

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveys ja hyvinvointi

Kliininen asiantuntija

YSOTEK17

2018

Heidi Koskinen

LAAJAVASTUISEN SAIRAANHOITAJAN TYÖNKUVAN KEHITTÄMINEN

Heidi Koskinen

LAAJAVASTUISEN SAIRAANHOITAJAN TYÖNKUVAN KEHITTÄMINEN

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen mahdollistaa ainutlaatuisen, uudenlaisen ja tarkoituksenmukaisen työnjaon ja tehtävänkuvien kehittämisen väestön parhaaksi. Laajavastuista sairaanhoitajaa tarvitaan kehitettäessä asiakaslähtöisiä, kustannustehokkaita ja laadukkaita terveydenhuoltopalveluja. Sairaanhoitajien on mahdollista ottaa tulevaisuudessa enemmän vastuuta potilaiden pitkäaikaiseurannasta, jolloin potilaiden pääsy hoitoon helpottuu, ja terveyskeskusten resurssit saadaan tehokkaampaan käyttöön.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli edistää päivystyspotilaiden hoitoon pääsyä ja hoidon laatua sekä terveyskeskuksen vetovoimaisuutta työnantajana ja pitää terveyspalvelut kilpailukykyisinä sosiaali- ja terveysalan (Sote-) muutosten aikana.

Kehittämisprojektiin liittyvän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien ja lääkärien käsityksiä sairaanhoitajan tehtävänkuvasta, tehtävänsiirroista ja osaamisen hyödyntämisestä ryhmähaastattelun menetelmin. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä, ja tulosten sekä kirjallisuuskatsauksen pohjalta mallinnettiin laajavastuisen sairaanhoitajan tehtäväkuva päivystyksessä.

Tulosten perusteella muodostettiin itsenäinen, asiantuntijuuteen perustuva tehtäväkuva, joka perustuu laaja-alaiseen osaamiseen, oikea-aikaiseen resursointiin ja motivaatioon kehittää itseään. Laajavastuisen sairaanhoitajan tehtäväkuvaan lukeutuvat muun muassa työparitoiminta ja hoidontarpeen arviointi. Tärkeimpinä edellytyksinä tehtäväkuvan kehittämiseksi nähtiin fyysisesti toimivat tilat, yhdenmukaiset käytännöt ja vastuuhenkilö tai -tiimi johtamaan toimintaa. Tehtäväkuvan kehittämisen mahdollisuuksina vastaajat arvioivat hoitokäytäntöjen yhdenmukaistamisen, lisäkoulutuksen, vastuuhenkilön ja erilliset työtilat. Triagehoitajan ajateltiin olevan hyvä mahdollisuus potilaiden yhdenmukaisen hoidon kehittämisessä sekä päivystyksen potilasaineiston kokonaiskuvan hahmottamisessa.

ASIASANAT:

laajavastuinen sairaanhoitaja, laajennettu tehtäväkuva, osaamisen kehittäminen, työnkuvan kehittäminen.

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care / Advanced Nursing Practise Degree programme

2018 | 45 + 6

Heidi Koskinen

DEVELOPING MODERN PRACTISES FOR ADVANCED NURSING

The modernization of social and health care structures makes it possible to develop a unique, new and appropriate division of labor and tasks to benefit the population. Advanced Practice Nursing is needed to develop customer-oriented, cost-effective and high-quality health care services. In the future, nurses will be able to assume greater responsibility for a long-term patient monitoring, which will make it easier for patients to access the treatment and make the resources of the health centers more efficient.

The aim of the development project was to promote the emergency patients' access to care and the quality of the care received. Additional goals were to enhance the attractiveness and keep health services competitive during the social welfare and healthcare reform.

The purpose of the research project was to identify nurses' and doctors' perceptions about nursing duties, assignments, and utilization of know-how by group interview methods. The material was analyzed by content analysis and based on the results, as well as the literature review, modeled the task of an advanced practice nurse on the day-to-day basis.

Based on the results, an independent, expertise-based description was formed based on extensive knowledge, timely resource allocation and motivation for self-development. The job description of an advanced practice nurse includes, among other things, working in pairs and assessment of care needs. The most important conditions for developing a job description were physical facilities, uniform practices and a responsible person or team to lead operations. As a potential for developing a job description, respondents evaluated the harmonization of treatment practices, additional training, the person in charge and separate workspaces. The Triage nurse was considered as a good choice for developing consistent care for patients and comprehending the overall picture of the emergency room documentation.

KEYWORDS:

Advanced practice nurse, advanced nurse practitioner, extended job description, advanced roles, developing the job description.

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS	8
2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve	8
2.2 Kohdeorganisaatio	9
2.3 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet	10
2.4 Kehittämiprojektin eteneminen	11
2.5 Benchmarking	12
3 SAIRAANHOITAJA ASIAANTUNTIJANA	14
3.1 Keskeiset käsitteet	14
3.2 Sairaanhoidajan osaamisvaatimukset	15
3.3 Päivystyshoitotyön osaaminen ja tehtävänjako	17
3.4 Sairaanhoidajien tehtäväkuvien kehittäminen	18
3.5 Terveydenhuollon ammattilaisten tehtäväkuvien kehitys maailmalla	21
3.6 Kliininen asiantuntijasairaanhoitaja	23
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO	25
4.1 Tutkimusmenetelmät	25
4.2 Aineiston keruu ja analyysi	26
5 TUTKIMUSTULOKSET	28
5.1 Nykytilan kuvaus	28
5.2 Työnkuvan ja työnjaon kehittämisen mahdollisuudet	29
5.3 Työnkuvan kehittämisen edellytykset	32
6 LAAJAVASTUISEN SAIRAANHOITAJAN TEHTÄVÄNKUVAN MALLINNUS	36
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	40
7.1 Eettisyys	40
7.2 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti	41
8 POHDINTA	42
8.1 Kehittämiprojektin pohdinta	42

8.2 Tulosten pohdinta	43
-----------------------	----

LÄHTEET	46
----------------	-----------

LIITTEET

Liite 1. Suostumus tutkimukseen.	
Liite 2. Tutkimustiedote.	
Liite 3. Teemahaastattelun runko.	
Liite 4. Teema 1. Sisällönanalyysi. Sairaanhoidajan tehtävänkuvan nykytila.	
Liite 5. Teema 2. Sisällönanalyysi. Tehtävänkuvan kehittämisen mahdollisuudet.	
Liite 6. Teema 3. Sisällönanalyysi. Tehtävänkuvan kehittämisen edellytykset.	

KUVIOT

Kuvio 1. Kaarinan terveyskeskuksen avosairaanhoidon henkilökunta (Kirjonen 2017).	10
Kuvio 2. Kehittämisprojektin prosessi ja aikataulu.	12
Kuvio 3. Sairaanhoidajan tehtäväkuva tällä hetkellä.	28
Kuvio 4. Työnkuvan ja työnjaon kehittämisen mahdollisuudet.	30
Kuvio 5. Työnkuvan kehittämisen edellytykset.	33
Kuvio 6. Sairaanhoidajan työnkuvan nykytila, kehittämisen mahdollisuudet ja edellytykset tuloksiin perustuen.	37
Kuvio 7. Laajavastuuisen sairaanhoidajan tehtäväkuva (Koskinen 2018.)	38

TAULUKOT

Taulukko 1. Millainen on sairaanhoidajan tehtäväkuva tällä hetkellä?	27
Taulukko 2. Miten sairaanhoidajan osaamista voitaisiin hyödyntää laajemmin päivystyksessä?	30
Taulukko 3. Työnjaon kehittämisen mahdollisuuksia, lääkäriltä sairaanhoitajalle.	32

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

AUDITOINTI	Järjestelmällinen, riippumaton ja dokumentoitu prosessi, jossa hankittavaa auditointinäyttöä arvioidaan objektiivisesti sen määrittämiseksi, missä määrin sovitut auditointikriteerit on täytetty.
APN	Advanced nurse practitioner (kliininen asiantuntija sairaanhoitaja).
HOLA-	Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentamiseen tähtäävä projekti Oulun eteläisten kuntien alueella.
KLIININEN	Käytännöllinen, potilaiden hoitoon kuuluva (Kielitoimiston sanakirja)
LAAJENNETTU TEHTÄVÄNKUVA	Tehtäväkuvien laajentaminen tarkoittaa tietyn henkilöstöryhmän toimenkuvan uudistamista laajentamalla tehtäväaluetta ja kehittämällä osaamista.
OECD	Vuonna 1961 perustettu: Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö.
TEHTÄVÄNSIIRROT	Tietylle henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin.

1 JOHDANTO

Useat kansalliset terveydenhuollon projektit, hoitotakuu ja osin myös lääkäripula ovat käynnistäneet keskustelun terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisten vastuiden ja tehtävien jaosta (Ahonen 2012,11). Työnjakoa voidaan toteuttaa tehtäviä syventämällä, laajentamalla, delegoimalla tai luomalla uusia tehtäviä. Työnjakoa voidaan uudistaa sekä saman henkilöstöryhmän kesken että eri henkilöstöryhmien välillä. Tehtävien ja vastuiden siirrossa tulisi kiinnittää huomiota eri ammattiryhmien osaamisalueiden oikeaan ja oikea-aikaiseen käyttöön. (Buchan & Calman 2004, Sibblad ym. 2004.)

Kliinisen asiantuntijan roolin selkeyttäminen, toimenkuvan muotoutuminen ja kehittyminen suomalaisessa terveystalvvelujärjestelmässä ovat vielä alkuvaiheessa verrattessa tilannetta moniin muihin maihin. (Ahonen 2012, 12.) Sosiaali -ja terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden kehittää rohkeasti uudenlaista, tarkoituksenmukaista työnjakoa ja tehtävänkuvia väestön parhaaksi. Väestön tarpeet lisääntyvät väestörakenteen ikääntymisen myötä ja tarvittava teknologinen osaaminen muuttuu. Henkilökohtaiset tarpeet ovat erilaisia, ennaltaehkäisy ja vuorovaikutus ovat entistä yksilöllisempiä. (Flinkman 2014, 8.)

Eri arvioiden mukaan 15–20 prosenttia lääkärille menevistä potilaista voitaisiin ohjata sairaanhoitajan vastaanotolle. Sairaanhoitajat pystyvät ottamaan enemmän vastuuta potilaiden pitkäaikaisseurannasta, jolloin voidaan edistää lääkäreiden työpanoksen tarkoituksenmukaista käyttöä. Potilaiden pääsy hoitoon helpottuu, ja terveyskeskusten resurssit saadaan tehokkaampaan käyttöön. (Laaksonen 2009; Vesterinen 2014.) Laajavastuiset kliiniset sairaanhoitajatehtävät tarjoavat urapolun sairaanhoitajille, jotka haluavat pysyä kliinisessä hoitotyössä (Ahonen 2012,11.)

Tässä kehittämissuorjektissa tutkittiin laajavastuisen sairaanhoitajan tehtävänkuvan kehittämisen tarpeita ja mahdollisuuksia Kaarinan terveyskeskuksen päivystyksessä. Sairaanhoitajien työnkuvaa päivystyksessä, sen kehittämismahdollisuuksia ja -edellytyksiä kartoitettiin ryhmähaastattelun menetelmin. Kehittämissuorjektin tuotoksena luotiin laajavastuisen sairaanhoitajan tehtävänkuvan malli.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUS

2.1 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Sosiaali -ja terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden kehittää rohkeasti uudenlaista, tarkoituksenmukaista työnjakoa ja tehtävänkuvia väestön parhaaksi. Uudistuminen on välttämätöntä monien ajassa olevien ilmiöiden vuoksi. Väestön tarpeet lisääntyvät väestörakenteen ikääntymisen myötä ja tarvittava teknologinen osaaminen muuttuu. Henkilökohtaiset tarpeet ovat erilaisia, ennaltaehkäisy ja vuorovaikutus ovat entistä yksilöllisempiä. (Flinkman 2014, 8.)

Hoitoon pääsyä ja terveyden tasa-arvoa on parannettava. Perustuslaki määrittelee yhdenvertaisen oikeuden riittäviin sosiaali -ja terveystalouteihin (Sote). Sote- palvelut on tuotettava laadukkaasti ja kustannustehokkaasti. On perusteltua kehittää laajavastuisten kliinisten sairaanhoitajien työnkuvia, jotta voidaan turvata oikea-aikainen hoitoon pääsy ja tarjota asiakkaille apua nopeasti ja turvallisesti myös matalan kynnyksen palveluissa. Lääkärien työaika voidaan vapauttaa lääketieteellisesti haastavampiin tapauksiin, kun yhä useampi asiakas saa tarvitsemansa palvelut sairaanhoitajan vastaanotolla. (Flinkman 2014, 9; ks. myös Glasberg ym. 2009, 33–37.)

Tämä kehittämisprojekti perustuu työelämän tarpeeseen: puhelintyöskentely päivystyksessä on vähentynyt huomattavasti puhelinkeskuksen uudistuksen myötä, ja päivystyksen toiminnan uudistamista on jo pidempään suunniteltu, mutta toistaiseksi sitä ei ole toteutettu. Toiminnan uudistus mahdollistaa sairaanhoitajien laaja-alaisen osaamisen hyödyntämistä moniammatillisessa tiimissä, joka vastaa päivystyspalveluiden tarjoamisesta. Sote-muutoksessa Kaarinan kaupungin terveystaloutta säilyvät kilpailukykyisinä ja sairaanhoitajille mahdollistetaan erinomaiset kliiniset urakehitysmahdollisuudet.

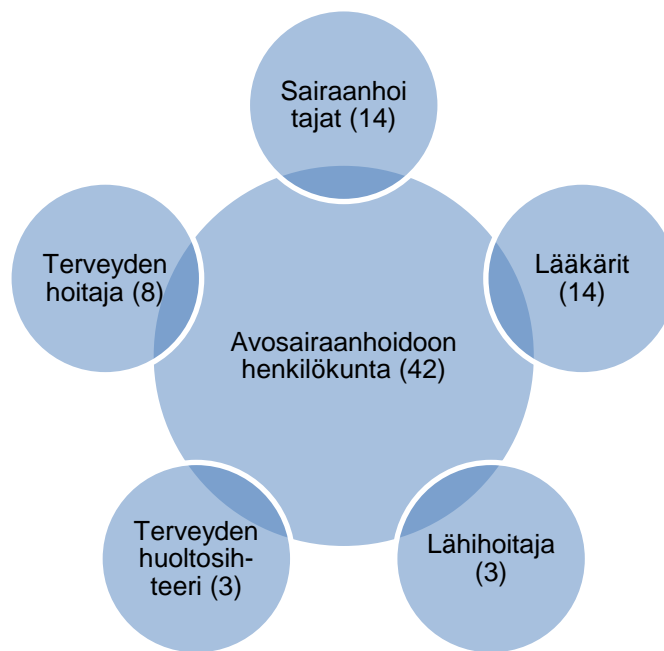
Työnjaon tehokas uudistaminen perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa edellyttää tiivistä hoitajan ja lääkärin tiimityötä (Liimatainen 2010). Puhelintyöskentelyn on todettu lisäävän työn sujuvuutta ja vaikuttavan positiivisesti työmotivaatioon (Vierula 2010).

2.2 Kohdeorganisaatio

Tämä laajavastuisen sairaanhoitajan tehtävänkuvan mallinnukseen tähtäävä kehittämisprojekti toteutettiin ryhmähaastatteluiden ja kirjallisuuskatsauksen avulla Kaarinan terveyskeskuksen päivystykseen.

Kaarinan kaupungin periaatteina on olla asukaslähtöinen ja yritysystävällinen, avoin, rohkea sekä oikeudenmukainen. Kaupungin strategiset päämäärät ovat hyvinvoinnin edistäminen ennakoivasti, laatu- ja kustannustietoinen johtaminen, ekologisesti viihtyisä ympäristö ja luova Kaarina. (Kaarinan kaupunki 2014.) Kehittämisprojekti perustui Kaarinan pääterveysaseman päivystyksessä työelämän tarpeeseen, sillä puhelintyöskentely on vähentynyt päivystyksessä puhelinkeskuksen uudistuksen myötä. Tämä mahdollistaa sairaanhoitajille aikaa hyödyntää laaja-alaista osaamistaan moniammatillisessa tiimissä, joka vastaa päivystyspalveluiden tarjoamisesta (Kuviossa 1 on esitetty avosairaanhoidon henkilökunnan kokoonpano). Laitoshuoltajat puuttuvat maninnasta koska he toimivat koko organisaatiossa, eikä pelkästään avosairaanhoidon alaisuudessa.

Viimeisen puolen vuoden ajalla Kaarinan päivystyksen potilaina on enimmäkseen ollut infektiopotilaita (Kirjonen 2017). Verraten HOLA-kuntien (HOLA=Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentamiseen tähtäävä projekti, Oulun eteläisten kuntien alueella) tehtäväkuvien muutoksiin, näistä voisi sairaanhoitaja hoitaa lieväoireiset potilaat, joilla on alhainen crp.



Kuvio 1. Kaarinan terveyskeskuksen avosairaanhoidon henkilökunta (Kirjonen 2017).

Laajavastuuisen sairaanhoitajan työnkuva edistää asukkaiden hyvinvointia ennakoivasti itsehoidon tukemisen kautta. Asiantuntijan konsultaation ja potilaan osallistamisen ja vastuuttamisen kautta toiminta on asiakaslähtöisempää ja kustannustehokkaampaa. Kokonaisuus kehittyy kohti luovempaa Kaarinaa. Näin arvot ja strategiat pääsevät kehittymään ja kehittämään kaupunkia. Hoidon laatuun panostetaan koulutuksella. Tarjoamalla hoitohenkilökunnalle uusia urakehitysmahdollisuuksia, Kaarinan terveyskeskuksesta tulee vetovoimaisempi työnantaja hoitohenkilökunnalle.

2.3 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli lisätä sairaanhoitajien osaamisen hyödyntämistä kehittämällä laajavastuuisen päivystyssairaanhoitajan tehtävänkuva Kaarinan terveyskeskuksen päivystyksessä.

Kehittämisprojektin tavoitteina olivat:

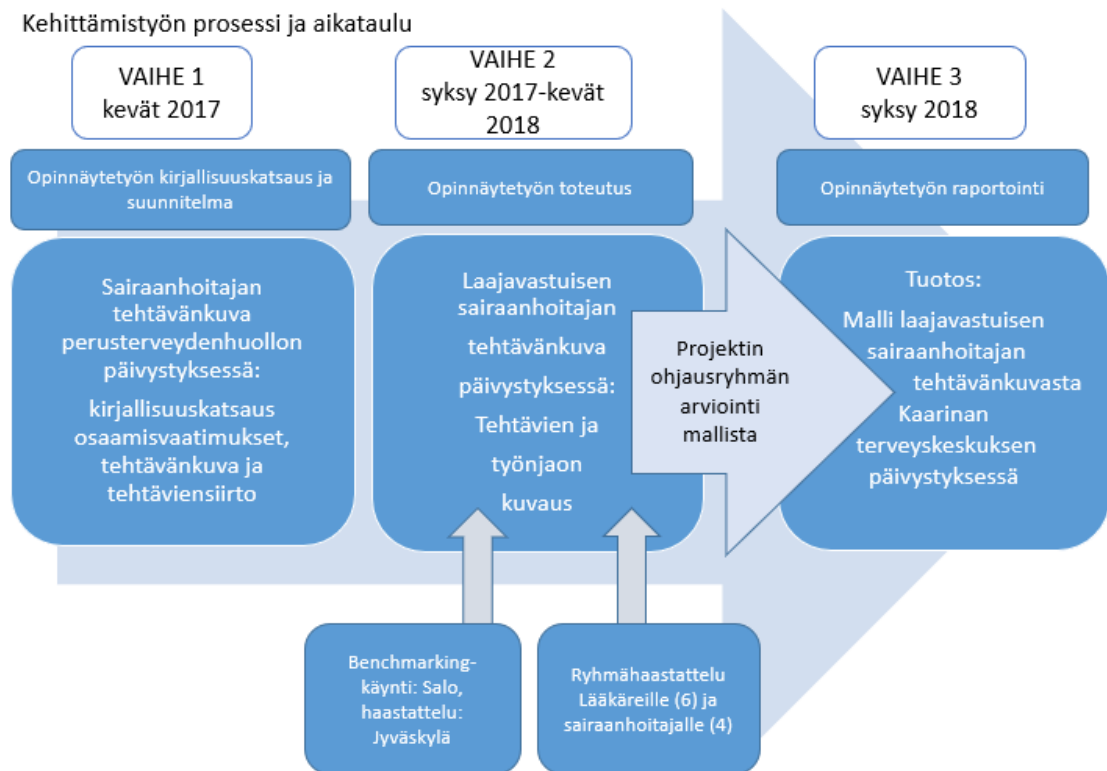
- Edistää päivystyspotilaiden hoitoon pääsyä ja hoidon laatua.
- Edistää terveyskeskuksen vetovoimaisuutta työnantajana.
- Pitää terveyspalvelut kilpailukykyisinä Sote-muutosten tullessa.

Opinnäytetyön tutkimuksellisenä tavoitteena oli tuottaa tietoa päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien tehtävänkuvasta ja osaamisen hyödyntämisestä Kaarinan terveyskeskuksen päivystyksessä ryhmähaastattelujen avulla. Haastatteluun perustuen kartoitettiin laajempien tehtävänkuvien mahdollisuuksia organisaatiossa

2.4 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojektin toteutus (Kuvio 2) aloitettiin keväällä 2017 tiedon haulla ja projekti-idea kehittämällä. Syksyllä 2017 kehittämiprojektinsuunnitelma ja tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ohjausryhmällä. Tämän jälkeen haettiin tutkimuslupa. Kevään 2018 aikana suoritettiin ensin haastattelurungon esitestaus ryhmähaastattelulla ja tarkoitus oli, mahdollisuuksien mukaan käyttää tätä esihaastattelua osana varsinaista aineistoa. Teknisistä haasteista johtuen, haastattelua ei saatu taltioitua, eikä voitu käyttää osana lopullista aineistoa.

Varsinaisten haastattelujen jälkeen aineisto litteroitiin ja tulokset koottiin yhteen, jonka jälkeen arvioitiin tutkimusmenetelmän ja koko tutkimusosuuden luotettavuutta. Kehittämiprojektin lopuksi, syksyllä 2018, laadittiin raportti ja projekti esitettiin sekä ohjausryhmälle, että opinnäytetyöseminaarissa.



Kuvio 2. Kehittämisprojektin prosessi ja aikataulu.

2.5 Benchmarking

Sana benchmarking tarkoittaa vanhaa englanninkielistä sanaa ”suuntamerkki”. Sitä käytetään edelleen englannissa maanmittausalan käsitteenä, ja se tarkoittaa kolmen eri ulottuvuuden (pituuden, leveyden ja korkeuden) mukaan määritettyä kiintopistettä. Kiintopistettä käytetään mm. teiden ja rakennusten suunnittelussa. (Karlöf 1998, 131.) Liikemies Xeroxin tekemässä määrittelyssä benchmarking on tuotteiden, palvelujen ja eri toimintatapojen jatkuvaa mittaamista ja analysointia vertailussa kilpailijoihin ja muihin huipputyöryhmiin. Käsitteeseen liittyy toiminnan vertaamista ja kehittämistä kohti parempaa osaamista ja toimintatapojen kehittämistä. (Lecklin 2006, 161.) Nykyisin benchmarking-toiminnalla tarkoitetaan myös toimivien käytäntöjen etsimistä (Kantola 2003, 13.)

Benchmarking’lle ei ole löydetty toistaiseksi sopivaa Suomenkielistä käännöstä. Siitä käytetään ilmaisuja esikuva-analyysi, esikuvavertailu, esikuvilta oppiminen ja vertaisanalyysi. (Hotanen, Laine & Pietiläinen 2001, 6.) Karlöf, Lundgren ja Froment (2003, 35) käyttävät benchmarkingista ilmaisua vertailujohtaminen.

Benchmarking- käynnillä Salon aluesairaalassa tutkija perehtyi sairaanhoitajan vastaanottotoimintaan ja siihen, millä tavoin sitä on kehitetty. Sairaanhoitajan vastaanottotoimintaa on kehitetty kouluttamalla kahdeksan (8) lääkkeenmääräämissairaanhoitajaa. Audiotoinnissa on laajavastuinen tehtäväkuva. Muiden sairaanhoitajien tehtäväkuva on laajennettu työkokemuksen ja osaamisen mukaisesti. Tavoitteena on, että kaikki sairaanhoitajat hoitaisivat kaikkia potilaita laajavastuisesti. Tällöin erona olisi vain se, että sairaanhoitajat, joilla ei reseptinkirjoitus-oikeutta ole, konsultoisivat lääkäreitä ja saisivat reseptin potilaalle oman tutkimuksensa päätteeksi, silloin kun potilaan tila sitä vaatii. Reseptin kirjoitus ei tietenkään ole tavoite, vaan tavoitteena on potilaan hyvä hoito.

Nuoret hoitajat, joilla ei ole työkokemusta, pääsevät lääkärin työpariksi opettelemaan potilaan tutkimista ja haastattelua sekä oppimaan perustietoja ja päätöksentekoa, näin kehittyä myös luottamus työpariin. 2-korvaisella stetoskoopilla opetellaan auskultointia. Lääkkeenmääräämisen koulutuksen suorittanut sairaanhoitajan palkka on suurempi. Muut sairaanhoitajat eivät saa enempää palkkaa, vaikka olisi koulutettu laajavastuiseksi, koska on katsottu, että sairaanhoitajan oma osaaminen on otettu kokonaisvaltaisemmin käyttöön. Henkilökohtaisen lisän avulla on mahdollista saada lisää palkkaa, jos katsotaan että pystyy tekemään menestyksekkäästi montaa roolia. (Nisula 2010.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä, Jyväskylässä, on vuodesta 2009 ollut käytössä sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto. Heillä on 15 sairaanhoitajaa, joilla kaikilla on lääkkeenmääräämisoikeus. Vuosittain vastaanotolla käy 6000 potilasta ja kirjoitetaan 700 reseptiä. Reseptit eivät ole pääasiassa vaan potilaan kokonaisvaltainen hoito, jossa korostuu kliininen tutkiminen, hoidon tarpeen arviointi ja päätöksenteko. Reseptejä ei ole kirjoitettu yhtään aiempaa enempää, koska sairaanhoitajat toimivat tutkittuun tietoon perustuen. (Kovanen 2017.)

Vaikka vastaanotto on itsenäistä, se ei ole yksinäistä. Jokaisella sairaanhoitajalla on lääkärin pari, jota pystyy tarvittaessa konsultoimaan. Sairaanhoitajat arvostavat kliinistä urakehitysmahdollisuutta ja heidän lääkehoitotaitonsa kehittyvät koko ajan. Ammatillinen motivaatio, kiinnostavuus ja haastavuus ajavat eteenpäin. Työhön ja palkanlisään ollaan tyytyväisiä. Tavoitteena on ollut resurssien tarkoituksen mukainen jakaminen, päivystyksen ruuhkat ovat helpottaneet, on tullut taloudellisia säästöjä. Hyvä maine on kiirinyt eteenpäin ja organisaation vetovoimaisuus on lisääntynyt. (Kovanen 2017.)

3 SAIRAANHOITAJA ASIAANTUNTIJANA

3.1 Keskeiset käsitteet

Henkilöstöryhmien välisestä työnjaosta englannin kielessä käytetyt useat nimitykset, kuten, "advanced roles" ja "role changes" tarkoittavat työntekijöiden taitojen, osaamisen ja tehtäväkuvien yhdistämistä (Buchan & Calman 2004). Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään hoitajan laajennettuihin tehtäväkuviin liittyvänä yläkäsitteenä "advanced practice nurse=APN" sekä useita alakäsitteitä, muun muassa "nurse practitioner", "nurse specialist", "nurse consultant" ja "nurse-led clinics". Ahonen (2012, 11) kuvaa APN:n suomennettavan kliiniseksi asiantuntijaksi sairaanhoitajaksi.

Kliininen tarkoittaa kielitoimiston sanakirjan mukaan käytännöllistä ja potilaiden hoitoon kuuluvaa. Kansalliseen terveyshankkeeseen liittyneessä selvityksessä työnjaolla tarkoitetaan koko yhteisön toiminnan kehittämistä siten, että tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja työnjaon näkökulmasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö [STM] 2005.)

Työnjakoa voidaan toteuttaa tehtäviä syventämällä, laajentamalla, delegoimalla tai luomalla uusia tehtäviä. Työnjakoa voidaan uudistaa joko saman henkilöstöryhmän kesken tai eri henkilöstöryhmien välillä. (Buchan & Calman 2004, Sibblad ym. 2004; ks. myös Kotila ym. 2016.) Tehtäväsiirroilla tarkoitetaan tietyille henkilöstöryhmälle aiemmin kuuluneiden tehtävien sisällyttämistä jonkun toisen henkilöstöryhmän tehtäviin. (STM 2005, 13)

STM:n (2016) ja Kunnallisen työmarkkinalaitoksen (KT 2016) mukaan sairaanhoitajan työnkuvan kehittäminen parantaa sairaanhoitajien ammattitaidon hyväksikäyttöä. Lisäksi terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen voidaan näin lääkäreille mahdollisesti vapauttaa aikaa, koska potilaita hoidetaan kokonaisvaltaisemmin. Työnjaon kehittäminen voi hillitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön määrällistä kasvua sekä parantaa palvelujen vaikuttavuutta ja täten hidastaa sotealan kokonaiskustannusten kasvua. Kustannushyödyt voivat ilmentyä myös pidemmällä aikavälillä: pitkäaikaissairaat hoidetaan kokonaisvaltaisemmin ja pitkäntähtäimen komplikaatiot vähenevät, myös potilastytyväisyys paranee (Kts. myös Nummelin 2009).

Useat kansalliset terveydenhuollon projektit, hoitotakuu sekä joiltain osin lääkäripula ovat käynnistäneet keskustelun terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisten vastuiden ja tehtävien jaosta (Ahonen 2012,11). Tehtävien ja vastuiden siirrossa tulisi kiinnittää huomiota eri ammattiryhmien osaamisalueiden oikeaan ja oikea-aikaiseen käyttöön. Potilaiden monimutkaiset terveysongelmat ja terveystarpeet edellyttävät niin kutsuttuja case managereita, joilla on riittävästi kliinistä kompetenssia suunnitella ja toteuttaa vaikuttavia hoitoketjuja. Keskeisiä tekijöitä kliinisen asiantuntijan (APN) roolin kehittymisessä ja potilaskeskeisen yhteiskuntamallin lähestymistavassa ovat laajentuneet hoitoon pääsyn mahdollisuudet – myös taloudellisesti edullisempaan hoitoon. (Ahonen 2012, 11; Rautiainen ym. 2014).

APN roolin selkeyttäminen, toimenkuvan muotoutuminen ja kehittyminen suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä ovat vielä alkuvaiheessa verratessa tilannetta moniin muihin maihin. Terveyspalvelujärjestelmässä ei ole vielä edetty kovin pitkälle kliinisen asiantuntijan (APN) koulutuksen tuottaman osaamisen hyödyntämisessä tai sen mukaisen urakehitysmallin kehittämisessä. (Ahonen 2012,11.)

Eri arvioiden mukaan 15–20 prosenttia lääkärille menevistä potilaista voitaisiin ohjata sairaanhoitajan vastaanotolle. Sairaanhoitajat pystyvät ottamaan enemmän vastuuta potilaiden pitkäaikaisseurannasta, jolloin voidaan edistää lääkäreiden työpanoksen tarkoituksenmukaista käyttöä. Potilaiden pääsy hoitoon helpottuu, ja terveyskeskusten resurssit saadaan tehokkaampaan käyttöön. Näin sekä lääkärit että sairaanhoitajat voivat kehittää omaa ammattiosaamistaan potilaiden hyväksi. (Laaksonen 2009; Vesterinen 2014; ks. myös Harbman 2017, 382–390.)

3.2 Sairaanhoitajan osaamisvaatimukset

Sairaanhoitaja on sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto. Opiskelun kesto on tavallisesti kolme ja puoli vuotta ja opintojen laajuus on 210 opintopistettä. Opinnit koostuvat perus- ja ammattiopinnoista, vaihtoehtoisista ammattiopinnoista, ammattitaitoa edistävästä harjoittelusta, opinnäytetyöstä ja kypsyysnäytteestä sekä vapaasti valittavista opinnoista (Ammattikorkeakouluasetus 352/2003; Eriksson ym. 2015; Hilden 2002: 44–45).

Työssä oppimisen lisäksi koulutus sisältää kontaktiopetusta, itsenäistä työskentelyä, ryhmätöitä ja esimerkiksi työpajatoimintaa. Koulutuksella näyttäisi olevan tärkeä osuus

siinä, miten hoitotyöntekijät ylläpitävät ja kehittävät omaa ammatillista osaamistaan koulutuksen jälkeiseen, tulevaisuuden työelämässä. Koulutus antaa valmiuksia muun muassa vahvaan ja laajaan hoitotyön tietopohjaan ja mahdollistaa hoitotyön kehittämisen. Lisäksi vuorovaikutus- ja johtamistaidot kehittyvät koulutuksen aikana. Koulutus valmistaa myös itsenäiseen tiedonhankintaan sekä itsearviointiin. (Hilden 2002: 44–45; Eriksson ym. 2015.)

Sairaanhoitajan osaamista kuvaavat eri kompetenssit, joilla tarkoitetaan sairaanhoitajan osaamista ja pätevyyttä eri osa-alueilla. Näihin osaamisalueisiin kuuluvat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, yhteistyö osaaminen, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö ja lääkehoito. (Eriksson ym. 2015, 13–15; Hilden 2002: 33–34; Opetusministeriö 2006, 63.)

Kompetenssilla tarkoitetaan kyvykkyyttä tai pätevyyttä suoriutua tehtävästä niin itse yksilön kuin muidenkin arvioimana. Osaaminen koostuu tiedoista, taidoista, arvoista ja asenteista, kokemuksista sekä ihmissuhteista. Pätevyys edellyttää sekä motivaatiota että energiaa ja siihen vaikuttavat myös yksilön henkilökohtaiset ominaisuudet. Lisäksi pätevyys voi olla tietoista tai tiedostamatonta. Tietoisessa kompetenssissa ihminen tiedostaa taitonsa, kun taas tiedostamattomassa kompetenssissa henkilö käyttää vaistomaisesti taitojaan ajattelematta asioita. (Eriksson ym. 2015, 13-15; Hilden 2002: 33–34; Opetusministeriö 2006, 63.)

Kompetenssi jakautuu yleispätevyyteen, ydinpätevyyteen ja erikoispätevyyteen. Ydinpätevyyteen kuuluvat sairaanhoitajalle välttämättömät tiedot ja taidot potilaan yksilöllisen hoidon suunnittelusta, toteuttamisesta sekä arvioinnista. Ydinpätevyyteen sisältyvät esimerkiksi lääkehoidon hallinta sekä haavan ja ihonhoidon hallinta. Erikoispätevyys ilmenee tietyn erikoisalan potilasjoukon hoidossa. Esimerkiksi teho-osastolla edellytetään toisenlaista erikoisosaamista kuin lasten psykiatrisella osastolla. Yleispätevyys näkyy sairaanhoitajan kykyinä yhdistää ydinpätevyyden ja erikoispätevyyden tiedot ja taidot suunnitellessaan potilaan yksilöllistä hoitoa. (Eriksson ym. 2015, 13–15; Hilden 2002: 33–34; Opetusministeriö 2006, 63).

Hoitotakuun myötä potilastietojen kirjaaminen on lisääntynyt ja tarkentunut. Hoitotakuun tuoma hoidon tarpeen arviointi on lisännyt sairaanhoitajien työmäärää ja vastuuta. Voidaan sanoa, että sairaanhoitajan työnkuva vaatii kehittämistä, vertaistuen järjestämistä sekä tietotekniikan, että yhteistyö tahojen välisen toiminnan kehittämistä. Perustyössä

sairaanhoidajien itsenäinen työskentely ja osaamisen vaatimukset ovat lisääntyneet. Päivystävä sairaanhoitaja pitää itsenäistä vastaanottoa, jossa hän tekee hoidontarpeen arviointia, hoidon ohjausta ja jatkohoitosuunnitelmia. Tarvittaessa hän konsultoi lääkäriä. Päivystävän sairaanhoitajan ammattitaito korostuu itsenäisessä hoitotyössä, puhelinneuvonnassa sekä ohjauksessa. (Laaksonen 2009; Flinkman 2014).

Tulevaisuudessa sairaanhoitajan työssä keskeistä on näyttöön perustuvuus, asiakaslähtöisyys, kustannustehokkuuden lisääminen, vaikuttavuuden arviointi sekä valmistautuminen koulutuksellisesti ja organisaatioiden sisäisin ohjein uuteen työnjakoon ammattiryhmien kesken. Työn kehittämiseen liittyvät terveyden edistämisen ja roolirajojen joustavuus lääkäreiden ja hoitotyötä tekevien välillä. (Vesterinen 2011, Tehy 2013, Flinkman 2014, 11.)

Tehtäväkuvien laajentaminen ja uudet tehtävät vaativat vankkaa perusosaamista, mutta myös jatkuvaa tiedon päivittämistä ja uuden oppimista. Kliinisessä työssä tarvitaan entistä laajempaa osaamista hoidon tarpeen arvioinnissa, sairaushistorian selvittämisessä, kliinisessä tutkimisessa, sähköisissä konsultaatioissa ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa sekä hoidon seurannassa. (STM 2014; Davies & Hughes 2002.) Näin parannetaan potilaan hoitoa, vahvistamalla laajavastuisten sairaanhoitajien valmiuksia integroida tutkimus- ja näyttöperusteinen käytännön toiminta päivittäiseen käytäntöön.

Viholainen (2018, 15) on todennut tutkimuksessaan laajavastuisten kliinisen sairaanhoitajan haasteina olevan vähäinen tunnettavuus ja eriävät nimikkeet, sairaanhoitajan laajavastuinen hoitotyön asiantuntijuus voi sisältää jopa 26 erilaista nimikettä. Haasteena on koettu myös roolin uutuus, monet ammattiryhmät eivät tunnista laajavastuista sairaanhoitajaa, edes henkilöt itse eivät aina osaa eritellä työnkuvaansa. Rooliristiriidat tulivat esille myös Jokiniemen ym. (2015) tutkimuksessa, jossa hoitotyön kliinisen asiantuntijan roolin implementaation esteenä oli työnkuvan aikaisemman mallin tai roolin sekä perehdytyksen puuttuminen hoitotyön kliinisen asiantuntijan työtehtävään.

3.3 Päivystyshoitotyön osaaminen ja tehtävänjako

Päivystyspotilaan hoidon tarpeen arviointia tekevät kaikki potilaan kanssa tekemisiin joutuvat. Aluksi hoidon tarvetta arvioi potilas itse tai hänen läheisensä, ja kun yhteys terveydenhuoltoon on otettu, hoidon tarpeen arviointiin voivat osallistua esimerkiksi terveysneuvontapuhelin, hätäkeskus, ensihoidon henkilökunta tai terveysasema.

Ohjeistus vaihtelee, sillä vain hätäkeskuksilla on Suomessa sovitut hoidon tarpeen arvioinnin yhtenäiset ohjeet (STM 2010).

Triage perustuu ranskankieliseen sanaan trier ja tarkoittaa luokittelua (Blagg 2004). Kiireellisuuden arvioinnilla eli triagella tarkoitetaan potilaiden luokittelua sen mukaan, miten nopeasti heidän on päästävä hoitoon oireiden perusteella (Finohta 2011). Triagea käytetään hoidon tarpeen kiireellisuuden arvioissa päivystystoiminnassa, ensihoidossa, sodissa ja katastrofilääketieteessä (Iseron & Moskop 2007, STM 2010).

Suomen oma ABCDE- triage tavoittelee nopeaa hoitoon pääsyä kiireistä hoitoa tarvitseville, mutta se pyrkii myös erottelemaan myös E-ryhmäläiset eli ei-päivystyksellistä lääkärin hoitoa tarvitsevat perusterveydenhuollon kiireettömät potilaat (Kantonen 2005) Alun perin triagen tarkoituksena ei ole ollut niinkään potilaiden nopea hoitoon pääsy. Tärkeämpää oli tehdä odottamisesta turvallista ruuhkautuneessa päivystyksessä (Fitzgerald ym. 2010). Triage on yksi työkalu, jonka avulla päivystyksessä voidaan keskittyä sen perustehtävään eli päivystyspotilaiden hoitoon (Wiler ym. 2010).

Lankisen (2013, 24) tutkimuksen aineiston perusteella päivystyshoitotyön osaaminen on päätöksenteko-osaamista, kliinistä osaamista, vuorovaikutusosaamista, ohjausosaamista ja eettistä osaamista. Kansalliseen terveysthankkeeseen liittyneessä selvityksessä työnjaolla tarkoitetaan koko yhteisön toiminnan kehittämistä siten, että tehtävät ja toimenpiteet järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen yhteistyön ja työnjaon näkökulmasta. (STM 2005.) Työnjakoa voidaan toteuttaa tehtäviä syventämällä, laajentamalla, delegoimalla tai luomalla uusia tehtäviä. Työnjakoa voidaan uudistaa joko saman henkilöstöryhmän kesken tai eri henkilöstöryhmien välillä. (Buchan & Calman 2004, Sibblad, Shen & McBride 2004.)

3.4 Sairaanhoidajien tehtävänkuvien kehittäminen

Tehtävänkuvien laajentaminen ja uudet tehtävät vaativat vahvaa perusosaamista, mutta myös jatkuvaa tiedon päivittämistä ja uuden oppimista. Kliinisessä työssä tarvitaan entistä laajempaa osaamista hoidon tarpeen arvioinnissa, sairaushistorian selvittämisessä, kliinisessä tutkimisessa, sähköisissä konsultaatioissa ja hoitoon liittyvässä päätöksenteossa sekä hoidon seurannassa. (STM 2014.)

Tulevaisuudessa sairaanhoitajan työssä keskeistä on näyttöön perustuvuus, asiakaslähtöisyys, kustannustehokkuuden lisääminen, vaikuttavuuden arviointi sekä valmistautuminen koulutuksellisesti ja organisaatioiden sisäisin ohjein uuteen työnjakoon ammattiryhmien kesken. Työn kehittämiseen liittyvät terveyden edistäminen ja roolirajojen joustavuus lääkäreiden ja hoitotyötä tekevien välillä. (Vesterinen 2011, Tehy 2013, Flinkman 2014, 11.) Pelkkä alan koulutusmäärien lisääminen ei riitä turvaamaan henkilökunnan määrää, jos yhä useampi hoitaja harkitsee vaihtavansa ammattia tai siirtyvänsä muihin terveydenhuollon tehtäviin (Laine 2005, Heinen ym. 2013, 174–184; Flinkman 2014).

Potilaiden lisääntyvän etä- ja itsehoidon myötä terveydenhuollon ammattihenkilöiden työ muuttuu yhä enemmän konsultaatio -ja asiantuntijatyöksi. Asiakkaita valmennetaan oman terveytensä edistäjiksi yhteistyössä ammattihenkilöiden kanssa, jolloin asiakkaiden motivointi ja ohjaaminen entisestään korostuvat. Prosessit uudistetaan asiakasprosessiksi, joissa terveysteknologia ja sähköiset toimintajärjestelmät muuttavat työtä sekä helpottavat asiointia ja vuorovaikutusta asiakkaiden ja henkilöstön välillä. (Vesterinen 2011, Tehy 2013, Flinkman 2014, 11.)

Työntekijän työn kokonaisvaativuuden lisääntyessä olennaisesti, korotetaan hänen tehtäväkohtaista palkkaansa uutta tehtävänkuvaa vastaavaksi KVTES:n palkkausluvun 5 §:n 2 momentissa tarkemmin määrättyllä tavalla. Palkitsemisjärjestelmä ja palkkausjärjestelmä sen osana, viestii voimakkaasti työnantajan asettamien tavoitteiden tärkeysjärjestyksestä työyhteisössä, yhteisön arvoista ja arvostuksista, sekä henkilöstön toivotusta ja ei-toivotusta työkäyttäytymisestä. Työnantajan toteuttama palkkapolitiikka on siis henkilöstölle myös viesti siitä, miten tärkeänä työnantaja näkee organisaation toivotat tehtävien uudelleenjärjestelyt. Oikeudenmukaiseksi koettu palkkakehitys yhdistettynä tarkoituksenmukaiseksi koettuun työn uudelleenorganisointiin koetaan myös uralla etenemisenä, vaikka perinteiset hierarkkiset etenemismahdollisuudet olisivatkin vähäisiä. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 18.)

Tuovatko hoitotyön laaja-alaiset kliiniset asiantuntijatyönkuvat toivottua säästöä? Tästä saatava tutkimustieto on ristiriitaista ja riippuu siitä, mitä vaikutusta tarkastellaan. Näkökulmasta riippuen on voitu havaita, että vaikutus kustannuksiin on niitä alentavaa, neutraalia tai joskus lyhyellä tähtäimellä jopa kustannuksia lisäävää. Kun sairaanhoitajan tekemä työ korvaa aiemmin lääkärin tekemää, on palkka ero merkittävä kustannuksia alentava tekijä. Kustannuksia alentavaa vaikutusta voi vähentää se, jos sairaanhoitaja käyttää pidemmän ajan potilaan vastaanottoon, lähettää potilaan useammin eteenpäin tai varaa uusia kontrollikäyntejä tai määrää useampia kokeita. Lääkärin työaikaa taas voi

kulua enemmän konsultointiin, eikä hänen työaikaansa vapaudu niihin tehtäviin, joihin uuden työnjaon myötä oli tarkoitus. Joskus laaja-alaisten kliinisten asiantuntijatyönkuvien kustannuksia voi lyhyellä aikavälillä nostaa esimerkiksi uusi tarvittava koulutus tai laadun parantamiseen tähtäävät uudet työmuodot. Nämä saattavat kuitenkin tuoda lopulta säästöjä esimerkiksi parantuneen hoidon laadun ja komplikaatioiden vähenemisen kautta. (Delamaire & Lafortune 2010, Valtiontalouden tarkastusvirasto 2016.) Kustannusvaikuttavuuden suhteen tarvitaan lisää tutkimusta eri näkökulmista (Flinkman 2014,9).

Kliininen asiantuntija voi toimia osastonhoitajana, apulaisosastonhoitajana, organisaattorina sekä tiiminvetäjänä. Tärkeää olisi myös toimia fasilitaattorina uuden tiedon jalkauttamisessa kuten Holopainen ym. (2014, 67) kirjoitti. Tulevaisuudessa voisi olla eri erityisalojen asiantuntijahoitajia, jolloin potilaat saisivat parempaa henkilökohtaista hoitoa perusterveydenhuollosta ja kollegat saisivat konsultaatiotukea. Näin terveyskeskus säilyisi myös kilpailukykyisenä uudistuksissa ja potilaiden hoidon taso paranisi, sekä asiantuntijahoitajilla olisi haastetta kehittyä aina paremmaksi omassa työssään.

Erilaisten asiantuntijoiden osaamista voidaan hyödyntää näyttöön perustuvan toiminnan taitojen oppimisessa käyttäen ”read, think,do!”- menetelmää (Winch ym. 2005). Jotta menetelmä saadaan käyttöön, tarvitaan tutkimustiedon käyttöönoton tukihenkilöitä, niin sanottuja fasilitaattoreita, jotka hakevat tietoa ja miettivät miten se sovelletaan juuri tässä yksikössä käytäntöön. (Holopainen ym. 2014, 73; Kansanen 2017.) Asiantuntijuuden hyödyntäminen organisaatiossa edellyttää, että hoitotyön johtajat tunnistavat erilaiset osaajat, heidän mahdollisuutensa käyttää tietoa, samoin kuin heidän osaamisen puutteensa. Kun organisaation asiantuntijoiden rooli on avoin, paranevat työyksiköiden keskinäiset konsultaatiokäytännöt. (Holopainen ym. 2014, 66.) Fagerströmin ja Glasbergin (2011, 925–932) tutkimuksen mukaan, rajallisista resursseista huolimatta, jossakin sairaaloissa hoitotyön kliinisen asiantuntijan työnkuva on muuttunut itsenäisemmäksi, ja heille on annettu mahdollisuus käyttää ammattitaitoaan laajasti, esimerkiksi akuuttipotilaiden tutkimisessa.

Vantaan terveyskeskuspäivystyksessä vuonna 2008 tehdyssä triage- ja ulkoistusinterventiossa käynnit päivystävien hoitajien vastaanotoilla lisääntyivät yli puolella (55 %). Päivystävät sairaanhoitajat hoitivat jopa viidenneksen (20 %) päivystyksen potilaista (Kantonen ym. 2012). Tässä kiireellisyysluokittelu on avainasemassa (Rowe ym. 2011) ja päivystävän hoitajan rooli korostuu samoin kuin jo pitkään muuallakin

terveydenhuollossa hoitajien itsenäisten vastaanottojen ja lääkemääräyskäytäntöjen kehittyessä (Kokko ym. 2009). Päivystyksessä hoitajien on raportoitu arvioivan potilaita lääkäreitä nopeammin ja ohjaavan heitä osuvammin eteenpäin (Mogensen ym. 2011) ja potilastyytyväisyys on vähintään yhtä hyvä kuin lääkärin arvion saaneilla (Martinez-Gonzalez ym. 2014).

Jyväskylän yhteispäivystyksen kehittämisprojektissa vuonna 2007 (Kangasmetsä & Manninen) suositeltiin hoitajavastaanottojen lisäämistä päivystykseen. Myös Lehtovuori & Kauppilan (2009) tutkimusten mukaan päivystyshoitajat suoriutuivat vaativasta triagesta ja hoitajan vastaanotoista hyvin, joten tutkimukset tukevat jo aiemmin havaittua. Hoitajia voidaan myös kannustaa itsenäiseen työskentelyyn päivystyksessä kannustinjärjestelmillä (Lehtovuori & Kauppila 2009). Tutkimuksissa nousi esiin sairaanhoitajien vaihtelevat kirjaamiskäytännöt. Päivystykseen tulevien potilaiden tulo syyn strukturoidusta kirjaamisesta tulisi jatkossa sopia kansallisella tasolla ja kirjaamistarpeet huomioida tietojärjestelmissä (Malmström ym. 2012).

3.5 Terveysthuollon ammattilaisten tehtävänkuvien kehitys maailmalla

Sairaanhoitajien uusien roolien käyttöönottamisen pitää alkaa sekä potilaiden tarpeista että terveydenhuollon organisaatioiden tarpeista. Monissa maissa perusterveydenhuollon saatavuuden parantaminen on tavallisin syy sairaanhoitajien tehtävien ja vastuun laajentamiseen. Tämä tarkoittaa sairaanhoitajille uutta tapaa tehdä työtä. (Fagerström & Glasberg 2011.) Toisista näkökulmista katsottuna sairaanhoitajien palveluita ei ole hyödynnetty tarpeeksi, ja muuttuva terveydenhuoltoala on antanut mahdollisuuden innovoida uusia rooleja sairaanhoitajille, jotta parannettaisiin julkisten terveydenhuolto- palveluiden saatavuutta. (Gardner ym. 2013.) Myös muuttuva väestö ja varsinkin ikään- tyvä väestö, ovat vaikuttaneet kliinisten asiantuntijoiden roolin kehittymiseen ja tarpeelli- suuteen (Christiansen ym. 2012).

Monet OECD-maat (OECD 2017) ovat viime vuosikymmenen aikana uudistaneet perus- terveydenhuollon hoitajien edistyneitä tehtäviä parantaakseen hoidon saatavuutta, hoi- don laatua ja / tai vähentämään kustannuksia. Näiden hoitajien roolien kehitystä ja uu- distuksia on analysoitu 37 OECD- ja EU- jäsenvaltiossa.

Analysissä on voitu erottaa kolme pääkehitystä:

1. Kehitetään monissa maissa erityisiä pitkälle kehitettyjä käytäntöjä hoitotyön rooleja perinteisen hoitotyön ja lääketieteen ammattien välillä.
2. Erilaisten uusien hoitotyöhankkeiden käyttöönotto, jotka usein kohdistuvat kroonisten sairauksien hoitoon.
3. Koulutusohjelmien nousu kouluttamaan sairaanhoitajia vaadittaville taidoille ja pätevyydelle.

(OECD 2017.)

Globaalisti perustelut sairaanhoitajien laajavastuisten kliinisten työnkuvien kehittämiseksi liittyvät potilaiden hoitoon pääsyn helpottamiseen, sairaanhoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittämiseen, hoitotyön laadun parantamiseen sekä terveydenhuollon kustannusten säästämiseen. Lisäksi mahdollistetaan hoitajien osaamisen hyödyntäminen ja lisätään hoitotyön vetovoimaa kliinisten urakehitysmahdollisuuksien myötä. Laajavastuiset kliiniset sairaanhoitajatehtävät tarjoavat urapolun sairaanhoitajille, jotka haluavat pysyä kliinisessä hoitotyössä. (Delamaire & Lafortune 2010; Elliot ym. 2013, 1078–1093; ks. myös Iglehart, 368.)

Kansainvälisesti asiakasvastaava-toiminnalla on vaikutettu monisairaiden asiakkaiden sairauksien hoito tasapainoon, vähennetty sairaala jaksoja ja/tai päivystyskäyntejä ja siten myös kuluja (Daly ym. 2003). Suomessa (Oulunkaari, Potku- ja Rampe-hanke) asiakasvastaava-toiminnan kaltaisella toiminnalla on saatu hillittyä terveyskeskuslääkärillä käyntejä. Lisäksi päällekkäiset käynnit terveyskeskuksessa sekä terveyskeskuksen ja yliopistosairaalan välillä ovat vähentyneet. Potilaan hoidon painopistettä on saatu siirtymään perusterveydenhuoltoon (Oulunkaari, Rampe, Potku). (Vesterinen 2014.)

Tehtävien siirtämistä on toteutettu useimmissa maissa opiskelemalla, mutta laajuus on vaihdellut. Kolme maakokonaisuutta nousi esiin: maat, joissa (i) laaja, (ii) rajallinen ja (iii) ei ole virallista tehtävää siirtymisessä perusterveydenhoitoon. Yhdellätoista maalla oli laaja tehtävä, jossa NP / APN: llä on lupa työskennellä korkealla tasolla toteuttaen edistynyttä käytäntöä, mitattuna seitsemällä kliinisellä toiminnalla. Kuitenkin kullakin seitsemällä toiminnalla oli eroja riippumattomuuden yksityiskohdissa verrattuna lääkärin valvontaan (Maier & Aiken 2016, 927–934.)

3.6 Kliininen asiantuntijasairaanhoitaja

Hoitotyön kliinisten asiantuntijoiden toimenkuvalla on useita vaikutuksia niin hoitotyön kehittämiseen, hoitotyön laadun parantumiseen, terveydenhuollon palveluiden saataavuuteen kuin hoitohenkilökunnan osaamisen edistämiseenkin (Korhonen ym. 2008, Wickham 2011, Franks 2014, Saunders 2015). McDonnell ym. (2015) tutkimuksen mukaan hoitotyön kliiniset asiantuntijat keventävät hoitohenkilökunnan työkuormaa ja stressiä. He ovat helposti lähestyttäviä ja heiltä voi kysyä potilaan hoitoon tai kliiniseen osaamiseen liittyviä kysymyksiä ilman pelkoa leimaantumisesta. Tutkimuksissa on tunnistettu, että hoitotyön kliiniset asiantuntijat nähdään terveydenhuollossa positiivisena voimavarana ja tärkeänä resurssina (Korhonen ym. 2008, Fagerström & Glasberg 2011, Wickham 2011, Franks 2014, Saunders 2015.)

Saunders (2015) on tutkimuksessaan tunnistanut hoitotyön kliinisten asiantuntijoiden merkityksen nousevan esiin erityisesti neljällä pääalueella, jotka ovat:

1. Potilasturvallisuuden lisääntyminen sairaanhoidon aikana,
2. Potilastyön tarvitseman resurssien oikeanlainen käyttäminen,
3. Sairaanhoitajien kouluttautuminen sekä
4. Hoitotyön laatumittareiden ja tavoitteiden saavuttaminen.

Laajavastuiseen hoitotyön asiantuntijat nähdään terveydenhuollossa tärkeinä asiantuntijoina, jotka pystyvät tarjoamaan hoitotieteellistä ja kliinistä osaamistaan ja sekä havaitsemaan perustyötä tekeviä sairaanhoitajia paremmin hoitotyön muutoksen tarvetta työyksiköissä. He pystyvät parhaiten aikaansaamaan hoitotyön muutoksen käytännössä vaikuttamalla taitavasti laajaan joukkoon hoitohenkilökuntaa. (Wickham 2011, Franks 2014, Saunders 2015, Wisur–Hokkanen ym. 2015.)

Useiden tutkimuksien mukaan hoitotyön kliiniset asiantuntijat ohjaavat ja opettavat sairaanhoitajia, vastaavat hoitotyön kliinisiin kysymyksiin, tarjoavat hoitohenkilökunnalle tukea erilaisissa muutoksissa ja edistävät sairaanhoitajien ammatillista pätevyyttä (Korhonen ym.2008, Wickham 2011, Franks 2014, Jokiniemi ym. 2015, Saunders 2015). Malik ym. (2015) toteavat hoitotyön kliinisten asiantuntijoiden toimivan tieteellisen tutkimustiedon välittäjinä, koska potilashoitoon osallistuvalla hoitohenkilökunnalla ei riitä siihen aikaa.

Valmisteilla olevat ja tulevat sote -lainsäädännön uudistukset vaikuttavat keskeisesti tulevaisuuden terveydenhuoltoon. Yhä enemmän painotetaan monitieteisten ja monialaisten rajapintojen tunnistamista ja siten myös osaamisvaatimukset kasvavat. Terveydenhuollossa tarvitaan todella pitkälle aikavälille ulottuvia arvioita siitä, mitä ammatillista osaamista työelämä vaatii. Uudet toimintatavat ja tekijät lisäävät paineita sairaanhoitajan ammatilliselle uudistumiselle ja muutokselle. Muutokset ovat välttämättömiä, jotta tehokas ja laadukas hoitotyö on mahdollista muuttuneessa ympäristössä. Etenkin muutoshalukkuus, verkostoituminen, luovuus ja innovatiivisuus korostuvat ja tuovat uusia ulottuuksia sairaanhoitajan kompetenssiin ja ammatilliseen osaamiseen. (Sirviö ym. 2016.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSIO

4.1 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyön tutkimuksellisen osan lähestymistapa oli laadullinen, ja se valittiin menetelmäksi, koska haluttiin autenttista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen otoskoko oli pieni, ja ilmiötä haluttiin tarkastella ”sisältäpäin”, sellaisena kuin tutkittavat sen näkevät. (Ks. Field & Morse 2010, 23–24.) Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jossa haastattelun aihepiirit ovat tiedossa ja jonka avulla halutaan antaa haastateltaville vapaus kertoa mielipiteensä melko vapaasti. Näin tutkijan on myös mahdollista selventää saatuja vastauksia ja syventää saatavia tietoja. Yhtenä tietoa syventävänä tutkimusmenetelmänä käytettiin Benchmarking -vierailua, sekä haastattelua. (Ks. Hirsjärvi ym. 2014, 208; Eskola & Suoranta 2000, 96–98).

Teemahaastattelut suoritettiin ryhmähaastatteluin, koska se on soveltuvin pienelle otoskoolle, jossa tutkittavia on alle 30. (Ks. Hirsjärvi ym. 2014, 208; Eskola & Suoranta 2000, 96–98). Ryhmäkeskustelussa tieto muodostuu ryhmän osallistujien vuorovaikutuksessa ja asetelmana ryhmäkeskustelu edistää spontaaniutta sekä luo luonnollisemman ja sosiaalisesti kontekstuaalisen ilmapiirin (Finch & Lewis 2003, 197).

Tässä tutkimuksessa aineistosta ei haettu saturoitumista, vaan tehdään tarkoituksenmukainen otanta, jotta kaikki toimipisteet ja ammattiryhmät ovat yhdenvertaisesti edustettuina. (Hirsjärvi ym. 2014,182.)

Menetelmänä ryhmähaastattelussa käytettiin teemahaastattelua, koska haastattelun aihepiirit ovat tiedossa ja halutaan antaa haastateltaville vapaus kertoa mielipiteensä. Näin tutkijan on myös mahdollista selventää saatuja vastauksia ja syventää saatavia tietoja. (Ks. Hirsjärvi ym. 2014, 208; Eskola & Suoranta 2000, 96–97.) Ryhmäkeskustelussa tieto muodostuu ryhmän osallistujien vuorovaikutuksessa ja asetelmana ryhmäkeskustelu edistää spontaaniutta sekä luo luonnollisemman ja sosiaalisesti kontekstuaalisen ilmapiirin (Finch & Lewis 2003, 197).

Teemahaastattelun runkoa laadittaessa suunnitellaan teema-alueuuttelo, jossa teema-alueet edustavat teoreettisesta taustasta nousevia keskeisiä käsitteitä ja niiden alakäsitteitä. Haastattelutilanteessa luettelo toimii haastattelijan muistilistana ja keskustelua ohjaavana kiintopisteenä. Haastateltaessa teema-alueet muotoillaan kysymyksiksi.

Valittujen teemojen tulisi olla riittävän väljiä, jotta tutkittavan ilmiön moninaisuus pääsee esille. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 66–67.) Teemahaastattelussa on oleellista, että tutkimusongelmasta on poimittu keskeisimmät aiheet haastattelurunkoon. Tällä tavoin saadaan vastaus tutkimusongelmaan (Vilkkä 2005, 101–102).

Haastateltaville kerrottiin ennen haastattelua tutkimuksesta sekä kehittämisprojektin etenemisestä ja heillä oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä. Vastaajilla oli halutessaan mahdollisuus keskeyttää haastattelu missä vaiheessa tahansa. Ennen haastattelua haastateltavat allekirjoittivat tietoinen suostumus- lomakkeen (Liite 1). Varsinainen haastattelu nauhoitettiin myöhempää litterointia varten.

Kohderyhmä koostui Kaarinan terveyskeskuksen avosairaanhoidon neljästä (4) sairaanhoitajasta ja kuudesta (6) lääkäristä. Tutkittavat jaettiin kolmeen ryhmään siten, että kukin haastattelu tehtiin eri toimipisteen henkilökunnalle (Piikkiö, Littoinen, pääterveysasema) ja jokaisessa ryhmässä oli noin kolme (3) henkilöä, joista vähintään yksi (1) on sairaanhoitaja ja yksi (1) lääkäri. Tutkittavien valintakriteerinä oli vähintään vuoden työkokemus kyseisessä työyksikössä.

4.2 Aineiston keruu ja analyysi

Tutkimushaastattelut toteutettiin kolmena (3) eri ryhmähaastatteluna keväällä 2018. Koehaastattelun tekeminen ennen varsinaista haastattelua auttoi tutkijaa valmistautumaan haastatteluihin ja samalla testattiin haastatteluteemojen toimivuutta. (Hirsjärvi ym. 2014, 211.) Tutkija suoritti itse haastattelut, jotka nauhoitettiin. Yhden ryhmähaastattelun kesto oli noin 45 minuuttia.

Kohderyhmälle lähetettiin tutkimuksesta tutkimustiedote (Liite 2.) sähköpostilla. Teemahaastattelurunko (Liite 3.) laadittiin tutkimusongelmien pohjalta siten, että haastattelun teemat vastasivat tutkimusongelmien kysymyksiin. Teemahaastattelurunko testattiin ennen varsinaisia haastatteluja. Koehaastattelu oli onnistuessaan tarkoitus ottaa mukaan varsinaiseen aineistoon. Teknisten haasteiden vuoksi ja se jätettiin kuitenkin pois lopullisesta aineistosta.

Laadullisen aineiston analyysi alkaa jo haastattelutilanteessa. Tutkija tekee havaintoja ilmiöiden toistuvuudesta, jakautumisesta ja erityispiirteistä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 136.) Haastatteluaineiston sisällönanalyysi etenee kolmivaiheisen prosessin mukaisesti, johon sisältyy aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely sekä abstrahointi eli

kokoavien käsitteiden muodostaminen (Denzin & Lincoln 2000, 847; Spencer ym. 2003, 199–218; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111). Taulukossa 1. on esitetty sisällönanalyysin prosessin esimerkki.

Tutkija, tässä opinnäytetyön tekijä, litteroi aineiston, luki auki kirjoitetun tekstin, josta tunnistettiin pääluokat ja niihin liittyvät alaluokat. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Tällöin analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimusongelmien mukaisesti. Analyysi on aineistolähtöistä, joten aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla tutkittavasta ilmiöstä ei ole mitään tekemistä lopputuloksen kanssa. (Denzin & Lincoln 2000, 847; Hirsjärvi & Hurme 1995, 36–37; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Aineistoa pelkistettäessä siitä karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois etsimällä auki kirjoitetusta aineistosta tutkimustehtävän kysymyksiin vastaavia ilmaisuja (Denzin & Lincoln 2000, 847; Hirsjärvi & Hurme 1995, 36–37; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95).

Taulukko 1. Millainen on sairaanhoitajan tehtäväkuva tällä hetkellä?

TUTKIMUSKYSYMYS: MILLAINEN ON SAIRAANHOITAJAN TEHTÄVÄKUVA TÄLLÄ HETKELLÄ?		
YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
AVUSTAVA TEHTÄVÄNKUVA	Enemmän avustava tehtäväkuva	mun mielest sairaanhoitajan tehtäväkuva on enemmän avustava eikä niinkään itsenäinen
		mut kyl ne niinkun joo, pääosin, ainakin omast mielest, on avustavaa toimintaa, koska niit puhe-luitakaan ei nyt tuu sinne
		sillai mäkin ehkä aattelen et pääosin avustaa lää-käriä, tekee niitä asioita mitä lääkäri niinku pyytää

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset koostuvat kolmen ryhmähaastattelun aineistosta.

Tutkimustulokset on raportoitu määrittelyvaiheen (Vaihe I, Kuvio 2. Kehittämisprojektin prosessi ja aikataulu) ja arviointivaiheen (Vaihe II, Kuvio 2. Kehittämisprojektin prosessi ja aikataulu) tutkimuskysymysten mukaisesti, teemahaastattelun rungon (Liite 3.) avulla.

Ryhmähaastatteluilla haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millainen sairaanhoitajan tehtäväkuva on nyt Kaarinan päivystyksessä?
2. Miten sairaanhoitajan osaamista voitaisiin hyödyntää laajemmin Kaarinan päivystyksessä?
3. Mitä laajavastuisen sairaanhoitajan tehtävät edellyttävät sairaanhoitajalta?

Aineistoa pelkistettäessä siitä karsittiin tutkimukselle epäolennainen pois etsimällä auki kirjoitetusta aineistosta tutkimustehtävän kysymyksiin vastaavia ilmaisuja (Tuomi & Sarajärvi 2004, 11–112).

5.1 Nykytilan kuvaus

Haastattelurungon ensimmäinen teema käsitteli nykytilaa, sitä, millaisena sairaanhoitajan tehtäväkuva nähdään päivystyksessä tällä hetkellä. Sairaanhoitajan työnkuva päivystyksessä nähtiin kaiken kaikkiaan enemmän avustavana kuin itsenäisenä. (Kuvio 4.).



Kuvio 3. Sairaanhoitajan tehtäväkuva tällä hetkellä.

Sairaanhoitajan työnkuva määriteltiin konkreettisen toiminnan kautta: Ennen lääkärinvastaanottoa sairaanhoitaja vastaanottaa potilaan ja tarvittaessa mittaa potilaalta vitamiinilintoiminnot sekä ottaa joitakin laboratorionäytteitä. Mikäli potilas on huonokuntoinen, sairaanhoitaja ohjaa hänet seurantahuoneeseen. Lääkärinvastaanoton jälkeen lääkäri tekee tarvittaessa lähetteet esimerkiksi laboratorioon ja muihin tutkimuksiin, jotka sairaanhoitaja voi toteuttaa. Tällä hetkellä sairaanhoitajalla on oikeus tehdä itsenäisesti laboratoriolähete vain, mikäli potilas on rintakipuinen. Tällöin sairaanhoitaja saa tehdä lähetteen EKG- ja TNT-tutkimuksista. Muissa tapauksissa lääkäri tutkii potilaan ensin ja tekee laboratoriolähetteen.

Itsenäinen työnkuva nähtiin pienemmässä roolissa kuin avustava työnkuva. Itsenäisesti sairaanhoitajan todettiin hoitavan esimerkiksi pieniä haavoja, vierasesineen poistoja ja sovittuja kontroleja, kuten tulehdusarvon seuranta ja antibiootti-infuusiot.

”mun mielest sairaanhoitajan tehtäväkuva on enemmän avustava eikä niinkään itsenäinen”

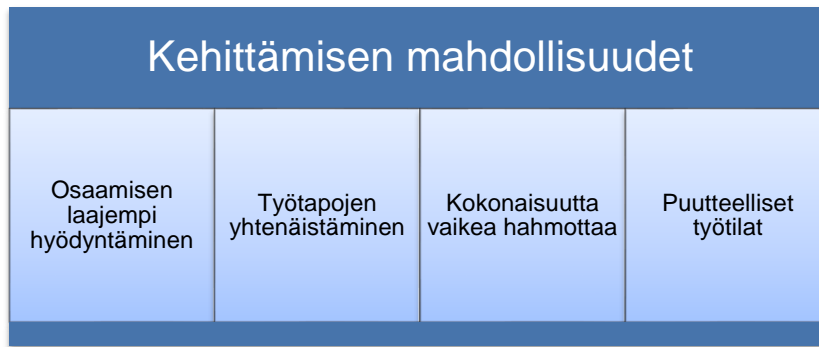
”mut kyl ne niin kuin joo, pääosin, ainakin omast mielest, on avustavaa toimintaa, koska niit puheluitakaan ei nyt tuu sinne”

”sitten varmaan niinku jonkun verran on sitten sovittuja kontroleja, mun mielest eilenkin siel oli joku potilas tiputuksessa, varmaan antibioottitiputuksessa”

5.2 Työnkuvan ja työnjaon kehittämisen mahdollisuudet

Toinen ryhmähaastattelun teema käsitteli laajavastuuisen sairaanhoitajan työnkuvan ja työnjaon kehittämisen mahdollisuuksia. (Kuvio 4.) Tasalaatuisen hoidon takaamiseksi pidettiin tärkeänä, että työhön luodaan yhtenäiset ohjeet potilaiden haastattelusta ja vastaanottamisesta. Etukäteen potilailta otettavien vitamiinilintoimintojen mittaukset ja potilaan sen hetkiseen tilaan liittyvä haastattelu kirjattuna koettiin arvokkaana esitietona lääkärille.

”mut se on jokaisen omassa harkinnassa (mittaako vitamiinilintoiminnot),- et siihen ei oo mitään ohjeistusta olemassa”



Kuvio 4. Työnkuvan ja työnjaon kehittämisen mahdollisuudet.

Kehittämisen mahdollisuudet koettiin ryhmähaastattelun perusteella hyvänä ja kehittäminen tarpeellisena. Kehittämisen tärkeimmäksi kohteeksi mainittiin yhtenäiset ohjeet, koska potilaiden hoidon koettiin olevan riippuvaisia hoitavasta henkilöstä. Yhtenäiset ohjeet koettiin tarpeelliseksi jo potilaan haastattelutilanteessa sekä puhelimitse että kasvotusten haastateltaessa. Yhteneväisen rungon mukaan haastattelussa tulee kysytyä kaikki merkittävät asiat potilaan tilasta ja potilaiden tasalaatuinen hoito varmistuu.

Yhtenäisiä ohjeita kaivattiin myös potilaiden vastaanotto- ja hoitotilanteisiin. Haastateltavat kokivat, että potilaat ovat eriarvoisessa asemassa, koska heidän saamansa hoito vaihteli vastaanottajan mukaan. Taulukossa 2. on esitetty sisällönanalyysin prosessin esimerkki työnjaon kehittämisen mahdollisuuksista.

Taulukko 2. Miten sairaanhoitajan osaamista voitaisiin hyödyntää laajemmin päivystyksessä?

TUTKIMUSKYSYMYS: MITEN SAIRAANHOITAJAN OSAAMISTA VOITAIIN HYÖDYNTÄÄ LAAJEMMIN KAARINAN PÄIVYSTYKSESSÄ?		
YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
TYÖTAPOJEN YHTENÄISTÄMINEN	Yhtenäisiä työtapoja / ohjeita ei ole	et esimerkiks joku standardin luominen sinne //puuttuu// et miten ois tasalaatuista hoitoa et miten tietyiltä potilailta ain otettais
		no, se on varmaan tosi henkilöstä kiinni täl hetkellä et minkä verran, kuin paljon, tehdään itsenäisesti, joo, et jotkut tekee pitkälle ja sit jotkut vähemmän
		just et sellanen ennalta tehty työ, et sitä vois kehittää että ois niinku valmiiksi tietyt asiat tehty ennen kuin se menee lääkärille et lääkärillä ois jotain (valmiina)

Päivystyksen puhelinliikenne on viime kuukausien aikana ollut murroksessa ja tällä hetkellä päivystykseen ei tule lainkaan potilaspuheluja. Tämän koetaan osaltaan helpottavan päivystyksen hoitajien työtä, aikaa jäädessä enemmän potilaiden hoitoon. Toisaalta päivystyksen sairaanhoitajat haluaisivat osallistua potilaiden hoidon tarpeen arviointiin, jolloin heillä olisi kokonaiskuva päivystyksen potilasaineistosta. Tulosten analyysissa havaittiin kokonaiskuvan puute päivystävän lääkärin listalla olevista potilaista. Potilaiden esihaastattelut kirjataan potilaan papereihin, eikä päivystyksen hoitajilla ole resursseja käydä lukemassa kaikkien tietoja ennalta, mikä auttaisi hoidon etukäteen suunnittelussa.

Tuloksista ilmeni, että päivystyksestä puuttuu henkilö, joka näkisi potilasaineiston kokonaiskuvan ja pystyisi arvioimaan heidän hoitonsa kiireellisyyden (triage). Triagehoitaja koettiin hyvänä ratkaisuna, koska hänellä olisi potilaan tilanteesta ”kokonaisuus hallussa”, ja hän olisi haastatellut kaikki potilaat samoilla perusteilla. Tämä lisäisi potilaiden hoidon yhdenmukaisuutta sekä parantaisi hoidon kiireellisyyden arviointia. Triagehoitajan tutkiessa ja valmistellessa potilaat, lääkärin työtaakka kevenisi ja hoitoketju nopeutuisi.

Tilaresurssit koettiin kehitystä rajoittaviksi tekijöiksi. Päivystävällä sairaanhoitajalla ei ole työhuonetta, missä voisi rauhassa haastatella potilaan ja tehdä tarvittavia esivalmisteluja. Myös kirjaamisen vaihteleviin käytäntöihin liittyen koettiin olevan kehittämistarpeita. Puutteellisista ohjeista johtuen potilaan tietoja kirjataan kolmeen tai neljään eri paikkaan potilaan tiedoissa. Puutteelliset ohjeistukset aiheuttavat epäselviä tilanteita ja siten myös erilaisia toimintatapoja.

”ja sitten se selvittettäis laajemmin tuloaulassa keskustelulla, niin, tai jossain, siin pitäis olla huone, ei sitä voi tehdä aulassa”

”silti eilenkin mä niitä (vitaalielintoimintojen mittauksia) etsiskelin, sä aina plärää 3-4 paikkaa et mist ne voi löytyä. Ne voi olla EAHOI:lla, HOIYHT:lla tai siel kirjalla potilaan nimen perässä et eilen ainakin jokaisest näistä ne löyty”

Tulosten mukaan lääkäri-hoitajapari pidetään hyvänä toimintatapakäytäntönä. Aiemmin vastaava käytäntö on ollut käytössä päivystyksessä, mutta se on vähitellen jäänyt pois. Lääkärin työtä helpottaisi, jos hänellä olisi tieto siitä, kenen sairaanhoitajan vastuulla potilaat ovat, ja vastaavasti sairaanhoitajaa hyödyttäisi tieto siitä, ketä lääkäriä tulee konsultoida kunkin potilaan kohdalla. Työparikäytännön nähtiin myös lisäävään potilaan hoitoon sitoutumista hoitohenkilökunnan taholta ja siten potilaan hyvää hoitoa.

Hankaluutena koettiin tietämättömyys siitä, kuka on vastuussa potilaasta ja onko esimerkiksi mää-rätyt kokeet otettu. Työparikäytäntö koettiin hyvänä ratkaisuna tähän.

”(Työpari)niin, se on paljon helpompi ottaa siit se hoitovastuu, kun kuitenkin tietää et lääkäri kävi siel 2 tuntii sitten et mitäköhän hänel oli ajatuksena”

”sit ne hoitajat ehkä pitäis niitä vähän enemmän ominaan ja vois käydä välil pyytämättä katsomassa et mitä niil kuuluu, välil ne makaa siel tuntitolkulla ja kukaan ei käy”

”sähläämist et kuka on ottanut ja tehny etkä sä ehdi mennä koneel kattomaan ja siin tulee sellasta päällekkäisyyttä et pitäis todella olla se hoitaja, joka hoitaa just sitä potilasta et sillä olis se tieto ja tois sen tiedon mut sit se jää, kun sul on siel niin monta tekemistä”

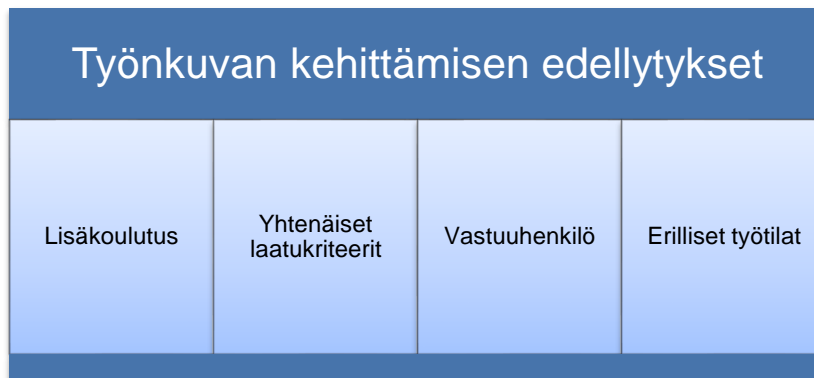
Erilaisia toimenpiteitä nousi esiin työnjaon kehittämisen mahdollisuuksina. Myös jotkin sairaanhoitajan nykyiset tehtävät nähtiin erinomaisena mahdollisuutena kehittää osaamista, kuten erilaiset kipsaukset. Esimerkkejä tehtävistä Taulukossa 3.

Taulukko 3. Työnjaon kehittämisen mahdollisuuksia, lääkäriltä sairaanhoitajalle.

Toimenpide	Aiempi vastuhenkilö
Cystofix-katetrin vaihto	Lääkäri
Erilaiset kipsaukset	Sairaanhoitaja
Tympanometrinen käyttö	Lääkäri
Poskiontelohuuhtelut, K-tuubien avulla	Lääkäri

5.3 Työnkuvan kehittämisen edellytykset

Kolmas haastattelun teema koski niitä asioita, joita edellytetään sairaanhoitajan työnkuvan kehittämiseksi. Sisällönanalyyssissa yleisimmiksi yläkäsitteiksi muotoutuivat lisäkoulutus ja yhtenäiset laatuksiteerit sekä vastuuhenkilön ja erillisten työtilojen tarve. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Työnkuvan kehittämisen edellytykset.

Lisäkoulutuksen tarve havaittiin työnkuvan laajentamisen kulmakiveksi, jotta voi ottaa lisää vastuuta ja uusia toimenkuvia, tulee olla tietopohja, jolle toiminta perustuu. Lisäksi säännöllinen koulutus nähtiin tarpeellisena tietojen kertaamisessa.

Ohjeiden ja standardien puutteen havaittiin näkyvän jo potilaan vastaanottotilanteessa ja jatkuvan koko hoitoprosessin ajan. Tapa vastaanottaa potilaita riippui vastaanottavasta henkilöstä, koska yhteisiä toimintatapoja ei ole. Tarve yhtenäisille toimintatavoille ja laatukriteereille koettiin akuuttina. Päivystystoimintaan nähtiin tarpeelliseksi vastuuhenkilö tai -tiimi, joka vastaisi päivystyksen toiminnasta sekä kehittämisestä ja jolla olisi kokonaiskuva toiminnasta. Taulukossa 5. on esitetty sisällönanalyysin prosessista esimerkki.

TUTKIMUSKYSYMYS: Mitä laajavastuisten sairaanhoitajan tehtävät edellyttävät sairaanhoitajalta?

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
YLEISET TOIMINTA-OHJEET	Samat toimintatavat riippumatta vastaanottajasta	no, jos on selkeet sävelet miten tehdään ja kuka tekee mitään ja ei voi sooloilla, niin mun mielest se vois selkeyttää ja tuoda sellasta hyvää ilmapiiriä siihen, parempaa ilmapiiriä siihen, kuin se että kaikki o veteen piirretty viiva, näin mä näkisin
		se helpottais tietty kun ois ne fraasit, tiettyntyyppinen potilas kun soittaa, sul ois ne fraasit ni sul ei jäis niit tärkeit kysymyksiä kysymättä, vaan sä voit siit kattoo et sun tulee ne kaikki käyty läpi
		et onhan se sellanen sekalainen soppa se päivystys täl hetkel et kukin/kaikki tekee niinku omalla tavallaan, et voi kuvitella et jos sinne tulee ihan tuore hoitaja, niin on varmaan aika hukassa et miten asiat tehdään ja samoin et jos tulee ihan tuore lääkäri niin ei tiedä et miten kukakin taas niinku hoitajista tekee et
		jotain on sovittu, sovittu, mut sit kuitenkin ei ihan niinku loppuun asti
		et kaikki kirjattais mustaa valkoisella, et miten toimitaan minkäkin potilasryhmän kanssa ettei se jää siihen vaan

Sairaanhoitajien kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistäminen helpottaisi lääkäreiden työtä. Lääkärit voisivat viitata sairaanhoitajien tekstiin, kun kirjaamiset olisivat yhtenäisiä, eikä tarvitse kirjoittaa samaa asiaa uudelleen.

Yhteisten ohjeiden ja standardien sekä jokaisen toiminnassa näkyvien samanlaisten toimintatapojen koettiin parantavan ilmapiiriä ja selkeyttävän työnjakoa. Yhtenäisten ohjeiden puutteen vuoksi kirjaamiskäytännöt vaihtelivat tekstin sisällä ja ohjelman sisällä. Päivystyspotilaiden hoitomerkinnot kirjataan myös useaan eri paikkaan, mikä hidastaa kirjaajan työtä sekä lukijan työtä, kun kirjaamisen etsimiseen kuluu aikaa.

”et ainakin kirjaaminen on sellainen, niinku täytyis olla selkeet linjaukset et ainakin et mihin kirjataan niinku et kaikki jotenkin samanlaisella rungolla, ehkä niinku lääkäritkin, eikä sellai et se on sitä jotain putkeen kirjattu, kun olis varmaan hyödyllistä et siin vois jotenkin lääkärikin viitata sairaanhoitajan tekstiin, eikä se et lääkäri toistaa sen niinku sen anamneesin minkä hoitaja on ottanut sitten.”

”sellaset selvät, jollain taval ne jutut et millai ne tehdään ja siin on hirmuinen variaatio et, kuinka kokenut hoitaja siin on ottamas vastaan, et tota et on ihan eri et on

ihan vastavalmistunut sairaanhoitaja kun sit, semmonen, joka on vuosikausia semmosta tehnyt”

Yhtenäiset ohjeet koettiin tarpeelliseksi erityisesti uusia työntekijöitä ja opiskelijoita perehdyttäessä. Yhteisesti sovitut toimintatavat auttavat luopumaan suullisesti sovituista sekalaisista käytännöistä, joita ei voi varmentaa.

Yhtenäiset toimintaohjeet koettiin tärkeiksi jo potilasta puhelimitse haastateltaessa. Yhdenmukaisten fraasien todettiin tukevan luotettavaa hoidon tarpeen arviointia. Fraasia pidettiin tärkeänä muistin tukena triagea tehtäessä. Yhtenäisten fraasien avulla parannetaan potilaiden tasalaatuista ja tasavertaista hoitoa sekä varmistetaan triagen toimintaa. Yleisimmille potilasryhmille toivottiin omia hoito-ohjeita, jotka ohjasivat potilaan yhdenmukaisessa vastaanottamisessa sekä hoidossa ja auttaisi potilaan koko hoitotiimiä.

Päivystyksen vastuhenkilö koettiin tarpeelliseksi helpottamaan yleistä tiedonkulkua sekä huolehtimaan näyttöön perustuvien käytäntöjen ja hoitolinjojen ajantasaisuudesta. Tulosten mukaan vastaajat olivat halukkaita ja motivoituneita kehittämään omaa ammatitaitoaan. Suurimmaksi ongelmaksi laajavastuisen sairaanhoitajan tehtävänkuvaan liittyen koettiin fyysisten tilojen rajallisuus. Useissa vastauksissa toivottiin Triage-hoitaja-toimintaa, mutta tilojen rajallisuuden vuoksi tähän ei ole mahdollisuutta.

Kehittämistyössä ajalliset resurssit koettiin haasteellisiksi. Sairaanhoitajan alkaessa hoitaa potilaita laajemmin, hän tarvitsee myös enemmän aikaa hoitamiseksi. Samalla lääkärille tulee varata aikaa sairaanhoitajan konsultointimahdollisuudelle. Lisäksi tärkeiksi elementeiksi koettiin koulutus ja tietojen päivittämisen mahdollisuus. Talon sisäistä koulutusta toivottiin monessa vastauksessa. Tämä mahdollistaisi oman erikoisalansa erityisosaajien tiedonjakamisen yksikön sisällä ja helpottaisi samalla konsultointia, kun tiedetään eri työntekijöiden yksilölliset vahvuudet.

Työparityöskentelyä toivottiin laajasti. Sen koettiin auttavan henkilöstöä sitoutumaan yhteisen potilaan hoitoon ja helpottavan kommunikointia. Työparitoiminnalla koettiin olevan vaikutusta myös työnteon selkeyttämiseen. Tulosten mukaan palkkauksen tarkistaminen työtehtävien muuttuessa koettiin itsestäänselvytenä.

6 LAAJAVASTUISEN SAIRAANHOITAJAN TEHTÄVÄNKUVAN MALLINNUKSEEN

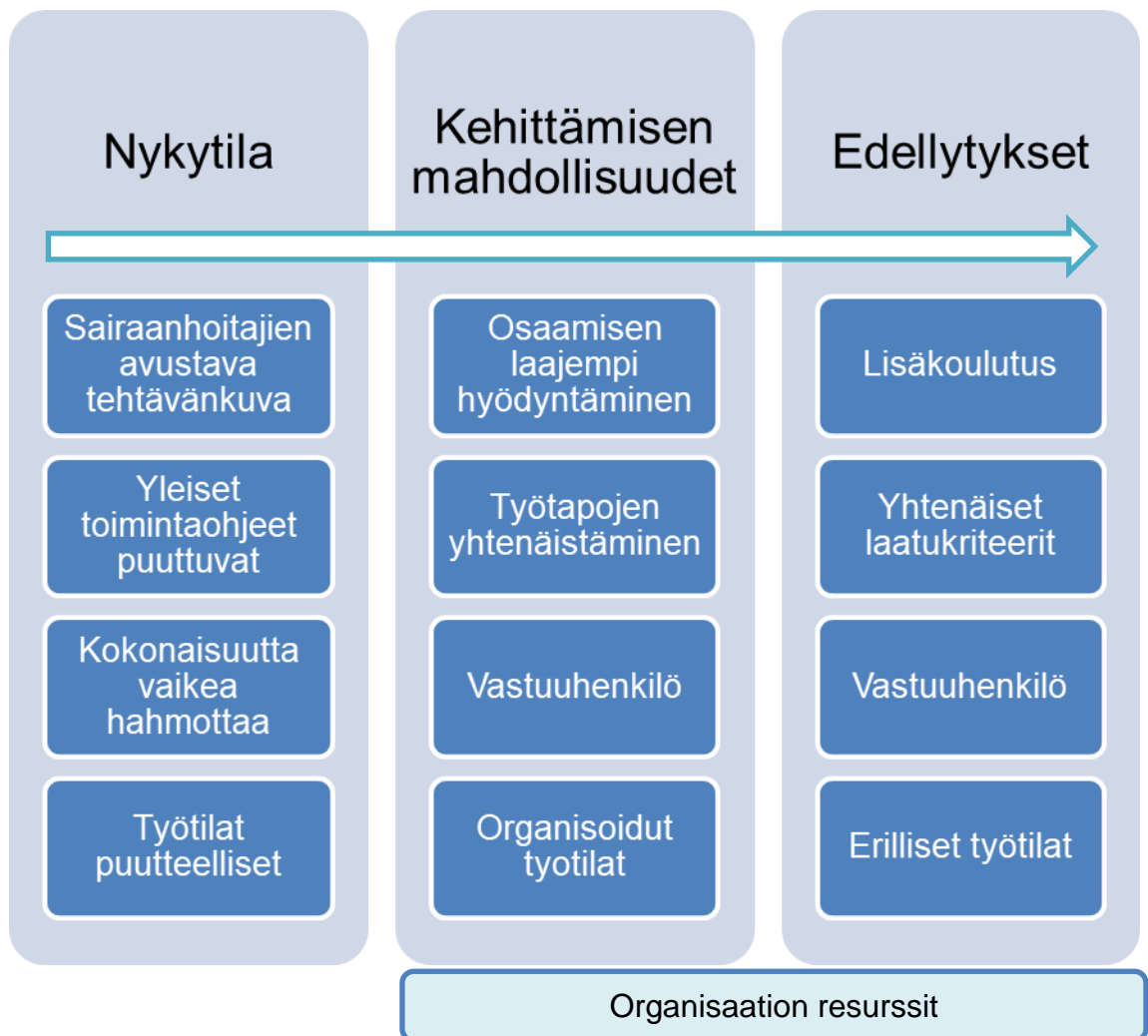
Teemahaastattelun perusteella sairaanhoitajan tehtäväkuva nähtiin tällä hetkellä enemmän avustavana kuin itsenäisenä. Tämä ilmenee niin, että sairaanhoitajan tehtäväkuva koostuu suurimmaksi osin lääkärin antamien tehtävien suorittamisesta ja vähemmän itsenäisesti hoidettavista potilaista. Yleisten toimintaohjeiden puute koettiin heikentävän hoidon tasaista laatua ja kokonaisuus koettiin vaikeaksi hahmottaa. Yleisten toimintaohjeiden puutteen nähtiin ilmenevän hoidon kiireellisyyden arvioinnin vaikeutena sekä päivystyksen kehittämisen vaikeutena, johon koettiin vaikuttavan myös vastuuhenkilön puute. Teemahaastattelujen aikaan työtilat koettiin ahtaiksi perustyön tekemiselle ja puutteellisiksi kehittämismahdollisuuksille.

Tuloksista ilmeni, että Kaarinan terveyskeskuksen päivystyksestä puuttuu vastuuhenkilö, joka hahmottaisi potilasaineiston kokonaiskuvan ja pystyisi arvioimaan heidän hoitonsa kiireellisyyden (triage). Haastateltavat pitivät hyvänä ratkaisuna triagehoitajan roolin perustamista työyksikköön. Triagehoitajalla on potilaan tilanteesta ”kokonaisuus hallussa”, ja hän haastattelee kaikki potilaat samoilla perusteilla. Tämä puolestaan lisää potilaiden hoidon yhdenmukaisuutta ja parantaa hoidon kiireellisyyden arviointia. Triagehoitajan tutkiessa ja valmistellessa potilaat, lääkärin työtaakka kevenee ja hoitoketju nopeutuu.

Tällä hetkellä sairaanhoitajan suorittaman haastattelun apuna on muutamia fraaseja tiettyille potilasryhmille, ja tulosten mukaan fraaseja kaivataan lisää ja mahdollisimman monille potilasryhmille sekä yleiseen käyttöön, jolloin kaikilla työntekijöillä olisi fraasien käyttöoikeus. Fraasien lisäksi kaivataan yhtenäisiä hoito-ohjeita eri potilasryhmille, jolloin vastaanottotilanne ja hoidon aloitus selkeytyisi ja nopeutuisi sekä ennen kaikkea tulisi yhdenmukaisemmaksi.

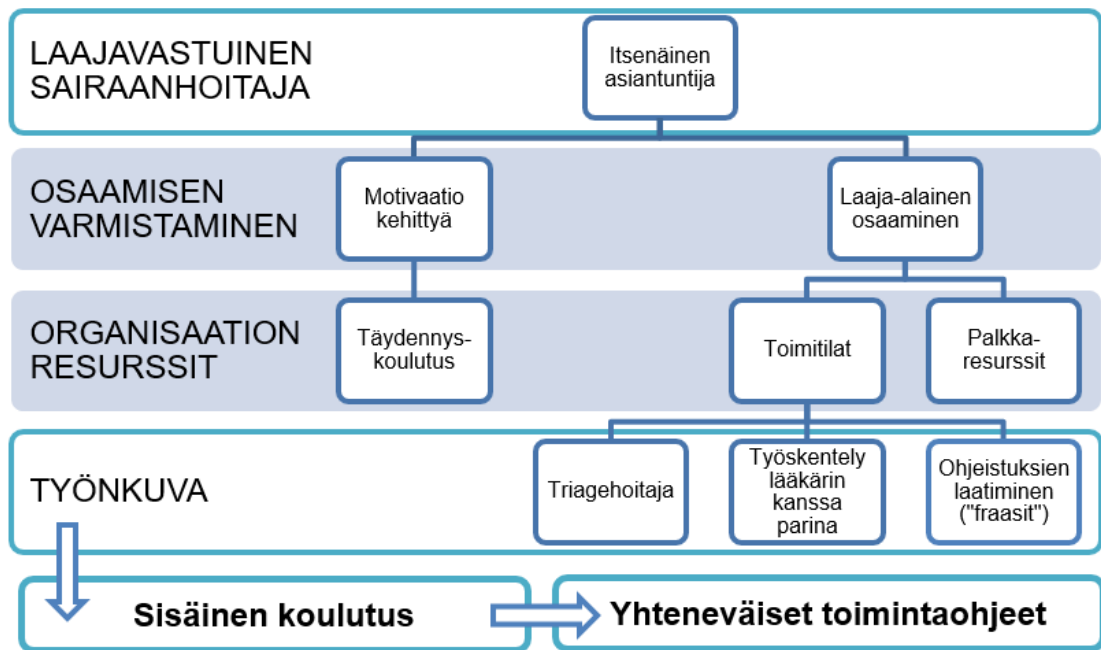
Tärkeimpinä edellytyksinä tehtävänkuvan kehittämiseksi nähtiin fyysisesti toimivat tilat, yhdenmukaiset käytännöt ja vastuuhenkilö tai -tiimi johtamaan toimintaa. Tehtävänkuvan kehittämisen mahdollisuuksina vastaajat arvioivat hoitokäytäntöjen yhdenmukaistamisen, lisäkoulutuksen, vastuuhenkilön ja erilliset työtilat. Triagehoitajan ajateltiin olevan hyvä työkalu potilaiden yhdenmukaisen hoidon kehittämisessä sekä päivystyksen

potilasaineiston kokonaiskuvan hahmottamisessa. Kuviossa 6 on esitetty sairaanhoitajan työnkuvan nykytila, kehittämisen mahdollisuudet ja edellytykset tuloksiin perustuen.



Kuvio 6. Sairaanhoitajan työnkuvan nykytila, kehittämisen mahdollisuudet ja edellytykset tuloksiin perustuen.

Tulosten perusteella muodostettiin itsenäinen, asiantuntijuuteen perustuva tehtäväkuva, joka perustuu laaja-alaiseen osaamiseen, oikea-aikaiseen resursointiin ja motivaatioon kehittää itseään. (Kuvio 7) Laajavastuuisen sairaanhoitajan tehtäväkuvaan lukeutuvat muun muassa työparitoiminta ja hoidontarpeen arviointi.



Kuvio 7. Laajavastuuisen sairaanhoitajan tehtäväkuva (Koskinen 2018.)

Laajavastuuisen sairaanhoitajan tehtäväkuva auttaa lisäämään potilasturvallisuutta kehittämällä ja päivittämällä yhtenäisiä hoito-ohjeita. Yhtenäiset hoito-ohjeet auttavat laatumittareiden ja -tavoitteiden saavuttamisessa. Laajavastuinen sairaanhoitaja auttaa hyväksikäyttämään resursseja oikea-aikaisesti toiminnan muuttuessa taloudellisemmaksi ja sujuvammaksi. Sairaanhoitajien kouluttaminen sisäisen koulutuksen ja täydennyskoulutuksen avulla auttaa ottamaan sairaanhoitajien tietotaidon laajempaan käyttöön. Osaamisen varmistamisessa nähtiin erittäin tärkeänä oma motivaatio kouluttautua, kehittää itseään ja uutta tehtäväkuva. Itsensä ja oman ammattitaidon jatkuva kehittäminen johtaa laaja-alaiseen osaamiseen.

Uuden tehtäväkuvan kehittäminen tarvitsee organisaation resurssit taakseen sekä koulutukseen, toimitiloihin että palkkaresursseihin. Työnkuvaksi todettiin parhaiten sopivan parityöskentely lääkärin kanssa, jolloin potilaan hoito on enemmän tiimityötä nykyiseen verrattuna ja hoito sekä kommunikaatio sen myötä sujuvampaa. Laajavastuinen sairaanhoitaja laatii ohjeistukset (fraasit) avuksi potilaiden haastatteluun sekä yhtenäiset ohjeet eri potilasryhmien vastaanottamiseen ja hoitoon. Laajavastuinen sairaanhoitaja voi kouluttaa sisäisissä ja ulkoisissa koulutuksissa omaa erikoisosaamistaan muille. Tärkeää on myös kirjata ylös vastuu -ja palkkausasiat sekä uuden tehtäväkuvan eri osa-alueet.

Fraasien ja toimintaohjeiden laatimisen jälkeen voidaan laatia standardi hyvästä hoidosta Kaarinan terveystieteiden päivystyksessä. Näin taataan potilaille laadukas ja yhdenmukainen hoito sekä sen kehittäminen ja ylläpitäminen ajantasaisesti tutkittuun tietoon perustuen.

Laajavastuuisen sairaanhoitajan tehtäväkuvan mallin implementointi on aloitettu esittelemällä projektin lopputulos ohjausryhmälle. Organisaation ylilääkäri, hallintoylilääkäri ja ylihoitaja ovat havainneet samat ongelmakohdat, jotka tämä kehittämistyö on nostanut esiin. Korjaustoimenpiteet on aloitettu asioiden korjaamiseksi. Uusia vastaanottohuoneita on rakennettu päivystykseen ja perustettu työryhmä päivystyksen toiminnan kehittämiseksi. Fraasien luominen on aloitettu aiemmin, mutta henkilöstön muutoksista johtuen projekti on jäänyt kesken. Kehittämiprojektin tekijä on halukas liittymään kehittämistyöryhmään ja laajentamaan työnkuvaa esimerkiksi implementoimalla laajavastuuisen sairaanhoitajan työnkuvan malli käytäntöön. Olisi todella inspiroivaa päästä hyödyntämään projektin hallinnan taitoja käytännössä.

7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

7.1 Eettisyys

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämisprojektina noudattaen yleisiä, hyviä, tutkimuseettisiä periaatteita. (Anttila 2006, 17; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Projektin toteuttamisen näkökulmasta keskeisiä seikkoja ovat havainnoinnin tarkkuus, painopis-teiden valitseminen ja virhelähteet. Tutkijan on tärkeää pysyä objektiivisena eikä antaa omien asenteiden ja olettamusten vaikuttaa tulkintoihin. Tämän ehkäisemiseksi on tärkeää nauhoittaa haastattelu ja pyytää opinnäytetyön ohjaajaa lukemaan litteroidut tulokset, virhetulkintojen välttämiseksi. (Hirsjärvi 2014, 221–230.)

Tutkittavalle annettiin selvitys hänen oikeuksistaan, tutkimuksen tarkoituksesta ja käytävistä menetelmistä, jotta hän pystyi allekirjoittamaan tietoisensa suostumuksen osallistumisestaan. Tutkittavalla oli oikeus peruuttaa suostumuksensa, milloin tahansa. Tutkittavien anonymiteetti turvattiin, eikä heidän henkilöllisyys tai sanomat mielipiteet henkilöityneet raportissa. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999/488.) Tutkimustuloksissa esiin nousi se, että potilaiden saaman hoidon laatu ja sisältö vaihtelivat vastaanottavan hoitajan mukaan. Tästä herää kysymys, onko eettisesti oikein että hoidon laatu vaihtelee potilaiden välillä vastaanottajan mukaan?

Haastattelurungon esitetaus auttoi tutkijaa harjaantumaan ja hallitsemaan prosessin. Tiedottaminen oli rehellistä ja asiaankuuluvaa koko kehittämistyön prosessin ajan. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 57–58.) Tutkimuksen uskottavuutta lisää aineiston analyysivaiheiden tarkka kuvaus ja esimerkkien kautta tapahtuva esitys siitä, miten luokittelu on tapahtunut. Analyysivaiheessa tarkoituksena oli pelkistää haastateltavien kokemukset luotettavasti tutkimusilmiötä kuvaaviksi pääluokiksi ja vastata tutkimuskysymyksiin. Aineistonkeruun olosuhteet, paikat, käytettävä aika ja mahdolliset häiriötekijät kerrotaan. Tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta lisää tutkimuksen luotettavuutta. Aineiston analyysissä käytettiin luokitteluja ja tutkimuksessa on kerrottu luokittelujen synty ja niiden perusteet. (Hirsjärvi ym. 2015, 232.)

Tutkimuslupa anottiin Kaarinan kaupungilta määritellyllä tutkimusluvalla. Tutkimuksessa saatu aineisto on vain tutkijan hallussa ja se säilytetään ja hävitetään niin, että tutkittujen tietosuojaa säilyy. Tutkimus raportoidaan rehellisesti ja huolellisesti. (Field & Morse 2010,

143–152.) Tutkija arvioi jatkuvasti omaa toimintaansa kriittisesti. Myös ohjausryhmä arvioi tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä.

7.2 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksen reliabiliteettia eli luotettavuutta lisää se, että otanta koostuu vähintään vuoden kyseisessä yksikössä työskennelleistä ammattilaisista, joilla on tutkimuksen kannalta tärkeitä tietoja ja näkemystä työyksiköstä. Luotettavuutta lisää myös se, että haastattelija (projektipäällikkö) on myös alan ammattilainen ja tuntee termistön. (Ks. Field & Morse 2010, 132–139; Hirsjärvi & Hurme 2011, 57–59.) Luotettavuutta saattaa heikentää se, että haastattelija työskentelee pääterveysaseman avosairaanhoidossa ja on haastateltaville tuttu. Toisaalta haastattelijan objektiivisuutta lisää se, että hän on ollut poissa työelämästä kolme vuotta. Projektipäälliköllä on suhteellisen vähän aikaisempaa kokemusta avoimien sekä strukturoitujen haastattelujen tekemisestä ja ryhmien vetämisestä, mikä on saattanut heikentää haastattelun luotettavuutta. Tulosten tulkintaan saattaa vaikuttaa se, että tutkija on tutkittavassa yksikössä töissä, mutta tämän tiedostaminen auttaa välttämään virhetulkintoja. Tärkeää on koko analysointivaiheen aikana pysyä avoimena ja etsiä uusia tulkintatapoja, ettei mitään jäisi huomaamatta. (Hirsjärvi 2014, 221–230.)

Haastattelun nauhoittamalla varmistuu se, että lausunnot pysyvät ja tallentuvat tarkkana sekä alkuperäisinä ja niitä voi kuunnella uudelleen. Opettajatutor auttoi aineiston läpikäymisessä, jolloin selvisi, että ulkopuolinen on tunnistanut haastatteluista samat luokat ja käsitejärjestelmät kuin tutkija (ks. Field & Morse 2010, 137). Kvalitatiivista tutkimusta ei voi koskaan toistaa täsmälleen samalla tavalla, koska aineisto koostuu erilaisista tulkinnoista. Tutkijan tavoitteena ei ole yleistäminen, vaan annetun tilanteen merkityksen löytäminen ja todellisuuden perustuvan teorian muodostaminen. (Ks. Field & Morse 2010, 138.)

Mittarin esitestaus vastaa rinnakkaistestiä, jolloin se vahvistaa haastattelun reliabiliteettia, vaikka aineiston saturoituminen ei olekaan aineiston keruun tavoite. Tavoite on havainnoida mahdollisimman objektiivisesti. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti, eli yleistettävyyden on pieni koska otoskoko on pieni (9). Raportissa vastataan kysymykseen, että mitattiinko sitä mitä haluttiin mitata? (Metsämuuronen 2005, 58, 65, 124–126; Ks. myös Hirsjärvi & Hurme 2011, 57–59.)

8 POHDINTA

8.1 Kehittämiprojektin pohdinta

Sairaanhoidajien kliinisten urakehitysmahdollisuuksien merkitys työhyvinvointia ja alan vetovoimaisuutta lisäävänä tekijänä on tunnustettu kansainvälisesti (Delamaire & Lafortune 2010). Sairaanhoidajaliiton työolobarometrissa (Hahtela 2015) vastaajista yli puolet uskoi laajennettujen tehtävänkuvien lisäävän alan vetovoimaisuutta. Lähes sama määrä ilmoitti olevansa kiinnostunut sairaanhoidajien laajennetuista tehtävänkuvista. (Flinkman 2014,10.) Kansallisesti sovitut hoitotyön asiantuntijuuden määritelmät ja toimintaperiaatteet mahdollistavat yhteneväisten tehtävänkuvien kehittämisen tulevaisuudessa. Hyvin suunnitellut, huolella toteutetut ja arvioidut hoitotyön asiantuntijatehtävät kehittyvät ajan myötä hyödyttäen lopulta potilasta, hoitotyötä, organisaatiota ja koko yhteiskuntaa. (Jokiniemi 2014.)

Tehtävänkuvien laajentaminen ja muuttaminen sisältää usein tehtävänsiirtoja, jotka saattavat siirtyä ammattiryhmältä toiselle lähes huomaamatta, ilman erityisiä sopimuksia vastuunsiirrosta tai palkkauksesta. On tärkeää keskittyä aiheeseen, huolehtia koulutuksesta sekä kirjata ylös vastuu -ja palkkausasiat. Ryhmähaastatteluun haettiin kokeneita työntekijöitä, joille oli ehtinyt muodostua mielikuva työyksikön toiminnasta. Osallistumisen kriteerinä oli vähintään yhden (1) vuoden työskentely Kaarinan terveyskeskuksessa, jolloin haastateltaville oli ehtinyt muodostua käsitys yksikön ja organisaation toiminnasta.

Kehittämiprojekti on ollut projektipäällikön oma projekti, johon ohjausryhmä ja tutoroittaja ovat antaneet tukensa. Projekti on kaiken kaikkiaan ollut todella antoisa ja mielenkiintoinen. Opinnäytetyön onnistumiseen ja sen suunniteltuun etenemiseen on vaikuttanut vahvasti myös työelämämentorin kiinteä ja korvaamaton tuki, hänen tietotaitonsa, neuvonsa ja oma mielenkiintonsa asiaa kohtaan. Vaikka olen ollut mielestäni aktiivinen ja itseohjautuva, on myös toimiva mentoriyhteistyö ollut tämän opinnäytetyön voimavara. Projektin aikana ei sattunut vastoinkäymisiä tai suurempia suunnitelman muutoksia, jonka vuoksi koin projektin tekemisen voimaannuttavana ja innostavana alusta loppuun saakka.

Oman kehittymiseni ja oppimiseni kannalta projektissa merkittävimpiä onnistumisia ovat

olleet teemahaastattelu-menetelmän (ryhmähaastattelu) ja sisällön analyysin oppiminen sekä kirjallisuuskatsaus. Projekti on antanut minulle valmiuksia, rohkeutta, kokemusta ja oppeja, joiden myötä olen valmiimpi hakeutumaan vaativampiin ja haastavampiin työtehtäviin jatkossa.

8.2 Tulosten pohdinta

Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion ryhmähaastattelujen tulosten mukaan päivystyksen toiminnassa on havaittu useita ongelmakohtia, jotka vaativat korjausta. Päivystyksen hoitokäytännöt ja sairaanhoitajan työnkuvat kaipaavat kehittämistä, koska yhtenäiset toimintalinjat puuttuvat ja potilaan saama hoito riippuu usein vastaanottajasta. Myös eettisesti on ongelmallinen ajatus potilaiden asettamisesta eriarvoiseen asemaan eriävien hoitokäytäntöjen vuoksi. Vastaajat kokivat hyväksi käytännöksi, että olisi olemassa standardi, jonka mukaisesti tiettyyn potilasryhmään kuuluvat potilaat haastateltaisiin ja otettaisiin alustavat tutkimukset.

Useat kansalliset terveydenhuollon projektit, hoitotakuu sekä joiltain osin lääkäripula ovat käynnistäneet keskustelun terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisten vastuiden ja tehtävien jaosta (Ahonen 2012,11). Työnjakoa voidaan toteuttaa tehtäviä syventämällä, laajentamalla, delegoimalla tai luomalla uusia tehtäviä. Työnjakoa voidaan uudistaa joko saman henkilöstöryhmän kesken tai eri henkilöstöryhmien välillä. (Buchan & Calman 2004, Sibblad, Shen & McBride 2004.) Kehittämällä työnkuvia, voidaan taata potilaille tasavertainen hoito, joka pohjautuu jatkuvasti päivittyvään tutkittuun tietoon. Samalla sairaanhoitajat saavat käyttää laaja-alaisemmin omaa osaamistaan verrattuna nykytilaan, jossa työnkuva koetaan enemmän avustavaksi kuin itsenäiseksi. Tietotaidon jatkuva päivitys ja oman työn kehittäminen, tuo myös lisää mielekkyyttä työhön sekä antaa sairaanhoitajille kaivatun urakehitysmahdollisuuden kliinisen hoitotyön ytimessä. Eri-laisista koulutusmahdollisuuksista nousi esiin organisaation sisäinen koulutus asiantuntijoilta toisille, tätä pidettiin arvokkaana. Erikoispätevyys ilmenee tietyn erikoisalan potilasjoukon hoidossa. Esimerkiksi teho-osastolla edellytetään toisenlaista erikoisosaa-mista kuin lasten psykiatrisella osastolla. Yleispätevyys näkyy sairaanhoitajan kykynä yhdistää ydinpätevyyden ja erikoispätevyiden tiedot ja taidot suunnitellessaan potilaan yksilöllistä hoitoa. (Eriksson ym. 2015, 13–15; Hilden 2002: 33–34; Opetusministeriö 2006, 63).

Tehtävien ja vastuiden siirrossa tulisi kiinnittää huomiota eri ammattiryhmien osaamisalueiden oikeaan ja oikea-aikaiseen käyttöön. Potilaiden monimutkaiset terveystarpeet edellyttävät niin kutsuttuja case managereita, joilla on riittävästi kliinistä kompetenssia suunnitella ja toteuttaa vaikuttavia hoitoketjuja. Keskeisiä tekijöitä kliinisen asiantuntijan (APN) roolin kehittämisessä ja potilaskeskeisen yhteiskuntamallin lähestymistavassa ovat laajentuneet hoitoon pääsyn mahdollisuudet – myös taloudellisesti edullisempaan hoitoon. (Ahonen 2012, 11; Rautiainen ym. 2014). Uskon että tämä kehittämistyökin auttaa osaltaan työyhteisöä integroitumaan yhteiseen tavoitteeseen ja kehittämään näyttöön perustuvaa hoitotyötä potilaan parhaaksi. Myös hoitotakuu asettaa tiettyjä vaatimuksia ja hoitotakuun myötä potilastietojen kirjaaminen on lisääntynyt ja tarkentunut. Hoitotakuun tuoma hoidon tarpeen arviointi on lisännyt sairaanhoitajien työmäärää ja vastuuta. Voidaan sanoa, että sairaanhoitajan työnkuva vaatii kehittämistä, vertaistuen järjestämistä sekä tietotekniikan, että yhteistyö tahojen välisen toiminnan kehittämistä. (Laaksonen 2009; Flinkman 2014). Tämän projektin tulosten mukaan yhdenmukainen kirjaaminen koettiin haasteeksi ja siihenkin tarvitaan yhtenäisiä ohjeita.

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli laajavastuisen sairaanhoitajan työnkuvan kehittäminen Kaarinan terveyskeskuksen päivystyksessä. Aihe oli osa laajempaa laajavastuisien tehtävänkuvien kehittämishanketta (LATE). Ryhmähaastatteluiden avulla selvisi, että työyksikön suurin tarve on kehittää työyksikköön toimintaa ohjaavat standardit, joiden pohjalta työtä suoritetaan. Ongelmana nähtiin yleisten ohjeistusten puute, mikä on johtanut siihen, että ”jokainen tekee parhaansa”, mutta hoito ei välttämättä ole tasalaatuista eikä ennakoitavissa.

Tutkimusten mukaan sairaanhoitajan työssä keskeistä on näyttöön perustuvuus, asiakaslähtöisyys, vaikuttavuuden arviointi, kustannustehokkuuden lisääminen, sekä valmistautuminen koulutuksellisesti ja organisaatioiden sisäisin ohjein uuteen työnjakoon ammattiryhmien kesken. (Vesterinen 2011, Tehy 2013, Flinkman 2014, 11.) Sairanhoitajan osaamisen laaja-alaisempi käyttö helpottaa potilaiden hoitoon pääsyä ja terveyskeskusten resurssien tehokkaampaa käyttöä. (Laaksonen 2009; Vesterinen 2014; ks. myös Harbman 2017, 382–390.) Myös palkkausasiat nähtiin asiaankuuluvana osana tehtävänkuvien uudelleen organisoinnissa, palkkauksen tarkistamista pidettiin jopa itsestään selvyytenä. Tutkimusten mukaan oikeudenmukaiseksi koettu palkkakehitys yhdistettynä tarkoituksenmukaiseksi koettuun työn uudelleen organisointiin koetaan myös uralla etenemisenä, vaikka perinteiset hierarkkiset etenemismahdollisuudet olisivatkin vähäisiä. Se viestii voimakkaasti myös työnantajan asettamien tavoitteiden tärkeysjärjestyksestä

työyhteisössä, yhteisön arvoista ja arvostuksista, sekä henkilöstön toivotusta ja ei-toivotusta työkäyttäytymisestä. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 18.)

Haastateltavat osallistuivat innokkaasti haastatteluun ja heiltä tuli avoimin mielin erilaisia kehittämisehdotuksia. Teemahaastattelut antoivat hyvin tietoa siitä, mitkä olivat organisaatioiden keskeisiä kehittämiskohtia päivystyksen toiminnan edistämisessä. Keskustelut ”rönsyilivät” joskus käsittelemään terveystieteiden toimintaa laajemmasta näkökulmasta, mutta se kuvasi hyvin kehittämiseen vaikuttavien asioiden laajuutta. Haastattelujen sisällön analyysit löytyvät liitteistä (Liitteet 4 – 6.).

Aineiston litterointi vei paljon aikaa ja vaati tarkkaa keskittymistä. Sisällönanalyysimenetelmän käyttö oli uutta ja siksi myös aikaa vievää. Kehittämiprojektin tekijä sai tukea ohjaajalta sekä ohjeita ja kannustusta oikeassa paikassa, kun tuntui, ettei työ pääse eteenpäin. Työn edetessä kategoriat avautuivat, ja työn keskeinen sisältö alkoi tuottaa tuloksia, johon syntyi aineisto ylä- ja alakategorioita sekä niitä avaavaa tekstiä. Tutkimustuloksista nousi esiin tekijöitä, jotka olivat yleisemmin vaikuttaneet päivystyksen kehittämisen mahdollisuuksiin ja edellytyksiin.

Kehittämiprojektin tulokset vastaavat alkuperäiseen tarkoitukseen kehittää laajavastuinen tehtäväkuva. Tulokset palvelevat erinomaisesti työyksikön tarvetta kehittää päivystystä havaitsemalla ongelmakohtat ja tarjoamalla niihin ratkaisut. Kehittämiprojektin tuloksena syntynyt malli on mahdollista ottaa käytäntöön myös muissa päivystystyöyksiköissä ja mallia on mahdollisuus soveltaa eri käyttäjätarpeiden mukaan. Tämän tutkimuksen myötä heräsi mielenkiinto tutkia ja kehittää fraaseja ja ohjeistuksia Kaarinan päivystyksen toiminnan ja potilaiden hoidon kehittämiseksi. Malli laajavastuisen sairaanhoitajan työnkuvasta on valmis sovellettavaksi käytäntöön.

Mallin toimivuutta kannattaa arvioida uudella haastattelulla aikaisintaan vuoden päästä, jolloin muutokset ovat ehtineet integroitumaan käytäntöön. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotan uusintahaastattelua, jonka tuloksista käy ilmi, miten päivystyksen toiminta on kehittynyt ja mitä uusia kehittämistarpeita on herännyt.

LÄHTEET

Ahonen P. 2012. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma uuden asiantuntijuuden tuottajana. Teoksessa: Kliininen asiantuntija. Uutta osaamista ylemmästä ammattikorkeakoulututkinnosta. Toim. P. Ahonen. Turku, Turun ammattikorkeakoulun raportteja 130, 7–35.

Ammattikorkeakouluasetus 352/2003

Anttila P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisuus, teos, tekeminen. 2. painos. Artefakta 16. Akatiimi Oy, Hamina.

Arponen N., & ammattikorkeakoulu, T. (2014). Sairaanhoidajien osaamisen kuvaus ja varmistaminen perusterveydenhuollossa. Turun ammattikorkeakoulu.

Blagg CR (2004): Triage: Napoleon to the present day. *J Nephrol* 17(4):629–632.

Buchan J. & Calman L. 2004. Skill-mix and policy change in health workforce: nurses in advanced roles. OECD Health Working Papers. DELSA /ELSA/WD/HEA 2004/8. (Viitattu 2.2.2017). <https://www.oecd.org/els/health-systems/33857785.pdf>.

Christiansen A., Vernon V. & Jinks A. 2012. Perceptions of the benefits and challenges of the role of advanced practice nurses in nurse-led out-of-hours care in Hong Kong: a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 1173–1181.

Daly W. M. & Carnwell R. 2003. Nursing roles and levels of practice: a frame-work for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 12 (2): 158–16.

Davies B. & Hughes A. M. 2002. Clarification of advanced nursing practice: characteristics and competencies. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 16 (3): 147–152.

Delamaire M. G. & Lafortune. 2010. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers, No. 54, OECD Publishing, No. 54.

Denzin N. & Lincoln Y. 2000. Handbook of qualitative research, 2nd edition. 33 (6).

Elliot N., Begley C., Kleinpell R., Higgins A. 2013. The development of leadership outcome-indicators evaluating the contribution of clinical specialists and advanced practitioners to health care: a secondary analysis. *BMC Med Res Methodol*. 70 (5).

Eriksson E., Korhonen T., Merasto M. & Moisio E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveystieteen verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Bookwell Oy, Porvoo 2015.

Eskola J. & Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino.

Fagerström L. & Glasberg A-L. 2011. The first evaluation of the advanced practice nurse role in Finland –the perspective of nurse leaders. *Journal of Nursing Management* 19 (7).

Field P.A. & Morse J. 2010. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Kirjayhtymä Helsinki.

Finch H. & Lewis J. 2003. Focus Groups. Teoksessa Ritchie, J. & Lewis, J. (toim.) *Qualitative Research Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers*. Lontoo: SAGE Publications, 170–198.

Finohta. 2011. Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. Arviointiseloste 2011:1.

Fitzgerald G., Jelinek G., Scott D. & Gerdtz MF. 2010. Emergency department triage revisited. *Postgrad Med J* 86:502–508.

Flinkman M. 2014. Osaaminen käyttöön. Laatussa ja tuloksellisuutta työnjakoa kehittämällä. *Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 3/2014*. Viitattu (24.2.2017). https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2014/2014_b3_netsti_osaaminen_kayttoon_laatussa_ja_tuloksellisuutta_tyonjakoa_kehittamalla_id_3025.pdf.

Franks H. 2014. The contribution of nurse consultants in England to the public health leadership agenda. *Journal of Clinical Nursing* 23(23 - 24), 3434–3448.

Gardner G., Chang A., Duffield C. & Doubrovsky A. 2013. Delineating the practice profile of advanced practice nursing: a cross-sectional survey using the modified strong model of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*. 69 (9), 1931–1942.

Glasberg A.-L., Fagerström L., Rähä G. & Jungerstam S. 2009. Erfarenheter av den nya yrkesrollen som klinisk expertsjukskötare - en kvalitativ studie. *Vård i Norden*, 29.

Haapa-aho M., Kuosmanen I., Koskinen M-K. 2010. Työnjakomallit: laajennetaanko tehtävänkuvaa vai siirretäänkö tehtäviä. *Terveysten -ja sosiaalihuoltoalan ammattijärjestö Tehy*.

Haarala S. 2005. Lääkärin ja sairaanhoitajan työnjaon uudistaminen. Sairaanhoitajan toimenkuvan laajentaminen –projektin arviointi Kalajoen terveyskeskus. Pro Gradu –tutkielma. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Hahtela N. "Sairaanhoitajien työolobarometri 2014." Sairaanhoitajaliiton selvitys sosiaali -ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Sairaanhoitajaliiton selvitys sosiaali -ja terveysalan vetovoimaisuudesta ja työhyvinvoinnista. Sairaanhoitajaliitto (2015).

Harbman B. 2017. Partners in research: building academic-practice partnerships to educate and mentor advanced practice nurses. *Evaluation in clinical practice*. 23 (2).

Heinen M. M., van Achterberg T., Schwendimann R., Zander B., Matthews A., Kózka M., Ensio A., Strømseng Sjetne I., Moreno Casbas T., Ball J., Schoonhoven L. 2003. Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. 50 (2).

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

Hirsjärvi S. & Hurme 1995. Teemahaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Hirsjärvi S.; Remes P. & Sajavaara P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Holopainen A., Junntila K., Jylhä V., Korhonen A. & Seppänen S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca

Hopia H., Raappana M., Perttunen J., Tiikkainen P., Liimatainen L. (2006). Laajavastuinen hoitotyö asiantuntijasairaanhoitajan haasteena. *Sairaanhoitaja* 8, 14–16.

Hotanen J., Laine R-O & Pietiläinen S. 2001. Benchmarking opas. Laatu keskus. Espoo: Otamedia.

Hourahane et al. blazing: A systematic review of the factors that facilitate or inhibit the implementation of new nursing roles: the experiences of UK consultant nurses. *JB Library of Systematic*

- Reviews. 2012;10(50):3146-3294. (Viitattu 24.2.2017). https://tuas365.sharepoint.com/sites/late/Jaetut%20asiakirjat/JBI_new_nursing_roles.pdf.
- Hukkanen E. & Vallimies-Patomäki M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista.
- ICN. 2002. Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network. Frequently Asked questions of the ICN International NP/APN Network. (Viitattu 24.2.2017). <http://international.aanp.org/Home/FAQ>
- Iglehart J.K. 2013. Expanding the Role of Advanced Nurse Practitioners — Risks and Rewards N Engl J Med 2013; 368.
- Iseron KV. & Moskop JC. 2007. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. Ann Emerg Med 49(3):275–281.
- Itä-Suomen yliopisto. Auditoinnin määritelmä. (Viitattu 23.10.2017). <https://www.uef.fi/auditointi>.
- Jokiniemi K. 2014. Clinical Nurse Specialist role in Finnish health care. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. (24.2.2017). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1579-5>.
- Jokiniemi K., Haatainen K. & Pietilä A-M. 2015. From challenges to advanced practice registered nursing role development. Qualitative interview study. International Journal of Nursing Practice 21 (6), 896–903.
- Kaarinan kaupunki 2014. Strategia. (Viitattu 20.3.2017). https://www.kaarina.fi/kaarina-info/fi_FI/strategia/.
- Kangasmetsä M. & Manninen J. 2007. Sairaanhoidajavastaanotto yhteispäivystyksessä. Toiminta-malliehdotus Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin NOVA-hankkeeseen. Opinnäytetyö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kansanen T. 2017. Henkilökohtainen tiedonanto 5.5.2017. Laajavastuuden sairaanhoitajan työnkuvan mahdollisuudet.
- Kantonen J. 2005. Ensiavun tungos hallittavissa? Kunnallislääkäri 1,31–34.
- Kantonen J., Aronkytö T., Palmunen J. & Keinänen MT. 2012. Terveyskeskuspäivystyksen ulkoistus ja uudistus toivat säästöjä Vantaalle. Suomen Lääkärilehti 67,2147–2152.
- Karlöf B. 1998. Strategia-suunnitelmasta toteutukseen. Porvoo: WSOY.
- Karlöf B., Lundgren K. & Froment M. 2003. Ota oppia parhaista, tehoa vertailuoppimiseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Kirjonen P. 2017. Henkilökohtainen tiedonanto 2.4.2017. Hoitohenkilökunta ja potilasaines Kaarinnan terveyskeskuksen avosairaanhoidossa.
- Kokko S., Peltonen E. & Honkanen V. 2009. Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja. Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä. THL avauksia: 13.
- Korhonen A, Ukkola L & Isola A. 2008. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan toimi. Asiantuntijapaneeli tukena toimen muodostamisessa. Hoitotiede 20(3), 126–137.
- Kotila J., Axelin A., Fagerström L., Flinkman M., Heikkinen K., Jokiniemi K., Korhonen A., Mere-toja R. & Suutarla A. 2016. Sairaanhoidajien uudet työnkuvat –laatu tulevaisuuden sote- palveluihin. Sairaanhoidajat. (Viitattu 24.2.2017). <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2016/04/Laajavastuinen-sairaanhoidaja-muuttaa-sote-palveluita.pdf>

- Kovanen A. 2017. Sairaanhoidajan laajavastuinen työnkuva. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. (Viitattu 14.12.2017). https://www.youtube.com/watch?v=7O-1OY1_LmE.
- Kunnallinen työmarkkinalaitos. 2009. Tehtävien ja työnjaon muutokset. Opas terveydenhuollon työjaon kehittämiseen. Suomen Kuntaliitto Kirjapaino Uusi-maa, Helsinki 2009.
- Lahti H. 2006. Sairaanhoidajat työnsä rajapinnalla –Toimenkuvan laajentamisesta hyviä kokemuksia. Sairaanhoidajaliitto. (Viitattu 3.2.2017). http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/4_2006/ajankohtaikirjoitus/sairaanhoidajat_tyonsa_rajapinna/
- Laine M., et al. "Työolot ja hyvinvointi sosiaali -ja terveysalalla 2005." Helsinki: Työterveyslaitos (2006).
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta. 488/1999. Tutkimuslaki. Lainsäädäntö. Finlex. (Viitattu 3.6.2017). <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>.
- Lankinen I. 2013. Päivystyshoitotyön osaaminen valmistuvien sairaanhoidajaopiskelijoiden arvioimana. Hoitotieteen laitos. (Viitattu 24.2.2017). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-5417-9>.
- Lecklin O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Hämeenlinna: Karisto.
- Lehtovuori T. & Kauppila T. 2009. Ryhmätulospalkkaus tehosti diagnoosien merkintää Espoossa. Suomen Lääkärilehti 64,1023–1028.
- Liimatainen A. 2010. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. (Viitattu 2.2.2017). http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100015/.
- Maier C.B. & Aiken L. 2016. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European Journal of Public Health*, Dec2016; 26(6).
- Malik G, McKenna L & Plummer V. 2015. Perceived knowledge, skills, attitude and contextual factors affecting evidence-based practice among nurse educators, clinical coaches and nurse specialists. *International Journal of Nursing Practice* 21(5), 46–57.
- Malmström T., Torkki P., Valli J. & Malmström R. 2012. Yhteispäivystyksen työnjako – Hyvinkään päivystyksen potilasvirta-analyysi. *Suomen Lääkärilehti* 67,345–351.
- Martínez-González NA., Djalali S., Tandjung R., Huber-Geismann F., Markun S., Wensing M. & Rosemann T. 2014. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Service Research Journal* 12(14),214.
- McDonnell A, Goodwin E, Kennedy F, Hawley K, Gerrish K & Smit C. 2015. An evaluation of the implementation of Advanced Nurse Practitioner (ANP) roles in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 71(4), 789–799.
- Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Mogensen CB., Mortensen AM. & Staehr PB. 2011. Acute referral of patients from general practitioners: should the hospital doctor or a nurse receive the call? *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine* 19,47.
- Nisula K. 2010. Päivystävän sairaanhoidajan toiminnan kehittäminen Salon terveyskeskuksessa. Ylempi-AMK opinnäytetyö. (Viitattu 24.2.2017). <http://www.theseus.fi/handle/10024/22961>
- Nummelin M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoidajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma. (Viitattu 24.2.2017). https://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2009/nummelin.pdf.

OECD 2017. Viitattu 14.12.2017. <http://www.oecd.org/about/>.

Opetusministeriö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. (Viitattu 8.10.2018). <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Rajala, K-R. 2005. HoLa-Hoitajien toimenkuvan laajentaminen 1.5.2003-30.4.2005. Päätösseminaarin diaesitys. (Viitattu 24.2.2017.) https://www.google.fi/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Flearn.ncp.fi%2Fmateriali%2FSave-liusp%2FPETY%2FHOLA_paatto-sem_diat.ppt&ei=HbwhVKb2GYv9ygOMo4KoCQ&usq=AFQjCNFkjUGyWnlcbSYzpxRLII70Uk3wEA.

Rautiainen E., Vallimies-Patomäki M. 2014. Kliinisen hoitotyön lisäkoulutus NYKYTILANNE JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:9.

Rowe BH., Villa-Roel C., Guo X., Bullard MJ., Ospina M., Vandermeer B., Innes G., Schull MJ. & Holroyd BR. 2011. The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: a systematic review. *Academic Emergency Medicine* 18(12),1349–1357.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet 1996. Sairaanhoitajaliitto. (Viitattu 27.1.2017) <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Saunders M. 2015. Clinical Nurse Specialists' Perceptions of Work Patterns, Outcomes, Desires, and Emerging Trends. *Journal of Nursing Administration* 45(4) 212–217.

Sibbald B., Shen J. & McBride A. 2004. Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal on Health Services Research & Policy* 9 (1), 28–38.

Sirviö, P., Fors, R., Meriläinen, M., Koivisto, K. & Sandelin, P. 2016. Sairaanhoitajan työn tulevaisuus. Teoksessa K. Koivisto & Sandelin, P. (toim.) Sairaanhoitajakoulutusta 120 vuotta Oulussa –Aputyöstä asiantuntijaksi -juhlaulkaisu. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 33. (Viitattu 11.10.2018.) <http://urn.fi/urn:nbn:fi-fe2016112930049>.

STM 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21. Viitattu 1.5.2017. www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. (Viitattu 24.2.2017). http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_Fluusi.pdf?sequence=3

STM. 2011. Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet. Työryhmän raportti 28.2.2011. (Viitattu 24.2.2017). Verkkojulkaisuna http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15515.pdf

STM. 2012d. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Annettu 29.8.2013. (Viitattu 24.2.2017). Verkkojulkaisuna http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6556944&name=DLFE27321.pdf

STM. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:4. (Viitattu 24.9.2018). Verkkojulkaisuna http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE11049.pdf.

STM. 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä. Suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:7. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere 2014.

STM 2015. Työnjakoa uudistamalla nopeammin hoitoon ja joustavuutta palveluihin. Selvitys rajatun lääkkeenmääräämisen toteutumisesta ja kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:49.

Stolt M., Axelin A., Suhonen R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Soukka S. (2015a). (2013). Lääkäri- ja hoitajan käyntihinnat. Kallion peruspalvelukuntayhtymän yhtymäkokouksen 27.11.2013 hyväksymän talousarvion mukaan vuodelle 2014 ja 25.11.2014 hyväksymän talousarvion mukaan vuodelle 2015.

Spencer, L., Ritchie J. & O'Connor W. 2003. Analysis: Practices, Principles and Processes. Teoksessa Ritchie, J. & Lewis, J. (toim.) Qualitative Re-search Practice. A Guide for Social Science Students and Researchers. Lontoo: SAGE Publications.

The future of nursing leading change advancing health. (Viitattu 24.2.2017). https://tuas365.sharepoint.com/sites/late/Jaetut%20asiakirjat/IOM_Future_of_Nursing.pdf.

Tehy 2013. Sinä olet Tehy. Tulevaisuusasiakirja. Kahdeksan megatrendiä ja Tehy. (Viitattu 24.1.2017). <http://www.tehy.fi/@Bin/28694539/Tehyn+tulevaisuusasiakirja+2013.pdf>.

THL (2015a). Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Suomen virallinen tilasto. Palkat ja työvoimakustannukset 2015. Tilastoraportti 16/2015. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 5.6.2017. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Vesterinen M. (2011). Sote-ennakointi: Sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. [Lappeenranta]: Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä.

Vesterinen M.-L. 2014. Reseptihoitaja nopeuttaa palvelua. Tutkimus rajatun lääkkeenmääräämis-oikeuden saaneiden hoitajien tehtävistä, työnjaosta lääkäreiden ja muun henkilöstön kanssa sekä vaikutuksista terveydenhuollon kustannustehokkuuteen.

Vestman J. 2013. Asiantuntijahoitajaksi nimityksen kriteerit ja perustelut kliinisessä hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö / Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Vierula H. 2010. Työparityö muuttaa terveyskeskuksia. Lääkärilehti 42, 3387–3388.

Viholainen K. 2018. Sairaanhoitajien laajavastuinen hoitotyön asiantuntijuus erikoissairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Terveystieteiden tiedekunta / Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Vilka H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Kustannus-osakeyhtiö Tammi

Wickham S. 2011. The Clinical Nurse Specialist in an Irish Hospital. Clinical Nurse Specialist 25 (2), 57–62.

Wiler JL., Gentle C., Halfpenny JM., Heins A., Mehrotra A., Mikhail MG. & Fite D. 2010. Optimizing emergency department front-end operations. Annals of Emergency Medicine 55(1), 42–160.

Wisur-Hokkanen C, Glasberg A-L & Fagerström. 2015. Experiences of working as an advanced practice nurse in Finland -the substance of advanced nursing practice and promoting and inhibiting factors. Scandinavian Journal of Caring Sciences 29 (4), 793–802.

Suostumus tutkimukseen

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen ”Laajavastuuisen sairaanhoitajan työnkuvan kehittäminen Kaarinan terveystieteiden päivystyksessä”.

Olen perehtynyt tutkimustiedotteeseen ja saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Selvityksen antoi Heidi Koskinen. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus, milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen tai peruuttaa suostumukseni tutkimukseen. Tutkimuksen keskeyttämisestä tai suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia, eikä se vaikuta asemaani työntekijänä. Olen tietoinen siitä, että keskeyttämisestä tai suostumuksen peruuttamisesta mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tässä asiakirjassa kuvattuun tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi.

Aika ja paikka	
Allekirjoitus ja nimenselvennys	
Syntymäaika	
Suostumus vastaanotettu	
Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys	

Alkuperäinen allekirjoitettu asiakirja jää tutkijan arkistoon ja kopio annetaan tutkittavalle.

Tutkimustiedote

Pyydän sinua osallistumaan laajavastuisten sairaanhoitajan työnkuvan kehittämistä koskevaan tutkimukseen, joka on osa YAMK-opintojen kehittämistyötä. Tutkimus toteutetaan Turun AMK:n ja Kaarinan kaupungin kanssa yhteistyössä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää ryhmähaastattelun avulla sairaanhoitajien ja lääkäreiden ajatuksia laajavastuisten sairaanhoitajan työnkuvasta ja sen kehittämisestä.

Tarkoituksena on laajentaa sairaanhoitajan ammattitaidon hyödyntämistä ja helpottaa lääkäreiden työaika uudelleenjärjestelyillä, jolloin lääkäreiden työaika vapautuu vaativampiin tehtäviin. Opinnäytetyön tutkimuksellisenä tavoitteena on tuottaa tietoa päivystyksessä työskentelevien sairaanhoitajien tehtävänkuvasta ja osaamisen hyödyntämisestä Kaarinan terveyskeskuksen päivystyksessä. Tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajien ja lääkäreiden käsityksiä sairaanhoitajan tehtävänkuvasta, tehtävänsiirroista sekä osaamisen hyödyntämisestä ryhmähaastattelun avulla ja tehdä sen pohjalta malli tehtävänkuvan laajentamisesta. Välillisesti kehittämistyö voi lisätä motivaatiota osallistua kehittämissprojektiin.

Tutkimukseen pyydetään yhteensä 9 sairaanhoitajaa ja lääkäriä, kolme kustakin toimipisteestä.

Tutkimus toteutetaan Turun AMK:n ja Kaarinan kaupungin kanssa yhteistyössä, YAMK-opintojen kehittämistyönä. Haastattelut tehdään työyksiköissänne.

Kun päätät osallistua tutkimukseen, sovitaan ajankohta ryhmähaastattelulle. Saat tiedoksi tutkimustiedotteen ja allekirjoitettavaksi tietoine suostumus-lomakkeen. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Kaikki tutkimuksen yhteydessä kerättävä tieto on täysin luottamuksellista. Kaikilla tutkimuksen parissa työskentelevillä on vaitiolo- ja salassapitovelvollisuus. Kerättyä tietoa käsitellään niin, ettei tutkittavien henkilöllisyyttä tai mielipiteitä, voida tunnistaa. Kerättyä tietoa ei luovuteta tutkimusryhmän ulkopuolisille tahoille.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Voit kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai peruuttaa suostumuksesi tutkimukseen osallistumisesta missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Sinulla on halutessasi mahdollisuus saada tietoa tutkimuksen tuloksista myöhemmin. Tutkimuksesta koituva hyöty on yhteisöllistä, sen tulokset käytetään koko työyhteisön hyväksi. Tutkittavalle ei makseta korvausta tutkimukseen osallistumisesta.

Tämä tutkimustiedote jää teidän käyttöönne.

Lisätietoja tutkimuksesta antaa:

Heidi Koskinen, YAMK -opiskelija, projektipäällikkö, sh,
heidi.koskinen@edu.turkuamk.fi, +358407412704

Ohjaaja: Virpi Sulosaari, TtT, yliopettaja, sh, virpi.sulosaari@turkuamk.fi

Teemahaastattelun runko

Haastatteluteemat

1. tausta / nykytila

Millainen on sairaanhoitajan tehtäväkuva tällä hetkellä

2. Laajavastuuisen työnkuvan ja työnjaon kehittämisen mahdollisuudet

Miten tehtäväkuvan ja työnjaon kehittäminen vaikuttaisi yhteisöön

3. Mitä tehtäväkuva ja työnjaon kehittäminen edellyttävät

täydennyskoulutus

työehdot (kirjalliset sopimukset, palkkausjärjestelmä, ym.)

muu osaamisen kehittäminen (informaali(arki-) oppiminen ym.)

Teema 1. Sairaanhoidajan tehtävänkuvan nykytilan kuvaus. Sisällönanalyysi.

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
Avustava tehtäväkuva	Enemmän avustava tehtäväkuva	mun mielest sairaanhoitajan tehtäväkuva on enemmän avustava eikä niinkään itsenäinen
		sillai mäkin ehkä aattelen et pääosin avustaa lääkäriä, tekee niitä asioita mitä lääkäri niinku pyytää
		et he ottaa vastaan, haastattelee ainakin semmoset, jotka menee johonkin tarkkailuhuoneeseen ja niinku vitaalit, sen ennen ja yleensä jotain muutakin voi olla tehtynä , jotain pikaserppiä tai niin et käy edeltävästi filmillä tai tnt katotaan et semmoset saattaa useimmiten olla niinku esivalmisteluina katottu
		eiköhän se ole niinku haastattelee, tekee tarvittavat tutkimukset ennen lääkärin vastaanottoa ja sit tarvittaessa mitä lääkäri sit pyytää jatkotutkimuksia näitä ni sit
		mut kyl ne niinkun joo, pääosin, ainakin omast mielest, on avustavaa toimintaa, koska niit puheluitakaan ei nyt tuu sinne
		toki sitten niinku tietyt asiat ehkä lähinnä niinku vitaalit ja pikaserppiä tai ekg :ta tai tnt;tä määrää edeltävästi tai siis tarkistaa potilaasta

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
		no,se on jo tota et kyllähän me otetaan just noi alkuun alkujutut verenpaineet, verinäyte jos tarve vaatii ja näin pois päin otetaan se potilas vastaan siellä
Itsenäinen tehtäväkuva	Itsenäinen tehtäväkuva	sitten varmaan niinku jonkun verran on sitten sovittuja kontroleja, mun mielest eilenkin siel oli joku potilas tiputuksessa, varmaan antibioottiputuksessa
		joitain pienii haavoi hoitaa itsenäisesti
		ottaa punkkeja kesällä
Sekä itsenäinen että avustava tehtäväkuva	Sekä itsenäinen että avustava tehtäväkuva	vitaalit on otettu etukäteen ja sit jos jotain pienii vekkejä tulee ovest tai punkkei tai tälläsii //määräyksii// tai tarkkailupotilaitten hoitoon , et sillai mäkin sen nään
Triage/ Hoidon tarpeen arviointi	Triage /Hoidon tarpeen arviointi	mä luulen et triage toimii aika hyvin
		ei mun mielestä meil päivy siis lääkäripäivystäjien listal mitään silppuhuttuu tuu et kyl siäl hoitajat hoitaa pikkuhaavat ja tasa justiinsa niinku sanoit
Kokonaiskuvaa vaikea nähdä	Triage on haastavaa	vaivaa on tulossa, eli jotenkin sen päivystyslistan suunnitteleminen on haastavaa, kun ei tiedä et kuin aikaa vievii siel mahdollisesti on tulossa vielä
		mut he joutuu sit haastattelee sen uudestaan sit kun se tulee sinne päivystykseen

Teema 2. Tehtävänkuvan kehittämisen mahdollisuudet. Sisällönanalyysi.

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
Ohjeet/standardit puuttuvat	Työtapojen yhtenäistäminen	no,se on varmaan tosi henkilöstä kiinni täl hetkellä et min-käverran , kuin paljon, tehdään itsenäisesti, joo, et jotkut tekee pitkälle ja sit jotkut vähemmän
		et esimerkiks joku standardin luominen sinne //puuttuu// et miten ois tasalaatuista hoitoa et miten tietyiltä potilailta ain otettais
		just et sellanen ennalta tehty työ, et sitä vois kehittää että ois niinku valmiiksi tietyt asiat tehty ennen kuin se menee lääkärille et lääkärillä ois jotain
		joo, sitä jotenkin kyl kaipaa , kaipaa, et mun tietääkseni tuol esim yhteispäivystykses kaikki käy sen tietyn patterin, ajetaan et niinku aina se tietty verikoepaketti , osalta tietty sit vähän turhaan, et se on kun siin vaihees kun se on, se siis tietty nopeuttaa kun se on tehtynä valmiiks , ettei tarviis hyppytää et istu uudestaan sinne aulaan ja odota et otetaan verikoe ja sit taas sisälle ,se vie hirvittävästi aikaa
		sähläämist et kuka on ottanut ja tehny etkä se ehdi mennä koneel kattomaan ja siin tulee sellasta päälekkäisyyttä et pitäis todella olla se hoitaja,

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
		joka hoitaa just sitä potilasta et sillä olis se tieto ja tois sen tiedon mut sit se jää kun sul on siel niin monta tekemistä
		mut se on jokaisen omassa harkinnassa- et siihen ei oo mitään ohjeistusta olemassa
		ei, kyl se melkeen on tnt ja crp, ekg-linjalle päivystyspotilaille mitä me ollaan täältä voitu laittaa eikä siit oo tullut mitään ohjettakaan et voisko laajemmin sitten
		riippuu varmaan, kuka on vuorossa
		itseasias toi on varmaan (x henkilö) jonkinlaista päivystyksen kehittämishanketta kai on, tekee tai suunnittelee tai hänt on kai kovasti ainakin semmoseen yritetty
		vaik ne vitaalit on aika hyvin katottuna niin kyl silti eilenkin mä niitä etsiskelin , sä aina plärää 3-4 paikkaa et mist ne voi löytyy. ne voi olla EAHOI:lla, HOIYHT:lla tai siel kirjalla potilaan nimen perässä et eilen ainakin jokaisest näistä ne löyty
		sit ne hoitajat ehkä pitäis niitä vähän enemmän ominaan ja vois käydä välil pyytämättä katsomassa et mitä niil kuuluu, välil ne makaa siel tunti tolkulla ja kukaan ei käy

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
		mä oon tässä jo alun alkaen ihmetellyt ettei kaarinassa oo tällöinen niinsanotusti akuuttihoitaja-lääkäriparia mitkä ottais ilman ajanvarausta
		mä oon ihan samaa mieltä, et koska kun sä oot potilaan luona ja mittaan verenpainetta niin mihin sä ne kirjoitat kun ei sulla oo tietokonetta
		kun sit taas on niin monta mieltä mitä mä nyt oon kans täs kuullut et nyt täytyy ottaa aikaa et hänel (konsulttilääkärillä)ei o aikaa et tää on vähän teiän jokaisesta työtavoista
Puutteelliset työtilat	Puutteelliset työtilat	ja sitten se selvittettäis laajemmin tuloaulassa keskustella //niin,tai jossain, siin pitäis olla huone, ei sitä voi tehdä aulassa// mut kuulemma se on se arkisto, siit ollaan tekemäs huonetta, sehän soveltuis just tälläseen, laajavastuisen sairaanhoitajan työhuoneena
		on ollut kauheen sekavaa kun siel on ollut porukkaa ja toi tila on olut tosi kauhee, mun mielest se on ihan liian pieni tollasen kumminkii
		se tota, mitä on tullut noiden nuorempienkin lääkäreiden ohjaukses esille, et on jossain muussa terveystakeskukse, missä on aiemmin ollut töissä,

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
		niin on niinku käytössä se että kaikki päivystyspotilaat menee sh:n vastaanotolle ensin ja sit on niinku kirjattuna ne
Osaamisen laajempi hyödyntäminen	Tehtävänkuvan muutos	yks mikä olis ihan vaan mekaaninen puhde mut niit ei oo kans tullut kauheesti niin näit, ketä punktoidaan, niin kylhän niit pystyy huuhtelun tekee pienten pillien avulla
		Cystofixin vaihto. tää on eka paikka missä mä näen et lääkärit niitä vaihtaa mut toki se on ihan kivaakin päästä välil vaihtaa eikä aina vaan niit ongelmatilanteita
		erilaisia kipsauksia vois ehkä tehdä, tai mä en tiedä mitä kaikkii kipsauksia täällä nyt tehdään
		mut sit semmoset asiat missä se käytetty aika pitenee hirveesti, niin niitä ei kannata siirtää pois (lääkäriltä) ellei siihen sit tuu ajan myötä sellasta flowta et se rupee nopeutumaan
Kokonaiskuva puuttuu	Kokonaisuutta vaikea hahmottaa	ja sit jollei ne lue ne kaikki tekstit siin listalla niinku sen potilaan perässä et kuinka akuutti se on , niin miten sä voit niinku arvioida sen sellai et tämä on kiireettömämpi tai kiireellisempi kuin noi muut? niin, ja en tiä jos ois yks ihminen kun ikään kuin ottais kaikki vastaan niin hänel

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
		ikään kuin muotoituisi se kokonaiskäsitys paremmin

Teema 3. Työnkuvan kehittämisen edellytykset. Sisällönanalyysi.

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
Erilliset työtilat	Erilliset työtilat	siis tarkoitan että, kun joissain paikoissa päivystyksessä on itsenäisiä sairaanhoitajan vastaanottoja niin meillähän ne on jo tilallisesti eriytetty
		et eihän meillä päivystyksen puolella ole edes sairaanhoitajan koppeja, jonne hän vois ottaa potilaan ja riisuttaa ja kokeistaa tai what ever.
		ahtaus, huonepula aina tos kohtaa kun haastatellaan ja riisutaan niin pitäis olla tilaa sitä varten
		tilat taitaa olla iso haaste oikeesti mikä ois sitä kehittämistä estäny tuol aikaisemmin, et ajatuksia on varmasti ollut mut sit ne konrkeettiset tilat ,siihen se niinku kaatuu..
Vastuuhenkilö/tiimi	Vastuuhenkilön tarve	mul on jotenkin sellanen unelma siitä et kun (x henkilö) yritti mulle sitä päivystyksen vastaavan lääkärin hattua sovittaa niin jotenkin se tuntuu sellai liukkaalta kiveltä ettei siit saa mitää otetta siit koko jutusta mut kyllähän täs tulee monta tollasta pikkuai-saa, jota pitäis vaan lähtee työstää; muuttaa huoneista, yhtenäistää toimintatapoja tä-lästä
		koska sillon siin on myös motivaatio sille et päivittäis

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
		viimesimmät niinkun hoitolinjat paremmin kun siinä vastuu on joillain hartiolla vähän enemmän
Yhtenäiset laatuksiteerit	Ohjeiden /standardien luominen	kyl varmaan joku hoitaja voi ottaakin (vitaalielintoiminnot, potilaan tullessa), mut ei oo sellanen tyyl
		sit mä mietin niinku tota et mitä se vaatis, niin se vaatii ne tilat ainakin ja kyl se vaatii aikaa ainakin ja sellaset selvät, jollain taval ne jutut et millai ne tehdään ja siin on hirmuinen variaatio et kuinka kokenut hoitaja siin on ottamas vastaan, et tota et on ihan eri et on ihan vastavalmistunut sairaanhoitaja kun sit semmonen, joka on vuosikausia semmosta tehnyt
		mut sit taas jos joukossa on niit kokeneita ja vähän kokemattompia niin voihan niiltä kokeneemmilta aina kysyä , sit taas semmosta konsultaatioo, et siinähän ne sit oppii kun sieltähän nyt lähtee sitä porukkaa eläkkeelle ihan reilusti nyt että siel varmaan on se tilanne et noit nuoria on, vastavalmistuneita, mut tota.
		et ainakin kirjaaminen on sellainen niin ku täytyis olla selkeet linjaukset et ainakin et mihin kirjataan niinku et kaikki

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
		jotenkin samanlaisella run- golla, ehkä niin ku lääkäritkin, eikä sellai et se on sitä jotain putkeen kirjattu, kun olis var- maan hyödyllistä et siin vois jotenkin lääkärikin viitata sai- raanhoitajan tekstiin, eikä se että lääkäri toistaa sen niinku sen anamneesin minkä hoitaja on ottanut sitten.
		yleisimmistä (sairauksisat)voi tehdä(hoito-ohjeron), ku- ten hengenahdistuspotilaista et mitä otetaan
		no, jos on selkeet sävelet mi- ten tehdään ja kuka tekee mi- täkin ja ei voi sooloilla niin mun mielest se vois selkeyttää ja tuoda sellasta hyvää ilma- piiriä siihen parempaa ilmapii- riä siihen kuin se että kaikki o veteen piirretty viiva, näin mä näkinsin
		mut toi on kyl tärke et ne hoi- tolinjat ois samat
		se helpottais tietty kun ois ne fraasit, tiettyntypinen potilas kun soittaa, sul ois ne fraasit ni sul ei jäis niit tärkeit kysymyk- sii kysymättä, vaan sä voit siit kattoo et sun tulee ne kaikki käyty läpi
		et onhan se sellanen sekalai- nen soppa se päivystys täl hetkel et kukin/kaikki tekee niinku omalla tavallaan, et voi

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
		kuvitella et jos sinne tulee ihan tuore hoitaja, niin on varmaan aika hukassa et miten asiat tehdään ja samoin et jos tulee ihan tuore lääkäri niin ei tiedä et miten kukakin taas niinku hoitajista tekee et jotain on sovittu, sovittu, mut sit kuitenkin ei ihan niinku loppuun asti
		et kaikki kirjattais mustaa valkoisella, et miten toimitaan minkäkin potilasryhmän kanssa ettei se jää siihen vaan
Lisäkoulutus	Tietotaidon jatkuvaa päivittämistä	ja jatkuvaa koulutusta, että aina aika-ajoin muistuttelee asioita mut ainakin siin alkuvaiheessa, jos sellasta alkaa, kuka sellasta sit alkaakin, niin kaipais sellast päivittämistä
	Hiljaisen tiedon siirtämistä	..no tavallaan et täydennyskoulutus että, tavallaan unohdetaan et meidän talon sisälläkin on sitä tietoo paljon, et eihän sen tarvii olla niin ihmeellist koulutusta vaan se voi olla talon sisältä et joku pitää jostakin et jos on rintakipupotilas niin mitä ja jos on hengenahdistuspotilas niin mitä ja et ne yhteiset pelisäännöt tulis sieltä
		ja just et tähetkiset haavanhoidotuoteet, et se haavanhoidotaja vois kaikille sitä opastaa

YLÄKATEGORIAT	ALAKATEGORIAT	ESIMERKKI-ILMAUKSET
		et jaettaisi niitä omia/ omaa tietoa, ne on kuitenkin niit perusasioita. sit on aina ne tietyt potilasryhmät, ei se on kaikille yhtä mysteeri et mitä täs nyt haetaan ja miks hän tuli tänne ja välil on niit monisairaita eikä ain tiedä et mikä se ongelma on
Palkkaus	Palkkaus	mä oon niinku avoimesti sitä mieltä et hoitajien pitäis saada niinku reilusti lisää palkkaa
		olin kuullut et tääl on aiemmin ollu niin kaarinassa et kun tekee esimerkiks astmaa, siedätyksiä ja näin niin tulee joku pieni lisäpalkkio eihän tässä nyt rahasta tehdä, mut periaatteessa, joo, on ollut
Oma motivaatio	Halu oppia uutta	pitää ol kiinnostunut asiasta
		niit saattais löytyy muutama mut varmasti kaikil ei oo potkuja lähtee lisäopiskelemaan
Ajalliset resurssit	Aika	ja ajankäyttö tietysti, et siihen on se oma aika sit hoitaa pitkälle
		kyl se sit siin lääkärin kirjassakin pitäis, et miten sen siihen sit huomioi et sit jos on siinä sit konsultointitarvetta siin saattaa olla väleissä, et miten siin asia mennään eteenpäin
		ja sehän siin on aina se ehdoton edellytys et täytyy olla se konsultointimahdollisuus. ettei mitenkään tyhjän päälle jäädä uusien työnkuvien kanssa

