

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Lappeenranta

Sari Hokkanen
Kerttu Liukko
Satu Simolin

KOKEMUKSIA TYÖNJAOSTA PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTOIMINNASSA

TIIVISTELMÄ

Hokkanen Sari, Liukko Kerttu, Simolin Satu

Kokemuksia työnjaosta perusterveydenhuollon vastaanottoinnassa

48 sivua, 6 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

Ohjaajat: TtM, lehtori Anja Liimatainen Saimaan ammattikorkeakoulu,

Avohoidon ylilääkäri Leena Suomalainen Eksote

Perusterveydenhuolto ja sen rakenteet ovat murrosvaiheessa. Palvelutarpeiden kasvu, väestön ikääntyminen ja terveyserojen kasvaminen sekä niukkenevat resurssit vaikuttavat terveydenhuollon hallittuun kehittämiseen. Hallitusohjelmassa on sitouduttu perusterveydenhuollon vahvistamiseen, hoidon laadun ja toimivuuden parantamiseen. Tähän sisältyy työn- ja vastuunjako, koulutuksen tuoman osaamisen hyödyntäminen sekä uusien toimintamallien käyttöönotto.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata erään toimivan perusterveydenhuollon terveysaseman työnjakomallia. Tutkimuksen tavoitteena oli kirjallisuudesta ja tutkimuksesta saadun tiedon avulla kehittää perusterveydenhuollon vastaanottoinnantaa, johtamista sekä hoidon laatua Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin terveysasemilla.

Kyseessä oli tapaustutkimus, joka kuvasi yhden terveysaseman toimivaa työnjakomallia. Tässä laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelminä olivat kyselytutkimus, teemahaastattelu ja havainnointi. Menetelmä-triangulaation etuja olivat ilmiön tutkiminen monelta eri näkökannalta. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällöllisellä aineiston analyysillä.

Tutkimustulosten perusteella lääkärien ja hoitajien välisestä työnjaosta perusterveydenhuollossa kokemukset olivat suurelta osin myönteisiä. Työn sujavuus, selkeys ja kokonaisvaltainen hoitotyö sekä konsultaatioapu hoitajien ja lääkäreiden välillä nousivat esille vastauksista myönteisinä asioina. Lähes kaikki vastaajat kokivat työnjaon parantaneen asiakastytyvyyttä.

Työnjaon haasteina nähtiin työn kuormittavuus ja sijaisten puute. Omahoitajuus nostettiin tärkeänä asiana työnjakomallin toteutumisessa.

Tutkimus tuotti kokemuksellista tietoa lääkäri-hoitaja -työparityöstä, työnjaosta, omahoitajuudesta ja hoitajien tehtäväalueista vastaanottoinnassa. Tietoa voidaan käyttää soveltuvin osin perusterveydenhuollon työnjakomallin kehittämiseen.

Asiasanat: tiimityö, työnjako, työparityö ja omahoitajuus

ABSTRACT

Sari Hokkanen, Kerttu Liukko, Satu Simolin

Experiences with Work Division between Doctors and Nurses in Primary Health Care Provision, 48 pages, 6 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Instructors: Senior Lecturer Anja Liimatainen Saimaa University of Applied Sciences, Dr. Leena Suomalainen Eksote

Primary health care and its structures are in the middle of a development process. Increase of services in primary health care, ageing of population, growing differences in healthiness and lack of resources will affect managed development of health care. The government program has committed to improve quality and functionality of primary health care. Tasks and responsibilities, knowledge of education and new working methods are included in this program.

The purpose of study was to describe the division of duties methods used in one primary health care unit and how this working model might be utilized in the South Karelia area.

This is case study which describes division of duties in one primary health care unit. The research method was qualitative and the data were gathered using a questionnaire, theme interview and observation. The purpose of triangulation in qualitative research gives a more detailed and balanced picture of the situation. The responses to the open questions were analyzed using content analysis.

According to the results of study, experiences of division of duties between nurses and doctors in primary health care were mainly positive. Fluency, clarity and comprehensive nursing and consulting were brought out in the responses to the study. Almost all respondents felt that division of duties has improved satisfaction of patients. Lack of labor and work load has been seen as a challenge in division of duties. Primary nursing was seen as an important aspect of this model.

The study produced practical knowledge about partner models of doctors and nurses, division of duties, primary nursing and tasks of nurses in primary health care. This information can be used in the further development of division of duties in primary health care.

Keywords: Teamwork, Division of Duties, Partner Work, and Primary Nursing

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTOIMINTA.....	7
2.1 Vastaanottotoiminnan nykytilan kuvaus.....	7
2.2 Vastaanottotoimintaa sääteleviä lakeja ja asetuksia.....	10
2.3. Tiimityö	12
2.4 Työnjako	13
2.5 Työparityö.....	14
2.6 Omahoitajuus	15
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	17
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	18
4.1 Tutkimuskohteen kuvaus	18
4.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat	20
4.3 Aineiston hankinta ja analysointi.....	21
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	25
5.1 Tutkijoiden havainnot.....	25
5.2 Esimiesten näkemyksiä	26
5.3 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot ja kokemukset.....	29
5.3.1 Hoitajien kokemukset	30
5.3.2 Lääkärien kokemukset.....	35
6 POHDINTA	37
6.1 Tutkimustulosten luotettavuuden tarkastelua.....	38
6.2 Tutkimustulosten tarkastelua	39
6.3 Kehittämisehdotukset	44
KUVIOT	45
LÄHTEET	46

LIITTEET

Liite 1 Lupa-anomus

Liite 2 Saatekirje lääkärille

Liite 3 Saatekirje hoitajalle

Liite 4 Kyselylomake lääkärille

Liite 5 Kyselylomake hoitajalle

Liite 6 Teemahaastattelu osastonhoitajalle

1 JOHDANTO

Henkilöstövoimavarojen ja johtamisen merkitys on entisestään kasvamassa suomalaisessa ja kansainvälisessä terveystaloudessa. Osaamisen hyödyntäminen ja toimintatapojen kehittäminen työnjakoa uudistamalla ovat keskeisiä asioita perusterveydenhuollossa.

Hallitusohjelmassa on sitouduttu perusterveydenhuollon vahvistamiseen ja hoidon laadun ja toimivuuden parantamiseen Paras -hankkeen ja KASTE – ohjelman linjausten mukaisesti. Toimiva terveyskeskus -ohjelma on osa KASTE – ohjelmaa. Tämän ohjelman painopisteenä nousee esiin kolme tärkeää asiaa: pitkäaikaissairaudet, asiakkaan asema ja terveyskeskus hyvänä työpaikkana. Pitkäaikaissairauksien ehkäisy ja hyvä hoito edellyttävät omahoitoa tukevaa ja koko hoitoketjun saumatonta toimintaa ehkäisevästä terveydenhuollosta erikoissairaanhoidon asti. (Risikko 2009 b; STM 2008; Suurnäkki & Leppäkoski & Pellikka 2010.)

Terveyskeskusten toiminnassa on olennaista terveyshyödyn tuottaminen ja isojen kansanterveysongelmien ja kansansairauksien hallinta. Terveyskeskustoiminnan ”kilven kiillotus” on Toimiva terveyskeskus -ohjelmaan kuuluva tavoite, joka mahdollistaa myös henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin varmistamisen terveyskeskuksissa. (Wilskman 2009; STM 2009.)

Tämän opinnäytetyön aihe lähtee työelämän tarpeista. Lääkäri-hoitaja –työpari työskentely sekä koko työyhteisön toiminnan kehittäminen työnjaon avulla ovat ajankohtaisia aiheita. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden aloittamisen myötä Lappeenrannan ja lähikuntien terveysasemat yhdistyivät hallinnollisesti. Alueellista yhteistyötä ja yhtenäisiä toimintatapoja terveysasemien kesken kehitetään asiakaslähtöisesti, ja tavoitteena on asiakkaiden palvelujen parantaminen yli kuntarajojen.

Toiminnalliset muutokset Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden terveysasemilla ovat olleet väestövastuujärjestelmän purkaminen sekä alueellisten hoitotiimien

perustaminen. Call Center eli terveysasemien yhteinen ajanvaraus- ja neuvontapuhelin on suunniteltu hajautettavan omille terveysasemilleen. Hoitotiimit ottavat vastuun alueensa asiakkaista päivystysasioissa, jolloin asiakaspuhelut ohjautuvat suoraan hoitotiimeihin. Hoitotiimeissä sairaanhoitaja/terveydenhoitaja arvioi asiakkaan hoidontarpeen, näin toteutuu matalan kynnyksen vastaanotto. Lääkärin vastaanotolle asiakkaat ohjautuvat sairaanhoitajan/terveydenhoitajan seulonnan kautta. Tällä työnjaolla lääkärin ja hoitajien resurssit kohdentuvat tarkoituksenmukaisesti, sekä asiakkaan hoitoon pääsy että itsehoitovalmiudet paranevat. (Simpanen 2009.)

Työnjako aiheena on meitä kiinnostava, koska työskentelemme tällä hetkellä perusterveydenhuollossa eri tehtävissä. Muuttuvat asiakastarpeet, palvelurakenteet ja teknologian kehitys vaativat meiltä hoitajilta jatkuvaa uutta osaamista ja kouluttautumista. Sairaanhoitajan/terveydenhoitajan laaja ammattitaidon hyödyntäminen hoitotyössä mahdollistuu työnjaon avulla. Omahoitaja voi paneutua alueensa väestön terveyden edistämisen haasteisiin kokonaisvaltaisemmin. Omahoitajien kesken jaetaan asiantuntijuusalueet. Hoitajat toimivat toistensa vertaisina, konsultteina ja kouluttajina. Tämä lisää ammatillisuuden kasvua, hoitotyön arvostusta ja ammatti-identiteetin vahvistumista. Työnjaon toteutuminen lisää lääkäreiden ja hoitajien keskinäistä luottamusta, mahdollistaa uusia yhteistyömuotoja ja joustavaa konsultointia eri ammattiryhmien välillä. (Peltonen 2009a.)

Tässä tutkimuksessa hoitaja-nimikkeellä tarkoitamme yleisesti hoitohenkilöstöön kuuluvia hoitajia eli sairaanhoitajia, terveydenhoitajia sekä perushoitajia, ellei nimikettä erikseen mainita. Vastaanotto toiminnalla tarkoitamme perusterveydenhuollon lääkärin ja hoitajien tekemää vastaanottotyötä. Tutkimuksen tavoitteena on oman työn, työyhteisön sekä asiakaspalvelun kehittäminen.

2 PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTOIMINTA

2.1 Vastaanottotoiminnan nykytilan kuvaus

Terveydenhuolto ja sen rakenteet ovat murrosvaiheessa. On nähtävissä väestön terveyserojen kasvaminen, voimakkaasti kahtia jakautunut palvelujärjestelmä, palvelutarpeiden kasvu ja niukkenevat resurssit. Ongelmia ei voida ratkaista rakentamalla uutta vanhan päälle. Terveydenhuollon hallittu kehittäminen on välttämätöntä. Toiminnan tavoitteena on yhtenäinen terveydenhuolto, joka vahvistaa yhteyttä myös sosiaalihuoltoon. Palveluja käyttävät samat kansalaiset. He eivät sairastu erikoissairaanhoidon tautiin sen paremmin kuin perusterveydenhuollon ongelmaan. (Risikko 2010a.)

Lääkäripula ja uudet työnjakomallit ovat johtamassa siihen, että ensimmäinen asiakasta vastaanottava ammattilainen on hoitotyön osaaja, tavallisimmin sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Lääkärin hoitoon ohjataan tarvittaessa hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen (Kaila 2010). Työnjaon kehittäminen liittyy yleisemmin hoitajavastaanottotyöhön perusterveydenhuollossa ja sairaaloiden poliklinikoilla. Perusterveydenhuollossa hoitajien laajennettuihin tehtävänkuvuihin kuuluvat mm. hoidon tarpeen arviointi, hoitoon ohjaaminen äkillisissä terveysongelmissa hoitajan vastaanotolla ja puhelinneuvonta sekä pitkäaikaissairauksien seuranta. Uudistusten arvioidaan parantavan terveyskeskusten toimintakykyä ja palveluja. (Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006; Kaila 2010; Peltonen & Vehviläinen-Julkunen & Pietilä & Elonheimo 2010.)

Terveyden- ja sosiaalihuollon palveluiden järjestämiseen kunnissa ja kaupungeissa vaikuttaa tällä hetkellä meneillään oleva kunnallishallinnon ja palveluiden kunta- ja palvelurakennemuutos, PARAS -hanke. Kunnat toteuttavat uudistuksen yhteistyössä valtion kanssa vuoteen 2012 mennessä. Palvelujen laadun hallinta sekä vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta ovat keskeisiä asioita tulevana vuosikymmeninä. Tarkoituksenmukainen työ- ja tehtävienjako sekä tuoksellinen toiminta edellyttävät kaikkien henkilöstöryhmien työn sisällön ja tehtävien selvittämistä. (Peltonen 2009a; STM 2009.)

Perusterveydenhuollon palvelukykyä ovat vahvistaneet puhelinneuvonnan ja puhelimitse tapahtuvan hoitamisen sekä sairaanhoitajien vastaanottopalveluiden merkittävä lisääntyminen. PARAS -uudistuksen myötä terveyskeskusten tai vastaavien kunnallisten toimintayksiköiden määrä on vähenemässä alle puoleen 2000-luvun alun määrästä. Lähitulevaisuudessa tämä tarkoittaa, että noin puolet toimintayksiköistä on kunnan alaisuudessa ja loput toimintayksiköissä – joko kuntayhtymä- tai isäntäkuntamallipohjalta. (STM 2010a.)

Toimiva terveyskeskus -toimenpide ohjelma on osa KASTE -ohjelmaa. Toimintaa suunniteltaessa lähtökohtana on ollut asiakas- ja potilasnäkökulma. Ohjelman sisältämät toimet keskittyvät parantamaan perusterveydenhuollon toimivuutta, ja ne tähtäävät käytäntöjen, hallinnon ja johtamisen, koulutuksen sekä tutkimuksen kehittämiseen. Yhtenä teemana mainitaan työn- ja vastuunjako koulutuksen antaman osaamisen mukaan ja uusien moniammatillisten toimintamallien käyttöönotto. Näistä esimerkkeinä terveydenhuollon ammattihenkilöiden itsenäisen vastaanottoiminnan lisääminen ja matalan kynnyksen vastaanotot, ”kävele sisään” – vastaanotto. (STM 2009.)

Terveyskeskusten kehittämishankkeita on toteutettu eri puolella Suomea. Näistä esimerkkeinä Varkauden ja sen ympäristökuntien terveyskeskusten välinen hanke (2005), jossa uudistettiin eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa. Hanke sisälsi koulutusta kansansairauksista sekä työnjaon ja työtapojen kehittämisestä. Hankkeen tavoitteena oli terveyden- ja sairaudenhoidon puhelinpalveluiden sekä hoitaja-lääkäri -työparityön tehostaminen yhteisillä alueellisilla ohjeilla ja käytännöillä. (Heikkinen 2006.)

Toisena hankkeena voidaan mainita Tuuma -terveyskeskuksen avovastaanotto-toimintojen uusi yhteistyömalli, joka toteutettiin Jyväskylän alueella. Tulosten mukaan sairaanhoitajien työtä tulee kehittää entistä itsenäisempään päätöksentekoon, yksilöllisempiin potilaskontakteihin, parempaan jatkuvuuteen hoitosuhteessa ja oppimismahdollisuutta sisältävään parityöskentelyyn. Työparityössä paneuduttiin väestön itsehoitovalmiuksien kehittämiseen ja tukemiseen. (Koski 2010.)

Kehittämistyön tulokset näkyvät vasta muutaman vuoden kuluttua terveyskeskuksen toiminnassa. Samoin uudet toimintatavat tarvitsevat useamman vuoden juurtuakseen käytäntöön. Toiminnan kehittämisen ja muuttamisen täytyisi sisältää päätös riittävän pitkästä sitoutumisesta ja muutosten vaikutusten seurannasta sekä dokumentoinnista. (Nevalainen 2010.) Hyvä johtaminen mahdollistaa työn kehittämisen strategian mukaisesti. Terveysten- ja hyvinvoinnin edistäminen alueellisessa yhteistyössä vaatii selkeää ja innovatiivista johtamista. Johtajuuden tavoitteena on vahvistaa osaamisen työelämälähtöisyyttä. Haasteena on tulevaisuudessa osaavan työvoiman hyvä saatavuus alueellisella rekrytointistrategialla. Johtamisen avulla yhtenäistetään terveydenhuollon käytäntöjä tutkimustiedon ja hyvien käytänteiden pohjalta. (Vallimies-Patomäki 2009.)

Sairaanhoitajan rajattu lääkkeenmääräämisoikeus on edennyt eduskunnan käsittelyyn. Uudistuksen tarkoituksena on edistää terveydenhuollon ammattihenkilöryhmien osaamisen tarkoituksenmukaista käyttöä, jonka avulla parannetaan asiakkaan hoitoon pääsyä ja nopeutetaan hoidon aloittamista. Lisäksi lääkäreiden työpanosta voidaan suunnata entistä tehokkaammin tarkoituksenmukaiseen työhön. (Vallimies-Patomäki & Kaartamo 2010.)

Sairaanhoitajan osaamisella eli kompetenssilla tarkoitetaan sairaanhoitajan taitoa hallita ammatin toiminnallisia kokonaisuuksia niin tiedollisesti kuin taidollisesti. Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin kuuluvat priorisointikyky, hyvät vuorovaikutustaidot ja kyky kerätä tietoa asiakkaan tarpeista. Suomen väestön nopea ikääntyminen lisää hoidon tarvetta ja haasteellisuutta terveyspalveluille. Osaamisalueista tärkeimmiksi muodostuivat itsensä kehittäminen sekä kliininen osaaminen, viestintä-, vuorovaikutus- ja asiakkuusosaaminen. (Viinikainen & Pyhälä-Liljeström & Blek 2010.)

Päivystyshoidossa korostetaan riittävän osaamisen oikea-aikaista sijoittamista potilaan hoidon tarpeen ensiarviointiin ja alkuvaiheen diagnostiikkaan ja hoitoon. Työntekijöiden osaamista tulee käyttää optimaalisesti, ja tämä edellyttää selkeää ja joustavaa paikallista työnjakoa ja mutkatonta konsultaatiomahdollisuutta hoitohenkilökunnan sekä lääkäreiden välillä. (STM 2010a.)

Laaja-alainen osaamisen arviointi on hyvä tuki ammattitaidon kehittämiseen. Osaamisen arviointia voidaan käyttää sairaanhoitajan osaamisen kehittämisessä hyödyntämällä sitä johtamisen keinona, kehityskeskusteluissa, yksilöllisessä perehdytyksessä sekä urakehityksen mahdollistamisessa. Näiden avulla tunnistetaan osaamisalueita, joissa sairaanhoitajan tulee kehittyä ammatillisesti täydennyskoulutuksen ja työssä oppimisen kautta. Onnistuneen rekrytoinnin avulla pyritään turvaamaan jatkossa myös hoitotyön osaajien kehittyminen. (Viinikainen ym. 2010.)

2.2 Vastaanottotoimintaa sääteleviä lakeja ja asetuksia

Suomen erikoissairaanhoito kehittyi 1950- ja 1960-luvuilla. Kansanterveyslaki tuli voimaan 1972, jolloin terveyskeskusjärjestelmää alettiin luoda vuodeosastoinen maanlaajuiseksi. Kunnalla on järjestämisvastuu riittävästä terveyspalveluista kuntalaisilleen. Kunnan tehtäviin kuuluu kansanterveyslain mukaan: terveysneuvonta, kunnan asukkaiden sairaanhoito, sairaankuljetus, hammashuolto, kouluterveydenhuolto, yrittäjien työterveyshuolto, seulonnat ja joukkotarkastukset ja kiireellinen avosairaanhoito. Lisäksi peruspalveluihin kuuluu laajasti muutakin kuin terveydenhuollon palveluita mm. kansalaisille tarjotut sosiaalipalvelut. Jokaisella kuntalaisella on oikeus ottaa itse yhteyttä näihin palveluihin. Sitä vastoin erikoissairaanhoitoon pääsee vain lähetteellä. (Kaila 2010; Kansanterveyslaki 66/1972.)

Potilaiden hoitoon pääsyn turvaamiseksi ja alueellisen yhteistyön parantamiseksi kansanterveyslakiin tehty muutos tuli voimaan 25.11.2004. Muutoksesta käytetään terveydenhuollossa nimitystä hoitotakuulaki (L 855/2004). Lain mukaan terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada virka-aikana yhteyden terveyskeskukseen. Terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi hoidon tarpeen viimeistään kolmantena arkipäivänä yhteydenotosta. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön ja käytettävissään potilasasiakirjat. Virka-ajan ulkopuolella tulee päivystys

järjestää siten, että yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskuksen päivystykseen. Ensiapuun ja kiireelliseen hoitoon on päästävä heti.

Vastaanottotoiminnassa työskentelevää henkilöstöä säätelevät laki (L 559/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä ja asetus (A 564/1994) terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Lain mukaan ammattihenkilöllä tulee olla toiminnan edellyttämä koulutus, jolloin hän on oikeutettu tekemään tehtäviä koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa perusteella.

Kansallisen terveyshankkeen pilottihankkeissa työnjakoa uudistettiin perusterveydenhuollossa, suun terveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä puhelinpäivystyksessä ja -neuvonnassa. Tehtäviä on eniten siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Pilottihankkeissa työjaon kehittäminen oli koettu suurelta osin myönteisenä sekä henkilöstön että asiakkaiden arvioimana. Hankkeen pohjalta ehdotettiin työjaon uudistamiseen liittyviä valtakunnallisia linjauksia sekä lainsäädännön muutostarpeita. (Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006.)

Hallitus on esittänyt eduskunnalle sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien oikeudesta kirjoittaa potilaalle lääkemääräyksiä tietyin ehdoin. Tavoitteena on, että viiden vuoden kuluttua ainakin 200 kunnassa työskentelee sairaanhoitajia, joilla on oikeus määrätä lääkkeitä. Edellytyksenä olisi palvelussuhde terveyskeskukseen, lisäkoulutus ja vastaavan lääkärin antama kirjallinen määräys. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira merkitsisi tiedon rajattua lääkkeen määräämistä koskevasta erikoispätevyydestä terveydenhuollon ammattihenkilöiden rekisteriin. (Pohjolainen 2010; Hallituksen esitys 2009.)

2.3. Tiimityö

Tiimityö tarkoittaa valittua ryhmää henkilöitä, jotka ovat kiinteästi yhteydessä toisiinsa. Tiimityö on ryhmätyötä, jossa tiimin jäsenet toteuttavat työhön, yhteistoimintaan ja henkilökohtaiseen kasvuun liittyviä arvoja, päämääriä ja tavoitteita. Tiimityö on yhteiseen päämäärään, suoritustavoitteisiin ja toimintamalliin sitoutumista ja yhteisvastuullista suoriutumista. (Skyttä 2000; Helakorpi 2001; Peltonen 2009a.)

Tiimityön muodostaa pieni ryhmä ihmisiä, joilla on toisiaan täydentäviä taitoja. He ovat sitoutuneet yhteiseen päämäärään, suoritustavoitteisiin sekä toimintamalliin. Tiimityö syntyy jäsenten välille, jotka ymmärtävät toisiaan, tietävät toistensa henkilökohtaiset vahvuudet ja heikkoudet sekä työskentelevät toisiaan auttaen. (Heikkilä 2002.)

Terveyskeskuksessa tiimiin voivat kuulua lääkäri, sairaan- tai terveydenhoitaja, lähi- tai perushoitaja sekä terveyskeskusavustaja. Ammattiryhmien edustajille on tiimityössä nimetty erilaisia tehtäviä, ja sekä lääkäri että asiakas toimivat yhteistyössä usean hoitajan kanssa. Tiimityössä hoitajilla on myös itsenäisiä vastaanottoja pitkäaikaissairaille potilaille, esimerkiksi diabeetikoille ja sydänpotilaille. Terveyskeskuksissa tiimityöhön kuuluu lisäksi myös erillinen hoitajien päivystysvastanotto toiminta. (Peltonen 2009b.)

Toimivassa hoitotiimissä hoitajien ja lääkäreiden työnjako sekä ajankäyttö on suunniteltua. Yhteistyö ylittää terveydenhuollon ammattilaisten väliset organisaatorajat, jolloin hoito yhtenäistyy ja tulee laadukkaaksi. Elintapaohjauksessa on hoitajalla valmentajan rooli. Tiimityö jäsentää yksikön ja organisaation toimintaa, jonka avulla perustehtävän toteuttaminen selkiytyy. Tiimityö on myös hoitotyön kehittämisen väline. Jokaisella tiiminjäsenellä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa oman työn suunnitteluun. Tiimityö antaa pohjan yksilövastuiselle hoitotyölle ja tukee vastuuhoidajaa hänen työssään. (Koivukoski & Palomäki 2009; Suurnäkki & Leppäkoski & Pellikka 2010.)

2.4 Työnjako

Työnjako määritellään koko työyhteisön toiminnan kehittämiseksi siten, että toiminta ja tehtävät järjestetään tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta. Työnjaon tavoitteena on kehittää työympäristöä, ottaa paremmin huomioon työyhteisöjen vuorovaikutukselliset, terveydelliset ja laadulliset seikat sekä henkilöstön oikeanlainen resursointi ja kannustaminen. (Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006.)

Lindström (2003) toteutti selvityksen terveydenhuollon ammattiryhmien välisestä työnjaosta. Tämän selvityksen jatkoksi Vallimies-Patomäki kollegoineen (2003) teki systemoidun kirjallisuuskatsauksen lääkäreiden ja sairaanhoitajien välisestä työnjaosta. Heidän tarkoituksenaan oli selvittää, miten lääkäreiden ja sairaanhoitajien välistä työnjaon kehittämistä on tutkittu, millaisia tehtäviä sairaanhoitajille on lääkäreiltä siirretty ja miten sairaanhoitajien tehtävänkuvat ovat laajentuneet. Tulosten mukaan sairaanhoitajat pystyivät vastaamaan satunnaisesti heidän vastaanotolleen päätyneiden potilaiden hoidosta 80 - 95 prosenttisesti. Sairaanhoitajat ohjasivat lääkärin vastaanotolle 5 - 20 prosenttia potilaista. Kaikissa tutkimuksissa todettiin, että sairaanhoitajan tehtävänkuvaa voidaan laajentaa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. (Vallimies-Patomäki, Perälä & Lindström 2003.)

Sosiaali- ja terveysministeriö teki vuonna 2005 selvityksen toteutettujen työnjaon hankkeiden tuloksista, joissa kuvattiin hoitajien ja lääkäreiden työnjaon muutoksista saatuja kokemuksia perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa (Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006).

Työn kehittäminen on yleisemmin liittynyt perusterveydenhuollon hoitajavastaanottotyöhön. Tehtäviä on siirretty eniten lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Hoitajien laajennettuihin tehtävänkuviin ovat kuuluneet hoidon tarpeen arviointi ja hoito sekä hoitoon ohjaaminen äkillisissä terveysongelmissa hoitajavastaanotolla ja puhelinneuvonnassa että pitkäaikaissairaiden seurannassa. Työnjaon uudelleen organisointia voidaan perustella hoidon sujuvuudel-

la, nykykäytäntöjen laillistamisella sekä henkilökunnan optimaalisella käytöllä. (Vallimies-Patomäki & Hukkanen 2006, Liimatainen 2009.)

Liimatainen (2009) on lisensiaattityössään selvittänyt sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittymistä perusterveydenhuollossa. Tutkimustulosten mukaan asiantuntijahoitajaopintojen myötä sairaanhoitajien/terveydenhoitajien osaamisen taso nousi kaikilla osaamisalueilla, eniten tutkimus- ja kehittämistyön, klinisen hoitotyön sekä yhteistyö- ja viestintätaitojen osalta.

Suunnitelmallinen työnjako ohjaa toimintaa, auttaa hoitoprosessin etenemistä, resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä, laadun valvontaa ja mahdollistaa toiminnan arvioinnin ja perehdyttämisen. Työnjaon tavoitteena on turvata potilaan kannalta olennainen, parantaa työn ja toiminnan laatua, vähentää konfliktien todennäköisyyttä, lisätä työiihtyvyyttä ja kehittää osaamista. Työnjaon kehittäminen parantaa potilaiden hoitoon pääsyä ja ohjausta sekä lisää terveystieteiden vastaanotto toiminnan tuottavuutta. (Peltonen 2009 b.)

2.5 Työparityö

Työparityö tarkoittaa työtiloiltaan läheistä lääkärin ja hoitajan kiinteää ja jatkuvaa työskentelyä, jossa he vastaavat tietyn alueen väestöstä. Keskeistä työparityössä on se, että terveystieteiden käyttäjä ottaa yhteyttä omaan nimettyyn sairaan- tai terveydenhoitajaan. Työparityössä omahoitaja arvioi hoidon tarpeen kiireellisyyden ja ohjaa asiakkaan lääkärille tai varaa asiakkaalle ajan omalle vastaanotolle. Työparityö tarkoittaa myös monia hoitoon ja seurantaan liittyviä käytännön järjestelyjen ja kysymysten hoitamista puhelinyhteyden aikana. Työparityössä hoitaja vastaa myös pitkäaikaissairaiden hoidosta ja seurannasta omalla vastaanotolla sekä avustaa lääkäreitä ja huolehtii määrättyistä erityistehtävistä. (Peltonen 2009b.)

Eija Peltonen (2009a) on väitöskirjassaan tutkinut lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityötä vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Tulosten mukaan vastaanotto toiminnan suunnittelun ja arvioinnin tehostamiseen

tarvitaan yhtenäinen tilastointijärjestelmä, joka tuottaa tietoa vastaanottojen käyntisyiden lisäksi käyntien luonteesta, sisällöstä sekä kustannuksista. Peltonen (2009a) mukaan omalääkäriin ja omahoitajan työ tulisi suunnitella siten, että työn kohde mitoitetaan tarkoituksenmukaisesti ja sitä arvioidaan säännöllisesti. Tutkimuksen tuloksiin ja aikaisempaan tietoon perustuen luotiin uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan.

2.6 Omahoitajuus

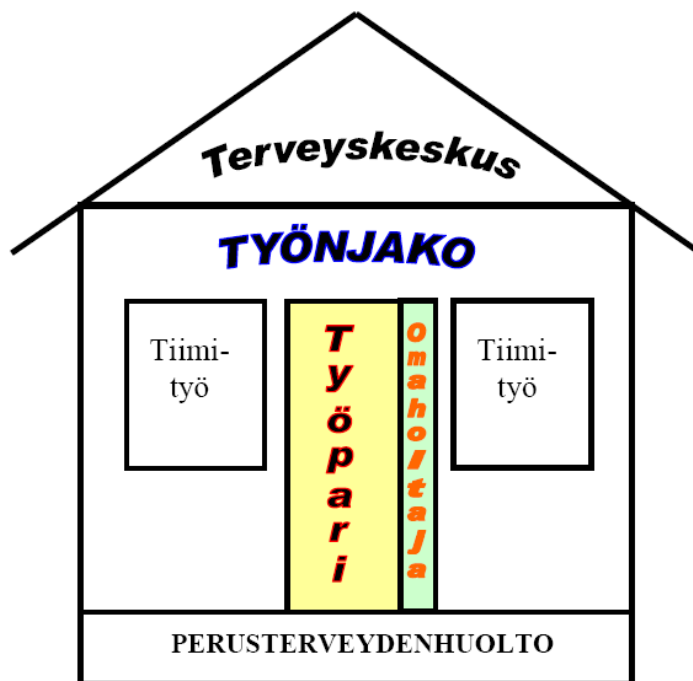
Omahoitajana sairaanhoitajan työ sisältää asiakkaan hoidontarpeista lähtevän, hoitoprosessin mukaisesti etenevän hallitun kokonaisuuden. Näin menetellen tavoitteinen, potilaskeskeinen hoitotyö toteutuu, ja potilaan hoito jäsentyy tekijälleen selkeänä. Omahoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta havaitsemaan omat voimavaransa ja kannustaa löytämään ratkaisuja omahoidon toteutukseen. (Suurnäkki ym. 2010.)

Omahoitaja on tärkeä tiedon kerääjä ja toimintojen yhteen sovittaja hoidon toteuttajien sekä asiakkaan tarpeiden ja toiveiden välillä. Omahoitaja toimii hyvässä yhteistyössä moniammatillisessa työyhteisössä asiakkaan edustajana sekä yhdyshenkilönä asiakkaan ja omaisen välillä. Tässä työssä korostuu asiakaslähtöisyyden lisäksi perhekeskeisyys ja kokonaisvaltaisuus. Omahoitaja voi paneutua lisäksi väestön terveydenedistämisen haasteisiin. Omahoitajuus ei myöskään poissulje eriytynyttä asiantuntijuutta. Asiantuntijuusalueet voidaan jakaa omahoitajien kesken, jolloin he toimivat toistensa vertaisina ja konsultteina. Lääkärien ja hoitajien työparityössä tulee mahdollistaa keskinäiset konsulttiorajat. (Peltonen 2009a.)

Omahoitaja huolehtii potilaansa hoitotyöstä koko terveydenhuoltojärjestelmän käytön ajan. Omahoitaja hoitaa potilastaan vuorossa ollessaan ja koordinoi hoidon korvaavalle hoitajalle poistuessaan työvuorosta. Omahoitaja huolehtii, että potilaan hoitotyö etenee hoitosuunnitelman mukaisesti ja muuttaa suunnitelmaa potilaan tilan mukaan. Yhteistyötä tehdään kaikkien hoitoon osallistuvien kans-

sa ja huolehditaan siitä, että potilasta koskevat dokumentoinnit on asianmukaisesti tehty. (Paavilainen, Pukuri & Åstedt-Kurki 2007.)

Kuviossa 1 esitetty malli kuvaa perusterveydenhuollon terveyskeskuksessa tapahtuvaa työnjakoa. Perusterveydenhuolto on ”kivijalka”, johon terveyskeskuksen sisäinen työnjako rakentuu. Työnjako sisältää tiimityön, joka muodostuu useammasta ammattihenkilöstä. Tiimityön sisällä toimii omahoitaja kiinteässä hoitosuhteessa asiakkaan kanssa. Tiimityö peilaa ulospäin terveysaseman sisäistä toimivuutta. Tiimityön lisäksi tai tiimin sisällä voi toimia pienempiä työyksiköitä eli työpareja.



Kuvio 1 Toimiva terveyskeskus

Laadukas työparityöskentely on ”terveysaseman käyntikortti”. Toimivan terveyskeskuksen työnjako näkyy asiakastyytyväisyydessä. Tämä malli on tutkijoiden oma näkemys työnjaon toteutumisesta.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata erään toimivan perusterveydenhuollon terveysaseman työnjakomallia. Tutkimuksen tavoitteena oli kirjallisuudesta ja tutkimuksesta saadun tiedon avulla kehittää perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaa, johtamista sekä hoidon laatua Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden terveysasemilla.

Tutkimustehtävät olivat seuraavat:

1. Millaisia kokemuksia lääkäri-hoitaja -työparityöskentelystä on perusterveydenhuollossa?
2. Millaista ammatillista lisäkoulutusta työntekijät ovat saaneet työnjakomallin toteuttamista varten?
3. Miten johtamisella voidaan vaikuttaa työnjaon kehittämiseen?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuskohteen kuvaus

Toteutimme opinnäytetyömme tutkimalla terveysaseman työntekijöiden kokemuksia lääkäri-hoitaja -työparityöskentelystä vastaanottotoiminnassa.

Tutkimuskohteena olivat Myyrmäen terveysaseman lääkärit, hoitajat ja osastonhoitaja. Myyrmäen terveysasemalla työskentelee 15 kokopäiväistä lääkäriä ja 4 puolipäiväistä lääkäriä, 13 sairaanhoitajaa, 5 terveydenhoitajaa, 2 diabeteshoitajaa, 2 depressiohoitajaa, 10 terveyskeskusavustajaa, 1 kanslisti ja osastonhoitaja. Valitulla terveysasemalla on toteutettu lääkäri-hoitaja –työparityöskentelyä ja työnjakomallia vuodesta 2004 alkaen.

Myyrmäen sosiaali- ja terveyskeskus on yksi Vantaan viidestä sosiaali- ja terveyskeskuksesta. Myyrmäen sosiaali- ja terveysasema sijaitsee Länsi-Vantaalla, osoitteessa Jönsaksentie 4. Tilat on täysin remontoitu sosiaali- ja terveysaseman tarpeisiin. Myyrmäen terveysasema ja sen vastaanottotoiminta on osa Myyrmäen terveyskeskuksen palvelulinjaa. Myyrmäen vastaanottotoiminta on mukana valtakunnallisessa laatuverkostossa, jossa tehdään mittauksia työn sisällöstä ja vaikuttavuudesta vuosittain.

Vastaanottotoiminnan perustehtävänä on sairauksien ennaltaehkäisy, varhais-toteaminen, hoito sekä väestön terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen yhteistyössä muiden palvelulinjojen, ostopalvelujen tuottajien ja erikoissairaanhoidon kanssa. Vantaan kaupungin strategiassa painottuu kriittisinä menestystekijöinä palvelujen saatavuuden oikea kohdentuminen ja erityisosaaminen. Strategian avulla johto sitoutuu yhteisiin tavoitteisiin, joita ovat peruspalveluiden tuottavuuden nostaminen, tehokas resurssien käyttö, monipuolisten palvelujen säilymisen turvaaminen sekä henkilöstön hyvinvointi.

Myyrmäen palvelualueen väestömäärä on noin 35 000 asukasta, joista vanhusväestön määrä on kasvussa. Ulkomaalaistaustaisten osuus väestöstä on noin

5,5 %, ja kulttuurieroista johtuen he käyttävät runsaasti terveystalvaeluita. Myyrmäen palvelualueen pääasiakkaita ovat työikäiset ja ikäihmiset. Vanhusten lukumäärä on nousussa. Myyrmäen alue on Euroopan nopeimmin ikääntyvä alue. Lasten ja alle 15-vuotiaiden määrä on laskussa. Työikäisten käyntisyitä ovat mm. ylipainosta ja liikkumattomuudesta johtuvat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, aikuistyyppin diabetes ja verenpainetauti. (Airas 2009.)

Lääkäri-hoitaja -työparityöskentely on alkanut yhdessä solussa 1.9.2004 ja koko terveystalvaelualla alkuvuodesta 2007. Toimintatavan tarkoituksena on se, että asiakkaat saavat tarvittavaa palvelua oikein kohdennettuna oikea-aikaisesti. Myyrmäen terveystalvaelun toimintatapana on aluevastuinen toimintatapa, jossa lääkäri-hoitaja -työpari huolehtii omasta vastuuväestöstään. Hoitajan toimiessa itsenäisesti vastaanotolla on hänellä mahdollisuus konsultoida lääkärityöpariaan. (Airas 2009.)

Omahoitajana voi toimia perushoitaja, sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Omahoitajatoiminta rakentuu puhelinpalveluun ja vastaanottotyöhön. Omahoitajan työ on asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hän arvioi sairauden tai vamman hoidontarpeen puhelimesta sekä asiakkaan tullessa terveystalvaeluun ja ohjaa hänet hoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Hoidon tarpeen arvio perustuu Triage -luokituksiin. Omahoitaja tutkii erilaisia infektiopotilaita ja ei-vakavasti sairaita, antaen heille hoito-ohjeita sekä suorittaen sairaanhoidollisia toimenpiteitä. Hän huolehtii pitkäaikaissairauksien hoidosta ja seurannasta kontrollitutkimuksin sekä huolehtii potilaan hoidon jatkuvuudesta. Asiakkaan omahoidon tukeminen on omahoitajan keskeisiä tehtäviä. (Airas 2009.)

Tiimissä työskentelevillä sairaanhoitajilla, terveydenhoitajilla ja perushoitajilla on lisäksi omia erityistehtäviä, heidän koulutuksensa ja erikoisosaamisensa mukaan. Terveystalvaelun toimintaa täydentävät valvomohoitajat, jotka vastaavat valvomoon tulevien potilaiden kokonaisvaltaisesta hoidosta. Valvomohoitaja toimii terveystalvaelualla akuutin hoitotyön erityisasiantuntijana. Tiimitoimistossa työskentelevät hoitajat vastaavat asiakas-, puhelin-, faksi- ja paperiliikenteestä. Työssä keskeisessä asemassa ovat ohjaaminen, neuvonta, reseptiliikenteen hoitaminen ja muu asiakaspalvelu. (Airas 2009.)

4.2 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Haimme terveysaseman johtavalta lääkäriltä tutkimusluvan (liite 1), jonka mukana oli tutkimussuunnitelma. Tutkimussuunnitelma toimitettiin arviointia, lausuntoa, ohjausta ja hyväksymistä varten johtavalle lääkärille tammikuussa. Tutkimusluvan myönsi Vantaan kaupungin terveystalvelujen johtaja 1.3.2010.

Terveystalvelun osastonhoitaja oli yhdyshenkilö tutkijoiden ja tutkittavien välillä. Toimitimme kyselylomakkeet saatekirjeen kera lääkäreille (liite 2) ja hoitajille (liite 3) osastonhoitajan kautta. Jokaiselle tutkittavalle selvitettiin tutkimuksen tavoite, menetelmät ja tutkimuksessa odotettavissa oleva hyöty. Saatekirjeessä kerrottiin tutkittaville, että kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkittava sai vapaaehtoisesti osallistua tutkimukseen, ja kyselyyn vastaamalla hän ilmaisi suostumuksensa. Tutkittavien henkilöllisyys pyrittiin suojaamaan niin, ettei se paljastu tutkimusprosessin aikana, eikä tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle henkilölle. Tutkittavien anonymiteetti on keskeinen eettinen arvo tässä tutkimuksessa (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

Osastonhoitaja sai etukäteen tutustua osaan teemahaastattelun kysymyksiä. Keskityimme tutkimuksessamme ennalta toimitettujen kysymysten vastauksiin ja pyrimme suojaamaan osastonhoitajan henkilöllisyyttä. Teemahaastattelun toteutimme ennalta kirjatun haastattelurungon mukaan, jottei oma tietomme tai käsityksemme ohjannut haastateltavaa.

Tutkimuksessa eettisyyden kannalta keskeisiä kysymyksiä ovat tutkimuskohteina olevien henkilöiden itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Itsemääräämisoikeus pitää sisällään oikeuden määrätä itseään koskevista asioista ja oikeuden toimia haluamallaan tavalla. Vapaudesta ja itsemääräämisoikeudesta käytetään autonomian käsitettä, jolla tarkoitetaan yksilön taipumusta ajatella ja toimia itsenäisesti ja ohjata omia pyrkimyksiään. Jokaisella tulee olla oikeus tehdä ja valita itseään koskevia päätöksiä vapaasti. Kaikissa tilanteissa pyritään tukemaan yksilön itsemääräämisoikeutta. Suostumus on keskeistä itsemää-

räämisoikeuden toteutumisessa. (Vuori-Kemilä & Lindroos & Nevala & Virtanen 2005.)

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus sekä muiden tieteenalojen työn arvostaminen. Tutkimuksen tulee olla korkeatasoista ja tuottaa luotettavaa tietoa. Keskeisiä arvoja kulttuurissamme on ihmisarvon kunnioittaminen. Eettisiä vaatimuksia asetetaan ammattitaidon hankkimiselle, informaation tuottamiselle, sen välittämiselle ja käyttämiselle sekä tutkijoiden ammattikunnan kollegiaalisuudelle. (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008.)

Tutkimus on tavoitteiltaan ja menetelmiltään eettisesti hyväksyttävää ja kunnioittaa tutkittavien oikeuksia. Tutkimuksia säätelevät lait ja ohjeistot sekä säädökset, joiden perustana on elämän kunnioittaminen, hyödyn tuottaminen, haitan välttäminen, oikeudenmukaisuus ja asiakkaan autonomia (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008). Tässä tutkimuksessa kuvasimme kokemuksia sekä lääkäreiden että hoitajien työparityöskentelystä. Pyrimme tekemään tulosten analysointia mahdollisimman tarkasti, jokaisen mielipidettä kunnioittaen ja kokemusten ainekertaisuuden esiintuoden.

Laadullisessa tutkimuksessa on tutkijan avoimuus osallistujien todellisuudelle olennaista, ettei tutkija vääristä tutkimustuloksia aikaisempaan tietoon perustavilla tulkinnoillaan (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008). Tutkijat säilyttävät kompetenssinsa suhteessa tutkimusaiheeseen ja metodologiaan, muihin ammattilaisiin ja yhteisöllisiin seikkoihin, jotka vaikuttavat hoitotyön tutkimukseen (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009).

4.3 Aineiston hankinta ja analysointi

Tiedonkeruumenetelmänä käytimme puolistrukturoituja kyselylomakkeita lääkäreille (liite 4) ja hoitajille (liite 5) sekä teemahaastattelua osastonhoitajalle (liite 6). Molemmille ammattiryhmille oli oma kyselylomakkeensa. Kyselylomakkeet lähetettiin postitse terveysasemalle helmikuun aikana saatuaamme tutkimusluvan. Terveysaseman osastonhoitaja jakoi kyselylomakkeet 17 lääkärille ja 19

hoitajalle. Kyselyyn vastaamisaikaa oli kaksi viikkoa, ja kyselyt palautettiin osastonhoitajalle.

Saimme vastattuja kyselylomakkeita jo tutustumiskäynnin yhteydessä mukaamme, ja loput kyselylomakkeet palautuivat, kun osastonhoitaja lähetti ne tutkimusentekijöille postitse. Kyselylomakkeisiin vastasi yhteensä 19 hoitajaa ja 8 lääkäriä. Osastonhoitajan teemahaastattelu toteutettiin 16.3.2010 tutustumiskäynnin aikana osastonhoitajan työhuoneessa.

Osastohoitaja oli tutustunut etukäteen viiteen haastattelussa esitettyyn kysymykseen, joilla haluttiin saada tietoa työnjakomallista ja johtamisen merkityksestä työnjakomallin toteuttamisessa. Kuusi uutta kysymystä, joissa selvitettiin mm. asiakkaan omahoitoon vaikuttavia tekijöitä, osastonhoitaja sai tietää vasta haastatteluhetkellä. Näiden kysymyksien vastauksia emme käyttäneet tutkimuksessamme, koska emme olleet etukäteen osastonhoitajaa kysymyksistä informoineet.

Tutustumiskäynnin aikana teimme myös reflektiivisiä huomioita kyseisen terveysaseman työympäristöstä ja työnjaon toteutumisesta.

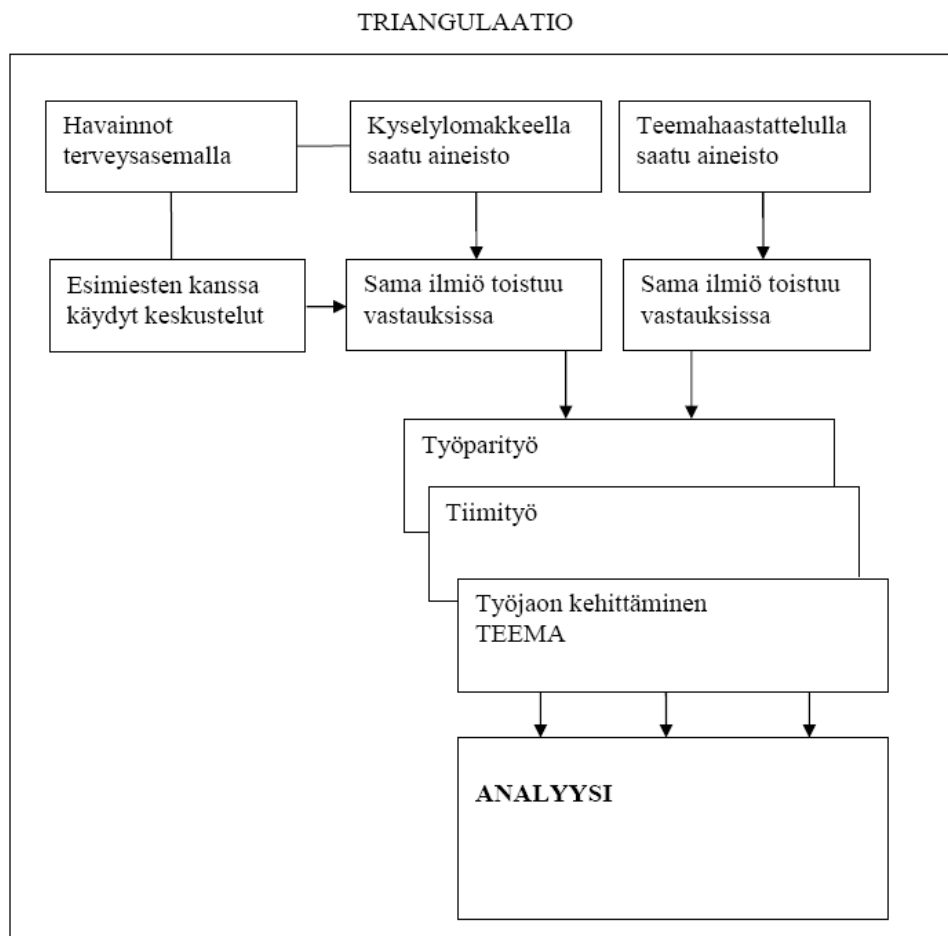
Tässä tutkimuksessa tiedonkeruumenetelminä olivat kyselytutkimus, teemahaastattelu ja havainnointi, jotka muodostivat triangulaation. Metodologinen triangulaatio tarkoittaa useamman kuin yhden tutkimusmenetelmän tai aineistonkeruumenetelmän käyttöä yhden ilmiön tutkimisessa. Menetelmät voivat olla toisiinsa täydentäviä tai kokonaan eri näkökulmaa valottavia. Triangulaation etuja ovat aineiston validointi, täydentäminen, vahvistaminen, syventäminen, rikastaminen ja kokonaiskuvan saaminen tutkittavasta ilmiöstä (ks. Kankkunen ym. 2009). Metsämuurosen (2006) mukaan triangulaatiolla tarkoitetaan aineiston katsomista monesta eri suunnasta. Näkökulmien yhdistäminen antaa rikkaamman kuvan todellisuudesta.

Denzin (1978) mukaan triangulaatio jaetaan neljään päätyyppiin, jotka ovat tutkimusaineistoon, tutkijaan, teoriaan liittyviin triangulaatioihin sekä metodiseen triangulaatioon. Tutkimusaineistoon liittyvä triangulaatio tarkoittaa, että tietoa

haetaan monelta eri tiedonantajaryhmältä esim. lääkäreiltä, hoitajilta ja hallinnon edustajilta. Tutkijaan liittyvällä triangulaatiolla tarkoitetaan, että tutkijoina toimii mahdollisimman monia henkilöitä. Esimerkiksi havainnointiin perustuva tutkimus tapahtuu useamman henkilön toimesta (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Teoriaan liittyvä triangulaatio on sitä, että tutkimuksessa otetaan huomioon monia teoreettisia näkökulmia, jolloin laajennetaan tutkimuksen kantaa. Denzin (1978) mainitsee tässä yhteydessä metodin sisäisen alaluokan sekä toisaalta metodien välisen alaluokan. Metodien sisäinen alaluokka tarkoittaa, että tutkija valitsee yhden metodin esimerkiksi kyselyn ja kysyy samaa asiaa erityyppisin kysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009).

Kuviossa 2 kuvataan tutkimustiedon keruuprosessia tässä tutkimuksessa.



Kuvio 2 Menetelmätriangulaatio

Kyseessä oli tapaustutkimus (case study), joka edustaa jo toiminnassa olevan tapahtuman tutkimusta. Tutkittava ilmiö kuvasi lääkäri-hoitaja työparityöskenteilyn ja -työnjaon kehittymisen kokemuksia perusterveydenhuollossa. Tässä tutkimuksessa pyrimme saamaan vastauksia työnjakoon liittyvistä asioista, kysymyksillä millaista ja miten. Tavoitteenamme oli selvittää tapaustutkimuksen avulla, mitä voimme oppia tapauksesta. Triangulaation hyöty tässä tutkimuksessa oli, että se mahdollisti monipuolisen tulkinnan ja toi tulokset lähelle hoitotyön toimintaa ja kokemusta. Lopullinen merkitys paljastui vasta tutkimuksen kuluessa (ks. Metsämuuronen 2006; Tuomi & Sarajärvi 2009).

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Kyselylomakkeiden tulosten analysoinnissa käytimme tilastollisia menetelmiä ja laadullista sisällönanalyysiä. Teemahaastattelun käsittelimme litteroinnin ja sisällönanalyysin keinoin. Tutkimuksen sisällönanalyysi on induktiivista. Induktiivisen aineiston analysointiin kuuluu aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009).

Aloitimme aineiston analyysin kuuntelemalla ja aukikirjoittamalla osastonhoitajan teemahaastattelun. Annoimme haastatteluaineiston puhtaaksi kirjoittamisen terveyskeskuksen tekstinkäsittelijälle. Tutkimusaineisto kirjoitettiin Microsoft Word- tekstinkäsittelyohjelmalla, fonttikoko 12, riviväli 1,5, kirjasintyyli Arial. Aukikirjoitettua aineistoa muodostui yhteensä kuusi sivua.

Kyselylomakkeiden analysoinnin aloitimme kirjoittamalla sekä hoitajien ja lääkäreiden vastaukset sanasta sanaan. Kokosimme vastaukset kunkin kysymyksen alle, jonka jälkeen vastausten analysointi helpottui. Luimme aukikirjoitettuja aineistoja useita kertoja ja valitsimme tärkeinä pitämiämme kohtia, jotka vastasivat tutkimustehtäviin. Seuraavaksi muodostimme suorista lainauksista pelkistettyjä ilmaisuja, joista ryhmittelimme alakategoriat sisällön ja yhtäläisyyksien perusteella. Alakategorioista muodostui yksi yhtenäinen kokoava käsite, joka nousi kysymysten pääsisällöksi.

Tutustumiskäyntien aikana 16.12.2009 ja 16.3.2010 kirjasimme ylös vihkoon käytyä keskustelua, valokuvasimme tiloja ja teimme havaintoja toimintatavoista

sekä työparityöskentelystä terveysasemalla. Paluumatkalla tutustumiskäynniltä jaoimme kokemuksia ja analysoimme havaintojamme. Lisäksi teimme vertailuja Myyrmäen terveysaseman ja Etelä-Karjalan terveysasemien välillä, johon palaamme pohdinta-osuudessa.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkijoiden havainnot

Myyrmäen sosiaali- ja terveysasema toimii neljässä kerroksessa. Rakennus on U-kirjaimen muotoinen. Rakennukselle on ominaista pitkät käytävät sekä tilojen värityksenä harmaan eri sävyt. Työntekijöiden mukaan harmaan sävyt helpottavat mm. näkövammaisten asioimista terveysasemalla, koska heidän on helppompaa hahmottaa opasteet harmaasta pohjasta. Käytävillä toimivat solut voidaan tunnistaa eri värien ja kirjaimien mukaan. Solut palvelevat eri alueella asuvia asukkaita. Käytävien varrella ja päässä on useita odotustiloja, joista on selkeät opasteet solutoimistoon ja muihin yksiköihin.

Tilat antavat rauhallisen vaikutelman. Erillistä ilmoittautumista vastaanotoille ei ole, vaan hoitaja tai lääkäri hakee asiakkaan oman solun odotustilasta. Asiakkaat jakautuvat useampaan odotustilaan, mikä tekee asioinnista sujuvaa ja joustavaa. Lääkärien ja hoitajien työhuoneet ovat vierekkäisiä, peilikuvan kaltaisia työtiloja, joka mahdollistaa vaivattoman konsultaation. Työhuoneiden välillä oleva ovi on myös työturvallisuutta parantava tekijä. Välinevarastot on keskitetty yhdellä käytävälle toiminnan selkeyttämiseksi. Monipuoliset kokous- ja henkilöstön taukotilat sijaitsevat kahden käytävän välissä rakennuksen keskellä olevassa tilassa.

Toimenpideyksiköt ovat sijoitettuina yhden käytävän varrelle. Yksi huoneista oli varattu mm. pienimuotoisia kirurgisia toimenpiteitä varten. Yhdessä huoneessa tehdään skopioita. Samalla käytävällä toimenpideyksikköjen kanssa toimii myös perhesuunnitteluneuvola.

Toisessa kerroksessa sijaitsee terveysaseman seuranta- ja tarkkailuhuone, jossa työskentelee kaksi sairaanhoitajaa ja perushoitaja. Tarkkailussa voi olla yhtä aikaa useampia potilaita. Tilat vaikuttivat hyvin toimivilta, ja välineet olivat selkeästi saatavilla akuuttia hoitotyötä ajatellen.

Tiimien muodostaminen tapahtui yhteisesti sovittujen pelisääntöjen mukaan. Myyrmäen terveysaseman hoitajat ja lääkärit kirjasivat toiveensa kolmesta ensisijaisesta työparista paperille. Yhteensä 14 hoitajaa ja lääkäriä olivat kirjanneet toisensa ensisijaiseksi toiveeksi työparista, jolloin heistä muodostui näin toistensa työparit. Kolme työpareista muodostui muiden kuin ensisijaisen toiveen perusteella.

Tutustumiskäynnin aikana oli vaikea tehdä havaintoja varsinaisesta työparityöskentelystä, koska lyhyen ajan puitteissa tämä ei ollut mahdollista. Työparityöstä saadut kokemukset muodostuivat esimiesten kertomusten, teemahaastattelun, kyselylomakkeesta saatujen vastausten sekä tutkijoiden keskinäisen keskustelun, dialogin kautta.

5.2 Esimiesten näkemyksiä

Tutustumiskäynnin yhteydessä tutkijat keskustelivat johtavan ylilääkärin, osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan kanssa heidän näkemyksistään. Johtavan ylilääkärin mukaan terveysaseman työskentelyssä ei käytetä termiä tehtävien-siirto tai tehtävien delegointi, vaan lääkärien ja hoitajien välinen työnjako. Johtavan ylilääkärin työ koostui 100 prosenttisesti hallinnollisesta työstä.

Johtavan ylilääkärin mukaan koko terveysaseman henkilöstöllä tulee olla yhteinen päämäärä. Solujen sisällä lääkäri-hoitaja -työpari voi toteuttaa omia, yhteisesti sovittuja toimintatapoja. Pohdintaa on herättänyt työparityöskentelyn muuttuminen yksinäiseksi, lokeroituneeksi työtavaksi. Johtavan ylilääkärin mielestä Myyrmäen terveysasemalla on vahva vetovoima ja hyvä maine. Lääkäreitä ja hoitajia on toistaiseksi ollut helppo rekrytoida. Työntekijät ovat sitoutuneita,

josta kertoo työntekijöiden vähäinen vaihtuvuus. Terveysasema ei käytä sijais-työvoimaa. Myyrmäen terveysasemalla on parhaillaan kehitteillä listautumismalli, jossa asiakkaat listautuvat omalle hoitajalle tietyin kriteerein, esimerkiksi kroonisesti sairaat ja yli 75-vuotiaat. Johtavan ylilääkärin mukaan heidän toimintamallinsa on vapaasti käytettävissä. Toimintamallista tulee ottaa jokaiseen yksikköön heitä palvelevat ja hyödyttävät toimintatavat, joista käytetään nimitystä ”parastelu”.

Osastonhoitajan näkemysten mukaan henkilöstö oli työhönsä motivoitunutta. Hänen mukaansa työviihtyvyys oli parantunut, ja työn mielekkyys lisääntynyt työnjakomallin toteuttamisen jälkeen. Suurin osa asioista hoitui ammattitaitoisen hoitajan vastaanotolla, ja hoidon kokonaisuus ”pysyi käsissä”. Johtamisen kannalta osastonhoitaja koki tiimityön mielekkäänä, mutta totesi sen vaativan jatkuvaa muutosta ja kehittämistä. Hän toi esiin myös yhteisten kehittämispäivien merkityksen.

Osastonhoitajan mukaan Länsi-Vantaan alueen väestö oli työnjakomallin alkessa 2005–2006 Euroopan nopeimmin vanhentuvaa. Omahoitaja-järjestelmällä pyrittiin paikkaamaan vähäisiä lääkärin vastaanottoaikoja. Hoitajien tyytyväisyys ja viihtyvyys on lisääntynyt omahoitajajärjestelmän myötä. Omahoitajana voi toimia perushoitaja tai sairaanhoitaja. Työnjako on parantanut asiakastyytyväisyyttä. Asiakkaat ovat oppineet luottamaan omahoitajaan. Tutun omahoitajan kanssa asioiminen on luonut turvallisuutta ja selkeyttä. Asiakastyytyväisyyskyselyssä 90 % asiakkaista ilmoitti olevansa tyytyväisiä nykyiseen työnjakomalliin.

Koko hoitohenkilökuntaa lisäkoulutettiin työnjakomallin toteuttamista varten. Lisäkoulutuksen toteuttivat suurelta osin oman terveysaseman lääkärit. Sisäistä koulutusta järjestettiin kaikista kansansairauksista. Koulutuksissa käytiin läpi hoitoketjuja ja selkeytettiin työparimallia. Jokaiselle omahoitajalle tehtiin henkilökohtainen koulutussuunnitelma ennen työparityöskentelyyn siirtymistä.

Vastaanottotoimintaa harjoiteltiin käytännössä perus- ja sairaanhoitajien kesken. Sairaanhoitaja toimii myös perushoitajan tutorina, ja perushoitaja voi kon-

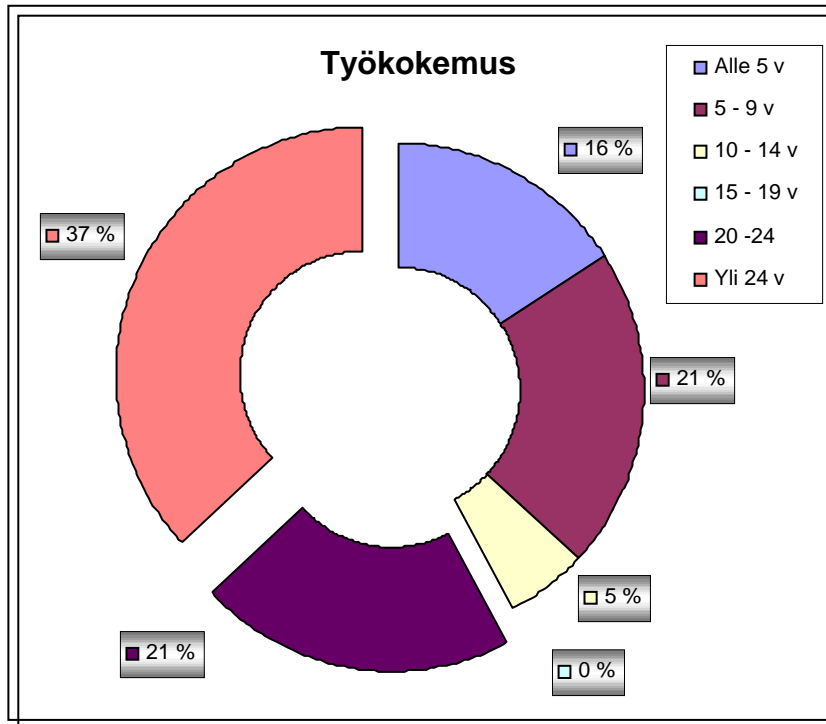
sultoida oman solun sairaanhoitajaa tilanteessa, johon oma osaaminen tai ammatti ei anna valtuuksia. Lisäkoulutusta tarjotaan terveysaseman lääkäreille viikoittain kahden tunnin ajan. Näihin koulutuksiin hoitajat voivat myös osallistua. Täten ylläpidetään henkilökunnan ammattitaitoa.

Osastonhoitaja on suorittanut johtamisen erikoistutkinnon, joka on auttanut häntä työnjakomallin kehittämisessä. Osastohoitaja pyrkii kannustamaan henkilökuntaa tuomaan ideoita työn suunnittelua varten. Menetelminä hän mainitsee mm. fläppitaulun ja liimalaput taukotilassa. Osastonhoitaja kirjoittaa ongelman fläppitaululle, ja henkilökunta voi kirjoittaa liimalapuille ehdotuksiaan ongelman ratkaisemiseksi. Lopuksi osastonhoitaja tekee ehdotuksista yhteenvedon, josta henkilökunta yhdessä päättää ongelmanratkaisun. Tämän suunnitelman toteuttamiseen henkilökunta sitoutuu.

Osastonhoitajan mukaan työnjakomallin toteuttamisessa annetaan työpareille melko vapaat kädet. Tietyt toimintamallit ovat olemassa, mutta toimintatapaa voi soveltaa parin erityisosaaminen huomioiden.

5.3 Tutkimukseen osallistujien taustatiedot ja kokemukset

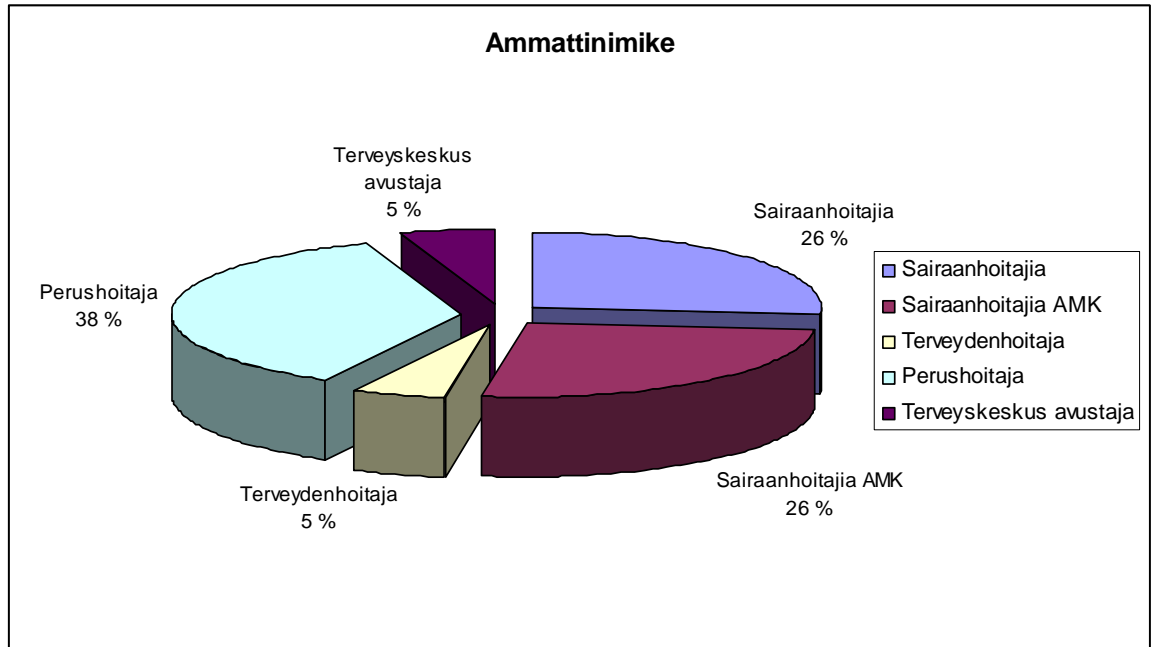
Tutkimukseen osallistujien hoitajien keski-ikä oli 48,9 vuotta ja lääkäreiden 47,9 vuotta. Työkokemusta hoitajilla oli yli 20 vuotta 58 %:lla. Yli 10 vuotta työkokemusta oli 84 %:lla hoitajista. Alle viiden vuoden työkokemus oli 16 %:lla hoitajista. (Kuvio 3.)



Kuvio 3 Hoitajien työkokemus

Työkokemusta lääkäreillä oli yli 20 vuotta 62,5 % :lla ja alle viisi vuotta työkokemusta oli 12,5 % :lla lääkäreistä.

Hoitajien ammattinimikkeenä sairaanhoitaja oli 52 %:lla vastaajista. Terveystenhoitajia oli 5 % ja perushoitajia 38 % sekä terveyskeskusavustajia 5 %. (Kuvio 4.)



Kuvio 4 Hoitajien ammattinimike

Lääkärit olivat koulutukseltaan lääketieteen lisensiaatteja tai yleislääketieteen erikoislääkäreitä.

5.3.1 Hoitajien kokemukset

Lisäkoulutus hoitajien näkemysten mukaan ymmärrettiin erityiskoulutuksina. Tavallista, työn ohessa tapahtuvaa ammatillista koulutusta ei todennäköisesti mielletty lisäkoulutukseksi. Vastauksia työnjakoon liittyvistä koulutuksista olivat haavahoito, diabetes, MBO, kansantaudit, muistihoitajan koulutukset, ruokavalio-ohjausta, astma, yleiset toiminta-ohjeet, työpaikkakoulutus sekä yksittäinen määrittelemätön lisäopiskelu.

Työnjako oli vaikuttanut hoitajien tehtävänkuvaan yleisesti ottaen positiivisesti. Positiivisina vastauksina mainittiin, että työn mielekkyys ja haastavuus ovat lisääntyneet aiempaan verrattuna.

Tehtävät ovat laajentuneet ja mielekkäämmät, ammattitaitoa saa hyödyntää laajemmin, itsensä kehittäminen lisääntyi selkeästi.

Osallistun potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon.

Työ on mielekkäämpää, monipuolisempaa, haasteellisempaa.

Omahoitajana työskentelyssä oman osaamisen käyttö + lisäkoulutusosaamiset.

Työnjaossa nähtiin myös negatiivisia puolia. Näistä esimerkkinä sihteerin työt sekä siivous ja paperitöiden lisääntyminen.

Työmäärä, vastuu ja kokonaisvaltaisuus lisääntynyt. Tässä vastauksessa näkyy työntekijöiden erilaisuus ja kokemus työstä. Sama asia voidaan kokea positiivisesti tai negatiivisesti.

Esitimme hoitajien myönteiset kokemukset työnjaosta myös alkuperäisinä lausumina, koska halusimme tuoda esille käytännöstä kokemustietoa. Hyvien kokemusten perusteella jaottelimme vastukset pelkistettyihin ilmaisuihin sekä alakategorioihin: työnjako, omahoitaja ja asiakastyytyväisyys. Nämä alakategoriat nousivat esille vastauksista. Työnjaossa merkittävänä asioina nousivat omahoitajuus ja asiakastyytyväisyys. Yhteisenä kokoavana käsitteenä olivat hyvät kokemukset työnjaosta. Sisällön analyysi on kuvattu kuviossa 5.

Työnjako selkiytyi, helpompi hallita oma potilasryhmä, tuttuus potilaiden kanssa lisäsi luotettavuutta työntekijään päin. Tämä helpotti lääkärin ”turhia” vastaanottoja, moniammatillisuus lisää työn mielekkyyttä.

Parempi yhteistyö hoitajien ja lääkärin välillä.

Tuntee hyvässä ja huonossa asiakkaat, jotka käyttävät palveluja.

Potilaat tuttuja, aina sama pari, jonka kanssa toimia.

Lääkärin ja hoitajan yhteistyö parantunut, oppii tuntemaan potilaat.

Omahoitaja tuntee potilaat, helpottaa asiointia.

Motivaatio lisääntynyt.

Voi tehdä vastaanottotyötä oman työkokemuksen ja osaamisen puitteissa, ”vapaa kädet”.

Alun muutosvastarinta, nyt suuri tyytyväisyys.

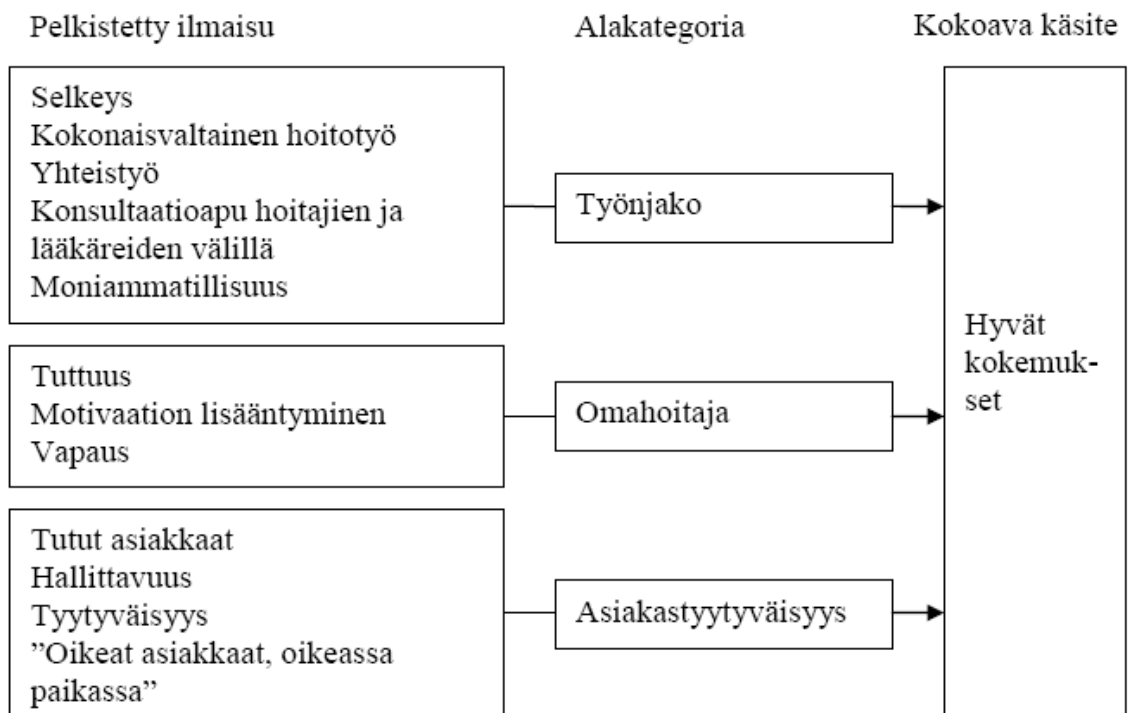
Voi pyytää apua vaikeissa tilanteissa.

Hyvän työparin kesken välikysymykset hoituvat helposti, potilaan omahoitopari tulee tutuksi.

Työskentely on sujuvampaa.

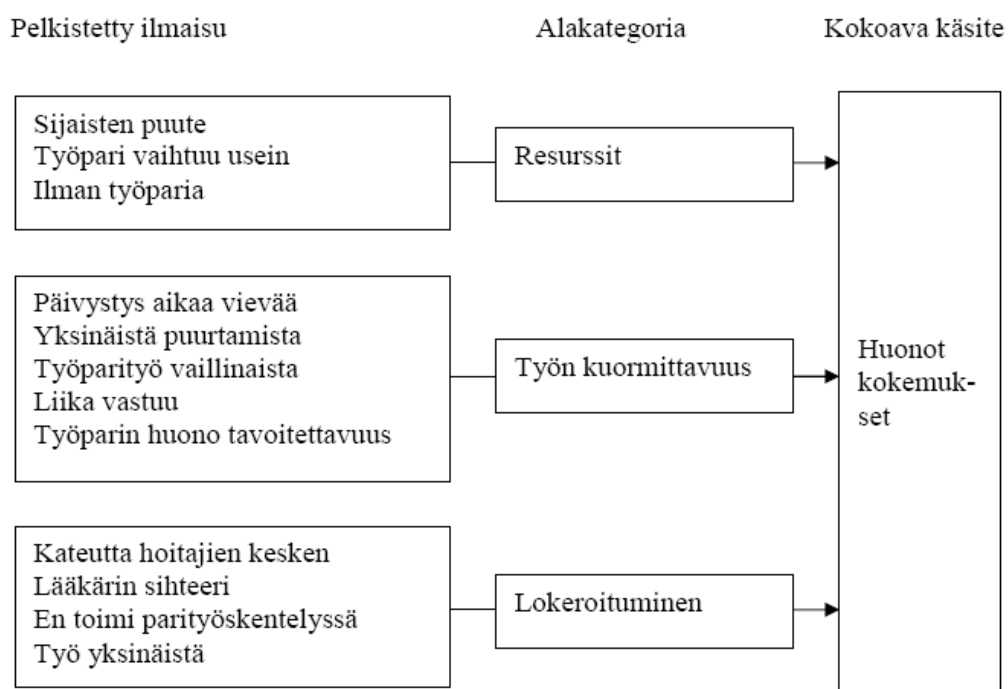
Potilaat pääsevät hoitajalle, kun omat hoitajat ovat puhelimessa.

Oppii tuntemaan potilaat jolloin helpompi kartoittaa potilaan tarpeet kokonaisvalta.



Kuvio 5 Hoitajien myönteiset kokemukset

Alkuperäislausumina koottiin työnjaosta hoitajien kielteiset kokemukset, joista ryhmiteltiin samaa tarkoittavat asiat alakategoriakäsitteiden alle. Vastauksista nousi työyhteisön kokemat tarpeet. Alakategorioiksi muodostimme vastauksista: resurssit, työnkuormittavuus ja lokeroituminen. (Kuvio 6.)



Kuvio 6 Hoitajien kielteiset kokemukset

Pitkäaikaissairauksien ohjausta, hoitoa ja seurantaa suorittivat hoitajista painonhallintaa kaksi hoitajaa, verenpaineautia neljä hoitajaa, tyypin 2 diabetesta viisi hoitajaa, kolesterolihoidoa neljä hoitajaa, astman hoitoa neljä hoitajaa ja psykiatristen potilaiden hoitoa kolme hoitajaa.

Hoitajien muita tehtäviä olivat erilaiset paperityöt, erityistehtävinä skopiajonon hoitaminen, diabetesvälineiden jakelu, MBO-terveystarkastukset, kutsuntatar-

kastukset, akuuttipotilaiden hoito, kipsin laitto ja poisto sekä päihdeasiakkaiden hoito.

Hoitajien erityistehtäviin kuuluivat tyypin 2 diabeteksen hoito, tiettyjen akuuttilaitteiden ja potilastietojärjestelmän kouluttajana toimiminen, toimenpideyksikössä työskentely, pef-ohjaukset, allergiasiedätyshoitotiimissä työskentely, kastelupatjajonon hoitaminen, toimenpidepäivänä avustaminen, osastohoitajan sijaistaminen, työvuorojen suunnittelu, terveystarkastukset 40-vuotiaille miehille sekä kutsuntatarkastukset.

Valvonnassa sairaanhoitajan erityistehtäviä olivat iv-kanyylien laitto, iv-lääkityksen hoitaminen, cpap-potilaiden hoito, ensiaputilanteissa toimiminen terveysaseman muissa pisteissä, esimerkiksi laboratoriossa ja röntgenissä.

Lääkärin/hoitajan konsultointi tapahtui suullisesti, kirjallisesti tai puhelimitse. Suullinen konsultointi tapahtui henkilökohtaisesti lääkärin ja/tai hoitajan luona käymällä. Konsultointi tapahtui ”non-stoppina” tai sovittuna aikana. Kirjallisesti konsultaatio tapahtui sähköpostin, potilaspostin tai paperiviestin avulla.

Kuudentoista hoitajan mielestä he voivat todeta tiettyjä sairauksia ja saada lääkeresepin ilman lääkärin tutkimista. Esimerkkeinä sairauksista he mainitsivat seitsemässä vastauksessaan virtsatie-infektiot ja kolmessa angiinan. Kaksi hoitajista vastasi, etteivät he voi todeta sairauksia eivätkä saa lääkeresepiä ilman lääkärin tutkimusta.

Seitsemän vastanneista hoitajista koki saavansa esimieheltään tukea työnjakotyöskentelyyn. He nostivat esiin hyvän kuuntelun, neuvot, erilaisen yhteydenpidon sekä itsenäisen työskentelyn mahdollisuudet. Esimies oli antanut ”vapaat kädet”, mutta neuvoa ja apua voi saada tarvittaessa. Kaksi hoitajaa ilmaisi, etteivät saaneet tukea esimieheltään työnjakotyöskentelylle.

Yhdeksän hoitajaa oli kokenut saavansa työhönsä tukea työyhteisöltään. Nämä hoitajat nostivat vastauksissaan esiin vertaistuen, konsultointimahdollisuuden, kuuntelun ja taustatuen merkityksen omalle työlleen. Työyhteisössä parityötä

tekevät puhuivat ”samaa kieltä”, ja eri tilanteiden yhteydessä käytiin sisäistä keskustelua, jota voitiin kutsua epäviralliseksi työnohjaukseksi. Yksi hoitaja koki, että suuren työmäärän johdosta tukea saadakseen täytyy olla itse aktiivinen.

Hoitajista 12 koki työnjaon vaikuttaneen asiakastyytyväisyyteen positiivisesti. He nostivat esiin tutun omahoitajan merkityksen. Muutamissa vastauksissa hoitajat ilmaisivat, että osa asiakkaista oli tyytyväisiä ja osa ei. Asiakkaiden tyytymättömyyden syyksi hoitajat mainitsivat vaikeuden puhelinkontakteissa. Osa asiakkaista koki saavansa huonosti yhteyden omahoitajaan.

5.3.2 Lääkärien kokemukset

Lääkäreistä puolet eivät ilmoittaneet saaneensa mitään lisäkoulutusta työnjaon liittyen. Muutama mainitsi lisäkoulutuksenaan työyhteisön yhteiset palaverit ja perehdytyksen sekä edellisen työpaikan kokemukset työparityöskentelystä.

Yhdistimme työnjakoon liittyvät kysymykset, jotka käsittelivät tehtävänkuvan muutoksia sekä myönteisiä kokemuksia työnjaon vaikutuksesta terveysaseman toimintaan. Kokosimme vastauksista pelkistettyjä ilmaisuja ja alakategorioiksi muodostuivat muutokset tehtävänkuvassa ja työparityö. Kokoavana käsitteenä olivat hyvät kokemukset. Aineiston sisällön analyysia on kuvattu kuviossa 6.

Elävöittänyt, helpottanut jonkin verran, kun omahoitaja järkkää loput potilaan tarvitsemat asiat.

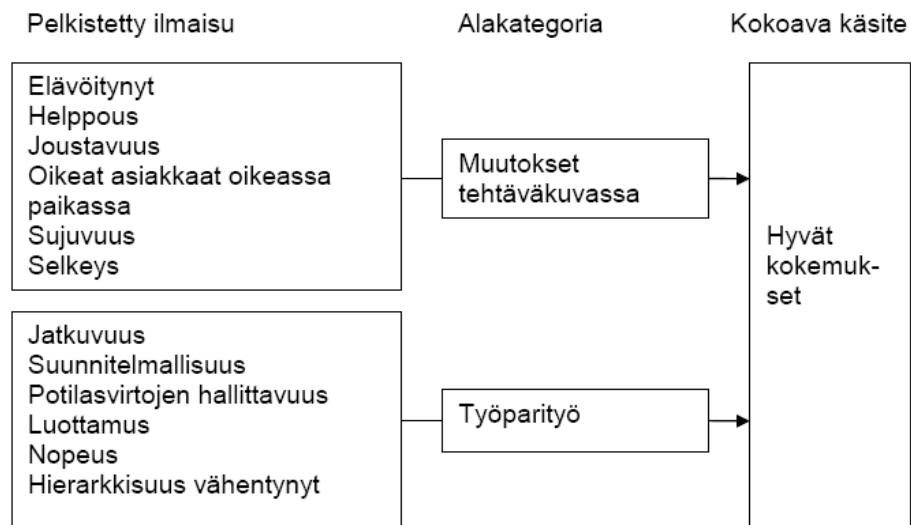
Kiinteä parityöskentely sairaanhoitajan kanssa lisää potilastyön joustavuutta.

Hoitaja pystyy valikoimaan lääkärille oikeasti lääkäriä tarvitsevat potilaat, jää enemmän aikaa näille potilaille.

Potilas tuntee oman vastuutiimensä, potilasvirran parempi hallinta!

Hierarkisuus vähentynyt, vastuunjako selventynyt.

Vastuut selkiytyneet, jokainen tietää tehtävänsä (oma väestö), parit ovat saaneet suunnitella työtapsansa.



Kuvio 7 Lääkärien myönteiset kokemukset

Kielteisinä kokemuksina lääkärit nostivat esiin sijaisten puutteen ja muiden työtovereiden välisten kontaktien vähenemisen. Omahoitajan poissaolo koettiin työntekoa hankaloittavana asiana. Työn kuormittavuus lisääntyi pitkien lomien aikana, koska työt kasaantuivat.

Lääkäreiden mukaan hoitaja voi todeta joitakin sairauksia, esimerkiksi virtsatieulehduksen (komplisoitumaton), angiinan, flunssan sekä sukupuolitaudeista klamydian ja tippurin. Jokaisen lääkärin mielestä hoitaja voi todeta tiettyjä sairauksia ja saada lääkereseptin asiakkaalle ilman lääkärin tutkimista hoitajan ammattitaidon ja diagnoosin mukaan.

Useimmat lääkärit vastasivat kysymykseen esimiehen antamasta tuesta työnjakotyöskentelyyn pelkällä kysymysmerkillä. Vastauksissa mainittiin esimiehen antama mahdollisuus työparille oman työn suunnitteluun, "tietyissä raameissa". Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin tulevaisuuden työtapsana tiimimalli.

Lääkäreiden mielestä työnjakomalli lisäsi työyhteisön tukena yhteen hiileen puhaltamista ja yhteisöllistä viihtyvyyttä. He kokivat saavansa tarvittaessa apua

toisilta työtovereilta, sekä hoitajilta ja lääkäreiltä. Työnjako oli koettu hyvänä toimintamallina. Yksi lääkäreistä ei kokenut juurikaan saaneensa apua työyhteisöltään.

Lähes kaikkien lääkäreiden mielestä asiakastyytyväisyys oli lisääntynyt. Lääkärit nostivat vastauksissaan esiin myös omahoitajuuden asiakastyytyväisyyttä lisäävänä tekijänä. Asiakastyytyväisyyttä heikensivät lääkäreiden mielestä yhteydenottovaikeudet sekä hoitamattomien alueiden asiakkaat.

6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada kokemuksellista tietoa käytössä olevasta työnjakomallista perusterveydenhuollossa ja hyödyntää tätä mallia soveltuvien osien Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden sairaanhoitopiirin terveysasemilla.

Terveystieteidenhuollossa tapahtuu isoja muutoksia. Perusterveydenhuolto on juuri nyt kehityksen keskiössä. Perusterveydenhuollon haasteet vaativat uudenlaista, enemmän eri ammattiryhmien keskinäiseen yhteistyöhön pyrkivää ajattelua sekä henkilöstöresurssien oikeanlaista suunnittelua että käyttöä. Kansalliset hankkeet tukevat työnjaon uudelleen järjestelyä perusterveydenhuollossa. Tässä tutkimuksessa tavoiteltiin konkreettista työnjaon toteuttamista. Ilmiötä tutkittiin kolmesta eri näkökulmasta, johtamisen, asiantuntijahoitajan ja psykiatrisen sairaanhoitajan näkökulmasta.

Terveystieteidenhuollon työnjaon muuttamisessa on huomioitava tehtävistä annetut lait ja asetukset. Työnjakoa toteutettaessa tulee tiedostaa hoitajien lisääntynyt vastuu, johon tarvitaan asianmukaista koulutusta ja mahdollisia lakimuutoksia.

6.1 Tutkimustulosten luotettavuuden tarkastelua

Tutkimustulosten luotettavuutta olemme arvioineet seuraavin kriteerein: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Olemme perusterveydenhuollon ammattilaisia ja erityisen kiinnostuneita työnjakomallin toteuttamisesta. Meillä on työkokemusta yhteensä 40 työvotta. Hyödynsimme menetelmätriangulaatiota (kuvio 2, s.23). Teimme tutustumiskäyntejä tutkimuskohteeseen kaksi kertaa ja keskustelimme useita kertoja puhelimesta osastonhoitajan kanssa.

Tutkimuksen vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin. Se on edellyttänyt tutkimusprosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulua pääpiirteissään (ks. Kylmä & Juvakka 2007). Opinnäytetyönohjaajamme on nähnyt kirjaamisemme koko tutkimusprosessin ajan ja siten voinut seurata dokumentoinnin avoimuutta. Laadullinen tutkimus pohjautuu suunnitelmaan, joka on tässä tutkimuksessa tarkentunut työn edetessä. Tutkimustulosten raportoinnissa säilytimme alkuperäisiä ilmaisuja, jotka vahvistavat tutkimustulosten luotettavuutta. Erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta lisäävät samanaikaisesti ymmärrystä tutkimuskohteena olevasta ilmiöstä (ks. Kylmä & Juvakka 2007).

Tutkimuksen tekijät ovat kokeneita terveydenhuollon ammattilaisia, ja he ovat tietoisia omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijöinä. Tällä tarkoitamme tutkimustulosten refleksiivisyyttä, joka on persoonallista ja tässä tutkimuksessa tilannesidonnaista.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksessa tulee olla riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä (ks. Kylmä & Juvakka 2007). Tämän olemme pyrkineet huomioimaan tutkimuskohteen monipuolisella kuvauksella. Tutkimustulokset on hyödynnettävissä soveltuvin osin Etelä-Karjalan terveysasemien käyttöön.

Olemme pyrkineet tutkimusraportin tulkintojen selkeään luettavuuteen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereihin liittyy myös se, että tutkimuksen raportointi ei loukkaa ketään, ja se noudattaa eettisiä ohjeita ja periaatteita.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkijat toimivat tällä hetkellä osastonhoitajan, asiantuntijahoitajan ja tiimivastaavan sekä psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävissä. Tutkijoilla on runsaasti kokemuksia erilaisista työnjaon toteutuksista perusterveydenhuollon yksiköissä. Tutkimustulokset ja teoretiset tukevat näitä kokemuksia työnjaon toteutumisesta. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tavoitteena on kehittää työnjakomallia Toimiva terveyskeskus -ohjelman mukaisesti. Tästä tutkimuksesta saatu tieto ja kokemukset tukevat kyseistä tavoitetta.

Tutkijoiden havainnot olivat subjektiivisia. Tutkijoiden kokemukset havainnoista ja tutkimustulosten analysointi työstyivät keskustelun avulla, jota tutkijat kävivät toistensa kanssa tutkimusprosessin aikana. Tämä dialogi toi uutta ymmärrystä tutkittavasta asiasta. Dialogi oli hedelmällistä tutkijoiden erilaisten kokemusten ja koulutuksen johdosta.

Tämän tutkimuksen vastaukset osoittavat sen, että tehtäväkuvien laajentuminen oli onnistunut perusterveydenhuollossa kyseisellä terveysasemalla. Vastauksissaan hoitajat toivat esille useita tehtäviä mm. pitkäaikaissairauksien ohjauksen ja hoidon, kipsauksen, toimenpideyksikössä työskentelyn, kastelupatjajonon hoitamisen, kutsuntatarkastukset sekä päihde- ja mielenterveysasiakkaiden hoidon.

Mielenterveystyön erityisosaamista tarvitaan myös perusterveydenhuollossa. Kyselyyn vastanneet hoitajat toivat esiin erityisosaamistaan kyseisten asiakkaiden kohtaamisessa. Tutkijoiden mielestä alueellamme toimiva pienten kuntien malli ns. matalan kynnyksen mielenterveysvastaanotto tulee hyödyntää myös isommissa perusterveydenhuollon yksiköissä. Tutkittavan terveysaseman dep-

ressiohoitajan mallissa omahoitajan merkitys koettiin tärkeänä. Yhteistyö terveyskeskuslääkärin, konsultoivan psykiatrin ja psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa toteutuu ns. kolmikantamallina myös alueellamme.

Tutkimuksessa tuli esiin se, että varsinaiset tehtäviensierrot lääkäreiden ja hoitajien kesken olivat melko vähäisiä. Vain muutama hoitaja käytti työssään sinuscainia ja auskultoi keuhkot. Hoitajien työnkuvaan kuului usein sairastuvastotoiminta. Omahoitajan työnkuva on haasteellinen ja vaatii työkokemusta sekä ammatillista täydennyskoulutusta. Etelä-Karjalan alueella on asiantuntijasairaanhoitajan ammatillista lisäkoulutusta ollut tarjolla vuodesta 2006 lähtien. Perusterveydenhuollon täydennyskoulutukset antavat työvälineitä oman ammatillisuuden kehittämiseen. Omahoitajan laaja-alainen vastaanottotoiminta esimerkiksi kroonisten sairauksien hoidossa sekä tulevaisuudessa mahdollistuva rajoitettu reseptin kirjoitusoikeus toteutuu lisäopiskelun kautta.

Lääkäri ja hoitaja -työparityössä nousi esille keskinäisen luottamuksen merkitys ja toisen työn arvostaminen. Konsultaatio oli mahdollista monin eri tavoin. Asiantuntevan hoitajan tekemä arvio ja esitutkimukset tilanteesta edesauttoivat lääkärin työskentelyä ja tekivät yhteistyöstä joustavaa. Asiantuntijahoitajan ammattitaidon hyödyntäminen päivystystyössä tai erityistehtävissä vastaanottotoiminnassa tekevät työstä haastavaa ja nykytilan tarpeita vastaavaa. Asiantuntijuusalueet voidaan jakaa omahoitajien kesken, jolloin he toimivat toistensa vertaisina ja konsultteina. Tässä tutkimuksessa ilmeni myös hoitajien erityisosaamisalueita, joita voidaan työyhteisössä hyödyntää. Näistä esimerkkeinä voidaan mainita akuuttipotilaiden hoitaminen, kipsaus ja kriisityö.

Aikaisemmissa tutkimuksissa lääkäreiden ja hoitajien työnjakoon ja tehtäviensiertoon liittyen on todettu, että sairaanhoitajan tehtävänkuvaa voidaan laajentaa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairanhoidossa. Nykyisen ammattikorkeakoulutasoisen koulutuksen on todettu antavan myös riittävät valmiudet tehtävien siirrolle lääkäreiden ja hoitajien välillä. Perusterveydenhuollossa hoitajien laajennettuihin tehtävänkuvuihin liittyivät hoidon tarpeen arviointi, hoitoon ohjaaminen äkillisissä terveysongelmissa hoitajan vastaanotolla, pitkäaikaissairauksien seuranta ja puhelinneuvonta. (Peltonen 2009a, Kaila 2010.)

Kysymystä ammatillisesta lisäkoulutuksesta työnjakomallin toteuttamista varten tutkijoiden olisi pitänyt tarkentaa ja selkeyttää. Kysymykseen jätti vastaamatta suurin osa hoitajista ja lääkäreistä. Vastaajat olivat todennäköisesti ymmärtäneet lisäkoulutuksen erityiskoulutuksena, kun taas tutkijoiden tarkoitus oli saada tietoa työyhteisön sisällä tapahtuneesta lisäkoulutuksesta.

Kysymyksiin työnjaon vaikutuksesta tehtävänkuvaan sekä työnjaon vaikuttamisesta terveysaseman toimintaan vastasivat lähes kaikki. Tämä kertonee siitä, että työnjako oli muuttanut työnkuvaa ja tuonut hyviä kokemuksia toimintamallina sekä hoitajille että lääkäreille.

Oli ilahduttavaa huomata, että hoitajien ja lääkäreiden näkemykset olivat toisiinsa tukevia monissa kysymyksissä. Kokemukset työnjaosta olivat suurelta osin myönteisiä sekä lääkäreiden että hoitajien mielestä. Omahoitajuuden merkitys nousi esille molempien ammattiryhmien vastauksista tärkeänä ja myönteisenä. Työn sujuvuus, selkeys ja kokonaisvaltainen hoitotyö sekä konsultaatioapu hoitajien ja lääkäreiden kesken ilmenivät vastauksista. Työnjaon haasteina nähtiin työn kuormittavuus ja sijaisten puute.

Lääkärit sekä hoitajat kokivat asiakastyytyväisyyden parantuneen työnjakomallin myötä. Asiakkaat tunsivat omahoitajan ja kokivat tutun hoitajan kanssa työskentelyn turvallisena ja hoidon jatkuvuutta tukevana.

Tutkijoita hämmensi esimiesten ja alaisten näkemysten erilaisuus johtamiseen liittyvissä vastauksissa. Osa vastaajista koki, että he eivät saaneet tukea esimieheltään työnjakoon liittyen, jotkut vastasivat vain kysymysmerkillä. Tutkijoina pohdimme, että kysymysmerkki voi olla viesti kysymyksen epätarkkuudesta tai kysymykseen ei osattu vastata. Esimiehen tuen keinoina vastaajat mainitsivat hyvän kuuntelun ja neuvot.

Tutkijoita jäi mietityttämään, mistä johtui lääkäreiden ja hoitajien vastausten lukumääräinen ero. Jokainen hoitaja vastasi kyselyyn, mutta lääkäreistä vastaa-

matta jätti yli puolet. Tutkijat pohtivat, kokivatko lääkärit kyselylomakkeeseen vastaamisen hankalaksi ajanpuutteen tai kiireen vuoksi.

Osastonhoitajan näkökannalta nousi esiin johtajuus ja sen merkitys työn kehittämiselle. Sijaisten puute ja työn kuormittavuus ovat haasteita, joiden ratkaisemiseksi ei aina ole yhtä oikeaa ratkaisua. Taloudelliset seikat sitovat osastonhoitajaa ja antavat rajat ja raamit, joiden puitteissa voi liikkua. Työntekijät näkevät talouden vaatimukset lisääntyvänä työnä, koska lyhyisiin sijaisuuksiin ei oteta työntekijöitä. Olemassa olevat työntekijät korvaavat vajeen ja helposti uupuvat liiallisen työn alla.

Johtajuuden eräänä keinona ovat kehityskeskustelut, joiden avulla selvitetään työntekijöiden osaamista ja koulutushalukkuutta. Tässäkin tutkimuksessa on nähtävissä lisäkoulutuksen merkitys työpaikan ammatilliselle osaamiselle ja työnjaolle. Osastonhoitajan tehtävä on miettiä uusia ratkaisumalleja koulutuksen, työnjaon ja henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli miettiä johtajuuden merkitystä työn kehittämiseksi.

Osastonhoitajan tehtävänä hoitotyön johtajana on johtaa, ohjata, valvoa ja seurata käytännön hoitotyötä ja toimintakokonaisuuksia, henkilöstövoimavarojen tarkoituksenmukaista käyttöä, osaamisen kehittämistä sekä osallistua jatkuvaan kehittämiseen ja tutkimustoimintaan. Tulevaisuuden haasteina sijaisten puute ja väestön nopea ikääntyminen asettavat vaatimuksia johtamiselle ja työn kehittämiseksi. Perusterveydenhuollossa eletään jatkuvassa muutoksessa, jota tulee ennakoida, ja toimintatapoja tulee olla valmis muuttamaan yhä uudelleen taloudelliset puitteet huomioon ottaen. Taloudellisuus ja tehokkuus ovat vaatimuksia, joihin vastaaminen on entistä vaikeampaa.

Tässä tutkimuksessa tuli esiin, että sijaisten puute kuormitti muuta henkilökuntaa. Tulevaisuudessa ei ole ainoastaan pula lääkäreistä, vaan pulaa on kaikesta hoitohenkilökunnasta. Hoitotyön palvelurakenne on jatkuvassa muutoksessa ja osastonhoitaja lähiesimiehenä joutuu kohtaamaan muutosvastarintaa. Kriittinen näkökulma tulisi nähdä kehittämistyötä eteenpäin vievänä asiana. Työyhteisössä olisi hyvä purkaa negatiiviset näkökannat ja työstää niitä eteenpäin sopimalla

uudet toimintatavat ja yhteiset pelisäännöt. Tutkimuksessa ilmeni kuuntelevan, palkitsevan, tasapuolisen ja läsnä olevan johtajan merkitys.

Tutkijoiden mielestä tutkimuskohteena olevalla terveysasemalla oli tehty mielekkäitä ja toimivia työnjakoon liittyviä asioita. Näistä esimerkkeinä olivat puhelinliikenteen hallittu hoito, hoitajien monipuolinen ammatillisuuden ja kokemuksen hyödyntäminen. Perus- ja sairaanhoitajien toimiminen omahoitajana mahdollistivat joustavan ja sujuvan asiakaspalvelun. Omahoitajien sairausloman kirjoituskäytäntö sekä rajatut puhelinajat ja asiakkaan vastaanotolle tuleminen ilman erillistä ilmoittautumista kertoivat työn hyvästä suunnittelusta.

Tämän tutkimuksen myötä voidaan puhua työnjakomallista, tehtävien siirron asemasta. Tutkimustyötä aloitettaessa tutkijat keskustelivat tehtävien siirrosta. Tutkimuksen edetessä selveni, että käsite työnjako kuvaa paremmin tutkittavaa asiaa ja on mielikuvaltaan myönteisempi. Tutkittavan terveysaseman toimintamalli ei ole suoraan siirrettävissä, mutta joitakin toimintatapoja voidaan hyödyntää toiminnassa Etelä-Karjalan alueella. Hyödynnettävistä toimintatavoista tutkijat haluavat mainita joustavan konsultaation, eri ammattiryhmien laaja-alaisen ammattitaidon hyödyntämisen ja omahoitajuuden. Tutkijoilla on lupa ”parastella” tätä työnjakomallia vastaanottotoiminnassa.

6.3 Kehittämisehdotukset

Tämän tutkimustyön tekeminen oli mielenkiintoista ja haastavaa. Tehtävämme perusterveydenhuollossa jatkuvat, omalla paikallamme. Tulevaisuuden haasteet ovat nähtävillä jatkuvana muutoksena perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Tästä tutkimuksesta on luontevaa jatkaa työskentelyä työnjaon kehittämiseksi omalla terveysasemallamme.

Tärkeimmiksi kehittämisalueiksi ehdotamme seuraavia:

- työnjaon mallintaminen
- hoidon tarpeen arvioiminen puhelimen välityksellä
- asiakkuusosaamisen tutkiminen
- kroonisten sairauksien hoidon yhteisen toimintamallin luominen
- yhteistyön lisääminen kotisairaanhoidon ja mielenterveyspalvelujen kanssa

Nämä aiheet ovat ajankohtaisia ja haastavia niin johtamisen kuin perusterveydenhuollon työntekijän näkökulmasta.

KUVIOT

Kuvio 1 Toimiva terveystakeskus s.16

Kuvio 2 Menetelmätriangulaatio s.23

Kuvio 3 Hoitajien työkokemus s.29

Kuvio 4 Hoitajien ammattinimike s.30

Kuvio 5 Hoitajien myönteiset kokemukset s.32

Kuvio 6 Hoitajien kielteiset kokemukset s.33

Kuvio 7 Lääkärien myönteiset kokemukset s.36

LÄHTEET

Airas, A.2009.Omahoitajan toimenkuva tiimityöskentelyssä. Monisteet. Myyrmäen terveysaseman vastaanotto.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564> (Luettu 11.1.2010)

Hallituksen esitys 2009. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
<http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+283/2009&base=erhe&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD> (Luettu 14.1.2010)

Heikkilä, K. 2002. Tiimit –avain uuden luomiseen. Jyväskylä: Gummerus.

Heikkinen, P. 2006. Vastaanottotoiminnan seudullinen kehittämishanke 2005-2006. Loppuraportti 31.12.2006. Varkauden terveyskeskus.

Helakorpi, S. 2001. Innovatiivinen tiimi- ja verkostokoulu. Tampere: Tammi.

Hoitotakuulaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040855> (Luettu 28.3.2010)

Kaila, M. 2010. Perusterveydenhuolto- mitä se on? Teoksessa Muurinen, S. & Nenonen, M. & Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.

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

Kansanterveyslaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

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

Koski, J.J. 2010. TUUMA- terveyskeskuksen avovastaanottotoiminnan uusi yhteistyömalli. Teoksessa Muurinen, S. & Nenonen, M. & Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.

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

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

Liimatainen, A.2010. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtävänkuvasta. Lisensiaattitutkimus. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100015/

- Lindström, E. 2003. Terveydenhuollon eri ammattiryhmien välisen työnjaon kehittämisen Suomessa ja muissa Pohjoismaissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 2001:12. Helsinki.
- Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nevalainen, V. 2010. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen palveluiden käyttäjien tarpeita vastaaviksi. Teoksessa Muurinen, S. & Nenonen, M. & Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.
- Paavilainen, Pukuri & Åstedt-Kurki 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen - kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Sairaanhoitaja 11, 31-33.
- Peltonen, E. 2009a. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Peltonen, E. 2009b. Uudet toimintatavat hoitotyössä. Luento. 28.8.2009.
- Peltonen, E & Vehviläinen-Julkunen, K & Pietilä, A-M & Elonheimo, O. 2010. Uusi toimintamalli perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan. Teoksessa Muurinen, S. & Nenonen, M. & Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.
- Pietilä A-M & Länsimies- Antikainen, H. 2008. Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Pohjolainen, P. 2010. Sairaanhoitajille oikeus kirjoittaa reseptejä. Etelä-Saimaa. 22.1.2010.
- Risikko, P. 2010a. Esipuhe. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.
- Risikko, P, 2009b. Kaste uudistaa lasten, nuorten ja perheiden palveluja. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1401651#fi> (Luettu 31.1.2010)
- Simpanen, R. 2009. Etelä-Karjalan avoterveydenhuolto. <https://ekstranet.ekshp.fi/Sovellukset/LaatuDokumenttienHallinta/LaatuDokumenttiNayta.asp?LaatuDokumenttiID=9780> (Luettu 6.2.2010)
- Skyttä, A. 2000. A-Ö. Tiimitys ja sen läpivienti. Matkalla kohti matalampia organisaatioita. Keuruu: Otava.

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE – ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 305/2008. Helsinki.

STM 2009. Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf (Luettu 31.1.2010)

STM 2010a. Sosiaali- ja terveystietokertomus.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11163.pdf (Luettu 5.4.2010)

STM 2010b. Päivystyshoidon perusteet.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf (Luettu 11.4.2010)

Suurnäkki, A & Leppäkoski, A-M & Pellikka, M. 2010. Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaissairauksien hoitomalli. Teoksessa Muurinen, S. & Nenonen, M. & Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.

Tuomikoski, J. 2007. Sairaanhoidajan uudistunut vastaanotto toiminta asiakkaan itsehoidon tukena. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Livonia Print, Latvia: Tammi.

Vallimies-Patomäki, M. & Perälä, M-L. & Lindström, E. 2003. Miten sairaanhoidajan tehtäväkuvien laajentuminen on onnistunut. Systemoitu kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö 1(2).

Vallimies-Patomäki, M. & Hukkanen, E. 2006. Hoitajien tehtäväkuvat uudistuvat – Tuloksia kansallisesta terveyshankkeesta. Hoitotyön vuosikirja. Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Jyväskylä: Gummerus.

Vallimies-Patomäki, M. 2009. Johtamisella vetovoimaa ja vaikuttavuutta hoitotyöhön. Luento. 27.8.2009.

Vallimies-Patomäki, M & Kaartamo, P. 2010. Rajattu lääkkeenmääräämisoikeus –viittä vaille käyttövalmis. Sairaanhoidaja-lehti 4, 19-21.

Viinikainen, S & Pyhälä-Liljeström, P & Blek, T. 2010. Osaamisen arvioinnilla onnistuneeseen rekrytointiin. Sairaanhoidaja-lehti 4, 52-55.

Vuori-Kemilä, A & Lindroos, S & Nevala, S & Virtanen, J-A. 2005. Ihmisen Hyvä. Etiikka lähihoitotyössä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Wilskman, K. 2009. Toimiva terveyskeskus pitkäaikaissairauksien kimppuun.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/ajankohtaista/uutiskirje/4_2009_1 (Luettu 31.1.2010)

Sari Hokkanen
Kerttu Liukko
Satu Simolin
Taipalsaaren terveysasema
Muukkolantie 4
54920 Taipalsaari

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

15.2.2010

Myyrmäen terveysasema
Johtava Ylilääkäri Christer Carlson
Jönsaksentie 4
01600 VANTAA

ARVOISA TERVEYSKESKUKSEN HALLINNON EDUSTAJA

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun aikuiskoulutuksen sairaanhoitaja AMK - opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä lääkäri-hoitajatyöskentelystä ja työnjakomallista. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystyöpiiri aloitti toimintansa tammikuussa 2010. Terveystyöpiirin avoterveydenhuollon tarkoituksena on kehittää ja ottaa käyttöön lääkäri-hoitaja työparityöskentelymalli.

Toivomme, että saisimme tässä opinnäytetyössä tietoa jo toimivasta työnjakomallista perusterveydenhuollossa. Suorittaisimme tutkimuksen kyselytutkimuksena Myyrmäen terveysaseman lääkäreille ja hoitajille sekä teemahaastatteluna osastonhoitajalle. Lisäksi tekisimme opintokäynnin Myyrmäen terveysasemalle, jonka aikana tehdyt havainnot liitämme tutkimukseen.

Anomme lupaa opinnäytetyön tekemiselle terveysasemallanne. Toimitamme kyselylomakkeet postitse osastonhoitajalle helmikuussa.

Liitteenä kyselylomake ja tutkimussuunnitelma.

Saamamme tiedot tulemme käsittelemään luottamuksellisesti.

Toivomme myönteistä suhtautumista tutkimuslupaamme.

Sari Hokkanen
Psykiatrinen sairaanhoitaja

Kerttu Liukko
Terveystyöpiiri, tiimivastaava

Satu Simolin
Avohoidon osastonhoitaja, EKSOTE

Hyvä Lääkäri!

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun aikuiskoulutuksen opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä lääkäri-hoitajatyöskentelystä ja työnjakomallista.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskusaloitti toimintansa tammikuussa 2010. Terveystieteiden avoterveydenhuollon tarkoituksena on kehittää lääkäri-hoitaja työparityöskentelyä jatkossa omilla terveysasemilla. Toivomme, että saamme tässä opinnäytetyössä tietoa jo toimivasta työnjakomallista perusterveydenhuollossa, jota voimme hyödyntää työnjaon, tiimityön ja lääkäri-hoitajatyöparityön kehittämisessä.

Tulemme käsittelemään kyselylomakkeet luottamuksellisesti, että kenenkään henkilöllisyys ei tule esille. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastausaikaa on kaksi viikkoa. Täytetyt kyselylomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajalle. Maaliskuun aikana teemme opintokäynnin Myyrmäen terveysasemalle.

Toivomme myönteistä suhtautumista opinnäytetyöhömme.

Terveisin

Sari Hokkanen, psykiatrinen sairaanhoitaja

Kerttu Liukko, terveydenhoitaja, tiimivastaava

Satu Simolin, avohoidon osastonhoitaja, EKSOTE

Hyvä Hoitaja!

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun aikuiskoulutuksen opiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä lääkäri-hoitajatyöskentelystä ja työnjakomallista.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskusaloitti toimintansa tammikuussa 2010. Terveystieteiden avoterveydenhuollon tarkoituksena on kehittää lääkäri-hoitaja työparityöskentelyä jatkossa omilla terveysasemilla. Toivomme, että saamme tässä opinnäytetyössä tietoa jo toimivasta työnjakomallista perusterveydenhuollossa, jota voimme hyödyntää työnjaon, tiimityön ja lääkäri-hoitajatyöparityön kehittämisessä.

Tulemme käsittelemään kyselylomakkeet luottamuksellisesti, että kenenkään henkilöllisyys ei tule esille. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastausaikaa on kaksi viikkoa. Täytetyt kyselylomakkeet palautetaan suljetussa kirjekuoressa osastonhoitajalle. Maaliskuun aikana teemme opintokäynnin Myyrmäen terveysasemalle.

Toivomme myönteistä suhtautumista opinnäytetyöhömmme.

Terveisin

Sari Hokkanen, psykiatrinen sairaanhoitaja

Kerttu Liukko, terveydenhoitaja, tiimivastaava

Satu Simolin, avohoidon osastonhoitaja, EKSOTE

Kysely työnjasta Myyrmäen terveysaseman lääkäreille

Vastausohje:

Pyydämme Sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin laittamalla rastin Sinulle sopivan vastausvaihtoehdon kohtaan tai kirjoittamalla vastauksen sille varattuun tilaan. Jos tila ei riitä, voit jatkaa vastausta lomakkeen kääntöpuolelle. Vastaukset käsittelemme ehdottoman luottamuksellisesti, kenenkään osallistujan henkilöllisyys ei tule millään tavalla esille. Tutkimukseen osallistuminen on myös vapaaehtoista.

Vastaajan taustatiedot:

1. Ikä ____ v.
2. Sukupuoli mies nainen
3. Ammattinimike _____
4. Peruskoulutus _____
5. Ammatillinen lisäkoulutus _____
6. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt perusterveydenhuollossa? ____ v.
7. Millaista lisäkoulutusta olet saanut työnjakoon liittyen? _____

Työnjako

8. Miten työnjako on muuttanut tehtävänkuvaasi?

9. Miten työnjako on vaikuttanut terveysaseman / työyhteisön toimintaan?
 - a. Hyvät kokemukset _____

b. Huonot kokemukset _____

10. Voiko hoitaja todeta tiettyjä sairauksia ja saada lääkereseptin asiakkaalle ilman lääkärin tutkimista?

11. Millaista tukea työnjakotyöskentelyyn saat esimieheltäsi?

12. Millaista tukea saat työnjakomalliin työyhteisöltäsi?

13. Miten koet työnjaon vaikuttaneen asiakastyytyväisyyteen?

Kiitämme Sinua osallistumisesta opinnäytetyöhömmme, vastauksesi on meille tärkeä!

Kysely työnjaosta Myyrmäen terveysaseman hoitajille

Vastausohje:

Pyydän Sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin laittamalla rastin Sinulle sopivan vastausvaihtoehdon tai kirjoittamalla vastauksen sille varattuun tilaan. Jos tila ei riitä, voit jatkaa vastausta lomakkeen kääntöpuolelle. Vastaukset käsittelemme ehdottoman luottamuksellisesti, kenenkään osallistujan henkilöllisyys ei tule millään tavalla esille. Tutkimukseen osallistuminen on myös vapaaehtoista.

Vastaajan taustatiedot:

1. Ikä ____ v.

2. Sukupuoli mies nainen

3. Ammattinimike _____

4. Peruskoulutus _____

5. Ammatillinen lisäkoulutus _____

6. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt perusterveydenhuollossa? ____ v.

7. Millaista lisäkoulutusta olet saanut työnjakoön liittyen? _____

Työnjako

8. Miten työnjako on muuttanut tehtävänkuvaasi?

9. Miten työnjako on vaikuttanut terveysaseman / työyhteisön toimintaan?

a. Hyvät kokemukset _____

b. Huonot kokemukset _____

10. Mitä alla olevista tehtävistä suoritat työpaikallasi?

- a. Äkillisten hengitystieoireiden tutkiminen ja hoidon tarpeen arviointi
- b. Keuhkojen auskultointi
- c. Tympanogrammin käyttö ja tulkinta
- d. Sinuscainin käyttö ja tulkinta
- e. Korvien tutkiminen
- f. Korvien jälkitarkastus
- g. Marevan-ohjaus
- h. INR-pikamittarin käyttö
- i. Marevan-lääkityksen määräys
- j. Haavahoitojen aloitus
- k. Haavahoitojen jatkohoito ja seuranta
- l. Lääkärin avustaminen toimenpiteissä
- m. Puhelimessa tapahtuva ohjaus, hoidon tarpeen arviointi ja neuvonta
- n. Pitkäaikaissairauksien ohjaus, hoito ja seuranta. Minkä sairauksien?

- _____
- o. Ryhmien ohjaus
 - p. Akuutit elämänkriisit, psyk.asiakkaat

q. Muita, mitä? _____

11. Pidätkö sairausvastaanottoa? Kyllä En

a. Kuinka paljon työajasta käytät sairausvastaanottoon? _____ h/vko

b. Kuinka paljon työajasta käytät pitkäaikaissairaiden hoitoon _____ h/vko

12. Kuuluuko työhösi sairausloman arviointi ja myöntäminen? Kyllä Ei

a. Kuinka pitkiä sairauslomia voit kirjoittaa? _____ päivää.

13. Mitä erityistehtäviä (hoidon, koulutuksen, potilasohjauksen suhteen) työhösi kuuluu?

14. Miten lääkärin/hoitajan konsultointi tapahtuu? _____

15. Voiko hoitaja todeta tiettyjä sairauksia ja saada lääkereseptin asiakkaalle ilman lääkärin tutkimista?

16. Millaista tukea työnjakotyöskentelyyn saat esimieheltäsi?

17. Millaista tukea saat työnjakomalliin työyhteisöltäsi?

18. Miten koet työnjaon vaikuttaneen asiakastyytyväisyyteen?

Kiitämme Sinua osallistumisesta opinnäytetyöhömme, vastauksesi on meille tärkeä!

Teemahaastattelu osastonhoitajalle

1. Kerrotteko kokemuksianne lääkäri-hoitajatyöparityöskentelystä?
2. Millaista ammatillista lisäkoulutusta työntekijät ovat saaneet työnjakomallin toteuttamista varten?
3. Oletteko esimiehenä saaneet lisäkoulutusta työnjakomallin kehittämistä varten?
4. Miten johtamisella voidaan vaikuttaa työnjaon kehittämiseen Teidän mielestänne?
5. Miten työnjakomallin toteutuminen mielestänne näkyy asiakastyytyväisyydessä