaanotolla, kun kyseessä on äkilliset lievät terveysongelmat sekä pitkäaikaispotilaan seuranta ja potilasohjaus sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan seurantavastaanotolla (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3). Kansainvälisessä kirjallisuudessa Buchan &

Calman (2004) kuvaavat tehtäväsiirtoa sanalla substitution (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 12 - 13).

Suomessa tehtäväsiirrot tehdään yleensä lääkäreiden ja sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien välillä tavoitellen parempaa työn joustavuutta. Tehtäväsiirrot tarkoittavat siis sekä tehtävien, että potilaan hoitovastuun siirtymistä toisille ammattiryhmille. Näin pyritään samaan hoitoa sujuvammaksi ja samalla myös ammattitaitoa käytetään tarkoituksenmukaisemmin, toisin sanoen saatu koulutus hyödynnetään kokonaisuudessaan. Tehtäväsiirtoja tehtäessä tulee huomioida myös konsultoinnin ja lisäkoulutuksen mahdollisuudet. (Lindström 2003, 15 - 16.)

Lowe, Plummer, O'Brien & Boyd, (2012, 679) tuovat esiin selkeyttämisen tarpeen erilaisten hoitotyönroolien välille, jotta pystytään hyödyntämään tehokkaasti terveyspalveluja. Tulee myös huomioida, että eri ammattiryhmät täydentävät toisiaan ja toimivat moniammatillisesti yhteistyössä. Nykylainsäädännön mukaan tehtäväsiirroista tulisi myös sopia työntekijöiden kanssa yhteisymmärryksessä (Häkkinen 2005, 10 - 11).

3.2. Työnjaon kehittämistä ohjaava lainsäädäntö

Työnjaon kehittämisen kohdalla, tehdään se sitten tehtäväsiirtoina tai laajentamalla tehtäväkuvia, tulee kaiken pohjalla olla lait ja asetukset jotka ohjaavat kaikkea terveydenhuollon toimintaa. Suomessa Perustuslaki (731/1999§19) on pohjana toiminnan yhdenvertaisuudelle, velvoittamalla julkisen vallan turvaamaan jokaiselle kansalaiselle riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä edistämään väestön terveyttä. Kansanterveyslaissa (1972/66) on määritelmä, jossa kuvataan kansanterveystyö yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaksi terveyden edistämiseksi, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyksi ja yksilön sairaanhoidoksi.

Työnjaon muospaineita osaltaan lisäsi myös niin sanottu hoitotakuulaki, tämän 2004 tulleen Kansanterveyslain muutoksen 15b§ mukaan terveyskeskusten tulee järjestää toimintansa niin, että potilas voi saada arkipäivinä virka-aikana yhteyden välittömästi terveyskeskukseen. Tällöin nousi suureen arvoon myös hoidon tarpeen arviointi, joka pykälän mukaan on tehtävä viimeistään 3 päivän kuluttua ensimmäisestä yhteydenotosta. Kiireelliseen hoitoon on kuitenkin päästävä välittömästi. Hoidon tarpeen arvioon voi tehdä terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on asianmukainen koulutus, kokemus sekä yhteys hoitoa antavaan työyksikköön. Arviointi voidaan tehdä joko vastaanottokäynnin yhteydessä tai puhelimesta potilaan antamien esitietojen perusteella. (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004; Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta 856/2004; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta 857/2004; Valtioneuvoston asetus 1019/2004; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004.)

Myös laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 559/1994 määrittää työnjaollisia toimia. Lain mukaan lääkärin vastuulla on potilaan tutkimuksesta ja hoidosta päättäminen. Uudistetun työnjaon kannalta vuonna 2010 tuli kyseiseen lakiin lisäys joka antaa hoitohenkilökunnalle laajennetut oikeudet potilaan hoitoon ja tutkimiseen. Esimerkiksi potilaan oireenmukaisen hoidon voi aloittaa luvan saanut tai laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, koulutuksensa, kokemuksensa ja tehtäväkuvansa sekä tekemänsä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. (L 559/1994:23a§.)

Toisena merkittävänä muutoksena kyseiseen lakiin tuli terveydenhuollon ammattihenkilön rajattu lääkkeenmääräämisoikeus (L559/1994:23b§) joka antaa riittävän kokemuksen omaavan sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön, jolla on valtioneuvoston asetuksella säädetty lisäkoulutus, rajatusti määrätä apteekista lääkkeitä tietyin ehdoin. Lisäksi sairaanhoitajan määräaikainen lääkkeenmäärääminen on määritelty laissa koskien terveydenhuollon ammattihenkilöä (L559/1994:23c§). Sen mukaan sairaanhoitaja voidaan oikeuttaa määräämään apteekista tartuntataudin ehkäisyyn ja hoitoon käytettävää, tiettyä lääkettä, kun kyseessä on laajalle levinnyt tartuntatauti.

Laki (559/1994:24§) määrittelee myös terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevan valvonnan. Valvonta tapahtuu Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston eli Valviran toimesta. Valvira myöntää myös oikeuden harjoittaa terveydenhuollon ammattia sekä ylläpitää terveydenhuollon ammattihenkilörekisteriä Terhikkiä.

3.3. Terveydenhuollon koulutusta ohjaava lainsäädäntö

Tällä hetkellä ei ole sairaanhoitajille laajennettuja tehtäväkuvia varten valtakunnallisia yhtenäisiä lisäkoulutusohjelmia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on kuitenkin tehnyt ehdotukset ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman ja sen jälkeisen koulutuksen sekä hoitotyön opettajan klinisen osaamisen kehittämisestä. (STM 2012: 7.) Lain velvoitteen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä on kuitenkin velvollisuus ylläpitää sekä kehittää omaa ammatillista osaamistaan (L 559/1994:18§).

Ammattikorkeakoululaissa (351/2003, 17§), ammattikorkeakouluille annetun koulutustehtävän rajoissa, määrätään ammattikorkeakouluissa annettavaksi korkeakoulututkintoon johtavaa opetusta, ammatillisia erikoistutkimusopintoja, muuta aikuiskoulutusta, sekä avointa ammattikorkeakouluopetusta. Ammattikorkeakouluissa voidaan suorittaa ammattikorkeakoulu- ja ylempiä ammattikorkeakoulututkintoja. Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneille tuli myös mahdollisuus työelämässä suoritetun kokemuksen jälkeen syventää ammatillista osaamistaan jatkamalla opintoja ylempään ammattikorkeakouluun. (Laki ammattikorkeakoululain muuttamisesta 411/2005, 18§.)

Ammatilliset erikoistumisopinnot pohjautuvat myös laajoihin täydennyskoulutusohjelmiin ammattikorkeakouluissa, mutta eivät johda

tutkintoon (Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista annettun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta 423/2005,12§). Aiemman opistoasteen koulutuksen saaneilla on mahdollisuus suorittaa näitä erikoistumisopintoja, mutta ylempään korkeakoulututkintoon opiskelijaksi voidaan ottaa vain ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut ja vähintään 3 vuotta työkokemusta kyseisellä alalla omaava opiskelijaksi. (Asetus korkeakoulututkintojen järjestämisestä 464/1998, 12§.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003) sekä Kansanterveyslakiin (66/1972) ja erikoissairaanhoitolakiin (1062/1989) lisätyt säädökset tuli voimaan 1.1.2004. Näillä tarkennettiin terveydenhuollon työnantajan ja työntekijän velvoitteita liittyen täydennyskoulutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi myös suositukset täydennyskoulutuksen suunnittelua, toteutusta, seuranta ja arviointia koskien. Näitä suosituksia sovelletaan myös laajennettujen tehtäväkuvien osaamisen arviointiin ja kehittämiseen. (STM 2004:3.)

3.4. Työnjakoa koskevia tutkimuksia, hankkeita ja selvityksiä

Työnjaon kehittäminen alkoi Suomessa 2000-luvun alussa. Valtioneuvosto teki tällöin periaatepäätöksen kansallisenprojektin käynnistämiseksi terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Tämän hankkeen yhtenä osahankkeena oli eri henkilöstöryhmien keskinäisen työnjaon kehittäminen. Tässä hankkeessa oli mukana useita työjakopilotteja joista koottiin tulokset vuonna 2005. Tuloksien mukaan eniten tehtäviä siirrettiin lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Tehtäväsiirrot kohdistuivat lähinnä hoidon tarpeen arviointiin, äkillisesti sairastuneen hoitoon ohjaamiseen ja pitkäaikaissairauksien seurantaan. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 3-4.) Valtioneuvosto käynnisti myös vuonna 2005 PARAS-hankkeen kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseksi. Tällä tavoiteltiin yhdenvertaisten laadukkaiden terveyspalvelujen saatavuutta koko maahan. Samanlainen saatavuuden tavoittelu jatkuu myös sote-palveluiden uudistamisen osalta. Laadukkaiden yhdenvertaisten palveluiden katsotaan olevan yksi ratkaisu sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmiin. (Sosiaalibarometri 2005.)

Tärkeä sosiaali- ja terveysalan kehittämistä ohjaava ohjelma oli STM:n kansallinen Kaste-ohjelma, se käynnistettiin vuonna 2008 ja kesti vuoteen 2011 tavoitteena terveyden edistäminen, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä palvelujen alueellisten erojen kaventuminen. Kaste ohjelmaan kuului myös useita terveydenhuollon työnjakoa ja uudistamista kehittäviä osahankkeita. Kuten esimerkiksi Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE) – hanke jonka tavoitteisiin kuului mm. lääkkeenmääräämisoikeuden omaavien sairaanhoitajien saaminen terveyskeskuksiin sekä hoitajavastaanottojen kehittäminen. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2009,8-9.)

Toimiva terveyskeskus – ohjelma oli myös osana Kaste-hanketta. Sen tarkoituksena oli vahvistaa perusterveydenhuoltoa kehittämällä käytäntöjä terveyskeskuksissa mutta myös hallintoa ja johtamista sekä

terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 22 – 23.) Toimenpiteitä työnjakoa koskien, joita KASTE -ohjelmassa haluttiin vakiinnuttaa ja kehittää olivat sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vastaanotot, lääkärin etäkonsultaation tukemat hoitajavastaanotot, puhelinneuvonta ja hoidon kiireellisyyden arvioiminen. (Vallimies-Patomäki 2009,2.)

Uusimpana juuri 11.4.2016 julkaisuna raporttina on Suomen sairaanhoitajaliiton hallituksen asettaman asiantuntijatyöryhmän raportti. Siinä käsitellään laajavastuuisen hoitotyön (APN) käsitteitä sekä kuvataan millaisissa tehtävissä ja millaisilla nimikkeillä APN -sairaanhoitajat tulevat maassamme toimimaan. Tämä raportti tarkentaa osittain juuri STM:n toivomaa työnjakoon liittyvien käsitteiden epäselvyyttä ja tarkentaa tehtäväkuvia, koulutusta, sääntelyä ja ammattipätevyysvaatimuksia. (Kotila ym. 2016, 3.)

4 TYÖNJAKOON LIITTYVIÄ TEKIJÖITÄ

Sosiaali- ja terveydenhuollon suurimpia haasteita tulevaisuudessa tulee olemaan henkilöstön riittävyys, suurien ikäluokkien jäädessä eläkkeelle ja hoitajapulan lähestyessä. Tähän yhtälöön liittyvät sekä eläkkeelle jäävät hoitajat että hoidettavien vanhusten lisääntyvä määrä. Jotta sosiaali- ja terveyspalveluja pystytään järjestämään ja kehittämään pitää saada koulutettua työvoimaa joka pysyy alalla. Koulutuksen lisäksi pisyvyyteen vaikuttaa johtaminen, työolosuhteiden ja palkkauksen kehitys sekä työnantajien henkilöstöpolitiikka. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18, 26; Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009, 9-1; Gibbs ym. 2006,244.)

Näistä terveydenhuollon haasteista selviäminen edellyttää organisaatiokulttuuria, jossa suositaan moniammatillista yhteistyötä, asiakas- ja työelämälähtöisyyttä sekä halua ja kykyä kehittyä. Nämä muutokset heijastuvat myös ammatilliseen perus- ja täydennyskoulutukseen mm. koulutustarjonnan laajenemisena mutta myös uudenlaisen osaamisen tuottamisena. (Laakkonen, 2004, 11.) Kansallisen terveyshankkeen työnjakopilottien (STM 2006, 23) mukaan työnjaon mukanaan tuoma koulutustarve sekä lisäkoulutus ovat varsin kirjavia. Nämä lisäkoulutusta koskevat suositukset edellyttävät yhteistyötä ammattikorkeakoulujen, yliopistojen ja työelämän edustajien kanssa.

4.1. Ammatillinen koulutus ja kehittyminen

Työnjaon kehittäminen on yksi keskeisistä keinoista parantaa terveyspalvelujen saatavuutta sekä turvata työvoiman saatavuutta. Tilanteissa, joissa lääkäreitä ei ole saatavilla riittävästi, yhteistyö lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä on entistä tärkeämpää. (Vallimies-Patomäki 2005, 13.) Sairaanhoitajan näkökulmasta työyhteisössä tehtävien ja työnjaon kehittäminen lisää työntekijöiden työssä jaksamista sekä itsearvostusta. Nämä tekijät kannustavat työntekijöitä kehittämään omaa

työtään ja samalla tämä osaaminen lisää yrityksen strategista varantoa. Henkilöstön tehtäviin sitoutuminenhan on tärkeää työelämässä. (Vuorinen 2007, 11 -12.)

Työnjaon osalta Sosiaali- ja terveysministeriö (STM julkaisuja 2003:18, 26) ehdotti lääkäri tarpeen turvaamiseksi tehtäväsiirtoja, jotka parantavat ammattihenkilöiden asiantuntemuksen tarkoituksenmukaista käyttöä. Lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille siirrettäviä tehtäviä olisi esimerkiksi tiettyjen kroonisten sairauksien ennaltaehkäisy, hoito ja hoidon seuranta, akuuttien lievien infektiosairauksien tutkiminen sekä joidenkin terveydentilatodistusten laatiminen. Nämä tehtäväsiirrot edellyttäisivät kuitenkin lisäkoulutusta, jonka tulisi sisältää teoria osa, kliinisen työn opiskelu sekä näyttökoe. Tämän lisäksi STM:n asetus (1194/2003) edellyttää, että terveydenhuollon toimintayksiköt seuraavat täydennyskoulutusta, sen toteutumista sekä rahoitusta.

4.1.1. Koulutus

Kun hoitajien tehtäväkuvia laajennetaan, on edellytyksenä hyvä peruskoulutus, työkokemus sekä tehtävien edellyttämä lisäkoulutus. Ammattikorkeakoulut järjestävät sairaanhoitajille räätälöityjä koulutuksia vastaamaan muuttuneita tehtäviä, tämän koulutuksen lisäksi tarvitaan myös työpaikolla toteutettavaa lisäkoulutusta. Yhteiskunnan muutosten myötä myös aikuiskoulutuksen merkitys on koko ajan lisääntynyt. Aikuisten on pystyttävä aikaisempaa paremmin sopeutumaan nopeisiin muutoksiin, mutta myös uusimaan tietojaan ja taitojaan, eikä vain työssään vaan kaikilla elämänalueilla. Tavoitteet oppimiselle ovat aikuisilla yleensä tarkempia kuin nuorilla. Lisäksi motivaatio suuntautuu sellaiseen joka koetaan hyödylliseksi sen hetkessä elämäntilanteessa. (Rauste-von Wright, von Wright & Soini, 2003, 77 -78.)

Kun perusedellytyksenä kliinisen asiantuntijuuden vahvistamiselle on siihen suuntaavien opintojen lisääminen, tulee terveysalan koulutusyksiköiden ja terveydenhuollon toimintayksiköiden luoda pohja tälle koulutukselle. Näitä toimintoja on jo tehty kehittämällä lääkehoidon koulutusta, osaamisen arviointikäytänteitä ja täydennyskoulutusta. Osaamisvaatimuksiin kuuluvat myös hoidontarpeen arviointi, potilasohjaus, näyttöön perustava päätöksenteko ja näyttöön perustuvien käytänteiden soveltaminen. (Vallimies-Patomäki, 2010, 138; Bryant-Lukosius, Dicenso, Browne & Pinelli, 2004, 528.) Laitinen-Pesolan (2011, 143) mukaan onkin erittäin tärkeää työjakoa kehitettäessä työnantajien muistaa varmistaa henkilöstön riittävä osaaminen. Osaaminenhan on yksi tuottavuuden edellytyksistä.

4.1.2. Ammatillisuus

”Ihminen ei työskentele vain tietojen ja taitojensa varassa, vaan hän myös tuntee koko ajan. Ammatillinen kasvu on siis sekä kognitiivista että emotionaalista. Tiivistetysti voisi sanoa ammatillisen kasvun prosessin muodostuvan, kun tieto, taito ja tunne kohtaavat. Syntyy valmiuksia

toimia uudella tavalla ja muutoksia työkäyttäytymisessä, mutta myös vaikutuksia organisaation kulttuuriin ja toimintaan. Ammatillinen kasvu ei siis ole pelkästään yksilöllinen prosessi, vaan sillä on voimakas yhteisöllinen ulottuvuus, johon liittyy mm. oman roolin löytäminen ammatillisessa työyhteisössä ja ammatillisen arvostuksen, profession, sisäistäminen” (Wallin, 2007,2.)

Wallinin (2007,4) artikkelissa Ruohotien (1999;2005) mukaan ammatillinen kasvu, asiantuntijuus ja työssä oppinen kietoutuvat toisiinsa, ilman hankittua kokemusta asiantuntijuus ei ole mahdollista. Työssä ymmärretty ammatillinen asiantuntijuus hankitaan koulutuksen aikana ja sitä kehitetään koko ajan työssä erilaisten työtehtävien kautta. Työssä oppimista voidaan edistää, työntekijöiden urakehitystä tukemalla ja ammatti-identiteetin rakentumista mahdollistamalla. Osaamisen tulee olla tavoitteellista ja suunnitelmallista ja kehittymistä arvioidaan ja siitä palkitaan. Työn kannustettavuutta ja oppimista lisäävät työn kehittävät piirteet mm. työn arvostus ja vaikuttamismahdollisuudet sekä työroolin selkeys ja ristiriidattomuus. Kun taas työssä koettu stressi ja liiallinen kuormittavuus heikentävät tai jopa estävät oppimista.

Edellä mainitussa artikkelissa Hännisen mukaan (2006) laajemman kuvan ammatillisesta kasvusta antaa voimaantumisen käsite, joka kertoo sisäisen voiman kokemisesta, lisääntyneestä itseluottamuksesta ja sosiaalisten taitojen hallinnasta. Voimaantumista ei opita vaan se syntyy sosiaalisessa prosessissa, jossa ammatillista kasvua tukee hyvä työyhteisö ja toimiva vuorovaikutus. Tällöin yksilön ammatti-identiteetti selkeytyy, ammatillinen auktoriteetti ja sisäinen johtajuus vahvistuvat. Voimaantunut työntekijä nauttii työstään ja tekee työtään vastuullisesti, hänen mukanaan koko työyhteisö kasvaa. (Wallin 2007, 2-4.)

4.2. Työmotivaatio

Asiantuntijatyön tuloksellisuuden kannalta on keskeistä, että alaiset ovat motivoituneita työhönsä. Työntekijän kokemus työn mielekkyydestä ja merkityksellisyydestä sekä luottamus siihen että oma osaaminen karttuu tehtävässä luo pohjan työhön sitoutumiselle ja motivaatiolle. Tärkeitä ovat työympäristössä viihtyminen sekä hyvä suhde lähimpään esimieheen ja omaan tiimiin. (Esimies info 2016,1-2.) On huomattavaa, että ihmiset motivoituvat eri asioista. Yhtä motivoi palkankorotus, toista muiden arvostus ja kolmatta pysyvyyden tunne. Siksi esimiehen onkin tärkeää huomata alaistensa motivaatioon vaikuttavat seikat. (Esimies info 2016,3-5; Salmela-Aro & Nurmi 2005,132; Heino, Miettunen, Rissanen, Syvänen, Tahvonen & Tuulonen 2013, 13.)

Kun ihminen on innostunut työstään, se tuntuu mukaansa tempaavalta ja kiinnostavalta. Työ tuo iloa ja auttaa unohtamaan kielteiseksi koetut asiat. Motivaation voidaan ajatella olevan merkittävästi yhteydessä yksilön hyvinvointiin, jaksamiseen ja suoriutumiseen. Työmotivaation peruskysymys on kokeeko työntekijä saavansa palkkion itse työn tekemisestä. Sisäisesti motivoiva työ on palkitsevaa joka hetkellä eikä vain tulevaisuudessa. Tätä motivaatiota ei voi synnyttää käskemällä, vaan se

syntyy jos ihminen pitää työn tavoitetta tärkeänä. Tärkeänä pidetään myös vaikutusmahdollisuuksia omaan työhön. (Liukkonen, Jaakkola & Kataja, 2006, 6,28; Heino ym. 2013,18.)

Motivaatio liittyy läheisesti myös oppimiseen ja se edellyttää oman toiminnan tietoista ja kriittistä tarkastelua sekä arviointia. Sillä on myös suuri merkitys ammatillisen kasvun kehittymisessä. Jokaiselle on erityisen tärkeää olla ammatillisilta tiedoiltaan ajan tasalla. Itsensä kehittäminenhan vahvistaa ammatillista pätevyyttä sekä asiantuntijuutta. Asiantuntijuus ei ole pysyvää vaan se saavutetaan jatkuvaa kasvua, kehittymistä sekä tutkivaan työtöteä käyttäen. Todellinen asiantuntijuus kehittyy jatkuvan opiskelun ja kokemuksen kautta. (Laakkonen 2004, 54.)

Helle-Kuusjoen (2005) tutkimukseen osallistuvat kuvasivat myös ammattitaidon muutoksia, hoitajat kertoivat oppineensa paljon uutta ja työskentelytapa koettiin mielekkääksi. Hoitajien vaikutusmahdollisuuksien koettiin myös lisääntyneen, kyettiin vaikuttamaan enemmän potilaan hoitoon ja oli mahdollisuus tehdä itsenäisiä ratkaisuja. Enemmistö jäsenkyselyyn osallistuneista arvioi, työn vaativuuden lisääntyneen ja samalla työ oli muuttunut monipuolisemmaksi. Vaikka työn kuormittavuus oli kasvanut, oli työn kiinnostavuus silti lisääntynyt. (Pitkänen 2007.) Aaltosen (2007) tutkimuksessa työmotivaatiosta hän tuo esille motivaatiota huonontavina tekijöinä täydennyskoulutuksen ja vaikutus mahdollisuuksien vähyden työssä.

Palkka on myös yksi keskeisistä välineistä jolla voidaan motivoida henkilöstöä. Merkittävät tehtävämuutokset edellyttävätkin aina henkilöstön työnvaativuuden uudelleen tarkastelua. Oikeuden mukaiseksi koettu palkka on merkittävä kannustin yksilön tavassa tehdä työtään. (Parikka & Pesonen, 2008,3.) Myös (Sibbald ym 2004) tutkimuksen mukaan, lisäpalkkiot vaikuttavat henkilön motivaatioon ja työnjaon onnistumiseen. Kunnallisen virka- ja työehtosopimuksen palkkausluvun soveltamisohjekin suosittaa, että tehtävän vaativuus huomioidaan palkkauksessa (Kunnallinen virkaehtosopimus 2005- 2007).

4.3. Henkilöstöresurssien riittävyys

Kun terveydenhuollossa henkilöstön tehtäviä ja työnjakoa uudistetaan, tulee huomioida, että samalla kehitetään koko työyhteisön toimintaa. Tällöin toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisesti eri ammattiryhmien välisen yhteistyön, hoidon kokonaisuuksien ja osaamisen kannalta katsottuna oikein. Samalla parannetaan eri ammattiryhmien ja yksittäisten työntekijöiden työmäärän hallittavuutta sekä oman työn hallintaa. Tällöin on kyseessä koko ”toimintaketjun” tehtävien uudelleenarviointi ja uudistaminen joka ulottuu kaikkien työyksikössä toimivien ammattiryhmien välisiin tehtäviin ja työnjakoihin. Kun uudistuksia suunnitellaan ja toteutetaan, pitää kiinnittää huomiota myös prosessien johtamiseen eli että oikeat henkilöt ovat oikeissa paikoissa oikeaan aikaan. Näin taataan, että henkilöstöresurssit ovat kulloiseenkin tilanteeseen oikein mitoitettut. (Parikka & Pesonen, 2008, 4.)

4.4. Ammatillinen vastuu ja oikeudet

Terveystieteiden työntekijän on aina huomioitava oma vastuu sekä oikeudet mutta myös niihin liittyvät rajoitukset. Hänen pitää ymmärtää oma tehtäväkuvansa ja toimia oman ammattitaitonsa rajoissa sekä varmistaa oma osaaminen ja pitää sen ajan tasalla. Oikeudet, velvollisuudet ja vastuu pohjautuvat aina koulutuksella hankittuun osaamiseen sekä työelämässä käytännön kautta hankittuihin taitoihin. Tämä osaaminen tulee myös todentaa ja sitä tulee arvioida sekä kehittää säännöllisesti. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen, 2009, 17.)

Tulee myös huomioida, että tehtäväsiirroissa lääkäriltä hoitajalle, hoitajan tekemästä hoitovirheestä vastaa aina hoitaja itse, vaikka lääkäri antaisi hoitajalle oikeuden suorittaa annettu tehtävä. Työelämässä tulisikin keskustella enemmän perustehtävään liittyvästä vastuun kantamisesta. (Kuosmanen 2012.)

Työnjakoon liittyvää vastuuta on pohdittu myös kansainvälisesti, International Council of Nursing ICN (kansainvälinen sairaanhoitajaliitto) suosittaa sairaanhoitajien työtä koskevien vastuiden ja velvollisuuksien tukemista. ICN:n mukaan sairaanhoitajien tulisi tietää työtään ohjaavasta lainsäädännöstä ja toimia tämän puitteissa. Sairanhoitajien tulisi myös ymmärtää oikeuksiensa rajat sekä vastuiden sisältö ja seuraukset. ICN:n mukaan sairaanhoitajien töiden vastuiden määrä on lisääntynyt ja ylittää monesti jo laillisesti määrättyjen vastuiden rajat. Ammatillisten menettelytapojen ja lainsäädännön välinen yhteisymmärrys onkin ollut väiteltä ja arka keskustelunaihe jo jonkin aikaa. (International Council of Nurses 2010, 5-6).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän perusterveydenhuollon lääkäreiltä sairaanhoitajille siirtyneitä tehtäväsiirtoja. Tavoitteena on selvittää, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla näistä tehtäväsiirroista on ja minkälaista koulutusta sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa tehtäväsiirtojen osalta sekä mitä koulutusta he ovat jo saaneet? Opinnäytetyön tavoitteena on haastatteluista saadun tiedon sekä teoreettisen jo tutkitun tiedon avulla saada selvyys tehtäväsiirtojen vaikutuksesta sekä tarvittavasta koulutuksesta sairaanhoitajien työn tueksi. Tavoitteena on lisäksi saada tehtäväsiirrot näkyviksi ja tuoda yleisen keskustelun alle.

Opinnäytetyössä haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin:

Minkälaisia tehtäviä lääkäreiltä on siirtynyt sairaanhoitajille?

Miten tehtäväsiirrot ovat vaikuttaneet sairaanhoitajien työskentelyyn?

Minkälaista koulutusta sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa ja mitä he ovat jo saaneet tehtäväsiirtojen osalta?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1. Aineiston keruumenetelmä

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen ja tutkimusmenetelmänä on haastattelu. Kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisimpiä piirteitä on Hirsjärvi, Remes & Sajavaaran (2009) mukaan kokonaisvaltainen tiedon hankinta sekä aineiston kokoaminen luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Lisäksi tutkimuksessa suositetaan ihmistä tiedon hankinnan instrumenttina ja metodeja joissa tutkittavien näkökulmat pääsevät esille.

Opinnäytetyö toteutettiin ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelussa keskustellaan kohteena olevista asioista yhdessä ryhmässä, mutta haastattelijat voi myös välillä esittää yksittäisiä kysymyksiä ryhmän jäsenille. (Hirsjärvi & Hurme, 2011, 61.) Ryhmähaastattelussa voidaan myös puheen lisäksi analysoida nonverbaalista viestintää, kuten ilmeitä ja eleitä. Ryhmähaastattelu toteutettiin teemahaastattelurungon avulla. (Liite 4) Teemahaastattelu on avoimen ja lomakehaastattelun välimuoto, siinä haastattelu kohdennetaan tiettyihin aihepiireihin ja sille ominaista on myös, että haastattelevat ovat kokeneet tietynlaisen tilanteen. Menetelmässä ei käytetä strukturoidussa haastattelussa tyypillistä tarkkaa kysymysjärjestystä vaan teemat käydään läpi ja haastattelijat pyrkii innoittamaan kaikkia ryhmän jäseniä monipuoliseen keskusteluun. (Eskola & Suoranta 2008, 86.) Tarkoituksena onkin saada aikaan tilanne jossa keskustelijat yhdessä pohtivat kokemuksiaan ryhmässä ja tuovat esille mielipiteet ja käsityksensä tehtäväsiirroista.

6.2. Kohderyhmä

Kohderyhmänä oli Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän perusterveydenhuollon hoitajavastaanottotyötä tekevät sairaanhoitajat. Tehtäväsiirrot rajattiin vain lääkäreiltä sairaanhoitajille siirretyiksi tehtäviksi vaikka myös mm. terveyskeskusavustajilta oli tehtäviä sairaanhoitajille siirretty, ainakin muutamassa toimipisteessä. Huomioitavaa oli myös, että kaikki haastatteluun osallistuvat sairaanhoitajat olivat tehneet hoitajavastaanottotyötä. Perushoitajana ja lähihoitajana työskentelevät hoitajat eivät osallistuneet hoitajavastaanottotyöhön vaan tekivät suurimmaksi osaksi terveyskeskusavustajan töitä, joten heidät rajattiin pois haastatteluista.

Haastateltavat jaettiin kahteen ryhmään, toinen ryhmä koostuu pääterveysaseman sairaanhoitajista ja toinen sivukuntien terveysasemien sairaanhoitajista. Vakituiseen varahenkilöstöön kuuluvat sairaanhoitajat sijoittuivat niihin ryhmiin, joissa sillä hetkellä työskentelivät. Ryhmien valinta suoritettiin lähinnä työtehtävien yhdenmukaisuuden vuoksi näin.

Sivukuntien terveysasemilla ei ole kaikkia toimintoja, kuten esim. laboratorio, saatavissa koko ajan, vaan vain tiettyinä päivinä viikossa. Näin ollen työn luonne, hoitomahdollisuudet ja -tilanteet ovat tältä osin erilaisia kuin pääterveysasemalla, jossa palvelut ovat koko ajan käytettävissä. Tällä ryhmävalinnalla luotiin kyselylle myös mahdollisuus tehdä vertailuja erilaisten toimintatapojen välillä. Ennakkokyselyllä (Liite 1) tutkija oli jo varmistanut, että kaikissa työpisteissä oli toteutuneita tehtäväsiirtoja. Ennakkokyselyn perusteella yksi ympäristökuntien terveysasema jäi haastattelujen ulkopuolelle, koska siellä ei sairaanhoitajien mielestä ollut tehtäväsiirtoja tehty.

Tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen haettiin tutkimuslupa (Liite 6) ja haastattelut aloitettiin tämän jälkeen. Haastattelut sijoittuvat marras-joulukuun 2015 ajalle, ajankohdat suunniteltiin osastonhoitajan kanssa. Haastattelut suoritettiin pääterveysasemalle järjestetyssä suljetussa työtilassa, jotta ulkopuolisilla ei olisi mahdollisuutta kuunnella keskustelua. Haastattelutilaisuuksia oli kaksi, joihin molempiin saatiin 4 haastateltavaa, kummastakin ryhmästä puuttui 1 hoitaja yllättävien työjärjestelyjen vuoksi. Keskustelutila oli rauhallinen eikä häiriötekijöitä ollut kummassakaan tilaisuudessa. Molemmat tilaisuudet olivat kestoltaan noin tunnin mittaiset. Tutkija oli haastateltaville ennestään tuttu.

6.3. Aineiston analyysi

Laadullisessa aineistossa kerätyn aineiston analyysi ja tulkinta ovat tutkimuksen ydinasioita. Tavoitteena on saada tietoa tutkimuksen kohteen kokemuksista. Aineistossa pyritään esisijaisesti selkeyttämään kerättyä aineistoa ja tuottamaan uutta tietoa tutkittavana olevasta ilmiöstä. Aineistoa voidaan siis kuvata aineistolähtöiseksi, koska sille ei ole annettu etukäteen merkityksiä teorioiden kautta. (Puusa & Juuti 2011, 202 - 203.) Vaikka aineistossa tietomäärää tiivistetään, se ei silti tarkoita että olennaista tietoa katoaa, (Eskola & Suoranta 1998, 138, 212; Kananen 2012, 116) vaan tavoitteena aineistolähtöisessä analyysissä on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Tutkimusaineistoa voidaankin analysoida monin eri tavoin, tärkeää on kuitenkin valita sellainen tapa, jolla parhaiten saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin (Eskola & Suoranta 1998, 138).

6.3.1. Sisällönanalyysi

Kaikissa laadullisen tutkimuksen muodoissa voidaan perusanalyysimenetelmänä käyttää sisällönanalyysiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysillä voidaan analysoida laadullisesti tuotettua aineistoa systemaattisesti. Tällöin kuvataan tutkittavaa ilmiötä ja onnistuminen edellyttää että tutkija onnistuu pelkistämään aineiston sekä muodostamaan aineistoa kuvaavia luokkia, käsitteitä ja käsitejärjestelmiä ja malleja. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.) Sisällönanalyysiä voidaan tarkastella joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli aikaisemmasta käsitejärjestelmästä käsin. Analysoinnin sisältö pohjautuu tutkimusongelmaan. (Kyngäs &

Vanhanen 1999, 3,5.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto analysoitiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen.

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sen avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. Aineistossa ilmenevät tarkoitukset, merkitykset, aikomukset, seuraukset ja yhteydet löytyvät sisällönanalyysissä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Tulkintoja haastatteluista raportoidaan kuvailen sisällönanalyysiä käyttäen. Aineistolähtöisessä analyysissä ei tehdä etukäteen suunnitelmaa vaan analyysin ja lopputuloksen määrää analyysi ja tarkoituksena on että tutkimusaineistosta syntyy teoreettinen kokonaisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97 -98, 105.)

6.3.2. Sisällönanalyysin eteneminen

Etenemistä sisällönanalyysissä voidaan tarkastella vaiheittain, analyysiyksikön valinta tehdään kuitenkin jo ennen analysointia. Se voi olla esimerkiksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma, ajatuskokonaisuus, sanojen määrä tai keskusteluun osallistuneiden määrä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkija voi tehdä haastattellessaan jo havaintoja ilmiöistä ja niiden toistuvuudesta, jakautumisesta ja erityistapauksista (Hirsjärvi & Hurme 2010, 135). Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin lausuma ja haastattelut nauhoitettiin ja käsiteltiin peruslitteroinnin avulla. Puhe litteroitiin sanatarkasti puhekieltä noudattaen, kuitenkin jättäen pois toistot, äännähdykset ja kesken jääneet tavut. Kontekstiin liittymätön puhe jätettiin myös harkiten pois, sen sijaan hyväksyvät nyökkäykset kirjattiin ylös.

Kun analyysiyksikkö on valittu, lähdetään tutustumaan aineistoon ja sen jälkeen aloitetaan aineiston pelkistäminen, luokittelu ja tulkinta sekä arvioidaan sisällönanalyysin luotettavuutta. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen osaan, pelkistäminen eli redusointi, aineiston ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. Kun aineistoa pelkistetään voi analysoitava tieto olla auki kirjoitettu haastattelusta syntynyttä aineistoa tai jokin asiakirja tai dokumentti. Pelkistämässä aineistoa tiivistetään ja pilkotaan osiin, jolloin ilmaisusta karsitaan kaikki epäoleellinen tieto. (Tuomi & Sarajärvi 2009,109.)

Aineiston ryhmittelyssä aineistosta löytyneet alkuperäiset ilmaukset käydään läpi ja niistä etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistetään ja kootaan samaan alaluokkaan ja niille annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 147; Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Tässä tutkimuksessa redusointiin ryhmähaastattelut huomioiden kaikki lausumat. Litteroinnin jälkeen alleviivattiin aineistosta ne lauseet, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Tämän jälkeen ryhmiteltiin alleviivatut lauseet omiin ryhmiinsä ja pelkistettiin niitä. Koska ryhmittelyssä käytettiin apuna

tutkimuskysymyksiä, aineiston ryhmittelyä ei voida pitää puhtaasti aineistolähtöisenä. Lisäksi alkuperäiseen tutkimuskysymykseen ”onko koulutus ollut riittävää” ei saatu vastausta. Kuitenkin haastatteluissa tuli selkeä vastaus siihen ”mitä koulutusta sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa”, joten tämän osalta kysymystä muutettiin ja koulutusta lähdettiin tarkastelemaan sairaanhoitajien koulutustoiuideiden perusteella. Tutkijan tulekin hyväksyä se, että suunnitelmat muuttuvat. On aivan luonnollista ja yleistä, että tutkimusprosessin edetessä tutkimusasetelmineen elää mm. tutkimusongelmat voivat muuttaa sävyään tai hioutua toisenlaisiksi alkuperäisiin verrattuna. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 21.)

Aineiston teoreettisten käsitteiden luonnissa samansisältöiset luokat yhdistetään toisiinsa ja niistä muodostetaan yläluokkia. Yläluokille annetaan niiden sisältöä kuvaavat nimet. Tätä käsitteiden luontia voidaan jatkaa niin pitkään kuin sisällön kannalta on mielekästä. Yläluokista muodostuvat yhdistävät luokat tutkimuskysymysten mukaisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7.) Aineiston luokittelu onkin tärkeä osa analyysiä ja sillä luodaan pohja, jolla haastatteluaineistoa voidaan myöhemmin tutkia sekä yksinkertaistaa ja tiivistää. Luokittelu on välttämätöntä, jotta voimme vertailla aineiston eri osia. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 147.) Tässä tutkimuksessakin samansisältöiset luokat yhdistettiin ja muodostettiin yläluokat ja näille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Näistä muodostui yhdistävät luokat jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin.

Haastattelussa käytettiin myös taustamuuttuja kysymyslomaketta (Liite 5), josta selvisi työkokemus, hoitajavastaanottotyön määrä ja laatu sekä tehtäviin saatu koulutus. Tämän lomakkeen tietoja ei voitu juurikaan käyttää analysoinnissa, johtuen vähäisestä haastateltavien määrästä ja tutkittavien henkilöllisyyden mahdollisesta paljastumisesta. Vain tutkimustulosten alkuosiossa mainittiin yleisesti sairaanhoitajien hoitajavastaanotoilla työskentelyajat ja työkokemus.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Haastatteluja aloitettaessa tiedettiin ennakkokyselyn perusteella tehtäväsiirtoja olleen ja haastateltavat olivat jo miettineet niitä alustavasti. Haastattelun alussa haastateltaville selvitettiin tutkimuksen kulku ja kerrottiin että haastattelu nauhoitettiin sekä kerrottiin myös tietojen hävittämisestä. Haastattelun alussa oli hiljaisuutta, molemmissa ryhmissä.

Haastattelun edetessä alkoi muodostua pitkälti samansuuntaisia ajatuksia tehtäväsiirroista ja niiden vaikutuksesta hoitajan työhön sekä koulutuksen tarpeesta. Suuria eroja ei näissä ryhmissä tullut esille. Taustamuuttujien osalta voidaan mainita, että hoitajavastaanottotyötä oli sairaanhoitajista viisi tehnyt yli 5 vuotta ja kolme 1-5 vuotta. Lisäksi kolme sairaanhoitajista, teki työtä osittain ja viisi säännöllisesti. Kolmella hoitajalla työkokemus jäi alle 7 vuoden ja kolmella hoitajalla kokemusta

oli 20 vuotta tai enemmän. Vertailu tehtyjen työvuosien tai työkokemuksen mukaan ryhmien välillä jäi työn osalta puuttumaan lähinnä mahdollisen tunnettavuuden vuoksi. Vertailua käytettiin vain pääterveysaseman ja sivukuntien sairaanhoitajien välillä niiltä osin kuin se oli mahdollista.

7.1. Lääkäreiltä sairaanhoitajille siirtyneitä tehtäviä

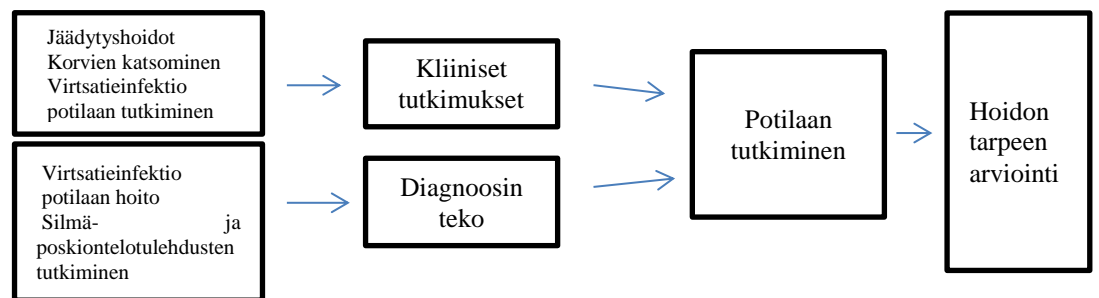
Yhdistävään luokkaan tutkimuksessa saatiin sairaanhoitajille siirtyneinä tehtävinä

1. Hoidontarpeen arviointi
2. Hoidolliset toimenpiteet
3. Potilaan ohjaus
4. Kirjalliset työt

Yläluokkina olivat potilaan tutkiminen, hoidolliset toimenpiteet ja niiden suunnittelu, potilaan ohjaus ja kirjallisten töiden valmistelu.

7.1.1. Potilaan tutkiminen

Pelkistyksistä jäädytyshoidot, korvien katsominen ja virtsatieinfektiopotilaan tutkiminen kuuluivat samaan ryhmään ja muodostivat yhdessä alaluokan kliiniset tutkimukset. Virtsatieinfektiopotilaan hoito ja silmä- ja poskiontelotulehdusten tutkiminen muodostivat yhdessä alaluokan diagnoosin teko. Näiden kahden alaluokan yläluokaksi muodostui potilaan tutkiminen.(Kuvio1)



Kuvio 1. Potilaan tutkiminen

Haastateltavien mukaan jäädytyshoidot (Histofreezer) olivat siirtyneet lääkäreiltä sairaanhoitajille, sekä pääterveysasemalla että sivukunnissa. Myös näiden tarve arvioitiin usein hoitajavastaanotolla, eikä näin ollen aina tarvittu lääkärin määräystä.

”..sit on varmaan noin jäädytyshoidot tietyllä tavalla tullu, kyähän ne oli ennen aluks lääkäreillä..”

”..on ne siirtyny joo lääkärin teki ne ennen..”

Korvien tutkimusta tehtiin sekä sivukuntien terveysasemilla että pääterveysasemalla. Se oli yleensä infektiopotilaiden kyseessä ollessa,

varsinkin lasten osalta, asia joka yleensä tehtiin vanhempien toivomuksesta, muiden tutkimusten ohella. Sairaanhoitajat ajattelivat korvien tutkimuksen olevan tehtävänsiirto, kuitenkin joitakin sairaanhoitajia epäilytti, koska lääkäri kuitenkin teki lopullisen diagnoosin.

”..me katotaan kaikkia siis periaatteessa lasten korvia ei hoitajan kuulus edes kattoo, mutta kyllä niitä katotaan ja sit pyydetään lääkäri kattoon..”

”..katotaan me korvia..se siirtyy sairaanhoitajalta lääkärille se epävarmuus jos täytyy tarkistaa niiku se vastuu on lääkärillä sitten, et en tiedä luokitellaaks se tehtäväsiirroks..”

Virtsatieinfektiopotilaan tutkiminen ja hoito sekä jossain määrin ohjaus koettiin molemmissa ryhmissä olevan lähes kokonaan sairaanhoitajan tehtävänä. Sairaanhoitajat selvittivät oireet, ohjasivat laboratorioon ja järjestivät tulehduspotilaille lääkityksen sekä ohjasivat hoidossa. Lääkärin tehtäväksi jäi reseptin kirjoitus.

”..niin kyllähän me se virtsatulehdus haastatellaan niin valmiiks, ettei lääkärin tarte kattoo ku joku lääke ja pistää se..”

Silmä- ja poskiontelotulehdusten hoidossa oli eroja. Pääterveysaseman ryhmän sairaanhoitajat kertoivat hoitaneensa jonkin verran silmätulehduksia mutta ei maininnut katsoneensa potilaan poskionteloita.

”..se on toimintaoppaan yhteydessä..elikä tää miten toimitaan niinku silmätulehdus ku on pyydetäänkö vaan resepti..”

”..kyllä ne yritti meille kaikkia tympanometriä, sinuscainia mutta ei me ainaka toistaseks..”

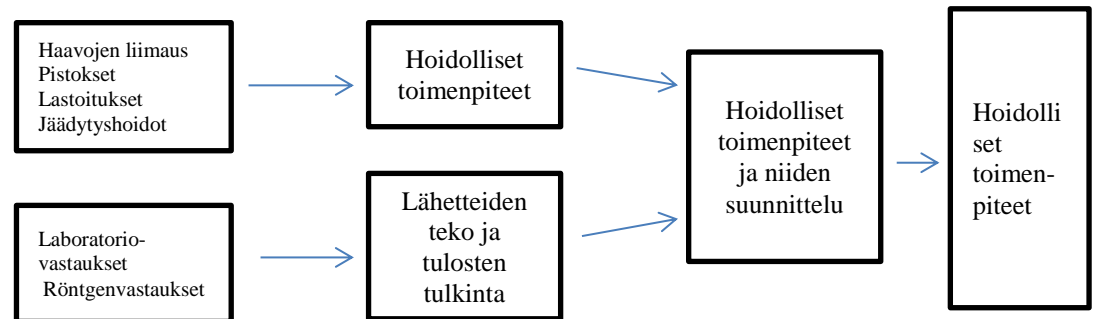
Sivukuntien terveysasemalla yksi sairaanhoitajista kertoi katsovansa myös poskionteloita ja kaikki sivukuntien sairaanhoitajat osallistuivat silmätulehduksen hoitoon. Yksi sairaanhoitajista oli sitä mieltä, että sinuscainia sairaanhoitajat ei tarvitse, vaan hyvä haastattelu johtaa samoihin tuloksiin kuin sinuscailla tutkinta. Myös sitä pohdittiin, että johtaako poskionteloiden sinuscainilla katsominen sairaanhoitajan toimesta mihinkään. Lääkärille joudutaan potilas kuitenkin lähettämään, jos jonkinlainen epäily poskiontelotulehduksesta on. Loppupäätelmänä oli että ehkä se hieman potilasta rauhoittaa ja ohjaa potilasta luottamaan omahoitoon.

”..mun mielestä ei oo tarpeen tehdä ku sanotaan että haastattelee sen asiakkaan niin siitä jo saa sen aika tarkan kuvan että onko siellä mahdollisesti vai ei ja jos kerta on sitä mieltä että siellä luultavasti on oireitten perusteella niin sää tarviit sen lääkärin kumminki..”

”..niin toisisa paikoisa kaikki silmätulehdukset ainaki menee lääkärille suoraan ja toisisa paikoisa hoitajat puhelimitse pyytää lääkkeen..”

7.1.2. Hoidolliset toimenpiteet ja niiden suunnittelu

Haavojen liimaukset, pistokset, lastoitukset ja jäädytyshoidot kuuluivat yhdessä samaan ryhmään joka muodosti alaluokan hoidolliset toimenpiteet. Laboratoriovastaukset ja röntgenvastaukset muodostivat yhdessä alaluokaksi läheteiden teko ja tulosten tulkinta. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Hoidolliset toimenpiteet ja niiden suunnittelu

Molemmissa ryhmissä mainittiin haavojen liimaus tehtäväsiirtona. Pienet haavat käytännössä tulivat lähes aina sairaanhoitajan vastaanotolle ensin. Pääterveysaseman ryhmä toi lisäksi esille lääkäreiltä sairaanhoitajille ohjautuvat pistokset, sidokset ja lastoitukset sekä jäädytyshoitojen toteutukset, jäädytyshoitojen tarpeen arviointi liittyi kohtaan 7.1.1 potilaan tutkiminen.

”..haavojen liimaus no niin haavojenliimaus on tehtäväsiirto..”

”..sitten se että lääkäriltä tulee esimerkiksi tota noin niin jotain sidoksia, tukia..tukisidoksia joo tai injektioita jos on jotain näitä Norflex, Voltaren niin kaikki lääkärit ei ollenka pistä itte et ne tulee sit..”

Laboratorio- ja röntgenvastauksia annettiin potilaille puhelimitse molemmissa ryhmissä. Myös laboratorioläheteitä tehtiin ennakoivasti potilaalle ennen lääkärin vastaanottokäyntiä tai jos lähete oli unohdettu tehdä, teki sairaanhoitaja sen hoitokertomuksen tekstin mukaan. Laboratoriovastauksia myös tulkittiin joltain osin, sekä ohjattiin tarvittaessa lääkärille. Röntgenvastauksia annettiin potilaille vain siinä tapauksessa, kun niissä ei ollut löytynyt mitään poikkeavaa. Muutoin vastaukset ohjautuivat lääkärille.

”..lääkärien puolesta tehdään asioita, määrätään laboratoriokokeita ja annetaan niitä vastauksia..”

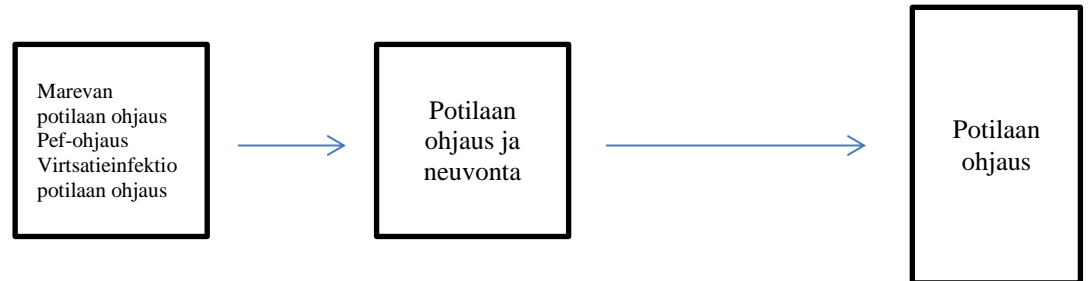
”.. niin aika paljon niitä laboratoriotuloksia..niin tulkitaan niitä tuloksia, siis lääkärit määrää ja pistää meille soittaa..”

”..siis semmoset ku on viitearvoissa kyä mun mielestä sokeri ja kolesterolit ja perusveren kuvan ja nää miesten labrat voi sanoo..”

”..käytännössä peruslabrat kuuluu peruskoulutukseen joten ne ei ole sinänsä tehtäväsiirtoja..niin joo..”

7.1.3. Potilaan ohjaus

Marevan potilaan ohjaus, Pef ohjaus ja virtsatieinfektiopotilaan ohjaus kuuluivat samaan ryhmään ja muodostivat yhdessä alaluokan Potilaan ohjaus ja neuvonta. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Potilaan ohjaus

Marevan potilaan ohjaus ja hoito herätti paljon keskustelua molemmissa ryhmissä, kumpikin ryhmä mainitsi tämän tehtäväsiirron ensimmäisenä. Käytännöt olivat kirjavia. Pääterveysasemalla osa lääkäreistä katsoi kaikki inr-arvot ja osa poikkeavat arvot, jolloin sairaanhoitajille jäi ainoastaan hoitotasolla olevat. Oli myös ryhmäkohtaisia ohjeita, siitä milloin hoitaja sai katsoa ja milloin ohjattiin lääkärille. Sivukuntien terveysasemilla osa lääkäreistä katsoi kaikki itse ja toisaalla sairaanhoitajat katsoivat lähes kaikki inr-arvot. Pef -ohjaukset mainittiin ohimennen kummassakin ryhmässä. Virtsatieinfektio potilaan ohjaus kuului myös sairaanhoitajan tehtäviin, kuten jo kohdasta 7.1.1. potilaan tutkiminen selviää.

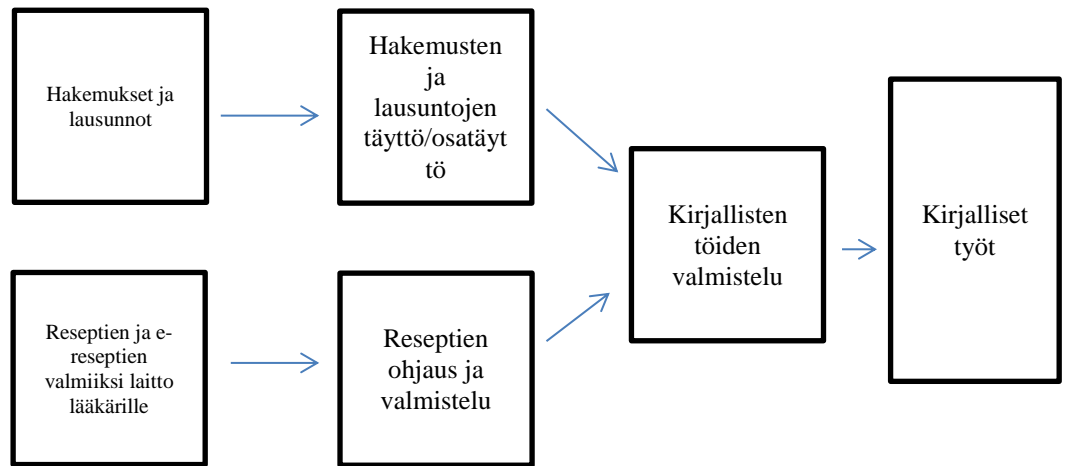
”..onhan meille tullut noi Marevan ohjaukset ja Pefit ne on ainakin tietyllä lailla tullu meille..”

”..on ryhmissä eroja että et tuolla meillä ku kattoo niin siellä yks lääkäri on jo pistäny annostukset aina ennen ku kerkii edes itte menemään papereihin..”

”..siis Marevan käytännöt on ihan toisistaan poikkeavat, * katsoo lääkäri ensisijaisesti ihan kaikki, sitten taas muualla on näitä kun hoitajat katsoo tavoitetasolla olevat..”

7.1.4. Kirjallisten töiden valmistelu

Erilaiset hakemukset (esim. kuljetuspalveluhakemus, maksulliset sairaanhoitovälineet) ja lausunnot (esim. C-lausunnon osatäyttö potilaan toimintakykyosioon), muodostivat alaluokaksi hakemusten ja lausuntojen täyttö/osatäyttö. Vanhojen paperisten reseptien ja e-reseptien valmistelu ja sähköiseen työkaluun laitto, muodostivat alaluokan reseptien ohjaus ja valmistelu. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Kirjallisten töiden valmistelu

Pääterveysaseman ryhmässä yksi sairaanhoitajista toi esiin C-lausunto lomakkeen esitäytön ja sivukuntien ryhmässä tuli tämän lisäksi esille kuljetuspalveluhakemusten täyttö sekä maksuttomien sairaanhoitotarvikkeiden lomakkeiden täyttö. Reseptien valmiiksi laitto, herätti molemmissa ryhmissä keskustelua. Sivukuntien terveysasemilla tuli haastattelussa esille, että reseptejä tehtiin tai valmisteltiin sähköiseen järjestelmään edelleen lähes yhtä paljon kuin ennen.

”..no toi on aikakin kuljetuspalveluhakemukset niitten täyttäminen, ja C-lausunnon osa täyttäminen niin ja maksuttomat sairaanhoitotarvikkeet nykyisen tekee sairaanhoitajat, ennen ne oli lääkärillä..”

”..ylipäänsä se reseptien valmistelu uusimisvaiheessa joko allekirjoitusta vaille tai sitten sähköset sillai valmiiksi..”

”..ja aika paljon nää reseptiasiatkin on toisaalta ehkä enenevässä määrin tehdään näitä reseptejä uusiks..”

7.2. Tehtäväsiirtojen vaikutus sairaanhoitajan työhön

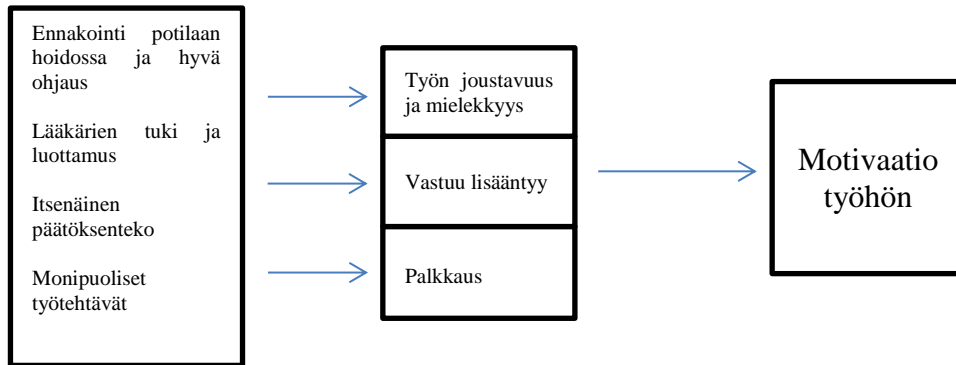
Yhdistävänä luokkana tehtäväsiirtojen vaikutuksesta sairaanhoitajan työhön oli koulutusta lisäämällä, yhteisistä pelisäännöistä sopimalla, resursseista ja palkkauksesta huolehtimalla motivoivaan ammatilliseen yhteistyöhön.

Yläluokkina olivat motivaatio työhön, asiantunteva yhteistyö ja suunniteltu ja ohjeistettu tehtävien jako. Näillä yläluokilla avattiin tehtäväsiirtojen vaikutuksia.

7.2.1. Motivaatio työhön

Pelkistysten kuten ennakointi potilaan hoidossa ja hyvä ohjaus, lääkärin tuki ja luottamus, itsenäinen päätöksenteko ja monipuoliset työtehtävät

pohjalta voidaan muodostaa kolmen alaluokan ryhmä, johon voidaan katsoa pelkistysten kuuluvan. Alaluokkina on työn joustavuus ja mielekkyys, vastuu lisääntyy ja palkkaus, kaikki pelkistykset voidaan sijoittaa kuhunkin alaluokkaan. Yläluokaksi muodostui motivaatio työhön. (Kuvio5.)



Kuvio 5. Motivaatio työhön

Haastateltavien mukaan työnjoustavuutta ja mielekkyyttä lisäsi mm. ennalta arviointi lääkärille menevän asiakkaan laboratoriotutkimus tarpeista sekä potilaan hyvä ohjaus vastausten saannista ja monipuoliset työtehtävät sekä itsenäinen päätöksenteko. Lääkärien tuki koettiin myös mielekkään ja joustavan työn positiivisena puolena. Joustavuutta oli lisännyt lääkärin tuen osalta myös e-reseptin tulo. Enää ei sairaanhoitajien tarvinnut odotella lääkärin oven takana reseptiin allekirjoitusta, vaan he laittoivat vain potilaan nimen lääkärin listalle.

”..on se ainakin noissa labroissa sillai, että jos varataan aikaa lääkärille niin sit pistetään potilaalle jo edeltä käsin niiku jotain tulehdusarvoo tai muuta et se on niiku valmiina, on se niinku sillai joustavampaa..”

Vastuuta työssä lisäsi haastateltavien mielestä ennakointi potilaan hoidossa esim. reseptien teko valmiiksi samoin kuin itsenäinen päätöksenteko lähinnä tutkimusten tulkinnoissa ja ohjauksessa mutta myös kaiken kaikkiaan monipuoliset tehtävät. Vaikka vastuu oli lisääntynyt työssä, koettiin myös, että oli mahdollisuus kieltäytyä niistä tehtävistä joita ei kokenut osaavansa. Lääkäri myös luotti sairaanhoitajien arvioon esimerkiksi infektioiden hoidon osalta.

”..niin että kyä se tuo tietyllä tavalla vapautta ja joustavuutta siihen omaan työhön kun että se homma pelittää....saadaan niiku laittaa lääkärille niitä reseptipyyntöjä ja muuta näistä infektiio ja silmätulehdus....lääkäri vaan kirjottaa nimen tavallaan niiku luottaa..”

”..sisältöö lisää nää Marevan annostukset aika paljonkin..”

”..ku niitä reseptejä laitetaan valmiiks niin saadaan ne nopeemmin asiakkaalle, toisaalta se lisää kiirettä ja vastuuta..”

”..voi ja täytyy kieltäytyä mut saa niissä aina vääntää esim. just joku 1 vuotiaan korvahuuhtelu se on se mistä vääntö on ollu..”

Yhden sairaanhoitajan mielestä, ja muiden nyökkäillessä myöntävästi, Marevan hoidon osalta siirrettiin myös helposti lääkinnällistä hoitovastuuta hoitajille, esimerkkinä hän kertoi uusien antikoagulanttien suosittelamisen asiakkaille.

”..toitotetaan nyt vaan että kauppaatte sitä *---a ja että nyt pitäs niinku meidän ruveta sitä.....se on yks homma mikä ei kuulu meitille mun mielestä pitäs niinku sen lääkärin sit se sen asiakkaan kans ottaa puheeks..”

Palkkauksen kohdalla koettiin, että erilaisista vastuutehtävistä tulisi maksaa lisää palkkaa, samalla kuitenkin ajateltiin” huonojen aikojen” vuoksi samoin kuin jo tehtyjen tehtäväsiirtojen osalta olevan turhaa toivoa saada lisää palkkaa. Perusteena siihen, että palkkaa ei saanut, oli ainakin poskiontelotutkimusten kohdalla se, että lääkäritkään eivät saa kyseisestä tutkimuksesta lisäpalkkaa. Kuitenkin hoitajien mielestä se oli tehtäväsiirto, josta tulisi korvausta saada.

”..niin vaikka noista Marevaneista saa jonkun lisän monessa paikassa..”

”..tällanen aika ei tahdo saada mistään mitään..”

”..ku mää kerran kysyin, että jos tulee paljon tällasia lisähommia tota että palkkaukseen niin vastaus oli .. siis palkkaa ei tuu lisää..”

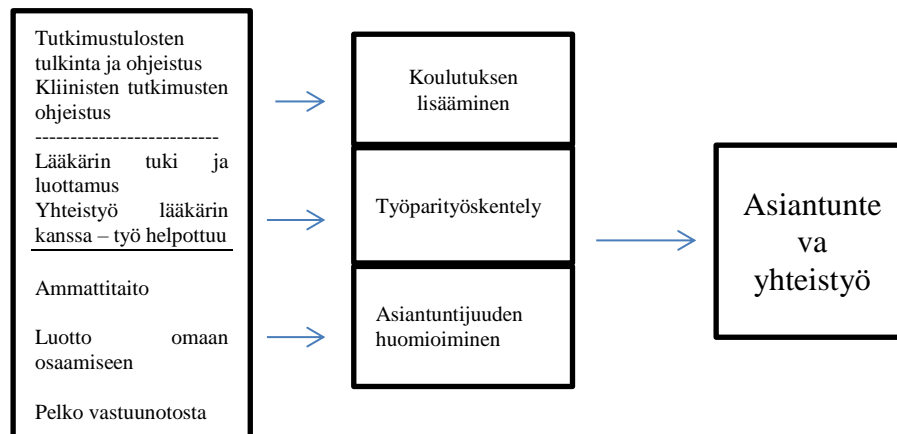
”..on puhuttu lisätäkin kaikki tympanometrit ja sinukset niin kyl niistä sit täytyy maksaakin selkeesti siis peruspalkkaan sitten korotus ketä niitä tekee..”

Yksi sairaanhoitaja mainitsi myös palkallisen epäkohdan reseptien teon kohdalla.

”..me kirjoitetaan reseptit valmiiksi ja viedään ne lääkärille, että se laittaa nimensä ja lääkäri ottaa siitä sen palkkion, se on väärin..”

7.2.2. Asiantunteva yhteistyö

Pelkistysten tutkimustulosten tulkinta ja kliinisten tutkimusten ohjeistus mukaan alaluokaksi muodostui koulutuksen lisääminen. Lääkärin tuki ja luottamus sekä yhteistyölääkärin kanssa – työn helpottuminen, kuuluivat samaan ryhmään ja muodostivat alaluokan työparityöskentely. Alaluokka asiantuntijuuden huomioiminen muodostui pelkistysten ammattitaito, luotto omaan osaamiseen ja pelko vastuunotosta pohjalta. Yläluokaksi muodostui asiantunteva yhteistyö. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Asiantunteva yhteistyö

Koulutuksen lisäämistä toivottiin Marevan hoitojen ohjaukseen ja tulkintaan molemmissa ryhmissä ja se herätti kaiken kaikkiaan eniten keskustelua. Laboratoriovastausten tulkintaan toivottiin myös lisää koulutusta lähinnä siitä miten toimitaan viiterajojen ylittävien tutkimusten tulkinnassa ja minkä vuoksi jonkin tutkimuksen viitearvon ylitys ei ole vakavaa kun taas toisen tutkimuksen on. Lisäksi puhuttivat kilpirauhaspotilaan arvojen tulkinta ja lääkemutokset sekä reumapotilaiden vastausten tulkinta. Näiden osalta koulutusta toivottiin myös, kaiken kaikkiaan kuitenkin näiden tehtävien katsottiin olevan erityisosaamista ja kuuluvan lääkärille. Kliinisistä tutkimuksista korvien tutkimiseen toivottiin lähinnä koulutusta siltä osin, millainen on tulehtunut korva. Silmätulehdusten hoitoon joku sairaanhoitajista toivoi myös koulutusta samoin kuin silmän tutkimiseen ja silmähuuhteluun.

”..mut on noin laboratoriotuloksetkin ku niitä tulkitaan aika paljon loppujen lopuks...niistäkin vois jonkunnäkösen koulutuksen että mitä on sellanen mihin pitää tarttua..”

”..kyä mun mielestä nää sokerit ja kolesterolit..voi sanoo mut semmoset vähän erikoisemmat..allergiaa selvitellään tai reumalabraa niin en mä ainakaan osaa vastata..”

”..mut korvaan pitäs saada lisäkoulutusta yleensäkin et miltä näyttää, kyll nyt terveen korvan jokainen erottaa mutta sit sen jälkeen..”

”..silmät on semmoten kans missä meillä on hyvin vähän koulutusta..onks siinä ja vähän kirjavaa toimintaa..”

Työparityöskentelyä pohdittiin molemmissa ryhmissä. Pääterveysaseman ryhmä puhui lääkäri-hoitajatyöparista, joka helpottaisi työtä, kun tällä hetkellä yhdellä hoitajalla saattaa olla neljä lääkäriä työparina. Sivukuntien terveysaseman ryhmässä pohdittiin samoin työparityöskentelyn helpottavan työskentelyä. Hoitajat kokivat molemmissa ryhmissä lääkäreiden tuen ja luottamuksen olevan suurimmalta osaltaan kunnossa, ja näin myös tunnettiin yhteistyön lääkäreiden kanssa sujuvan pääsääntöisesti hyvin. Selkeä epäkohta oli yhden

sairaanhoitajan mielestä se, että jos hän katsoo poskionteloita/korvia ja niissä selkeästi jotakin on, niin lääkäri ei suoralta kädeltä kuitenkaan määrää lääkitystä eikä aina tule edes potilasta katsomaan. Hän koki tekevänsä tällöin työtä ”lämpimikseen”.

”..saa ainakin helposti tuen lääkäriltä, ei mitään ongelmaa niinku että mikä tahansa asia niin siellä hoituu kyllä....saa siihen paikanpäällekin kyllä kattomaan..”

”..siinä ois sit se back up lääkäri, et se toimis niinku tiimi..”

”..työparityöskentely pitää olla oikein kunnollista, ei siitä oo muuten mun mielestä hyötyä..”

Asiantuntijuuden huomiointia ajateltaessa molemmissa ryhmissä sairaanhoitajat tiesivät vastualueensa ja osasivat kieltäytyä tehtävistä, joita eivät mielestään hallinneet. Sairaanhoitajat tiesivät molemmissa ryhmissä omat vahvuutensa kuten haavanhoidot. He keskustelivat perustellen koulutuksen tarpeestaan sekä kollegiaalisuuden merkityksestä hoitotyössä.

”..kyl määki kieltäydyn...ihan sen takia juur jos sen kokee ettei pysty..”

”..sit on joku haava, pieni haava jonka liimaa...kun näitä on kans aika paljon..”

Kuitenkin joidenkin sairaanhoitajien matala luottamus omaan osaamiseen tai pelko vastuunottamisesta tuli selkeästi esiin vastauksissa. Pääterveysaseman ryhmässä tuli enemmän esille se, että lääkärin arviota pyydettiin, jotta vastuu tehdystä työstä myös jakautuisi osittain lääkärille.

”..niin mä haluan sen lääkärin siihen, se tavallaan ottaa siitä kans vähän vastuuta..”

”..juur niiku tämmöset murtuma epäilyt...lääkärin arvion siihen pyydän vaikka mää hoitasin sen sitomalla tai lastottamalla yleensä..”

Se miten lääkärit heidän mielestään hoitajien asiantuntijuuteen suhtautuivat, oli pääsääntöisesti positiivista. Lääkärit luottivat hoitajien arviointikykyyn ja määräsivät osittain lääkkeitäkin hoitajan arvion mukaan, esimerkkinä silmätulehdukset ja haavatulehdukset.

”..saadaan laittaa niiku lääkärille niitä reseptipyyntöjä listalle....infektiot ja silmätulehdus...vaan listalle lääkäri kirjottaa nimen, tavallaan se niiku luottaa..”

Sivukuntien ryhmässä yksi hoitajista mietti myös asiantuntijuuden pohjalta onko esim. hoitajan sinuscaïn käyttö edes tarpeellista, jos ei ole reseptin kirjoitusoikeutta. Sekä toisena kysymyksenä puhuttaessa antikolehdestä, joka itsenäisesti laskee potilaan Marevanin tarpeen, huomioiko lomake inhimilliset tekijät?

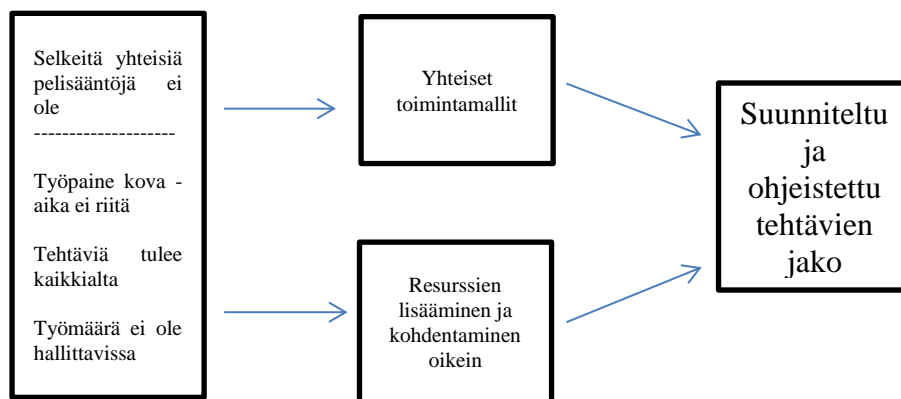
”..niin mun mielestä ei ole ku sanotaan että haastattelee sen asiakkaan niin siitä jo saa sen aika tarkan kuvan että onko sielä mahdollisesti vai ei ja jos kerta on sitä mieltä että siellä luultavasti on oireitten perusteella nii sää tarviit sen lääkärin kumminki..”

”..niin näitä alkon käyttäjiä kellä on menny viikonloppu vähän enemmän putkeen...ei se sit osaa laskea..”

Asiantuntijuuden huomioimisessa ei kummassakaan ryhmässä keskusteltu hoidontarpeen arvioinnista tehtäväsiirtona, vaikka se selkeästi näkyy koko ajan haastattelujen sisällöissä.

7.2.3. Suunniteltu ja ohjeistettu tehtävien jako

Selkeiden yhteisten pelisääntöjen puuttuminen oli pelkistykseenä alaluokalle yhteiset toimintamallit. Alaluokka resurssien lisääminen ja kohdentaminen oikein muodostui pelkistyksistä, työpaine kova – aika ei riitä, tehtäviä tulee kaikkialta ja työmäärä ei ole hallittavissa. Yläluokaksi näille muodostui suunniteltu ja ohjeistettu tehtävien jako. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Suunniteltu ja ohjeistettu tehtävien jako

Yhteisiä toimintamalleja kaivattiin molemmissa ryhmissä niin päivittäisiin käytännön toimiin kuin erilaisiin tutkimuksiin. Näiden arvioitiin helpottavan työntekoa ja siirtymistä ryhmistä tai työpisteistä toiseen. Varsinkin tämän koettiin helpottavan varahenkilöiden työtä. Näitä tutkimuksellisia yhteisiä pelisääntöjä toivottiin mm. laboratoriovastausten tulkintaan, korva- ja silmäpotilaiden hoitoon sekä puheluiden ohjaamiseen molemmissa ryhmissä. Toimintaoppaaseen oli sairaanhoitajien mukaan jo joitakin ohjeita lisätty ja niitä osa hoitajista myös oli käyttänyt.

”..käytännöt vaihtelee kyllä terveysasemittain, et miten ihmiset niitä laboratoriovastauksia kysyy sairaanhoitajalta vai varataanko suoraan lääkärille soittoaika..”

Pääterveysasemalla sairaanhoitajat vastasivat toistensa puheluihin, puhelimeen vastaava hoitaja ei tiennyt aina miten toisessa työpisteessä toimittiin. Tämä aiheutti hämmennystä ja turhia uusinta soittoja sekä ”kitkaa” työpisteiden välillä.

”..se olis helppoo kun joka paikassa kaikki toimis samalla lailla..”

”..kun noita puheluita tulee kuitenkin sitten niinku muistakin ryhmistä ja sitten sillai että soittakaa sinne omaan ku ei tiedä..”

”..mutta sitten ei tiedä että mites siellä toisessa , tullaaks sieltä lankoja pitkin vai..”

Resurssien lisääminen ja kohdentaminen oikein tuli esiin myös selkeästi toiminnassa vastaanotoilla. Sairaanhoitajat miettivät tehtäväsiirtojen tuoneen lisää tehtäviä lääkäreiltä, mutta myös muilta ammattiryhmiltä. Lisäksi aika ei tahtonut riittää vastaanotoilla ja suunniteltu ajankäyttö ei toteutunut listoille tulevien lisätehtävien vuoksi.

”..neljän lääkärin lisäksi hyvässä lykyssä iltapäivällänaapuriryhmänkin kaikki puhelut hoidat niin alkaa olla kaaosta..”

”..sanotaan nyt alkuun vaikka yks sairaanhoitaja lisää niin kyllähän se vaikuttas niinku tosi paljon näihin asioihin....mutta se on niin suuri toi sairaanhoitajan palkka et sillei..”

”..joskus pistät sen 40 minuuttia aikaa, laittaa sen pelivaran tai laitan useinkin isompiin haavoihin ku siihen tulee aina jottain muuta siihen vällii..”

”..paine on kova tuntuu että aika ei riitä niinku juokset kilpaa kellon kanssa..”

Yhden sairaanhoitajan mielestä työn sisällön ja joustavuuden lisääntyessä myös usein kiire ja vastuu lisääntyvät. Myös reseptien valmiiksi laitto lisäsi kiirettä, kuten kohdassa 7.2.1 Motivaatio työhön selviää, tällöin työmäärä ei aina ollut hallittavissa.

”..et ku jotkut reseptitkin laitetaan valmiiks niin saadaan ne nopeemmin asiakkaille mutta toki se lisää kiirettä..”

Yksi sairaanhoitaja kertoi ja toiset sairaanhoitajat nyökyttelivät hyväksyvästi, että aina ajatellaan miten lääkärin työtä helpotetaan ohjaamalla heidän töitään sairaanhoitajille. Lisäksi sairaanhoitajien mielestä oletettiin, että sairaanhoitajille saattoi ohjata potilaita kuinka paljon tahansa, oletettiin että ”kyllä hoitaja vielä voi teidät ottaa samalla reissulla”. Ei kunnioitettu sairaanhoitajan työaikaa ja samalla vastaanoton varanneiden potilaiden odotusajat piteni.

”..ei koskaan aatella miten voitais sairaanhoitajan työtä helpottaa vaan aina sinne voi niiku pistää kaiken se on vähän niinku semmonen kaatopaikka..”

Puhelinajat koettiin myös liian lyhyiksi, mutta niitä ei katsottu voitavan lisätä vastaanottoaikojen vähentymisen vuoksi.

”..iltapäivässä puhelinaika on liian lyhyt, mutta jos sinne otetaan vielä...puhelinaikaa niin eihän meillä oo enää vastaanottoa ollenka..”

7.3. Sairaanhoitajien tehtäväsiirtoihin kokema koulutuksen tarve

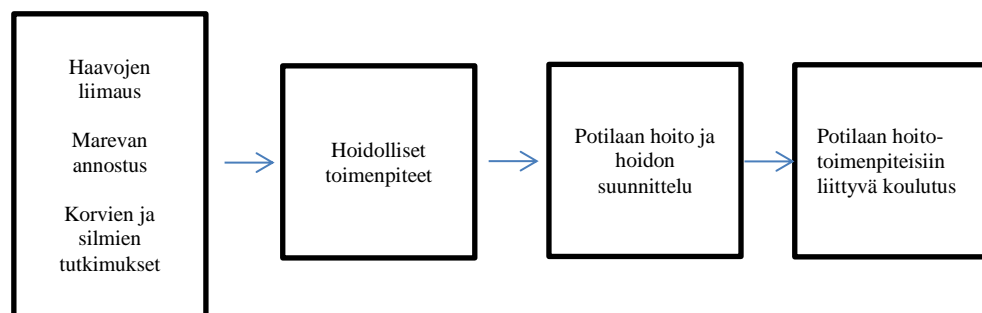
Koulutuksen tarvetta pohdittaessa yhdistäviksi luokiksi saatiin:

1. Potilaan hoitotoimenpiteisiin liittyvä koulutus
2. Tietotekninen koulutus
3. Potilaan ohjaukseen liittyvä koulutus ja kirjalliset ohjeet.

Yläluokkina olivat potilaan hoito ja hoidon suunnittelu, potilaan ohjaus ja neuvonta.

7.3.1. Potilaan hoito ja hoidon suunnittelu

Pelkistysten haavojen liimaus, Marevan annostus ja korvien sekä silmien tutkimukset, alaluokaksi muodostuivat hoidolliset toimenpiteet. (Kuvio 8.)

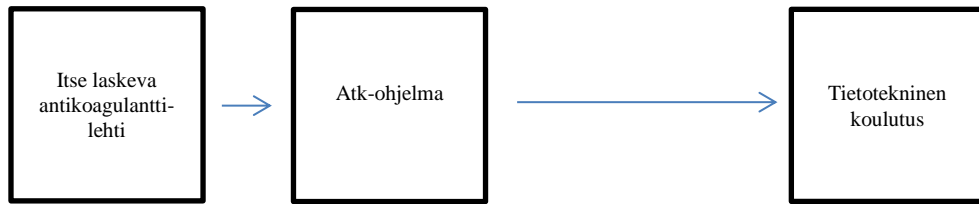


Kuvio 8. Potilaan hoito ja hoidon suunnittelu

Molemmissa ryhmissä toivottiin koulutusta kaikkiin yllä oleviin hoidollisiin toimenpiteisiin. Kuten jo kappaleesta 7.2.2. asiantunteva yhteistyö selviää.

7.3.2. Tietotekninen koulutus

Tietoteknisen koulutuksen osalta pelkistysten itse laskeva antikoagulanttilehti alaluokaksi saatiin atk-ohjelma, jolla tämä voitaisiin toteuttaa. (Kuvio 9.)

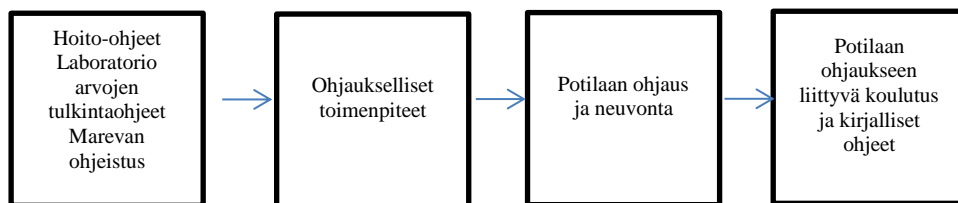


Kuvio 9. Tietotekninen koulutus

Yhdellä sairaanhoitajista oli kokemusta itse laskevasta antikoagulanttilehdestä, josta hieman keskusteltiin ja hoitajien mielestä se kuulosti myönteiseltä tavalta saada apua Marevan -lääkityksen suunnitteluun yleisesti. Erityistapauksiin kuten ”alkon” käyttäjiin tästä ei koettu olevan apua, vaan niissä tapauksissa tuli toimia tilanteen mukaan.

7.3.3. Potilaan ohjaus ja neuvonta

Pelkistykset hoito-ohjeet, laboratorio arvojen tulkintaohjeet ja Marevan ohjeistus kuuluivat samaan ryhmään ja näiden alaluokaksi muodostuivat ohjaukselliset toimenpiteet. (Kuvio 10.)



Kuvio 10. Potilaan ohjaus ja neuvonta

Molemmissa ryhmissä koulutusta toivottiin yllä oleviin osiin, kuten kohdassa 7.2.2 asiantunteva yhteistyö todetaan.

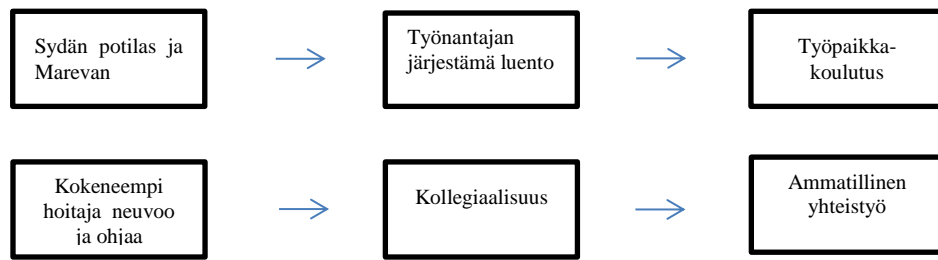
7.4. Toteutunut tehtäväsiirtoihin liittyvä koulutus työyhteisön toimesta

Jo toteutuneen koulutuksen kohdalla yhdistäviksi luokiksi saatiin

1. Työpaikkakoulutus
2. Ammatillinen yhteistyö

Pelkistyksen sydänpotilas ja Marevan koulutus saatiin työnantajan järjestämä luento. (Kuvio 11.)

Alaluokka kollegiaalisuudelle muodostui pelkistyksestä, kokeneempi sairaanhoitaja neuvoo ja ohjaa. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Toteutunut tehtäväsiirtoihin liittyvä koulutus

Koulutuksen kohdalla molemmissa ryhmissä mainittiin Marevan luento, jonka piti erikoissairaanhoidon ylilääkäri työpaikkakoulutuksena. Luennolla oli hoitajien muistikuvan mukaan myös asiaa sydän potilaasta. Muuta työpaikkakoulutusta tehtäväsiirtojen osalta ei muistettu.

”.. oli meillä Vintillä semmonen lyhyt koulutus Marevanista...vai oliks se yleistä sydänjuttua..”

”..joku oli sellanen missä käytiin vaan läpi jos on niinku pysyny saman niin entinen ja jos on pikkasen heittäny niin sit 10% vähennys tai sellane..”

Kollegiaalisena apuna pidettiin kokeneemman sairaanhoitajan neuvoja ja ohjausta nuoremmille sairaanhoitajille. Haastatteluissa selvisi että toiselta sairaanhoitajalta voidaan neuvoja tarvittaessa kysyä, tämä tuli selvästi esille keskusteltaessa Marevan hoidon ohjauksesta.

”..siis vanhempi hoitaja on neuvonu kuinka niitä laitetaan..”

8 TULOSTEN TARKASTELU

8.1. Toteutuneet tehtäväsiirrot

Tässä opinnäytetyössä tehtäväsiirrot kohdistuivat hoidon tarpeen arvioinnin osalta, potilaan korvien katsomiseen ja jäädytyshoitojen toteutukseen, sekä virtsatieinfektiopotilaiden tutkimuksiin. Diagnooseja hoitajat tekivät myös jonkin verran ainakin virtsatietulehduspotilaan hoidon ja silmätulehdusten osalta sekä yksi hoitajista myös poskiontelotulehdusten osalta. Hoidollisia toimenpiteitä tehtäväsiirtoihin oli mainittu haavojen liimaukset, pistokset, lastoitukset ja jäädytysoidot jotka tulivat lääkärin vastaanotolta.

Lähetteen teon ja tulosten tulkinnan kohdalla oli lähinnä laboratorio- ja röntgenlähetteen tekoa ja laboratoriotulosten tulkintaa. Potilaan ohjaus ja neuvonta kuuluivat myös tehtäväsiirtoihin. Näistä mainittavina ryhminä Marevan potilaan ja virtsatieinfektiopotilaan ohjaus ja hoito, jonkun verran myös Pef-seurannan ohjausta. Marevan potilaan hoidon ja ohjauksen osalta oli vain Kuosmasen (2012) työnjakoa koskevassa tutkimuksessa mainittu, että sairaanhoitaja pitää itsenäistä vastaanottoa

sekä määrittelee verikokeen perusteella Marevan annostuksen. Se että Marevan annostusten määrittelyä ei useimmissa tutkimuksissa ollut, saattaa johtua siitä, että tutkimuksista suurin osa oli tehty jo 2000-luvun alkupuolella, jolloin Marevan hoidot saattoivat olla vielä vähemmässä määrin hoitajilla.

Helle-Kuusjoen (2005) tutkimuksessa tehtäväsiirroista painottui sairaanhoitajien työ päivystyksellisessä hoitajanvastaanottotyössä sekä ohjaamisessa ja neuvonnassa lähinnä lääkärin vastaanotolta tuleville potilaille. Näillä vastaanotoilla sairaanhoitaja myös teki välillisiä toimenpiteitä joita mm olivat lääkärille ohjautuvien potilaiden paperityöt ja ajanvaraukset.

Pitkäsen (2007) sairaanhoitajaliiton jäsenkysely tutkimuksessa 60 % hoitajista teki hoidontarpeen arviointia ja potilaiden neuvontaa, mutta vain 20 % hoitajista piti omaa vastaanottoa. Tehtäväsiirrot näyttivät painottuvan enemmän verensiirtojen, laskimokanyylien ja suonensisäisen lääkityksen toteutuksiin, mikä selittynee sillä, että tutkittavista 56 % toimi sairaaloissa ja 30 % perusterveydenhuollossa. Myös läheteiden kirjoitus sovittuihin tutkimuksiin, pienten vammojenhoito, reseptien kirjoittaminen, kuuluivat tehtäväsiirtoihin perusterveydenhuollon puolella.

Nordic Healthcare Groupin (2010, 26) ja Heino, Miettunen, Rissanen, Syvänen, Tahvola & Tuulosen (2013, 11 - 12) tutkimustuloksissa oli sairaanhoitajien tehtävinä pienten vaivojen hoitamisen lisäksi myös rutiiniseurannat, kuten verenpaine-, diabetes-, reuma-, astma ja päihdeseurannat. Lähes kaikkien Peltosen (2009) tutkimukseen osallistuvien mukaan viimeisen viiden vuoden aikana oli lisätty avosairaanhoidon hoitajien vastaanottoa. Hoitajille oli siirretty lääkäreiltä toimenpiteitä ja tutkimuksia, myös hoitajien puhelinaikaa oli lisätty.

Tehtäväsiirrot kaiken kaikkiaan olivat samansuuntaisia kuin useissa aikaisemmissakin tutkimuksissa. Vain pitkäaikaissairauksien seurannat eivät kuuluneet kuntayhtymässä sairaanhoitajille vaan terveydenhoitajat tekivät ne pääsääntöisesti. Hoidon tarpeen arviointia ei erikseen mainittu haastattelussa tehtäväsiirtona, vaikka se selkeästi näkyi haastattelun pohjalla kokoajan. Eikö sitä mielletty tehtäväsiirroksi, vai oliko se niin luontaista, ettei sitä ajateltu erillisenä tehtäväsiirtona.

8.2. Tehtäväsiirtojen vaikutus sairaanhoitajan työhön

8.2.1. Motivaatio työhön

Tehtäväsiirtojen vaikutukset sairaanhoitajan työhön motivoivan lähtökohdan pohjalta olivat paljolti kiinni työn joustavuudesta ja mielekkyydestä, jotka koettiin hyviksi. Joustavuutta koettiin olevan molemmin puolin niin lääkäreillä kuin hoitajillakin. Hoitajat ennakoivat potilaan lääkärinvastaanotolle tuloa esimerkiksi tekemällä läheteitä

laboratoriotutkimuksiin. Lääkärin tuki koettiin myös mielekkään ja joustavan työn positiivisena osana.

Peltosen (2009) tutkimuksen mukaan hoitajista 50 % koki että lääkärin ja hoitajien konsultaatiot toteutuivat aina tarvittaessa. Vastajat kokivat hoitajavastaanotolla työskentelyn myös mielekkääksi sen itsenäisen ja mahdollisimman kokonaisvaltaisen työskentelyn vuoksi. Noin puolet sairaanhoitajista koki työmotivaationsa parantuneen ja sairaanhoitajan työn arvostuksen nousseen (Pitkänen 2007). Uuden työskentelytavan myötä sairaanhoitajan työ oli muuttunut innostavaksi ja sitoutuminen työhön oli parantunut, (Kärkkäinen ym. 2003, 1460) myös kynnys jäädä pois työstä oli noussut (Helle-Kuusjoki 2005).

Peltosen (2009) tutkimuksen mukaan omaa vastaanottoa pitävän sairaanhoitajan työssä mahdollistuu potilaan tehokas neuvonta. Työnjaolliset muutokset, hoitajien omavastaanottojen osalta, toivat esille myös potilaiden paremman hoitoon sitoutumisen sekä asiakaslähtöisemmän terveydenedistämistyön toteutumisen. Lääkärin konsultointi mahdollisuus koettiin myös hoitajien kyselyssä erittäin tärkeäksi (Helle-Kuusjoki 2005).

Myös opinnäytetyössä monipuoliset työtehtävät, itsenäinen päätöksenteko ja vastuu lisäsivät motivaatiota työhön. Se, että vastuu työssä oli pikkuhiljaa kasvanut, ei vaikuttanut siihen, että tehtävistä katsottiin myös voitavan kieltäytyä, jos ei kokenut niitä osaavansa. Se miten vastuu ymmärrettiin, siitä ei tullut selvyyttä, joskin haastattelussa kävi ilmi epävarmuudesta johtuva vastuun siirto lääkärille, esimerkiksi korvapotilaiden tutkimuksessa. Helle-Kuusjoen (2005) tutkimuksessa vastuu koettiin sairaanhoitajan ja lääkärin yhteiseksi vastuuksi etukäteen suunnitellusta toiminnasta, esimerkiksi kirurgiset toimenpiteet, joiden tarve selviteltiin ensin lääkärin vastaanotolla. Tästä yhteisestä vastuusta oli Kuosmanen (2012) kuitenkin eri mieltä, hänen mielestään vastuu oli jokaisella terveydenhuollon henkilöllä itsellään, jokaisen työntekijän tulee muistaa että hän itse vastaa viimekädessä tekemistään työtehtävistä.

Kirjallisten töiden osalta haastatteluissa useimmin esille tuli reseptien valmistelu ja harvemmin joidenkin lausuntojen ja hakemusten teko. Reseptien kirjoittaminen ja valmistelemine sähköiseen järjestelmään oli kuitenkin yksi puhuttavimmista työnjaollisista kysymyksistä. Rajoitetusta lääkkeenmääräämiskoulutuksesta ei kuitenkaan keskusteltu haastattelujen aikana lainkaan. Sivukuntien terveysasemilla tuli esille, että e-reseptien tultua, ei hoitajien osalta reseptien ohjaamisen/kirjaamisen määrässä ollut tullut juuri muutosta vanhaan toimintamalliin verrattuna. Myös Kuosmanen (2012) tutkimuksessa hoitajat suorittivat itsenäisesti erilaisia tutkimuksia ja määräisivät käsikauppalääkkeitä, mutta reseptien kirjoittamista hoitajat eivät tehneet juuri lainkaan.

Kuosmanen (2012) tutkimuksessa reseptien kirjoittaminen tarkoitti ilmeisemmin juuri lääkärille valmiiksi kirjoitettuja reseptejä, koska tutkimuksen mukaan rajoitettu lääkkeenmääräämisoikeus oli vireillä ja koulutukseen oli vasta hakeuduttu. Pitkäsen (2007) tutkimuksessa hoitajat

kirjoittivat reseptejä ja jakoivat lääkäreiden valmiiksi kirjoittamia reseptejä tiettyjen kriteerien mukaan potilaille, hoitajat ottivat tällöin jakamistaan resepteistä vastuun.

Reseptien teko, lääkelistojen e-reseptien tarkastelu ja ohjaus lääkärille lisäsi vastuuta, mutta myös työn mielenkiintoisuutta. Tutkimustulosten tulkinta ja erilaiset potilasohjaustilanteet toivat monipuolisuutta työhön, joskin niihin toivottiin myös yhtenevää ohjeistusta. Yhtenevillä ohjeilla saataisiin varmuutta tehtäviin. Selkeää tutkimustulosten tulkintaa ei tullut esille Peltosen (2009) tutkimuksessa, hoitajat kuitenkin hoitivat pitkäaikaissairaiden potilaiden kontrollikäynnit ja seurannan, joten on oletettavaa että he myös tulkitsivat tutkimustuloksia.

Palkkauksen katsottiin myös vaikuttavan yleisesti motivaatioon. Sitä ei ollut kuitenkaan saatu selkeistä tehtäväsiirroista, joten motivoinnin tältä osin voidaan katsoa olleen olematonta. Hoitajien mielestä kuitenkin vastuutehtävistä tulisi maksaa lisää palkkaa, vaikka ”huonojen aikojen” katsottiin vaikuttavan negatiivisesti palkan lisäämiseen. Helle-Kuusjoen (2005) mukaan tehtävien siirtojen osalta koettiin tärkeäksi rahallinen korvaus lisääntyneen työmäärän ja lisävastuun vuoksi. Vastaajien mukaan sairaanhoitajien palkka-asiaa ei nähdä tärkeäksi vaan yleisesti ajatellaan sairaanhoitajan lopulta tyytyvän. Vastaajat toivoivat tehtäväsiirtojen yhteydessä palkkaan selkeitä ohjeistuksia, jotta epätietoisuus poistuisi. Hoitajat kokivat myös tullessa epätasa-arvoisesti kohdelluksi esim. lääkärikuntaan verrattuna.

Tutkittaessa, lisääntynyt vastuu oli vaikuttanut 32 % haastateltavan mielestä hoitajien palkkaan, yli puolet hoitajista vastasi, ettei sillä ollut minkäänlaista vaikutusta (Kuosmanen 2012). Markkanen Kirsi (2002 41 - 42) toi jo tuolloin 2002 tutkimuksessaan esille saman asian. Myös Pitkänen (2007) totesi, että sairaanhoitajien työtä kyllä arvostettiin, mutta tällä ei ollut kuitenkaan yhteyttä palkkauksen kehitykseen vastuualueita ja lisäosaamista tukevaksi toimenpiteeksi. Kansallisen terveystieteen piloteissa kaksi kolmesta oli huomionut tehtävämuutokset palkkauksessa ja yli puolet oli nostanut palkkausta muuttuneiden tehtävien vaativuuden perusteella. Muutamassa hankkeessa lisäpalkkio kuitenkin puuttui ja sen arvioitiin vaikuttaneen huonontuneeseen työtyytyväisyyteen, pilotoinnin aikana. (Hukkanen & Vallimies- Patomäki 2005 52 -53.)

8.2.2. Asiantunteva yhteistyö

Asiantuntevaan yhteistyöhön vaikutti koulutuksen määrä ja asiantuntijuus sekä työparityöskentely. Haastateltavien mielestä koulutus oli erilaisten tutkimusten tulkinnoissa ja hoidollisten toimenpiteiden ohjeistuksissa tällä hetkellä puutteellista ja lisäsi epävarmuutta. Se mitä toivottiin, oli yhtenäiset linjat hoitotoimenpiteisiin. Yhtenäiset ohjeistukset toimisivat samalla oppimisen tukena sairaanhoitajille epävarmoissa toimenpiteissä. Työparityöskentely tuli myös useita kertoja haastattelujen aikana esille, sen koettiin helpottavan työtä ja varsinkin silloin jos toteutuisi ”oikea” lääkäri-hoitajatyöpari työskentely. Yhteistyö lääkäreiden kanssa sujui

pääsääntöisesti hyvin, vaikka yhdellä sairaanhoitajalla saattoi olla useita lääkäreitä työparina – kuten tiimityöskentely -mallissa.

Helle - Kuusjoen (2005) tutkimuksessa lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö koettiin välttämättömäksi. Sairaanhoitajat kokivat toimenpiteiden osalta yhteistyön parantuneen ja luottamuksen ammattiryhmien välillä kasvaneen. Työparityöskentelyssä opittiin toimimaan yhdessä ja luottamus omaan työpariin lisääntyi. Lääkäreiltä sai aina tarvittaessa apua ja tukea. Nordic Healthcare Groupin (2010, 28) tutkimuksen mukaan työparityöskentelyä tulisi kehittää edelleen.

Sairaanhoitajat tiesivät työnsä vastuualueet ja osasivat kieltäytyä tehtävistä joita eivät kokeneet osaavansa. Osa sairaanhoitajista myös kyseenalaisti joidenkin tehtävien siirtoa hoitajille, lähinnä lopullisen saadun hyödyn pohjalta. Sairaanhoitajilla oli tiedossa ammatilliset vahvuusalueensa samoin he tiedostivat heikkoutensa, johon toivoivat saavansa lisää koulutusta. Matala luottamus omaan osaamiseen tai jonkinlainen pelko vastuunottamisesta oli osittain näkyvillä. Tässäkin kohdassa tärkeäksi nousi lääkärin tuki epävarmuustilanteiden tullessa eteen. Sairaanhoitajien mielestä lääkärit pääsääntöisesti luottivat sairaanhoitajien arviointikykyyn mikä osaltaan lisäsi sairaanhoitajissa varmuutta arvioida omaa ammattitaitoa.

Helle-Kuusjoen (2005) tutkimuksen vastaajien mukaan vastaanotoilla sai käyttää omaa ammattitaitoaan, hyödyntäen kertynyttä työkokemusta. Tällöin koettiin vastaanottotyön olevan ammattitaitoa laajentavaa, voimaannuttavaa. Voimaantumista lisäsi myös omien rajojen tunnistaminen hoitajavastaanotto toiminnassa. Tiedolla ja työkokemuksella katsottiin olevan suuri merkitys kokonaisvaltaisen työskentelyn pohjalla. Koettiin, että myös muut ammattiryhmät arvostivat sairaanhoitajien ammattitaitoa. Helle-Kuusjoen tutkimuksessa (2005) Hilden (1999) mukaan sairaanhoitajan asiantuntijuutta lisäävät ammatillisten kehittämistarpeiden tunnistaminen ja voimavarojen suuntaaminen oikein.

8.2.3. Suunniteltu ja ohjeistettu tehtävien jako

Yhteisiä toimintamalleja ohjeistusten, tutkimusten ja päivittäisten toimien tueksi kaivattiin. Niiden arvioitiin helpottavan työskentelyä siirryttäessä toimipisteestä toiseen. Lisäksi niiden koettiin olevan varsinkin varahenkilöille oiva työkalu. Ohjeistuksia ja käytänteitä oli työoppaaseen kerätty ja näitä olivat hoitajat käyttäneetkin. Kuosmanen (2012) mukaan osaamisen varmistamisessa on kyseessä sekä työntekijän että potilaiden turvallisuudesta. Yleensä työntekijä itse huolehtii osaamisestaan, mutta osaamista voidaan ylläpitää myös säännöllisillä työpaikkakoulutuksilla. Myös työnjaossa yhteiset selkeät toimintaohjeet ovat kaiken perusta, niillä varmistetaan vastuukysymykset, työntekijän osaaminen, potilasturvallisuus ja korvaus uudesta vaativammasta tehtävästä. (Kuosmanen 2012) Pitkäsen (2007) tutkimuksen mukaan edellä mainitut toimintaohjeet olivat jääneet sopimatta.

Resurssien lisäämisestä ja kohdentamisesta oikein oli myös puhetta lähinnä työnjaosta johtuvien muutosten vuoksi. Hoitajat kokivat, että työmäärä oli lisääntynyt ja tehtäviä siirtynyt lääkäreiltä heille, kuitenkin heiltä ei ollut siirretty töitä minnekään. Riittämättömyyden tunne ja paine niin työmäärässä kuin työajan suunnittelussa oli ongelmana. Hoitajat saivat vastaanottotyöhön suunnitella työaikansa, mutta ajat ei tahtoneet pitää. Jos hoitaja varasi aikaa pitkään toimenpiteeseen, oli listalle tullut ylimääräisiä potilaita, jolloin aika ei riittänyt sovittuun työhön. Jatkuva paine söi työmotivaatiota, mikä kuitenkin vaikutti vielä olevan hyvällä tasolla. Joku hoitajista kuvasi vastaanottoaan ”kaatopaikaksi”, jonne kaikki muiden tekemättömät tehtävät voi siirtää.

Hoitajavastaanotto toiminnan myötä työmäärä sairaanhoitajilla oli lisääntynyt ja aiemmista työtehtävistä ei ollut töitä jäänyt pois, joten uudet tehtävät tulivat näiden lisäksi. (Helle-Kuusjoki 2005.) Toisaalta samaisessa Helle-Kuusjoen (2005) tutkimuksessa hoitajat toivat esiin oman vastaanotto toiminnan myötä tulleen paremman mahdollisuuden vaikuttaa oman työnsä tahtiin. Henkilökunnan työpaineet voivat olla myös esteenä työnjaossa, uutta työtä ei ehditä oppimaan, kun työtä on jo ennestäänkin liikaa (Kärkkäinen ym. 2003, 1460).

Haastelussa sairaanhoitajat toivat myös esiin huolen henkilöstöresurssien riittävyydestä ja katsoivat että hoitajavastaanoton toiminta on yhteydessä henkilöstön riittävyyteen ja ammattitaitoon. Työpaine koettiin myös kovaksi ja työaika ei aina riittänyt tehtävien suorittamiseen. Myös sairaanhoitajien töiden koettiin joskus jakautuvan epätasaisesti hoitajien kesken.

Peltosen (2009) tutkimuksessa todettiin, että työnjaon edelleen kehittämisessä tulee hoitajien mukaan kehittää yhteisiä hoitokäytäntöjä ja uudistaa työnjaon toimintamalleja. Tämä kuitenkin edellyttää, että henkilöstöä on riittävästi ja se on sitoutunut sovituihin asioihin. Nordic Healthcare Groupin (2008, 29) kyselytutkimukseen vastaajien mielestä tulevaisuudessa tärkeintä olisi parantaa nykyisten resurssien tuottavuutta kehittämällä organisaatiota ja sen prosesseja.

8.3. Sairaanhoitajien tehtäväsiirtoihin kokema koulutuksen tarve

Koulutus oli myös paljon keskustelua aiheuttanut alue haastatteluissa. Koulutusta toivottiin tutkimustulosten tulkintaan ja ohjeistukseen (ohjaukselliset toimenpiteet) sekä hoidollisten toimenpiteiden ohjeistuksiin. Lisäksi toivottiin yhtenäisiä toimintamalleja/ohjeita erilaisten tutkimustulosten ja hoidollisten toimenpiteiden avuksi sekä päivittäisten käytänteiden kuten puheluiden ohjaukseen. Suuntaa antavat ohjeet helpottaisivat hoitajien työskentelyä ja ehkä myös lääkäreille siirtyvien kysymysten määrä vähenisi. Ne toimisivat myös koulutuksellisenä ohjeena kun uusi nuori sairaanhoitaja aloittaa vastaanoton. Koulutuksen koettiin varmistavan myös työntekijän osaaminen. Työnjaossa kaiken pohjana arvioitiin olevan selkeät yhteiset toimintaohjeet, samansuuntaisia tuloksia oli myös Kuosmasen (2012) ja Hukkanen & Vallimies-Patomäen (2005, 41) tutkimuksissa.

Myös atk-pohjaisesta itselaskevasta antikoagulantti-lehdestä oli puhetta, tarkoituksena lähinnä helpottaa ja ohjata Marevan lääkityksen annostuksessa. Marevan annostuksen ja ohjauksen osalta toivottiin myös lisää koulutusta. Vaikka jonkin verran koulutusta oli ollut ja kollegiaalista apuakin oli saatu. Lisäksi toimintatavat/ohjeet annostuksissa olivat kirjavia ja tähänkin toivottiin jonkinlaisia yhtenäisiä toimintatapoja. Kaiken kaikkiaan antikoagulanttihoidosta keskusteltiin paljon, myös uusien lääkkeiden osalta. Uusien antikoagulanttien tullessa, potilaalla myös seurannan tarve vähenee ja näin ollen myös hoitajien työmäärä tältä osin.

Hukkanen & Vallimies-Patomäen (2005, 27 - 30) selvityksessä, kun koulutustarpeet oli selvitetty, järjestettiin jokaisessa pilotissa toimipaikkakoulutusta. Toimipaikkakoulutus koostui asiantuntijaluennoista sekä potilaalle tehtävien tutkimusten ohjatuista suorittamisista, lääkärin antamana vieriopetuksena. Laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvää sairaanhoitajien ammatillista lisäkoulutusta oli myös järjestetty, laajuudeltaan noin 15 - 40 opintoviikkoa. Tämän lisäksi järjestettiin lyhytkestoista lisäkoulutusta, sisältöalueina mm. Marevan-hoito, tiimityö, toiminnan suunnittelu, resurssit ja tiedottaminen.

Hoidollisten toimenpiteiden osalta koulutusta toivottiin ensisijaisesti korvatulehdusten ja silmätulehdusten tulkintaan ja hoitoon. Epävarmuutta oli lähinnä korvatulehduksen osalta, milloin oli tarvetta ohjata potilas lääkärille. Silmätulehduksista oli jo valmiina jonkinlainen ohje toimintaoppaassa, tulehduksen hoidosta. Lisäksi toivottiin mm silmähuuhteluun liittyvää tietoa ja ohjetta. Tarvetta koulutukseen oli myös haavojen liimaamisen osalta. Kun varmuutta saataisiin näihin hoitotoimenpiteisiin, samoin kuin yhtenäisiä toimintamalleja, sairaanhoitajien mielestä jäisivät lääkärin konsultaatiotkin vähemmälle.

Kuosmasen (2012) tutkimuksessa osaaminen varmistettiin eniten henkilökohtaisella koulutuksella, 63 % vastaajista. Ja työntekijä huolehti itse osaamisen ylläpitämisestä, 44 % vastaajista. Muita osaamisen varmistamistapoja oli mm. paikalliset ja alueelliset koulutukset, kokeneen kollegan konsultointi ja palautteen saaminen, verkkokurssit ja vertaiskeskustelut. Pitkäsén (2007) tutkimuksessa tehtäväsiirtojen osaaminen oli varmistettu, 60 % vastaajista kertoi työpisteessä olevan kirjalliset ohjeet siitä miten tehtävät suoritetaan. Yli puolen 55 % osallistuneen työyksikössä varmistaminen tapahtui näytöllä ja vajaalla puolella 46 % tehtäväsiirtoihin työyksikkö oli järjestänyt henkilökohtaisen koulutuksen. Pitkän työkokemuksen omaaville (16 - 26 vuotta) työyksiköt järjestivät lyhyen henkilökohtaisen koulutuksen osaamisen varmistamiseksi. Peltosen (2009) tutkimuksessa itsenäistä vastaanottotyötä tekevien hoitajien mielestä jo peruskoulutukseen tulisi lisätä koulutusta itsenäisen hoitotyön, puhelinneuvonnan ja pitkäaikaissairauksien hoidosta. Lisäkoulutusta he olivat saaneet ja sitä myös katsoivat tarvitsevansa vastakin.

9 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan, aineiston analysoinnin, laadun ja tulosten esittämisen tulee olla luotettavia. Luotettavuus ilmenee tutkimusprosessin toteutumisesta ja arvioitaessa miten tutkimustulos vastaa tutkimuskohdetta ja vastaavatko tutkimuksen johtopäätökset alkuperäistä tutkimusaihetta. Luotettavuutta kohentaa myös tutkijan tarkka kertomus tutkimuksen toteutumisesta, aineiston tuottamisesta, olosuhteista ja paikoista joissa aineistoa kerättiin. Tutkijan on myös tärkeää kertoa mahdollisista häiriötekijöistä tai virhetulkinnoista haastattelussa. Toisin sanoen kertoa lukijoilleen mitä he ovat tutkimuksessaan tehneet ja miten päätyneet saatuihin tuloksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2006, 216 - 218; Janhonen & Nikkonen 2003, 36.) Ronkainen, Pehkonen, Lindholm-Yläne & Paavilainen (2011, 82 - 83) mukaan laadullisessa tutkimuksessa koetetaan tulkita ja ymmärtää tutkimusaineistoa sekä viedä ilmiön ymmärrys alkuperäisestä käsitteellisemmälle tasolle.

Eettinen vastuullisuus taas pitää sisällään laadullisen tutkimusaineiston hankinnan ja tutkimuksen kaikkien vaiheiden tarkan ja rehellisen toteuttamisen. Tutkijan on tuotava ilmi tutkimusaiheitaan koskevat valinnat ja niiden perustelut. Tutkimusetiikka edellyttää, että tutkija huomioi toiminnassaan tutkimuksen kohteena olevat henkilöt, heidän omaisensa, rahoittajat, työyhteisönsä ja työtoverinsa. Tiedonantajan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja luottamuksellisuus ovat tärkeimpiä eettisiä periaatteita. Tutkimuksella ei saa koskaan vahingoittaa tiedonantajaa. Tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus ja lisäksi pitää muistaa, että tutkimusaineistoa ei saa luovuttaa sivullisille. Tulee myös huomioida ettei esim. kokemusten kuvaamisessa kukaan osallistuneiden ulkopuolinen voi tiedonantajaa tunnistaa. (Janhonen & Nikkonen 2003, 39, 126.) Tiedonantajan osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja heiltä pitää kysyä lupa haastattelun tekemiseen. Heille pitää kertoa tarkkaan tutkimuksen kulku ja kertoa, että haastattelu nauhoitetaan. Tulosten käytön jälkeen tutkija hävittää tutkimusaineiston asianmukaisesti.

10 POHDINTA

Tulevaisuus tuo tullessaan uusia työnjaollisia muutoksia terveydenhuoltoon. Sote-uudistusten linjauksissa työnjaon kehittäminen on yhtenä tärkeänä alueena, jotta kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa saataisiin laskettua. Säästöä arvioidaan syntyvän juuri lääkäreiden tehtäviä siirtämällä sairaanhoitajille. Keski-suomalaisen artikkelissa 25.4.2016 käsiteltiin lääkäreiden ja sairaanhoitajien työnjaon tarvetta. Hallituksen tarkoituksena on artikkelin mukaan siirtää tehtäviä korkeammin koulutetuilta vähemmän koulutetuille, sosiaali- ja terveysalalla.

Artikkelissa Pärnänen Lääkäriliitosta, tuo esille mm. sairaanhoitajien lääkkeenmääräämiskoulutuksen, jota on järjestetty vuodesta 2011 lähtien.

Hänen mukaansa koulutus ei ole saanut juuri tuulta purjeisiin ja näin ollen vaikuttanee tarpeettomalta, vaikka STM:n työryhmä ehdottaakin tuoreessa raportissaan toiminnan laajentamista ja sairaanhoitajilta edellytettävän koulutuksen keventämistä. Pärnänen muistuttaa, että reseptihoitajien tuoma hyöty terveydenhuoltojärjestelmälle on marginaalinen. (Hartio 2016.)

Myös Pärnänen aikaisempi samansisältöinen bloggaus 2/2012, sote-palveluiden saatavuudesta, yhteistyöstä ja työnjaosta herätti keskustelua. Sairaanhoitajaliiton kansainvälisten asioiden päällikkö Anna Suutarla kirjoitti vastineen bloggaukseen. Hänen mukaansa STM:n sairaanhoitajien lääkkeenmääräämistä tarkastelleen raportin mukaan lääkärit ja toimintayksiköiden johdon edustajat näkivät sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisessä enemmän hyötyä kuin epäkohtia. Myös potilaat olivat olleet tyytyväisiä. Hänen mukaansa sairaanhoitajien lääkkeenmääräämisen oikeudessa on pyrkimyksenä tuottaa hyvää väestölle eikä suinkaan ole kyse sairaanhoitajan, yksilön oikeudesta. (Suutarla, 2012.) Keskustelu jatkuu, työnjaolliset ongelmat ja mahdollisuudet puhuttavat koko ajan.

Onkin hyvä miettiä kokonaissäästöjen määrää ja tarkastella mitkä tehtäväsiirrot tuovat säästöjä ja mitkä eivät. VTV:n tiedotteen mukaan työnjaon kehittäminen on ollut tähän mennessä melko hidasta eikä suunniteltuja säästöjä ole juuri syntynyt. Työnjakoa on kehitelty erilaisin hankkeiden ja projektien kautta, mutta niissä kehitetyt toimintamallit eivät ole juurtuneet hyvin käytäntöön saatikka siirtyneet toisiin organisaatioihin. (VTV 1/2016.)

Työnjaon kehittäminen on kyllä tarpeen, ja siinä tulee ensisijaisesti huomioida hyväpuolet toki ei uhkiakaan pidä unohtaa. Potilasturvallisuutta ei saa vaarantaa hallitsemattomalla tai tarpeettomilla tehtäväsiirroilla. Osaamisen varmistaminen on ensimmäinen tehtävä ja sen pohjalta luodut tarvittavat lisä- ja täydennyskoulutukset. Vastuiden selvittäminen kuuluu myös osana työnjaollisiin muutoksiin, tässä kohtaa tulisi huomioida kirjalliset sopimukset tehtäväsiirroista. Samalla myös ammattihenkilöt ovat oman vastuunsa myötä velvollisia pitämään yllä ammattitaitoaan. Resurssit tulisi ohjata mielekkäästi, sekä samalla tehtävät ohjata oikeille työntekijöille. Ei ole kustannustehokasta teettää lääkäreillä ja sairaanhoitajilla tehtäviä, joita pystyy avustava ammattiryhmä tekemään. Näiden muutosten myötä tulee huomioida myös tarvittavat palkkaukselliset muutokset, jotta saadaan motivaatiota tehtäväsiirtoihin ylläpidettyä.

10.1. Lääkäreiltä sairaanhoitajille siirtyneitä tehtäviä

Opinnäytetyössä tehtäväsiirrot olivat pitkälti samansuuntaisia kuin aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa (Kuosmanen 2012; Pitkänen 2007; Helle-Kuusjoki 2005; Heino ym. 2013, Peltonen 2009). Näitä tehtäväsiirtoja oli tehty jo jonkin aikaa, mutta silti selkeästi oli tarvetta koulutukseen sekä ohjeiden yhtenäistämiseen. Se mitkä tehtävät olivat

lopulta tehtäväsiirtoja, mietitytti jonkin verran. Lähinnä ajateltiin voiko tehtäväsiirto olla sellainen, jossa lääkäri kuitenkin lopulta hoitaa potilaan, esimerkkinä oli potilaan korvien katsominen. Määritelmien mukaan tehtäväsiirroksi voidaan luokitella kaikki työt jotka ovat aikaisemmin kuuluneet jollekin toiselle ammattiryhmälle (Hukkanen & Vallimies-Patomäki, 2005,13).

Ohjeiden yhtenäistäminen Marevan, virtsatieinfektio- ja Pef- potilaan hoidossa ja ohjauksessa, samoin kuin pienten toimenpiteiden toteutuksessa, tuo yhtenäiset käytännöt kaikkiin toimipisteisiin ja epävarmuus ohjauksessa vähenee. Jokaiselle toimipisteelle kehittyvät omanlaisia toimintatapoja, joihin ulkopuolisen on vaikeaa päästä sisälle nopeasti. Epävarmuus siitä miten toimia juuri tässä toimipisteessä tekee työn raskaaksi ja aikaa vieväksi hoitaa. Työstä häviää tällöin helposti mielekkyyttä. Ohjeiden yhtenäistäminen nopeuttaa toimintaan kiinnittymistä ja näin ollen luo työntekijälle osaamisen tunteen ja tämän myötä motivaatio työhön lisääntyy. Samalla myös tehtävästä ja toimipisteestä toiseen siirtyminen helpottuu ja ehkä myös lisääntyy.

Hoidontarpeen arviointi ei tullut haastatteluissa esille tehtäväsiirtona, vaikka hoitajat arvioivat potilaan vointia niin puhelimesta kuin hoitajavastaanoilla. Potilaita ohjattiin kotihoitoon tai lääkäreille taudinkuvan mukaan. Miellettiinkö sitä lainkaan tehtäväsiirtona vai oliko itsestään selvää sairaanhoitajalle arvioida potilaan vointia ja hoidon tarvetta. Kuitenkin koko haastattelun ajan hoidon tarpeen arviointi kulki mukana punaisena lankana.

Tulosten tulkintaan ja potilaiden ohjaukseen toivottiin myös yhteisiä ohjeistuksia. Lähetteen teon ja tulosten tulkinnan myötä vastuu potilaan hoidosta lisääntyy sairaanhoitajilla. Tällöin myös yhtenäiset linjat hoidontarpeen arvioinnissa tulosten osalta ovat tärkeitä, ei pelkästään vastuun osalta vaan myös potilaan saaman hoidon tasalaatuisuuden vuoksi. Tässä yhteydessä tulee miettiä mitkä ovat niitä tuloksia joita sairaanhoitajat potilaille antavat ja mitkä selkeästi kuuluvat lääkäreille. Näin ollen jo potilaan tullessa vastaanotoilta voidaan ohjata tulosten kysely oikeaan paikkaan. Ohjauksen myötä turhat puhelut vähenevät ja paine tältä osin helpottuu.

Kirjallisista töistä suuritöisempiä olivat reseptien ohjaukset sähköiseen järjestelmään sekä vanhat paperireseptit. Tätä työtä tekivät myös avustava henkilökunta siltä osin kuin se oli mahdollista. Mietittävää onkin miten paljon työaikaan sitoo juuri e-reseptien ohjaus ja kirjaus. Tätä työtä tehdään kaikissa ammattiryhmissä runsaasti joten kehiteltävää tältäkin osin on varmasti. Tämä vaatii kuitenkin yhteistyötä myös atk-yksikön kanssa, ohjelmateknisistä ongelmista johtuen, mutta myös valtakunnallisesti järjestelmän jäykkyyden vuoksi.

Hoitajat pyysivät myös reseptejä mm. haavainfektioihin ja silmätulehduksiin. Lääkkeenmääräämiskoulutuksesta ei ollut puhetta haastattelun aikana. Se koetaan lääkkeenmäärääminen tärkeäksi, työaika ja kustannuksia säästäväksi toiminnaksi työyhteisössä jää tältä

osin selvittämättä. Kaiken kaikkiaan yleisesti koulutus ei ole saavuttanut sille alkuun suunniteltua kannatusta. Onko vähäisen koulutuksen syynä se että työnantaja on se taho, joka päättää aloitetaanko koulutukset/tehdäänkö tehtäväsiirto siltä osin toimipisteissä? Vai onko se että palkkauskysymykset tulevat koulutuksen jälkeen sairaanhoitajilla huomioon otettaviksi. Keskustelua käydään yleisesti myös siitä onko tehtäväsiirrolla lääkkeenmääräyksen osalta saavutettu juurikaan säästöjä. Haastateltavien mukaan kuitenkin lääkereseptien saanti lääkäriltä, oli helpottunut e-reseptin myötä, joten ehkä lääkkeenmääräämiskoulutus ei siksi ollut ajankohtainen asia.

Mitään kirjallisia sopimuksia ei ollut tehty sovitusta työnjaollisista muutoksista. Tehtäviä oli siirretty toiminnan muutosten myötä. Muutokset olivat olleet lähes samanlaisia pääterveysasemalla ja sivukuntien terveysasemilla. Odotusarvona tutkijalle oli, että eroavaisuuksia olisi tullut esille enemmän, lähinnä käytettävissä olevien palvelujen kuten laboratoriopalvelujen rajallisuuden vuoksi. Ehkä laboratoriotulosten tulkintaa tehtiin sivukuntien vastaanotoilla enemmän, ainakin vastaustentulkinnan painotus haastatteluissa tuli enemmän esille sivukuntien haastatteluissa. Mitään selkeää eroa ei kuitenkaan tullut tehtäväsiirtojen määrässä tai laajuudessa eri toimipisteiden välillä.

Lisäkoulutusta kuitenkin toivottiin jo siirtyneihin sekä tuleviin tehtäviin ja toiveena oli saada yhtenäiset toimintaohjeet. Tämän osalta työpaikkakoulutuksia toivottiin ja ne varmasti ovat riittäviä kattamaan tiedon tarve sekä tiedon päivittäminen aika ajoin. Näiden koulutusten pohjalta on helppo luoda yhteinen ohjeistus ja huolehtia ohjeistuksen ajantasaisuudesta aika ajoin.

10.2. Tehtäväsiirtojen vaikutus sairaanhoitajan työhön

Tehtäväsiirtojen vaikutukset sairaanhoitajien työhön olivat pääosin positiivisia. Sairaanhoitajat pitivät työstä ja olivat motivoituneita siihen. Lääkärin tuella ja hyvällä yhteistyöllä oli varmasti myös vaikutusta työn motivaatioon. Sairaanhoitajat ymmärsivät että tehtäväsiirrot olivat tarpeellisia, mutta toivoivat, että tämä huomioitaisiin myös henkilöstöresursseissa ja palkkauksessa. Myöskään motivaation merkitystä ei voi vähätellä, motivoitunut työntekijä on sitoutunut työhön, muutoksiin ja uuden oppimiseen. Palkka ei ole yksistään motivaatiota lisäävä tekijä vaan tarvitaan myös työympäristö jossa viihtyy ja saa toteuttaa itseään. Kovat työpaineet, kiire ja lisäpalkkioiden puuttuminen laskevat kuitenkin helposti hyvänkin työmotivaation tasoa.

Yhteistyö ja työparityöskentely olivat sairaanhoitajien mielestä tärkeitä toiminnan sujuvuuden kannalta. Suoranaista työparityöskentelyä ei ollut mutta sitä toivottiin. Luottamus kasvaa yhteistyössä eri ammattiryhmien välillä. Lääkärin tuki sairaanhoitajille ja hoitajien apu lääkäreille, helpottaa ja parantaa yhteistyötä ja näin selvittää vaikeistakin tilanteista helposti. Yhteistyö ja yhdessä sopiminen lisäävät ymmärrystä toisen työn vaikeista tilanteista ja tehtävistä. Yhdessä sopimalla ja toisen näkökantoja kuulemalla päästään helpoimmalla kaikkia tyydyttäviin tuloksiin.

Työnjaon osalta pitää myös olla selkeät toimintaohjeet, joissa vastuukysymykset, työntekijän osaamisalueet, potilaiden turvallisuus ja korvaukset tehtävien vaativuuden mukaan sovitaan. Näitä kirjallisia ohjeita harvemmin on ja niihin pitää pikkuhiljaa pyrkiä, työnjaolliset asiat lisääntyvät kuitenkin koko ajan. Eihän voida olettaa, että tehtäviä vain siirrellään, ilman että enää tiedetään mistä tehtäväalueista kukin on vastuussa. Koulutuksen kohdentaminen tulee myös helpommaksi, kun tehtäväjaot on selkeästi kirjattu ylös. Toki kehityskeskustelujen yhteydessä kartoitetaan myös työntekijän vastuu ja osaamisalueita, joten tältä osin ne ovat tiedossa.

Vastuun lisääntyminen tuli selkeästi esille ja sen tarkoitus ymmärrettiin. Tehtävistä pystyttiin myös kieltäytymään, mikäli ne vaikuttivat vaikeilta. Omalla osaamisalueella sairaanhoitajat tekivät työtä vastuullisesti ja omaaloitteisesti. Vastuualueen ymmärtäminen on tärkeää, pitää muistaa, että jokainen vastaa omista päätöksistään. Se, että luottamuksen puutetta omaan osaamiseen oli nähtävissä herättää kysymyksen, johtuuko tämä juuri koulutuksen puutteesta? Tällöin ei ehkä olla varmoja hoitotoimenpiteiden vaikuttavuudesta ja siitä onko ohjeistukset oikein? Osaaminen lisää varmuutta ja luottamusta omaan ammattitaitoon, joten koulutus ja ammattitaidon ylläpitäminen ovat tärkeitä. Varmalla ja vastuullisella toiminnalla työn tehokkuus myös paranee ja itsenäinen työskentely helpottuu.

Asiantuntijuutta voidaan ajatella olevan myös silloin kun sairaanhoitajat tietävät oman ammattinsa kehitystarpeet. Kyseenalaistaminenkin tehtäväsiirroissa on tärkeää, sekä myös voimavarojen suuntaaminen oikein. Ei ole mielekästä tehdä tehtäväsiirtoja, joista ei selvästikään ole hyötyä. Juuri näissä asioissa yhteinen pohdinta lääkäreiden ja sairaanhoitajien kesken tuottaa varmasti myös kustannustehokkaita tehtäväsiirtoja.

Tieto lisää myös varmuutta ja oppimisen pitää olla jatkuvaa. Yhtenäiset ohjeistukset lisäävät varmuutta toimia myös niissä tilanteissa, jolloin hoidetaan harvemmin eteen tulevia tehtäviä. Sairanhoitajat kokivat yhtenäisten ohjeiden olevan apuna varahenkilöille, mutta auttavan myös kaikkia sairaanhoitajia toimimaan samansuuntaisesti. Suunniteltu ja hyvin ohjeistettu toiminta luo turvaa työntekijöille ja antaa samanlaatuista palvelua asiakkaille. Hyvät ohjeistukset eivät kuitenkaan sulje pois lisä- ja täydennyskoulutuksen tarvetta. Ohjeita tulee myös päivittää ja pitää ajan tasalla.

Resurssien lisäämisestä ja oikein kohdentamisesta oli puhetta, se että töitä oli siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajille, mutta sairaanhoitajilta tehtäviä ei ollut siirretty minnekään, aiheutti kokemuksen työmäärän lisääntymisestä. Hoitajat suunnittelivat oman työohjelmansa teoriassa, mutta käytäntö osoitti, ettei ajankäyttö silti ollut ongelmatonta. Sairanhoitajien asiakkaille suunnittelemat ajat eivät pitäneet, koska listoille tuli ylimääräisiä asiakkaita päivän mittaan. Jatkuva paine söi työmotivaatiota ja voidaan olettaa myös hoidonlaadun laskeneen.

Se miten työnjako toteutuu myös niiden töiden osalta, joita esimerkiksi avustava ammattiryhmä pystyy tekemään, ei tässä työssä selvitelty. Vain ennakkokyselyn pohjalta tuli esille muun muassa arkistointi ja skannaus tällaisina tehtävinä. Hoitajat kuitenkin kokivat että töitä tuli kaikkialta, mutta mitään ei siirretty heiltä pois. Jatkossa tuleekin miettiä onko sairaanhoitajilla töitä joita muu henkilökunta pystyy tekemään? Voidaanko tältä osin sairaanhoitajan työaika käyttää hyödyllisemmin? Tuloksellisuus luodaan oikean ammattitaidon yhdistämisellä oikeaan työnkuvaan. Ajattelu, että ei tarvita muita ammattiryhmiä kun sairaanhoitaja pystyy tekemään kaiken, ei ole lainkaan tuloksellista eikä näin olleen myöskään kustannustehokasta.

Myös sairaanhoitajan töiden koettiin joskus jakautuvan epätasaisesti hoitajien kesken. Resurssien ohjailu tarpeen mukaan onnistunee vielä pääterveysaseman alueella, esimerkiksi huomioimalla työkaverin kova työpaine, auttamalla häntä. Mutta siirtely sivupisteisiin ja niiden välillä tuottaa jo enemmän ongelmaa. Varahenkilöiden käyttö näissä tilanteissa on tarkoituksen mukaista, jotta saadaan työskentelyyn muutamia helpompia päiviä. Toki kokonaisresurssien tulee olla ensin kohdallaan.

Yhteisten toimintamallien ja hoitokäytänteiden käyttö myös auttaa ymmärtämään työnsisältöä ja ehkä huomaamaan ”turhien” tehtävien osuutta työskentelyajasta. Jokaisessa työssä on tapoja ja toimintoja joiden tarkoituksenmukaisuutta tulee miettiä aika ajoin. Yhdessä sairaanhoitajien kesken suunnitellut ohjeistukset ja toimintamallit kehittävät resurssien tuottavuutta ja tekevät työprosessit näkyviksi.

10.3. Sairaanhoitajien tehtäväsiirtoihin kokema koulutuksen tarve

Koulutus, joka kohdistui hoidollisiin toimenpiteisiin, nähtiin myös selkeänä oppimisen prosessina ja tarpeellisena varmistamaan sairaanhoitajan luottamus omaa toimintaan. Koulutuksen pohjalta tulee rakentaa sairaanhoitajien toivomia kirjallisia ohjeistuksia, joita voidaan jatkossa käyttää myös perehdytyksen tukena uusille sairaanhoitajille. Tietoteknisen koulutuksen pohjalta kannattaa myös miettiä onko tarpeen tuoda itse laskevaa antikoagulanttilehteä hoitokertomukseen, mikäli Marevan hoidon siirtyminen uusiin antikoagulantteihin toteutuu lähiaikoina?

Sairaanhoitajien toivomaa koulutusta pystytään toteuttamaan suurimmaksi osaksi työpaikkakoulutuksina esim. lääkärien luentoina. Myös käytännön tasolla voidaan sairaanhoitajia ohjata, joko lääkäreiden tai kollegojen tuella, hoidollisia toimenpiteitä tekemään. Näiden pohjalta voidaan luoda hoidollisiin ja ohjauksellisiin toimenpiteisiin uusia yhteisiä ohjeistuksia ja toimintamalleja sekä päivittää jo olemassa olevia.

Päivittäisten käytänteiden luominen tai jo toimintaoppaassa olevien tarkentaminen, kuten puheluiden ohjaaminen eri toimipisteissä, voidaan toimipistekohtaisesti toteuttaa. Tällöin kannattaa kaikissa toimipisteissä käyttää samantyyppistä sapluunaa, jonka tuella kaikki tarpeellinen tieto

tulee esille. Myös tiedon hakeminen samantyyppisestä alustasta on helpompaa. Tässä yhteydessä tulee myös huomioida ohjeiden helppo löydettävyys. Sähköisten ohjeistusten määrän merkittävästi lisääntyessä, niiden hakeminen myös usein vaikeutuu ja hidastuu. Seurauksena tästä saattaa olla käyttämättömien ohjeiden suma. Sairaanhoitajat voivat saadun koulutuksen pohjalta työstää nämä ohjeistukset ja mallit yhteistyössä. Samalla kehittyy ammatillinen osaaminen niiden tehtäväsiirtojen osalta joita on jo tehty.

Eri toimipisteiden välillä ei haastatteluissa tullut juurikaan eroja, tehtäväsiirrot, tunteukset ja koulutuksen tarve olivat samantyyppisiä. Vain pieniä sävyeroja, joita tuli tutkijan mieleen haastattelutilanteissa oli. Näiden osalta ei kuitenkaan voi olla varmuutta, joten ne jäävät ”mututiedoksi” jolle ei löydy todennettua pohjaa.

Kaiken kaikkiaan keskustelua tehtäväsiirroista ja niiden tarpeesta tulee jatkossakin käydä. Myös siitä, miten sairaanhoitajien koulutus saadaan vastaamaan tulevia tarpeita ja miten osaamista omaehtoisesti tulee hakea. Potilaan hoitoon pääsyssä ja terveydenhuollon toiminnan organisoinnissa, mietitään niin työnjaollisia muutoksia kuin potilaan valinnan vapautta, joka on sote-uudistuksenkin pohjalla. Perustason palvelujen tehostaminen ja samalla resurssien kohdentaminen niitä eniten tarvitseville ryhmille samoin kuin koulutuksellisetkin asiat puhuttavat vielä pitkään.

Tulevaisuudessa tuleekin mietittäväksi miten pienevät resurssit riittävät hoitamaan kasvavaa hoidontarvetta. Tällöin on toki suuri merkitys työnjaollisilla toimilla, mutta myös henkilöstön riittävällä osaamisella.

LÄHTEET

Aaltonen, J. 2007. Työmotivaatio terveydenhuollossa: Tapaustutkimus seitsemässä kirurgian yksikössä. Vaasan yliopisto. Pro gradu –tutkimus.

Ammattikorkeakoululaki (932/2014). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Asetus korkeakoulututkintojen järjestämisestä (464/1998). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Bryant-Lukosius, D., Disenso, A., Browne, G. & Pinelli, J. 2004. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 48(5):519-29.

Buchan, J. & Calman, L. 2004. Skill-Mix and Policy Changes in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD HEALTH WORKING PAPERS 17. DELSA/ELSA/WD/HEA (2004)8. Viitattu 5.10.2015. <http://www.oecd.org/els/health-systems/33857785.pdf>

Erhola, M., Jonsson, P., Pekurinen, M. & Teperi, J. 2013. Jonottamatta hoitoon. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Luonnos 3.10.2013. Tammerprint Oy. Tampere

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989). Viitattu 17.1.2015. www.finlex.fi

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino. Tampere.

Esimies info 2016. Motivointi ja palkitseminen. Viitattu 12.4.2016. <http://esimies.info/Motivointi-ja-palkitseminen.php>

Gibbs, I., McCaughan, D. & Griffiths, M. 2006. Skill mix in nursing: a selective review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 16, Issue2, pages 242-249.

Haapa-aho, M., Koskinen, M-K. & Kuosmanen, I. 2009. Työnjakomallit. Tehyn julkaisusarja F:3/2009.

Hartio, I. 2016. Työnjako uusiksi sote-ammateissa – lääkäreiden määrä vähenee. *Keskisuomalainen* 25.4.2016.

Heino, H., Miettunen, S., Rissanen, P., Syvänen, U., Tahvola, A. & Tuulonen, A. 2013. Kartoitus tehtäväsiirroista Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä 2013. PSHP:n työryhmän selvitysraportti.

Helle-Kuusjoki, T. 2005. Tehtäväsiirroista hoitajavastaanottoon. Sairaanhoitajien toimenkuvan laajentaminen erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskunnallinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerus.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus. Helsinki.

Hukkanen, E. & Vallimies-Patomäki, M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitopääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveysthankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. STM, Helsinki. Viitattu 27.2.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112544/Selv200521.pdf?sequence=1>

Häkkinen, H. 2005. Henkilöstöryhmien välinen työnjako terveydenhuollossa. Sairaalaviesti 1/2005, 10-11.

International council of Nurses (ICN) 2010. Guidelines. Law and the Workplace. Viitattu 11.2.16. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_law_workplace.pdf

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä, Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kansanterveyslaki (66/1972). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2009. Kaste ohjelma 2010-2012 hankesuunnitelma. Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE). Jyväskylä. Viitattu 12.2.2016. www.ksshp.fi/download/noname/%7BE6039352-3FBA-4CE5.../45349

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Silverprint. Sipoo.

Kotila, J., Axelin, A., Fagerström, L., Flinkman, M., Heikkinen, K., Jokiniemi, K., Korhonen, A., Meretoja, R. & Suutarla, A. 2016. Sairaanhoitajien uudet työnkuvat – laatua tulevaisuuden sote-palveluihin. Viitattu 15.4.2016 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoitaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

Kunnallinen yleinen virka- ja työehtosopimus. (KVTES) 2005-2007.

Kuosmanen, I. 2012. Työt jakoon perusterveydenhuollossa. ” Vastuu ja tehtävät kasautuvat kilteille ja tunnollisille hoitajille. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Pro gradu –tutkielma. Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121076/urn_nbn_fi_uef-20121076.pdf

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138-148.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 19, 3-12.

Kärkkäinen, O., Tuominen, J., Seppälä, A. & Karvonen, J. 2003. Selvitys lääkärin ja hoitajien välisestä työnjaosta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä. *Suomen Lääkärilehti* 58(12): 1457-1460.

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Tampereen yliopisto. Akateeminen väitöskirja.

Laitinen-Pesola, J. 2011. Tuottavuus sairaanhoitajan työssä. Teoksessa: (toim.) Ranta, I. Sairaanhoitaja asiantuntijana. *Hoitotyön vuosikirja 2011*. Edita Prima Oy. Helsinki.

Laki ammattikorkeakoululain muuttamisesta (411/2005). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Laki erikoissairaanhoitolain muuttamisesta (856/2004). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Laki kansanterveyslain muuttamisesta (855/2004). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta (857/2004). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä (559/1994). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Lindström, E. 2003. Terveystenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen Suomessa ja muissa pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen monisteita 2003:12. Helsinki.

Liukkonen, J., Jaakkola, T. & Kataja, J. 2006. Taitolajina työ. Johtaminen ja sisäinen motivaatio. Edita Prima Oy. Helsinki.

Lowe, G., Plummer, V., O'Brien, A. & Boyd, L. 2012. Time to clarity – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing* 68 (3), 677-685. Viitattu 12.12.2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x/full>

Markkanen, K. 2002. Tehtäväsiirrot terveydenhuollossa, selvitys nykytilanteesta. Tehy ry. Julkaisusarja P. Helsinki.

Nordic Healthcare Group. 2010. Perusterveydenhuollon suunta 2010. Kyselytutkimus kuntien terveydenhuollon järjestämisestä vastaaville. Viitattu 10.4.2016.

http://www.nhg.fi/doc/ulkoiset_sivut/Perusterveydenhuollon_suunta_2008.pdf
http://www.nhg.fi/doc/ulkoiset_sivut/Perusterveydenhuollon_suunta_2008.pdf

Parikka, U. & Pesonen, R. 2008. Tehtävien ja työjakojen muutokset terveydenhuollon ja työelämän kehityksessä. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen muistio 8.7.2008. Viitattu 10.4.2016. https://www.akavanerityisalat.fi/files/99/KT_Tehtavien_ja_tyonjakojen_uudistamisesta.pdf

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

Peltonen, E., Vehviläinen-Julkunen, K., Pietilä, A-M. & Elonheimo, O. 2010. Teoksessa: Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan. Fioca Oy. Helsinki.

Pitkänen, A. 2007. Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen sairaanhoitajaliiton jäsenkysely 2004. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Menetelmäviidakon raivaajat, perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Vantaa: Johtamistaidon opisto.

Rauste-von Wright, von Wright & Soini. 2003. Oppiminen ja koulutus. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindholm-Yläne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. WSOY, Helsinki.

Ruohotie, P. 2005. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV. Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. Viitattu 13.2.2016. http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf

Salmela-Aro, K. & Nurmi, J-E. 2005. Palkitseminen globaalissa Suomessa. Vartiainen, M. & Kauhanen, J (toim.) WSOY. Helsinki.

Sibbald, B., Shen, J. & McBride, A. 2004. Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9, 28-38. Artikkelin Viitattu 17.10.2015.
http://hsr.sagepub.com/content/9/suppl_1/28.short

Sosiaalibarometri 2015. Ajankohtainen arvio hyvinvoinnista, palveluista sekä palvelujärjestelmän muutoksesta. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry. Viitattu 12.4.16. <http://www.soste.fi>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Terveydenhuollon palvelu paranee. Kiireettömään hoitoon määrääjässä. Esitteitä 2004:13. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus (1194/2003).

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. 2004. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite ja toiminta ohjelma 2004-2007. Edita Prima Oy. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7. Koulutuksella osaamista. Asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Viitattu 10.4.2016.
<https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111940/URN%3ANBN%3Afi-fe201504224497.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:13. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti sosiaali- ja terveysministeriöllä vuoden 2005 toiminnasta.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:5. Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002-2007 toiminta. Viitattu 10.4.2016.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114057/Selv200805.pdf?sequence=1>

Suomen Perustuslaki (731/1999). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Suutarla, A. 2012. Yhteistyötä potilaan parhaaksi – vastine Lääkäriliiton Pärnäselle. Viitattu 20.04.2016.
<https://sairanhoitajat.fi/2016/yhteistyota-potilaan-parhaaksi-vastine-laakariliiton-parnaselle/>

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 5. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vallimies-Patomäki, M. 2009. Miten työnjaon uudistamista jatketaan? Viitattu 20.11.2015.

http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/kaste/lappi/perusterveydenhuollon_kehittaminen/tyonjakohanke/tyonjakohankkeen-loppuseminaarimateriaalit/Miten%20tyonjaon%20uudistamista%20jatketaan%20-%20Vallimies-Patomaki.pdf

Vallimies-Patomäki, M. 2010. Teoksessa: Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoitajan uudistuva rooli perusterveydenhuollossa. Fioca Oy, Helsinki.

Vallimies-Patomäki, M. & Hukkanen, E. 2006. Teoksessa Miettinen ym. (toim.) Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja. Hoitajien tehtäväkuvat uudistuvat. Fioca Oy, Helsinki.

Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta. (423/2005). Viitattu 17.1.2015. www.finlex.fi

Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004). Viitattu 17.10.2015. www.finlex.fi

Valtiontalouden Tarkastusvirasto. Tiedote 2016. Työnjakoa sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee kehittää. Viitattu 12.4.2016. <http://www.vtv.fi>

Vesterinen, M-L. 2009. SOTE-ENNAKOINTI –sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden osaamistarpeiden ennakointi. Väliraportti 2009. Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 2. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymän julkaisuja.

Vuorinen, T. 2007. Lääkärien kuvaus tehtävien siirrosta lääkäreiltä sairaanhoitajille erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Pro-gradu tutkielma.

Wallin A, 2007. Teoreettisia näkökulmia ammatilliseen kasvuun. Viitattu 24.1.2016.

http://www.available.com/tiedostot/20070424_TEOREETTISIA_N_K_KULMIA_AMMATILLISEEN_KASVUUN.pdf

Liite 1

ENNAKKOKYSELY

Hei työkaverit toivoisin apuanne opinnäytetyöni alkuun kartoittamaan kuntayhtymässämme tehtyjä tehtäväsiirtoja?

Mieti omaa työpistettäsi/työpisteitäsi ja siinä/niissä viime vuosina tehtyjä tehtäväsiirtoja. *Tehtäväsiirrolla tarkoitetaan tietyille henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin.*

Mieti ensin lääkäreiltä hoitajille (Sh,Ph,Lh) siirtyneitä tehtäviä ja sen jälkeen, jos mieleesi tulee joiltakin muilta työntekijöiltä siirtyneitä tehtäviä, kirjaa myös ne.

Opinnäytetyöni teen lääkäreiltä hoitajille siirtyneistä töistä. Kirjaa myös, jos työpisteessä ei ole tehty tehtäväsiirtoja.

Tehtäväsiirrot voitte myös kirjata yhteisesti toimipisteittäin ja ammattiryhmittäin, aivan kuten haluatte. Kirjaa asiat lyhyesti ylös ja lähetä sp:lle allekirjoittaneelle.

Kirjaa ammatti, työpiste, tehtävä, keneltä siirtynyt.

Esim. Sh – * Ivo – inr-arvojen tulkinta/lääkityksen määräys – lääkäritä**

Toivon vastauksianne 15.6.15 mennessä, jotta pääsen tarkemmin miettimään opinnäytetyöni sisältöä.

Kiitoksin Päivi Martinson

Liite 2



SAATEKIRJE

Hyvä tutkimukseen osallistuja!

Opiskelen Hämeen ammattikorkeakoulun Hämeenlinnan Visamäen yksikössä sosiaali- ja terveystieteiden kehittämistä ja johtamista (Ylempi AMK) toista lukukautta ja tarkoitukseni on valmistua toukokuussa 2016. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymän perusterveydenhuollon lääkärinvastaanottojen tehtäväsiirtoja lääkäreiltä sairaanhoitajille. Selvittelen mitä tehtäviä on siirretty, minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla näistä tehtäväsiirroista on ja minkälaista koulutusta sairaanhoitajat ovat saaneet. Opinnäytetyön tavoitteena on haastatteluista saadun tiedon sekä teoreettisen jo tutkitun tiedon avulla saada selvyyttä tehtäväsiirtojen vaikutuksesta sekä saadun koulutuksen riittävydestä sairaanhoitajien työskentelyyn.

Opinnäytetyöhön sisältyvän tutkimuksen toteutan ryhmähaastatteluna teemahaastattelurungon mukaan. Haastattelut tallennan nauhoittamalla. Teema-alueet tutkimukseen osallistujat saavat tiedoksi etukäteen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvien nimettömyys suojataan. Opinnäyte työn valmistuttua kaikki tutkimusmateriaali hävitetään asianmukaisesti.

Osallistumisenne tutkimukseen on erittäin tärkeää riittävän tiedon saamiseksi. Tiedustelen esimieheltänne suostumustanne tutkimukseen, kirjallinen suostumus allekirjoitetaan haastattelujen alkaessa.

Annan mielelläni lisätietoja tutkimukseen liittyen. Tarvittaessa voitte ottaa myös yhteyttä ohjaajiini.

Forssassa 17.11.2015

Päivi Martinson p. 0500897542

Ohjaava opettaja Ulla Peltonen p. 036467410

Toimeksiantajaa edustava ohjaaja p. Sirpa Jaakkola 0341912077

Liite 3

SUOSTUMUSKAAVAKE

Suostun osallistumaan Päivi Martinsonin toteuttamaan tutkimusluvan saaneeseen opinnäytetyöhön Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille – hoitajien kokemana osallistumalla tutkijan tekemään ryhmähaastatteluun.

Suostun myös siihen, että tutkija ottaa minuun tarvittaessa yhtyettä haastattelussa nousseitten kysymysten tarkennusta varten toukokuun 2016 loppuun mennessä.

Saadun haastatteluaineiston tutkija säilyttää niin, ettei niitä näe kukaan muu ja hävittää ne kun opinnäytetyö on valmis. Saadut tulokset hän kirjoittaa niin, ettei vastauksista pysty tunnistamaan kenenkään vastaajan henkilöllisyyttä

Forssassa 17.11.2015

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Yhteystietoni ovat:

työyksikkö_____

osoite_____

puhelinnumero_____

sähköposti_____

Liite 4

TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

Haastattelun teema-alueita ovat tehtäväsiirrot lääkäreiltä hoitajille, tehtäväsiirtojen vaikutus sekä saadun koulutuksen riittävydestä sairaanhoitajien työskentelyyn.

Millaisia tehtäviä on siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajille?

Miten tehtäväsiirrot ovat vaikuttaneet sairaanhoitajan päivittäiseen työhön?

- työn joustavuuteen
- työn sisältöön
- työn mielekkyyteen

Minkälaista koulutusta sairaanhoitajat kokevat tarvitsevänsä ja minkälaista he ovat jo saaneet tehtäväsiirtojen osalta?

TAUSTAMUUTTUJAKYSYMYKSET

Työkokemus sairaanhoitajan tehtävissä _____ vuotta

Teetkö hoitajavastaanottotyötä säännöllisesti _____ osittain_____ (rasti oikean vaihtoehdon kohdalle)

Kuinka kauan olet työskennellyt hoitajavastaanottotyössä alle vuosi____
1-5 vuotta_____ yli 5 vuotta_____

Tehtäväsiirtoihin liittyvä koulutus jota olet saanut (mikä koulutus, milloin)

Työpaikkakoulutus_____

Ammatilliset erikoistumisopinnot _____

Muu lisäkoulutus_____

Näitä taustamuuttujakysymyksiä en tutkimuksessani käytä, mikäli on mahdollisuus että tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys näin tulee selville.

Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä
Yhtymäjohtaja

Viranhaltijapäätös
23.11.2015

39§

Asia Tutkimuslupa Martinson Päivi Hiipimällä tullut vai tietoisesti vastaanotettu. Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille – hoitajien kokemana

Asiaseloste Hämeen ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön sairaanhoitajan (YAMK) tutkintoa suorittava opiskelija Päivi Martinson pyytää tutkimuslupaa opinnäytetyölleen Hiipimällä tullut vai tietoisesti vastaanotettu. Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille – hoitajien kokemana

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kuntayhtymän perusterveydenhuollon lääkäreiltä sairaanhoitajille siirtyneitä tehtäviä sekä tavoitteena se minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on näistä tehtäväsiirroista ja minkälaista koulutusta sairaanhoitajat ovat tehtäviin saaneet? Opinnäytetyön tavoitteena on haastatteluista saadun tiedon sekä teoreettisen jo tutkitun tiedon avulla saada selvyys tehtäväsiirtojen vaikutuksesta sekä saadun koulutuksen riittävydestä sairaanhoitajien työskentelyyn.

Opinnäytetyössä haetaan vastausta seuraaviin kysymyksiin: 1 Minkälaisia tehtäviä lääkäreiltä on siirtynyt sairaanhoitajille? 2. Miten tehtäväsiirrot ovat vaikuttaneet sairaanhoitajien työskentelyyn? 3. Onko koulutus ollut riittävää ja minkälaista koulutusta on saanut?

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutetaan ryhmähaastatteluna. Tarkoituksena on saada aikaan tilanne, jossa keskustelijat yhdessä pohtivat kokemuksiaan ryhmässä ja tuovat esille mielipiteet ja käsityksensä tehtäväsiirroista. Kohderyhmänä on perusterveydenhuollon hoitajavastaanottotyötä tekevät sairaanhoitajat. Haastateltavat jaetaan kahteen ryhmään, toinen ryhmä koostuu pääterveysaseman sairaanhoitajista ja toinen sivukuntien terveysasemien sairaanhoitajista. Haastattelut nauhoitetaan tutkittavien suostumuksella. Haastattelut on tarkoitus tehdä marras-joulukuussa.

Opinnäytetyö raportoidaan keväällä 2016 Hämeen ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon (YAMK) opinnäytetyönä. Opinnäytetyön yhteyshenkilönä on *****.

Opinnäytetyön lupahakemuksen liitteenä on tutkimussuunnitelma, jossa on liitteenä teemahaastattelurunko, saatekirje ja suostumuslomake haastatteluun osallistuville ja taustamuuttujakysymyslomake.

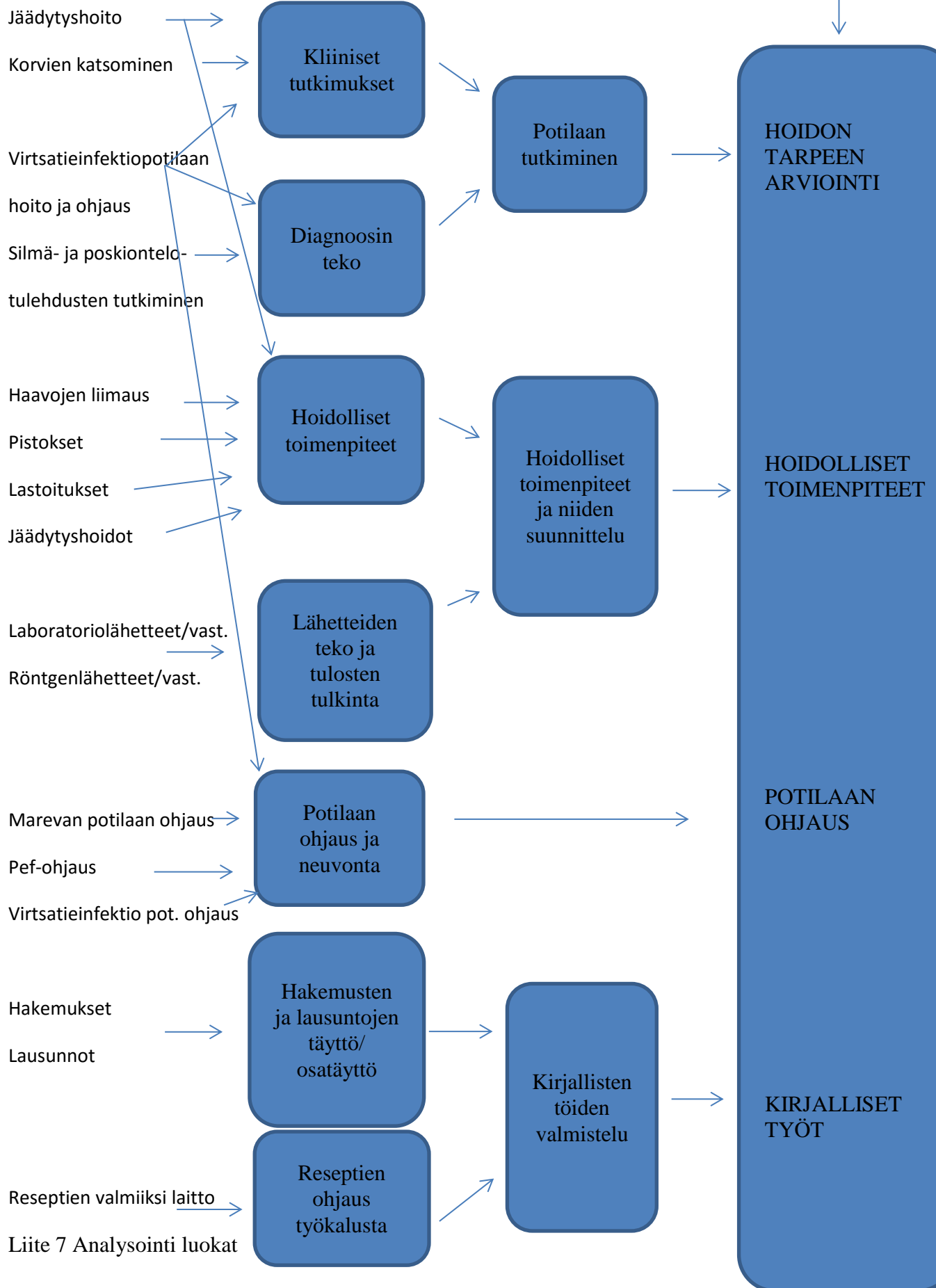
Valmistelijan ehdotus	Tutkimuslupa myönnetään ehdolla että, 1. tutkimusraportti tulee tehdä niin, ettei tutkimuksessa mukana olleiden henkilöllisyys paljastu ja tutkimus toteutetaan hyvää tutkimuseettistä käytäntöä noudattaen. 2. tutkimuksen suorittaja antaa kirjallisen salassapitositoumuksen (lomake liitteenä) 3. tutkimuksen tekijä toimittaa valmiin opinnäytetyön luvan myöntäjälle (yhtymähallinnon kirjaamo)
Päätös	Tutkimuslupa myönnetään
Päätöksen peruste	Hallintosääntö
Muutoksenhakuohje	Liitteenä
Pöytäkirja yleisesti nähtävänä	30.11.2015
Päiväys ja allekirjoitus	Forssassa 23.11.2015

Yhtymäjohtaja
Juha Heino

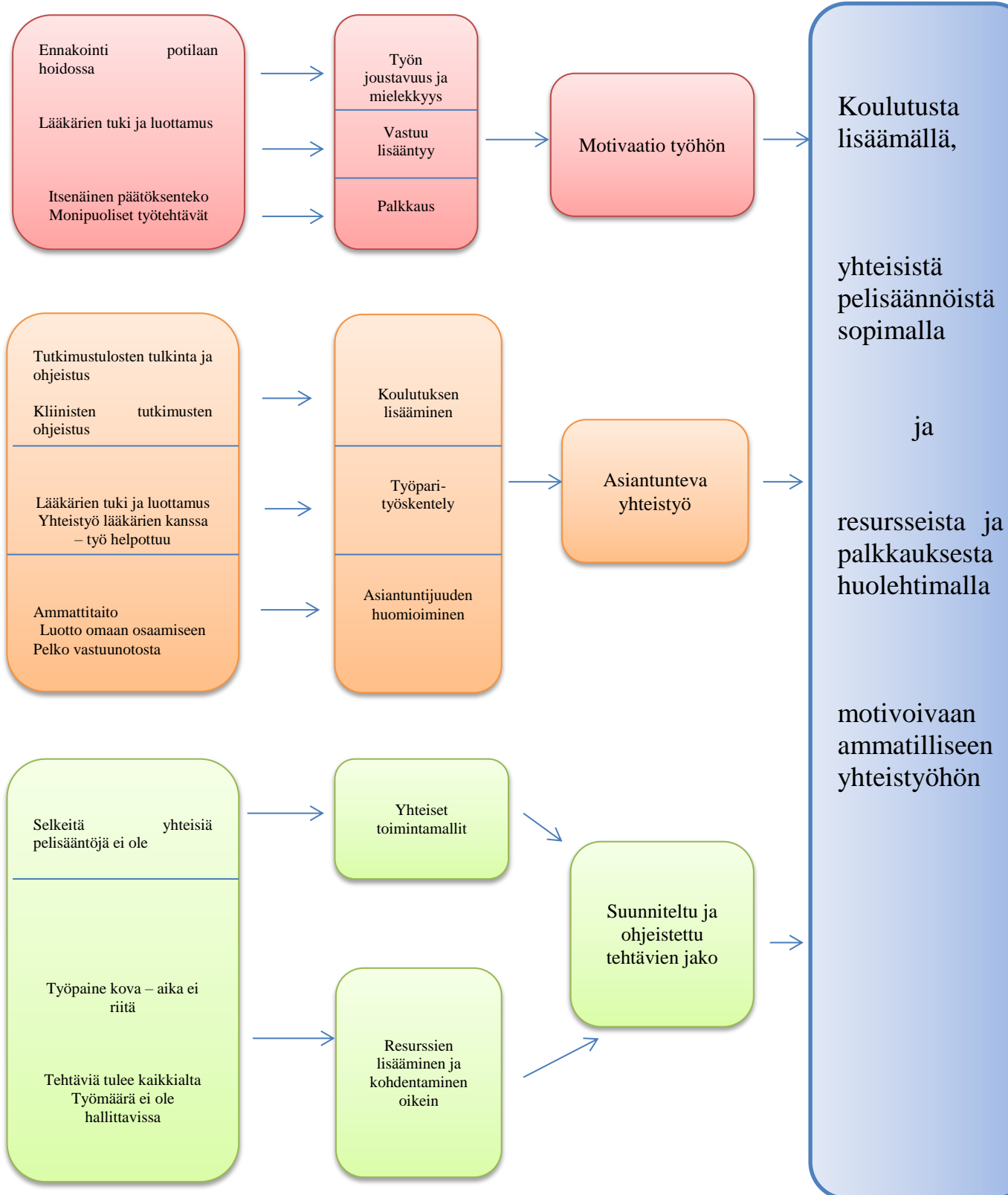
Th:nkehittämispäällikko
Raija Virtanen

Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille – hoitajien kokemana

MINKÄLAISIA TEHTÄVIÄ ON SIIRRETTY LÄÄKÄREILTÄ SAIRAANHOITAJILLE



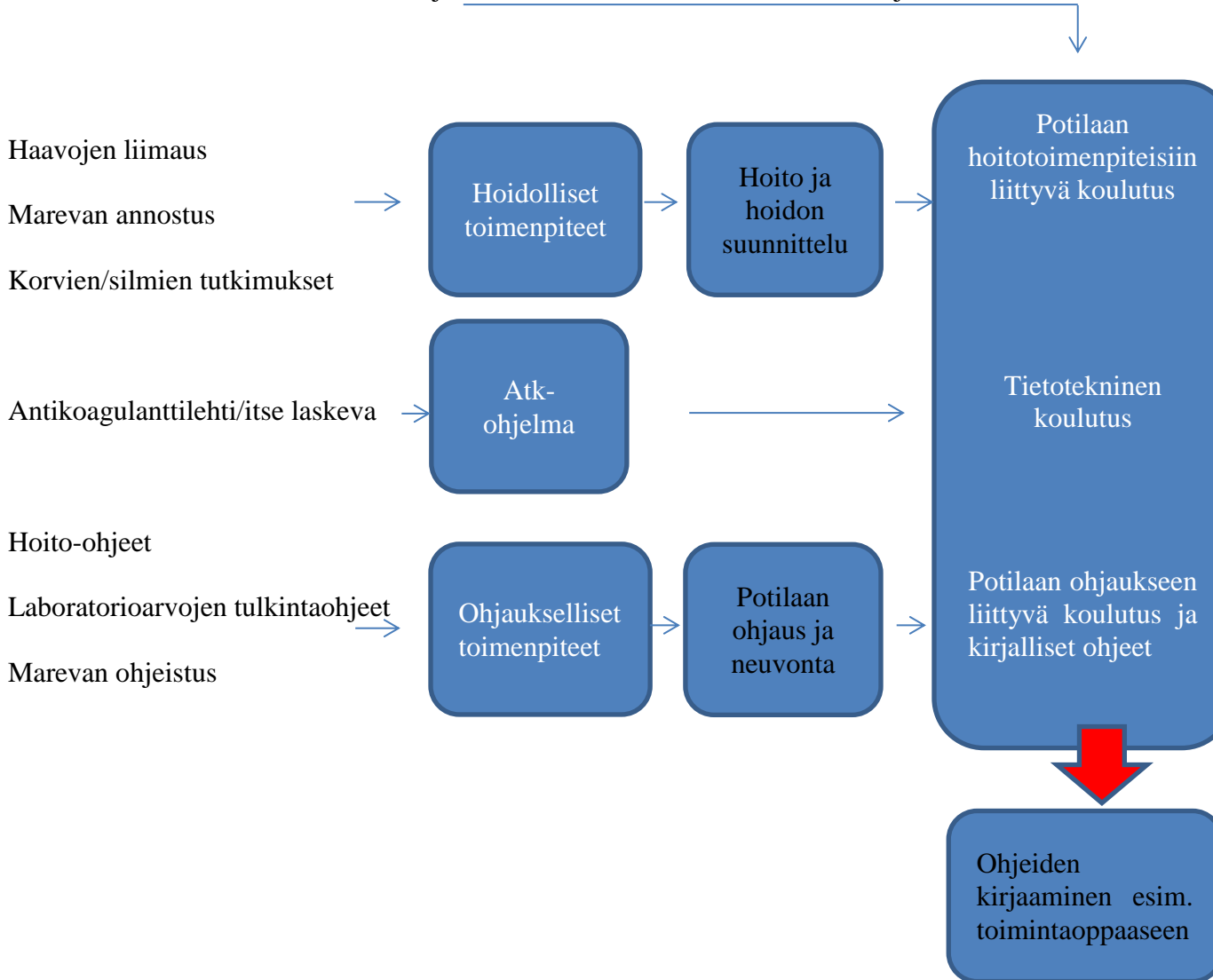
TEHTÄVÄSIIRTOJEN VAIKUTUS SAIRAANHOITAJAN TÖIHIN



Tehtäväsiirrot lääkäreiltä sairaanhoitajille – hoitajien kokemana

Liite 7/3 Analysointi luokat

Minkälaista koulutusta sairaanhoitajat kokevat tarvitsevansa tehtäväsiirtojen osalta



Minkälaista koulutusta sairaanhoitajat ovat saaneet tehtäväsiirtojen osalta?

