



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Lääkäri-hoitaja työparimalli Klaukkalan terveysasemalla

---

Häsä, Riitta

Astikainen, Maaria

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Hyvinkää

## The doctor-nurse work pair in Klaukkala health center

Häsä Riitta  
Astikainen Maaria  
Sairaanhoitaja AMK  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2011

Häsä Riitta ja Astikainen Maaria

Lääkäri-hoitaja työparimalli Klaukkalan terveysasemalla

Vuosi 2011 Sivumäärä 41

---

Lääkäri-hoitaja työparityöskentelymalli on yhteiskunnassamme vielä uusi asia ja siihen liittyviä tutkimuksia on tehty vasta vähän. Nurmijärven kunnassa työparityöskentely mallia toteutetaan Klaukkalan terveysasemalla. Tulevaisuudessa malli tulee käyttöön myös kirkonkylän terveyskeskuksessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kuinka työparimalli työskentely toimii tällä hetkellä sekä kehittämistarpeet Klaukkalan terveysasemalla.

Aiemman tutkimuksen mukaan työparityöskentely mallin etuina ovat hoitoon pääsemisen nopeus ja se että, asiakas hyötyy kun on nimetty omahoitaja ja -lääkäri. Työparimalli edistää lääkärin ja hoitajan yhteistä vastuunkantamista, jolloin työnjako on myös tarkoituksenmukaisempaa. Hoitajan osaamista hyödynnetään aiempaa paremmin, koska tehtäväsiirtoa on jo osittain toteutettu.

Tutkimuksen toteutimme kvantitatiivisena informoituna kyselynä, joka sisälsi yhden avoimen kysymyksen. Pienen vastaajajoukon vuoksi tutkimuksessa käytettiin kokonaisotantaa. Koska vastausten määrä ei vaatinut erityisen tilasto-/analysointiohjelman käyttöä, käytimme tulosten saamiseksi excel taulukko-ohjelmaa. Vastausten analysoinnin suoritimme purkamalla kysymykset yksittäin. Tutkimuksella saatu tieto ei ole pienen vastaajajoukon vuoksi yleistettävissä, vaan se koskee vain kyseistä terveysasemaa.

Tutkimustulosten perusteella lääkärit ja hoitajat olivat tyytyväisiä nykyiseen työparityöskentelymalliin. Heidän mielestään se paransi potilaan saamia palveluita ja selkeytti työnkuvaa. Työparimallin koettiin myös parantavan työmotivaatiota sekä hoitajan ja lääkärin välistä yhteistyötä. Tulosten perusteella henkilökunta on motivoitunut kehittämään toimintaa terveysasemalla ja innokkaita hankkimaan lisäkoulutusta. Saatu tieto tukee Klaukkalan terveysaseman kehittämistä ja antaa tietoa työparimallityöskentelystä kirkonkylän terveyskeskukselle.

Tulevaisuudessa kehittämisen kannalta tutkimuksessa ilmeni hoitajien ja lääkäreiden tarvetta lisätä yhteisiä palaverieita ja hoitaja vastaanoton hyödyntäminen ennen lääkärin vastaanottoa. Kasvavaan väestömäärään liittyen päivystävän sairaanhoitajan vastaanoton riittävyys nykyisellään aiheutti henkilökunnassa huolta.

Asiasanat: työparimallityöskentely, vastaanottotoiminta, sairaanhoitaja

Häsä Riitta and Astikainen Maaria

The doctor-nurse work pair in Klaukkala health center

Year	2011	Pages	41
------	------	-------	----

---

Nurse-doctor work pair operation model is a new thing in our society and there have been only few researches regarding that. In Nurmijärvi municipality the nurse-doctor work pair model is in use in Klaukkala Health Center. In the future, the model will also be used also in Kirkonkylä Health Center. The purpose of this study was to find out how the model is currently working and needs for development in Klaukkala Health Center.

According to earlier research, quick access to treatment and benefit to have a personal nurse and doctor have been seen as a benefit with work pair operation model. Work pair model supports doctor's and nurse's common responsibility thus giving also more appropriate job sharing. Knowledge of the nurse is exploited better than earlier as parts of doctor's responsibilities have already been transferred to nurses.

Research was made as quantitative informed inquiry which included one open question. Due to the small number of replies the total sample method was used. Because the number of replies did not require use of specific statistical analyzing software, Excel spreadsheet program was used. Analysis of replies was done by studying questions separately. Due to the small amount of replies the results cannot be generalized and it is valid for this specific Health Center.

According to the results, doctors and nurses are satisfied with the current work pair model. They think that it improved services for patients and clarified job description. Work pair model was also considered to give better work motivation and co-operation between nurse and doctor. According to the results the personnel was motivated to further develop activities in the Health Center and get further education. The results support development of Klaukkala Health Center and gives information about work pair operation model for Kirkonkylä Health Center.

According to the research, increasing common meetings between nurses and doctors as well as nurse's practice before doctor's practice were seen as development items in the future. The personnel was concerned about the adequacy of on duty nurse's practice related to increasing population.

Key words: work pair model, practice, nurse

## Sisällys

1.	Tausta ja tarve.....	6
2.	Lääkäri-hoitaja työparimalli.....	7
3.	Lain määrittämät vaatimukset kunnalliselle terveydenhuollolle .....	7
4.	Vastaanottotoiminta .....	8
	4.1 Hoidon tarpeen arviointi vastaanotolla .....	9
	4.2 Sairaanhoidajan velvollisuudet ja potilaan oikeudet hoidon tarpeen arvioinnissa.....	10
	4.3 Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta.....	11
	4.4 Tehtävien siirrot terveydenhuollossa.....	12
	4.5 Tehtäviensirrolla saavutetut hyödyt .....	13
	4.6 Sairaanhoidajille rajattu lääkkeenmääräämisoikeus .....	14
5.	Yksilövastuinen hoitotyö .....	17
	5.1 Omahoitajuus .....	18
	5.2 Sairaanhoidajan ammattitaito.....	19
	5.3 Moniammatillisuus osana sairaanhoidajan tehtävänkuvaa .....	21
6.	Tutkimustehtävä.....	22
7.	Kvantitatiivinen tutkimus .....	22
	7.1 Vaihtoehdot antavat eli suljetut kysymykset.....	23
	7.2 Asenneasteikko eli Likertin asteikko.....	24
	7.3 Aineiston keruu .....	24
	7.4 Aineiston analyysi .....	25
8.	Tulokset .....	25
9.	Tulosten analyysi .....	28
	9.1 Työn luotettavuus ja eettisyys.....	30
10.	Pohdinta .....	31
	Taulukot .....	36
	Taulukko 1.....	36
	Taulukko 2.....	36
	Liitteet.....	38
	Liite 1 .....	38
	Liite 2 .....	39

## 1. Tausta ja tarve

Opinnäytetyömme tilaus tuli Nurmijärven kunnan avohoidon ylihoitaja Raija Vanhatalolta, koska lääkäri-hoitaja työpari työskentely oli uusi asia kunnassa. Kunta toivoi selvitystä, miten toiminta oli lähtenyt käyntiin, mitä positiivisia asioita oli ilmennyt ja missä olisi kehittämistä. Tutkimme opinnäytetyössämme hoitajien sekä lääkäreiden kantaa työparimalliin liittyen. Työssämme käytämme yleisnimitystä hoitaja, koska terveysasemalla työskentelee vain kaksi perushoitajaa. Tällä turvaamme heidän anonymiteettinsä.

Klaukkalan terveysaseman toiminnan muutoksen suunnittelu aloitettiin v. 2006 ja lääkäri-hoitaja työparityöskentely alkoi syksyllä 2008. Alun perin toiminnan piti käynnistyä jo aikaisemmin, mutta terveysaseman laajennus viivästyi. Toiminnan muuttaminen työpareiksi lähti johdon suunnalta, mutta henkilökunta oli myös siihen valmis. Muutosvastarintaa ilmeni hyvin vähän. Klaukkalan terveysasema aloitti Nurmijärven kunnassa pilottina toiminnan ja tulevaisuudessa lääkäri-hoitaja työparityöskentelyä on tarkoitus laajentaa ainakin Nurmijärven pääterveysasemalle.

Muutosta toimintaan tuki tutkimuksissa todetut tulokset ja kansalliset suositukset, joiden mukaan lääkäri-hoitaja työpari työskentely lisää tehokkuutta, lisää sairaanhoitajan ammattitaidon hyödyntämistä ja mahdollistavat paremmin pitkäaikaissairaiden seurannat. Myös terveystalouden johdon tutustumiskäynti Riihimäen terveysasemalle tuki päätöstä aloittaa lääkäri-hoitaja työpari työskentely. Klaukkalan terveysasemalla päädyttiin arpomaan työparit jotta konflikteilta vältyttäisiin ja jokaisella työntekijällä olisi samanlainen lähtökohta aloittaa työskentely. (Keskustelu Tarja Sainion kanssa 28.8.2010).

Eija Peltosen tekemässä vertailevassa tutkimuksessa ilmeni, että työparityöskentelymallia noudattavissa terveyskeskuksissa asiakkaiden hoitoon pääsy kiireettömissä asioissa oli nopeampaa kuin tiimityö terveyskeskuksissa. Toimintatavoissa ilmeni myös jonkin verran eroja. Tiimityö terveyskeskusten pitkäaikaissairaat kävivät asiantuntija-sairaanhoitajan vastaanotolla ja työpari terveyskeskuksissa he kävivät vuorostaan omahoitajan vastaanotolla. Työparimallin terveyskeskuksissa hoidettiin myös paljon terveydentilaan, hoitoon tai sen seurantaan liittyviä asioita puhelimitse. Erona tiimi- ja työparimalleissa oli myös se, että tiimityön terveyskeskuksissa lääkärillä ei ole omahoitajaa käytettävissä vaan hän tekee työtä usean eri hoitajan kanssa. Työparimallia noudattavissa taas jokaisella asiakkaalla on omahoitaja ja omalääkäri. (Peltonen 2009.)

## 2. Lääkäri-hoitaja työparimalli

Kansallisen terveyshankkeeseen liittyvien työnjaon suositusten mukaan lääkäri-hoitaja työparimallin mukainen työskentely on aloitettu jo useassa kunnassa. Suosituksena oli myös lisätä hoitajavastaanottoja. Työparimallin etuina ovat yhteinen vastuunkantaminen asiakkaasta, läheinen yhteistyö sekä yhdessä tekeminen, työnjako joka on tarkoituksenmukainen ja osaamiseen perustuva sekä nopean konsultoinnin mahdollisuus. Lääkäri-hoitaja työparimallissa sairaanhoitajan osaaminen hyödynnetään aiempia malleja paremmin. Tehtävänkuvat, joita sairaanhoitajilla on, on laajennettu työparimallin yhteydessä. Työnjaon myötä sairaanhoitajille laajentuneina tehtävänkuvina on tulut hoidon tarpeen arviointi, siihen liittyvä diagnostiikka sekä mahdollinen hoito ja hoidon jälkeiset jälkitarkastukset. Pitkäaikaissairaiden sekä kroonisesti sairaiden asiakkaiden tilan seuraaminen on myös uutena sairaanhoitajan tehtävänä. Työparimallin mukaan asiakkaat hoidetaan väestövastuullisesti, tuolloin kaikille asukkaille tulee olla nimettyä omahoitaja ja lääkäri. (Syväoja & Äijälä 2009, 54.)

Kansallinen terveyshanke oli Valtioneuvoston vuonna 2002 tekemä periaatepäätös, jonka tavoitteena oli saada seudullisesti perusterveydenhuolto laajemmiksi kokonaisuuksiksi, taata asiakkaalle hoitoon pääseminen sekä ennaltaehkäisevän työn korostaminen. Tavoitteena oli myös lisätä erikoissairaanhoidon liittyvää sisäistä sekä eri sairaanhoitopiirien välistä yhteistyötä sekä työnjakoa. Kansallisen terveyshankkeeseen jatkoa tuo Paras-hanke, jonka tehtävänä on jatkaa työtä terveyshankkeen jälkeen. (STM)

## 3. Lain määrittämät vaatimukset kunnalliselle terveydenhuollolle

Perusterveydenhuollon palveluista vastaavat kunnat yksin tai toisen kunnan kanssa yhteistyössä, valtiosuus kunnille määräytyy laskennallisin perustein väestön määrään suhteutettuna. Kansanterveystyön mukaan jokaisen kunnan on huolehdittava oman väestönsä kansanterveystyöstä. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan ihmiseen ja hänen asuinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa sekä sairaanhoitoa ja siihen liittyvää toimintaa yksilölle. Kansanterveystyön tarkoituksena on väestön terveydentilan edistäminen ja ylläpitäminen. Jokaisella kunnalla on velvollisuus turvata asukkaidensa peruspalvelujen saanti, mutta käytännössä kysyntä on kuitenkin tarjontaa suurempaa. Väestön ikääntymisen ja keski-ikä myötä terveystoimen tulisi seurata kehitystä ja vastata muuttuneisiin palveluntarpeisiin. Terveyspalvelujen järjestämiselle uusia haasteita on luonut kuntien heikentynyt talous. (Elonheimo & Mattila 2004, 260 - 264.)

Kansanterveislain (1972) mukaan terveyskeskuksen tehtävät ovat:

1. Huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista. Mukaan lukien; ehkäisyneuvonta, raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden ja alle kouluikäisten lasten sekä heidän perheidensä neuvolapalvelut.
2. Järjestää asukkaiden sairaanhoito. Ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, joka koskee kunnassa sijaitsevien perusopetusta antavien koulujen ja oppilaitosten oppilaita ja kouluyhteisöä.
3. Ylläpitää kunnan alueella sijaitsevien muiden kuin kohdassa 5 mainittujen oppilaitosten sellaiset mielenterveyspalvelut, jotka on tarkoituksenmukaista antaa terveyskeskuksessa.
4. Huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällinen pelastustoiminta ja tarvittava sairaankuljetusvalmius.
5. Ylläpitää opiskelijoille tarkoitettua opiskeluterveydenhuoltoa.
6. Tuottaa työnantajan järjestettäväksi säädettyjä työterveyspalveluja.
7. Järjestää kunnan alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville soveltuvien osin työterveyshuoltoa.
8. Järjestää seulontaa ja muita joukkotarkastuksia sen mukaan kuin tarkemmin säädetään.
9. Järjestää kiireellinen avosairaanhoito mukaan lukien kiireellinen suun terveydenhuolto potilaan asuinpaikasta riippumatta.
10. Huolehtia siitä, että kunnan asukas tai terveyskeskuksen potilas saa terveydentilaansa koskevan todistuksen tai lausunnon silloin, kun sen tarve perustuu lakiin tai hoidon, toimeentulon, opiskelun tai muun vastaavan syyn kannalta välttämättömään perusteeseen. (Kansanterveislaki 14 §.)

#### 4. Vastaanottotoiminta

Joustavissa ja käytännössä toimivissa terveyskeskuksissa on havaittu avovastaanoitoilla toimivammaksi malliksi omalääkäri-omahoitaja tiimityöskentely. Tämä tarkoittaa sitä, että omahoitaja vastaa pääsääntäisesti väestönsä puhelinneuvonnasta ja aikojen varaamisesta. Hoitajalle kuuluu myös itsenäisen vastaanoton pitämistä ja ennalta sovitujen pitkäaikaissairauksien seurantakäynnit. On tärkeää, että lääkäri on hoitajan tavoitettavissa konsultaatioita ajatellen. Haasteena tämän tyyppiselle vastaanottotoiminnalle on tällä hetkellä liian suuret väestöt. Lääkäriliitto suosittelee 1700 asukasta yhtä lääkäriä kohden, mutta käytännössä väestöt ovat suurempia. (Elonheimo ym. 2004, 265.) Lääkäri-hoitaja-työparityöskentelyssä hoitajien ammattitaito tulee paremmin hyödynnetyksi verrattaessa perinteiseen työskentelymalliin. Tehtävänkuvat ovat terveydenhoitajilla sekä sairaanhoitajilla laajennettuja ja nämä liittyvät hoidon



tarpeen arvioon, diagnostiseen toimintaan, hoitoon sekä jälkitarkistuksiin. (Syväoja & Äijälä 2009, 54.)

Klaukkalan terveysasemalla toimii tällä hetkellä 10 omalääkärinä ja 11 sairaanhoitajaa ja 2 perushoitajaa. Työnjaon muutoksia on tehty ja toinen perushoitajista on siirtynyt toisiin tehtäviin. Koska terveysasema on uusittu v.2008, tilat on suunniteltu nimenomaan työparityöskentelyä varten.

Nurmijärven kunnassa jokaisella kuntalaisella on oma nimetty lääkärisä, joka määrätty kotiosoitteen mukaan.([www.nurmijarvi.fi](http://www.nurmijarvi.fi).) Poikkeuksena kunnassa asiakasryhmänä ovat insuliinihoitoa vaativat diabeetikot, joille kunnassa on yksi diabetologi sekä diabeteshoitajat vastaamassa heidän hoidostaan.

#### 4.1 Hoidon tarpeen arviointi vastaanotolla

Vuonna 2004 Valtioneuvosto määritteli asetuksen hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja hoitoon pääsystä. Asetus pohjautuu kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidon lakiin. Kansanterveyslain lakipykälässä 2, sanotaan hoidon tarpeen arvioinnista seuraavaa: Hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomien esitietojen tai lähetteen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä käytettävissään potilasasiakirjat.

Vastaanottokäynnin yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilö voi koulutuksensa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä sovitun työnjaon perusteella tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaan kertomien esitietojen ja hänestä tehtyjen riittävien selvitysten perusteella. Hoidon tarpeen arviointi voidaan tehdä myös puhelinpalveluna. ([finlex.fi](http://finlex.fi).) Kansalliseen terveysthankkeeseen liittyen haluttiin Suomessakin turvata kansalaisten hoitoon pääsyä asettamalla tiettyjä määräaikoja hoitoprosessin eri vaiheille. (Syväoja & Äijälä 2009, 10).

Kiireettömällä hoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa potilaan terveydentila ei vaadi välitöntä hoitoon pääsyä vaan potilas voi odottaa sekä hoidon tarpeen arviointiin että itse hoitoon pääsyä. Perusteet on laadittu yleisimpiin tutkimuksiin ja hoitoihin eivätkä ne kata kaikkea annettavaa hoitoa. (Terveysportti.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut verkkosivuillaan päivitettyt kiireettömän hoidon perusteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö).

Yhteenveto kiireettömään hoitoon pääsyn kriteereistä:

Mitä	Milloin
Yhteys terveyskeskukseen arkipäivisin virka-aikana	Välittömästi
Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi terveyskeskuksessa	Viimeistään 3:n arkipäivän sisällä yhteydenotosta
Hoito perusterveydenhuollossa	Viimeistään 3 kk:n kuluessa hoidon tarpeen arviosta
Poikkeus: Suun terveydenhuolto ja terveyskeskuksessa järjestettävä erikoissairaanhoito	Viimeistään 6 kk:n kuluessa hoidon tarpeen arviosta
Hoidon tarpeen arviointi erikoissairaanhoidossa	Viimeistään 3 viikon kuluessa lähetteen saapumisesta
Hoito erikoissairaanhoidossa	Viimeistään 6 kk:n hoidon tarpeen arviosta
Poikkeus: Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut	Viimeistään 3 kk:n hoidon tarpeen arviosta

( Syväoja & Äijälä 2009, 17)

#### 4.2 Sairaanhoitajan velvollisuudet ja potilaan oikeudet hoidon tarpeen arvioinnissa

Lain mukaan hoidon tarpeen arvioi terveydenhuollon ammattihenkilö. Arvioinnin tekemiseen tarvitaan riittävän työkokemuksen lisäksi yhteys potilasasiakirjoihin ja hoitoa antavaan yksikköön. Lainsäädäntö ei kuitenkaan määritä, kuinka pitkä työkokemus terveydenhuollon ammattilaisella tulee olla, jotta hänellä on oikeus tehdä hoidon tarpeen arviointi. Lisäksi arviointi on kirjattava potilasasiakirjoihin. Käytännössä siis hoidon tarpeen arvioija arvioi potilaan tilan joko fyysisessä kontaktissa tai puhelinyhteydessä, tekee päätöksen siitä tarvitseeko potilas hoitoa terveydenhuollosta ja millä kiireellisyydellä. Potilaalla ei ole enää subjektiivista oikeutta hoitoon ilman ammattilaisen suorittamaa arviota. (Syväoja & Äijälä 2009, 27.)

Kun tehdään hoidon tarpeen arviota, seuraavat asiat on selvitettävä aina:

1. Miksi asiakas ottaa yhteyttä eli asiakkaan oireet tai myy syy hoitoon hakeutumiselle
2. Esitiedot potilaasta: perussairaudet, lääkitykset ja muut hoidot
3. Tilanne eli status: Milloin oireet ovat alkaneet ja minkälaiset oireet ovat, missä tilanteessa oireita esiintyy, onko oireita ollut aikaisemmin ja miten mahdollisia oireita on hoidettu, mikä on vointi tällä hetkellä

Rajat tiedonkeruun, analysoinnin ja potilaan hoitotyön tarpeiden tunnistamisen välillä ovat liukuvia. Jotta potilas saa parasta mahdollista hoitoa, tiedonkeruu on välttämätön. Kerätessään tietoa potilaasta sairaanhoitaja tunnistaa potilaan hoitotyön tarpeet, arvioi kerättyä tietoa, tekee niiden pohjalta päätelmiä ja selvittää itselleen (ja muille työntekijöille), että ottaa vastuun potilaasta. Joskus on tilanteita, jossa potilaalla ei ole varsinaista ongelmaa, mutta toimenpiteitä tarvitaan, jotta tilanne ei kehittyisi kielteiseen suuntaan. Sairaanhoitajan ammattitaidon ja kokemuksen perusteella toimenpiteisiin on ryhdyttävä vaikka potilaan näkemys tai kokemus olisi toinen. (Skaug & Andersen 2006, 211.)

#### 4.3 Hoidon tarpeen arviointi puhelimesta

Yleisesti terveydenhuollon puhelinneuvonta sisältää palveluista tiedottavaa neuvontaa, yleistä ja yksilökohtaista terveyden- ja sairaanhoidon neuvontaa, palveluun ohjausta ja ajanvarausta. Jos sairaanhoitaja ottaa kantaa yksilölliseen terveydentilaan tai hoitoon sovelletaan terveydenhuollon lainsäädäntöä. Tämä tarkoittaa käytännössä intimiteetin suojaamista ja kirjaamista potilasasiakirjoihin. Puhelinkontaktissa potilaan täysin varma tunnistaminen on tällä hetkellä mahdotonta, mutta jos sairaanhoitaja voi verrata soittajan tietoja potilaskertomuksen tietoihin, tunnistamisen varmuus lisääntyy.

Julkisessa terveydenhuollossa kysyntä ylittää lähes aina tarjonnan, joten sairaanhoitaja tekee myös puhelimitse hoidon tarpeen arviointia. Niiden sairaanhoitajien, jotka tekevät puhelinpalvelutyötä, tulee pystyä tekemään hoidontarpeenarvio ilman näköyhteyttä ja fyysistä kontaktia. Hoitajan on tällöin luotettava omaan ammattitaitoonsa, kokemukseensa ja kommunikointikykyihinsä. Puhelimesta täytyy olla erittäin hyvä kuuntelija, jotta huomaa myös sanomattomat viestit joita potilas antaa. Hoidon tarpeen arvioija joutuu jatkuvasti tasapainoilemaan potilasturvallisuuden ja terveydenhuollon resurssien välillä. (Syväoja & Äijälä 2009 129-131.)

Äkillisesti alkaneisiin tartuntatauteihin sekä pieniin tapaturmiin liittyvää kotihoidon ohjeistus sekä lääkkeiden käyttöön liittyvää ohjeistus on osa puhelinneuvontaa. Henkilöllä, joka työskentelee puhelinneuvonnassa, tulee olla mahdollisuus välittömään lääkärin konsultaatioon. (Koponen & Sillanpää 2005, 105 - 106).

#### 4.4 Tehtävien siirrot terveydenhuollossa

Tehtäväsiirrot ovat omiaan laajentamaan tehtäväkuva. Sillä tarkoitetaan tiettyihin henkilöstöryhmiin esim. lääkäreille kuuluneiden tehtävien sisällyttäminen johonkin toisen ammattiryhmän tehtäviin. Tehtävänsiirtoja eri ammattiryhmien kesken on Suomessa pohdittu jo useita kymmeniä vuosia. Suuren sysäyksen asialle antoi Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaaminen projekti 2002 - 2007, jossa keskeiseksi teemaksi nousivat eri ammattiryhmien työnjako, henkilöstön osaamisen ja saatavuuden vahvistaminen, hoitoon pääsyn turvaaminen, rahoituksen vahvistaminen sekä rakenteiden uusiminen. Tehtävänsiirrosta sekä työnjaon kehittämisestä puhuttaessa yleisimmin tarkoitetaan ajanvarausvastaanottoon sekä päivystykseen liittyvät tehtäväsiirrot sairaanhoitajien sekä terveydenhoitajien toimintaan liittyen. Perusterveydenhuollossa tehtäväsiirrot koskevat omalääkäri-omahoitaja-työparityöskentelyä. Erikoissairaanhoidossa se tarkoittaa asiantuntijasairaanhoitajan pitämää vastaanottotoimintaa tai kättilöiden omaa vastaanottotoimintaa sekä hoitajien pitämää puhelinpäivystystä sekä neuvontaa. (Syväoja & Äijälä 2009, 42 - 44.)

Lainsäädäntöön liittyvät muutokset ovat Suomessa odotettuja, jotta työnjakoa voidaan edelleen kehittää sekä tehtäviä siirtää ja näin hyväksi muutoksiksi havaittuja käytäntöjä voitaisiin virallistaa. Muutokset ovat erityisesti tarpeellisia Terveydenhuollon ammattihenkilöstölaissa 559/1994, jossa määriteltyjen tiettyjen lääkärin tehtävien siirto sairaanhoitajille, kättilöille tai terveydenhoitajille mahdollistuisi. Näihin tehtäviin liittyvät diagnoosin tekeminen sekä diagnostisten tutkimuksien määrääminen ja tulkinta, hoidon tarpeen määrittäminen, lieviin äkillisiin terveyden ongelmiin liittyvä hoidon päättäminen sekä rajoitettu oikeus määrätä tai uusia reseptejä. Erityisesti reseptinkirjoittamiseen liittyvä oikeus on herättänyt erilaisia mielipiteitä, niin puolesta kuin vastaan. Puolestapuhujien mielestä tämä suunnitelma parantaisi potilaiden saamia palveluita, kun taas lääkäriliitto on sitä mieltä, että tarvitaan taudinmääritys ennen lääkkeenmääräämistä ja tämän tekemiseen tarvitaan lääketieteellistä koulutusta. Sen tekemiseen ei riitä osaaminen, jonka perustana on hoitotiede. (Syväoja & Äijälä 2009, 44.)

Tehtäväsiirroille laajemman merkityksen antavat terveydenhuoltoon sekä yhteiskuntaa koskevat muutokset. Tehtävänsiirron tarkoituksena on että ikääntyvä väestö olisi yhä

toimintakykyisempää ja terveempää sekä väestössä tapahtuva jakautuminen tulisi olemaan apua tarvitsevat sekä itseään hoitavat ihmiset. Elämänhallinnalliset ongelmat liittyen perheisiin, lapsiin sekä nuoriin. Pitkäaikaistyöttömyyden mukanaan tuomat sosiaaliset sekä terveydelliset ongelmat lisääntyvät, kuten myös mielenterveyteen sekä muihin psykososiaalisiin asioihin liittyvät alati lisääntyvät ongelmat. Alkoholin ja muiden päihteiden aiheuttamien riippuvuusongelmat lisääntyvät. Alueellisiin väleihin sekä eri väestöryhmiin liittyvät terveyserot sekä palveluiden saatavuuteen sekä tarjontaan vaikuttavat alueelliset erot. Myös uusia kansansairauksia ilmenee jatkuvasti. Maahanmuuttajien kasvava määrä, tietoyhteiskuntaan liittyvät haasteet sekä mahdollisuudet ja potilailla lisääntyvät vaikutus- sekä valintamahdollisuudet. (Syväoja & Äijälä 2009, 42 - 45.)

Hoitajille tehtäväsiirtoa perusteltaessa näkökulmana on usein kustannustehokkuus, lääkärivajaus, palveluiden saatavuus tai työn sujuvuus. Hyvinkin monessa Suomen kunnassa sosiaali- ja terveystoimi on kustannuksellisesti tiukan tarkastelun alla. Tämän vuoksi tehtäväsiirrot hoitajille ovat omiaan kustannuksia vähentävinä sekä toimintaa tehostavina keinoja. Myös lääkäripula on lisäksi ajankohtaista hyvinkin useassa terveyskeskuksessa, tehtäväsiirrot hoitajille nähdään erittäin tarkoituksenmukaisena toimintana. (Syväoja & Äijälä 2009, 44 - 45.) Töiden uudelleen organisoimisella ja jakamisella on tavoitteena lisätä suorituskykyä ja toimintaan liittyvää tehokkuutta sekä antaa tukea henkilöstön työssä jaksamiselle. Toimenpiteen odotetaan lisäävän myös työhön liittyvää joustavuutta. Henkilökunnan hyvinvoinnin sekä työmotivaation toivotaan myös lisääntyvän muutoksien myötä. (Haapa-aho, Koskinen & Kuosmanen 2009.)

#### 4.5 Tehtäväsiirrolla saavutetut hyödyt

Hyödyt joita tehtäväsiirrolla on saavutettu ovat seuraavat; jo olemassa oleva toiminta on tehostunut, hoitoon pääsemisessä on parannusta, lääkäripäivystykseen liittyvä käyttö on vähentynyt, vastaanottokäyntejä on pystytty vähentämään, koska osa potilaiden asioista on voitu hoitaa verkossa tai puhelimitse, työn mielekkyys sekä lääkäreillä että hoitajilla on parantunut, parannusta hoitajien osaamisessa on tapahtunut sekä lääkäreiden ja hoitajien välinen yhteistyö on parantunut. Eritoten potilaat ovat olleet mielissään siitä, että osa lääkärivastaanotoista on pystytty tietyissä tilanteissa korvaamaan hoitajan vastaanottokäynnillä. (Syväoja & Äijälä 2009, 45.)

Tehtävien siirtoja Suomessa on tapahtunut vuosien varrella useita, etenkin terveyskeskuksissa lääkäreiltä hoitohenkilökunnalle tapahtuneet siirrot ovat olleet yleisiä. Perusterveydenhuollossa on jo nyt tapahtunut tehtäväsiirtoja seuraavilla alueilla; Päivystyspotilaiden hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi terveyskeskustasolla, kii-

reettömien terveyskeskuspotilaiden hoidon tarpeen arviointi sekä hoitolaitoksista kotiuttaminen. Terveyskeskuksien vastaanotoilla sairaanhoitaja voi kirjoittaa sairauslomatodistuksia tai vaihtoehtoisesti sairaan lapsen hoitamiseen liittyen vanhempainlomatodistuksen tarvittaessa vanhemmalle. Rokottaminen, rokotereseptien antaminen sekä rokatustodistuksen kirjoittaminen on myös osa tehtäväkuvaa. Jälkiehkäisyyn liittyvän valmistereseptin kirjoittaminen on myös mahdollista. Kierukan laitto synnytäneelle terveelle naiselle sekä jälkitarkastus tekeminen säännöllisesti kuluneen synnytyksen jälkeen on myös mahdollista, tuolloin kuitenkin on koulutuksen oltava kätilö. Myös antikoagulanttihoidon toteutus ja seuranta, erilaisten laboratoriotutkimusten määrittäminen esim. tulehdus, sukupuolitauti, virtsatutkimukset. Pienten vammojen hoidossa kyseeseen tulevat esim. haavojen liimaaminen ja ompelu. Tehtävänsiirtona ovat tulleet myös syylien jäädyttäminen, implanttien laittaminen, kipsaaminen, tukisidosten tekeminen ja teippaus. Tulehduspotilaista; korva- ja kurkkukipuisen potilaan, poskiontelon- tai silmätulehdus tai virtsatieinfektiota epäillessä potilaan tutkiminen ja hoidon aloittaminen. Sukupuolitauteipäilyssä laboratoriotutkimusten määrääminen sekä klamydiaan liittyvän hoidon aloittaminen kuuluvat sairaanhoitajalle, kaikkiin edellä mainittuihin reseptin kirjoittaa aina lääkäri. Korvien huuhteleva ja välikorvatulehdukseen liittyvät kontrollit ovat myös sairaanhoitajalle siirteitä tehtäviä. (Syväoja & Äijälä 2009, 45 - 51.)

Oheinen listaus suhteessa lainsäädäntöön on hyvin epäsuhdassa, selvää onkin että lainsäädännön täytyisi uudistua, jotta käytössä olevat käytänteet voitaisiin virallistaa. Tällä hetkellä suurin osa lain rikkomuksista tai kierroista tehdään joko taudinmäärityksessä tai potilaan tutkimisessa. Hyvin usein tutkijana, hoidon määrääjänä, taudinmäärityksen tekijänä, todistuksen kirjoittajana tai jatkohoitoon lähettäjänä toimii joku muu kuin lääkäri. Lääkäri kirjoittaa potilaalle reseptin annettavaksi, käytännössä hoitaja kuitenkin antaa reseptin potilaalle ja näin määrää hoidon. (Syväoja & Äijälä 2009, 50 - 51.)

#### 4.6 Sairaanhoitajille rajattu lääkkeenmääräämisoikeus

Sairaanhoitajalehdessä 3/2009 peruspalveluministeri Risikko kertoo, missä vaiheessa rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden valmistelut ovat. Hänen mukaansa tarkoituksena on, että rajattu lääkkeenmääräämisoikeus tulisi olemaan osa hoidon aloittamista sekä hoidon tarpeen arvioita. Tuossa tapauksessa sairaanhoitajat, jotka työskentelevät terveyskeskuksien päivystävastaanotoilla sekä ajanvarausvastaanotolla, saisivat uusia lääkemääräyksen, mikäli lääkäri ei ole asettanut estettä uusimiselle. Yhteistyössä ammattikorkeakoulujen, eri terveydenhuollon toimintayksiköiden sekä lääketieteellisten tiedekuntien kanssa on tarkoituksena järjestää tarvittava lisäkoulutus sairaanhoi-

tajille, sisältäen lääkärin ohjauksessa tapahtuvan harjoittelujakson. Lisäkoulutukseen valitaan vain laillistettuja rekisteröityjä sairaanhoitajia, joilla on riittävä työkokemus sekä työnantajan suositus. Ennen koulutukseen pääsyä edellytetään, että sairaanhoitajalla on kokemusta hoitajanvastaanottotoimintaan liittyvästä kliinisestä asiantuntijuudesta sekä lääketieteeseen että farmakologiaan liittyviä lisäopintoja. (Sairaanhoitaja lehti 2009, 7 - 8.)

Reilun vuoden kuluttua Sairaanhoitaja lehti 4/2010 kirjoittaa, että sairaanhoitajien rajattu lääkkeenmääräämisoikeus on lähes valmis käytäntöön. Tammikuussa 2010 hallitus antoi rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen liittyvän esityksen eduskunnalle. Uudistuksella pyritään parantamaan ammattihenkilöiden osaamiseen liittyvää tarkoituksenmukaista käyttöä, nopeuttaa asiakkaiden hoitoon pääsyä sekä sen myötä myös nopeuttaa hoidon aloittamista. Lääkäreiden panos voidaan suunnata tehokkaammin sitä edellyttävien potilaiden hoitamiseen. Uudistus on osa Sosiaali- ja terveysministeriön tukemaa Kansallista terveyshanketta, joka liittyy terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyön ja työnjaon kehittämiseen. Kaste-ohjelma jatkaa vuosien 2008-2011 välisenä aikana edelliseen perustuvien toimintatapojen levittämistä ja vakiinnuttamista. Ajanvaraus- ja päivystysvastaanottojen lisäksi uudistusta suunnataan myös äitiys-, perhesuunnittelu- sekä lastenneuvoloihin, opiskelu- ja kouluterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon. ( Sairaanhoitaja lehti 4/2010 ,19.)

Jotta sairaanhoitaja saa rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden, tulee hänen täyttää kolme edellytystä. Sairaanhoitajan tulee olla palveluksessa joko kuntayhtymään tai kuntaan. Terveyskeskuksessa vastaava lääkäri sekä sairaanhoitopiirissä johtava lääkäri tekevät kirjallisen määräyksen rajatusta lääkkeenmääräämisestä, jossa on määriteltävä sairaanhoitajan tehtävät, laajuus lääkkeenmääräämiselle sekä siihen liittyvät mahdolliset rajoitukset. Sairaanhoitajalla tulee olla myös valtioneuvosten asetuksella määrätty koulutus tehtävään, jotta hänen osaamisensa varmistetaan sekä hänellä on oltava riittävä työkokemus. Ammattihenkilölakiin tullaan esittämään uusi luku oireenmukaisesta hoidosta sekä rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta. Oireenmukainen hoito tarkoittaa sairaanhoitajan hoidon aloittamista hänen saamansa koulutuksen, kokemuksen sekä tehtävänkuvan mukaan potilaalla olevien oireiden, mahdollisten erilaisten tutkimusten sekä muiden hänellä käytössään olevien tietojen ja tekemänsä hoidon tarpeen arvion perusteella. Sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen tulisi olemaan pääsääntöisesti geneeristä ja vaatii aina potilaan henkilökohtaista tapaamista. Puhelinmääräyksien antaminen ei siis kuuluisi sairaanhoitajan tehtäviin. Lääkkeitä määrätessään tulee sairaanhoitajan noudattaa potilaan hoitosuunnitelmaa, toimintayksikön työnjakoa, kansallisia hoitosuosituksia sekä näihin perustuvia toimintayksikössä olevia hoito-ohjeita. ( Sairaanhoitajalehti 4/2010, 19 - 20.)

Tulevassa asetuksessa on listattu viisi yleisimmästä, äkillisestä taudista sekä sairaanhoitajan niihin aloittamista lääkityksistä. Myös pitkäaikaissairauksista on listattu noin viisi yleisintä sairautta sekä niiden lääkitystä, näihin liittyviä lääkityksiä sairaanhoitaja voisi jatkaa annetun hoitosuunnitelman mukaan, mikäli sairaus sekä lääkitys ovat stabiilissa tilassa. Listaan olisi tarkoituksena tulla myös rokotteita, raskauden ehkäisyyn liittyviä hormonaalisia valmisteita alle 35 - vuotiaille naisille sekä pitkäaikaisten ihosairauksien hoitoon liittyviä perusvoiteita jotka kuitenkin olisivat lääkärin aiemmin määräämiä voiteita. ( Sairaanhoitajalehti 2010, 19 - 20.)

Rajattuun lääkkeenmääräämisoikeuteen liittyvä koulutus on alkanut vuoden 2011 alussa. Sairaanhoitaja lehdessä 11/2010 Kisanlahti A. kirjoittaa, että koulutuksen toteutus on läheistä yhteistyötä sairaanhoitajan oman terveyskeskuksen kanssa. Näin ollen koulutukseen hakeutuvalla on oltava työsuhde terveyskeskukseen. Yksityisten terveysasemien sekä sairaaloiden sairaanhoitajat jäävät siis koulutuksen ulkopuolelle. Lääkkeenmääräämisoikeus koskee vain perusterveydenhuollon tiloissa tehtyä vastaanottotoimintaa, sairaanhoitajalla tulee olla mahdollisuus lääkärin konsultaatioon välittömästi tarpeen niin vaatiessa. Tautitilat, joita rajattu lääkkeenmääräämisoikeus koskee, ovat mm. rokotteita, alle 35 - vuotiaiden ehkäisyyn tarkoitettut valmisteet, verenpainetaudin ja 2 tyypin diabeteksen sekä astman hoitoon käytettävät lääkkeet. Päivystyksellisesti hoitaja voi hoidon tarpeen arvion ja oirekuvan mukaisesti määrätä tiettyjä lääkeaineita, lähinnä nielutulehdukseen sekä äkilliseen komplisoitumattomaan virtsatietulehdukseen. Tehtäväkuva määrää sen, mitä lääkkeitä hoitaja voi määrätä esim. astmahoitaja, akuuttivastaanoton hoitaja tai pieni terveydenhuollon yksikkö, jossa aiemmin mainitut voivat molemmat kuulua hoitajan tehtäviin, tuolloin oikeus lääkkeiden määräämiseen on laajempi. Pitkäaikaissairauksien hoidossa hoitaja voi oireiden mukaan tarkkaan rajatuissa tilanteissa määrätä potilaalle lääkettä, mikäli tilanne ei vaadi laboratoriotutkimuksia. Sairaanhoitaja ei kuitenkaan diagnosoi tai suunnittele lääkehoitoa pitkäaikaissairauksista kärsiville potilaille. (Sairaanhoitaja lehti 2010, 20.)

Tehtyjen tutkimusten mukaan sairaanhoitajan laajennetusta lääkkeenmääräämisoikeudesta on ollut merkittävästi hyötyä. 23 tutkimusta sisältävässä metanalyysissä on osoitettavissa, että lääkärin osaamista on kyetty suuntaamaan vaativimpiin tehtäviin ja näin myös hoidon saatavuus sekä laatu ovat parantuneet. Tutkimukset osoittavat myös, että terveydenhuoltoon liittyvät kustannukset ovat pienentyneet ja työyhteisössä yhteistyö on parantunut. Jarmo J. Koski, joka toimii Jyväskylän terveyskeskuksen vastaavana lääkärinä, on kuulunut sairaanhoitajien rajoitettua lääkkeenmääräämisoikeutta koskevaan suunnittelutyöryhmään. Hän kokee uudistuksen mahdollisuute-



na, jonka avulla voidaan saada arkipäivän toiminnot sujuvammiksi. (Sairaanhoitajalehti 2010, 20 - 21.)

## 5. Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuisen hoitotyön käsitteellä tarkoitetaan työnjakomallia, jossa potilaalle nimetään omahoitaja. Hänen tehtävänä on vastata sovitusti tietyistä alueista koskien potilaan hoitoa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki, & Valtonen, 2004 31 - 32.) Yksilövastuisen hoitotyön toisessa merkityksessä viitataan hoitofilosofiaan, tuolloin pääpaino on hoitoon liittyvissä laatuvaatimuksissa ja periaatteissa. Hoitosuhdetyössä, potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen sisällössä nämä voivat toteutua. (Holmia ym. 2004, 27.) Yksilöllisyyden periaatteen toteutuminen on mahdollista vain yksilövastuisessa hoitotyössä. (Munnukka & Aalto 2002, 24).

Yksilövastuinen hoitotyö on työnjakomalli hoitotyössä, mutta myös viittaa toimintafilosofiaan sen taustalla. Yksilövastuinen hoitotyö voi jopa esineellistää toista ihmistä ja olla siten teknisesti orientoitunutta. Hoitotyön näkökulmaa kohti dialogia ohjaa yhteistyön korostaminen. Yhteistyö on potilaan ja omahoitajan työskentelyä potilaan senhetkisen terveydentilan edistämiseksi. Kun kyseessä on dialogia, molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa, mutta eivät käytä toisiinsa valtaa. Hoitajan tehtävänä on tuoda oma asiantuntijuutensa kohtaamiseen ja antaa se potilaalle käyttöön. Potilas puolestaan tuo tilanteeseen oman ainutlaatuisen elämäntilanteensa. Tavoitteena kohtaamisessa on lisätä terveyttä edistäviä tekijöitä sekä vähentää potilaan elämästä terveyttä uhkaavia tekijöitä. (Munnukka ym. 2002, 27.)

Yhteistyötä korostavassa toimintamallin piirteissä tulee olla toiminnan perustana olevat tunnistetut arvot, ihmisen oletetaan olevan ainutkertainen, vastuullinen, kokeva ja yksilöllinen. Vallankäyttö on tarpeetonta, koska ihmisten oletetaan olevan tasavertaisia keskenään. Potilaan käyttöön tarjotaan oma asiantuntijuus ja potilas käyttää tätä muuttamaan omaa elämäntilannettaan. Toiminta on tavoitteellista ja se etenee tulevaisuuteen suuntautuvana yhteistyössä potilaan kanssa dialogin avulla, lähtökohdaksi on aina potilaan asia. Potilasta pidetään yhdenvertaisena ja vastuullisena yhteistyökumppanina. (Munnukka ym. 2002, 26.) Hoitaja edustaa potilaalle aina aikuisuutta, terveyttä ja todellisuutta. Siksi hoitajan on muistettava hoitotilanteissa olla vilpittömästi aito oma itsensä. Jokaisella hoitajalla on oma tapansa toteuttaa hoitosuhdetyötä, eikä olemassa ole yhtä ainoa oikeaa tapaa olla ammatillinen vaan se on jokaisen omasta persoonasta kiinni. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 37.)

Todellisuudessa potilaiden hoito tapahtuu hyvin eritasoisissa ja erilaisissa hoitotyön konteksteissa. Jotta yhteistyösuhteesta muodostuisi hyvä, erilaisista hoitokonteksteista riippumatta, edellytetään sairaanhoitajalta dialogin ja teknisen kohtaamisen taitoa, potilaalla nämä kytkeytyvät erottamattomasti toisiinsa. (Munnukka ym. 2002, 36.)

Suomenkielinen käännös yksilö-vastuu-hoitotyö kertoo vastuullisuuden käsitteen merkityksen yksilövastuisessa hoitotyössä. Kyseessä on siis yksilö jolle olemme vastuussa hoitotyössä. Kohtaamme hoitotyössä ihmisen nykyhetkessä, mutta siihen vaikuttavat myös hänen menneisyytensä ja tulevaisuutensa. Hoitotyöntekijällä vastuu potilaan hoidosta ulottuu pitkälle potilaan tulevaisuuteen eikä se jää vain senhetkiseen tilanteeseen. Yksilövastuisessa hoitotyössä sairaanhoitajan vastuullisuus ilmentyy hoitotyön päämäärään pyrkimisenä. Hoidon yksilöllisyys ja jatkuvuus paranevat kun hoitotyöntekijä vastuullisesti sitoutuu potilaan sekä hänen omaistensa ja läheistensä hoitoon. Omahoitaja vastaa yksilövastuisessa hoitotyössä potilaan hoidon suunnitelmallisuudesta niin, että siitä tulisi potilaalle eheä ja luotettava kokonaisuus. (Munnukka ym. 2002, 155.)

### 5.1 Omahoitajuus

Omahoitajan tärkeimpänä tehtävänä on saada koordinoitua potilaan hoitoon liittyvät erilaiset asiat kokonaisuudeksi. Myös yhteydenpito eri tahojen kanssa on omahoitajan tehtävä mm. lääkäri, jatkohoitopaikat, omaiset jne. Hoitosuunnitelman ja hoidon toteutumiseen liittyvä arviointi sekä arvioinnin perusteella tulevien muutosten tekeminen hoitosuunnitelmaan on omahoitajan tehtävä. Keskustelut käydään yhteistyössä potilaan kanssa. (Munnukka ym 2002, 42.)

Hoitajan hyvää ammattitaitoa kuvaa kokemuksen ja tiedon yhdistäminen hoitotilanteessa. Tämän edellytyksenä on luova kyky ajatella ja yhdistää eri ilmiöitä uudeksi ainutlaatuiseksi hoitotilanteeksi. Jokainen hoitotilanne on ainutkertainen ja siihen liittyy monia eri tekijöitä, opitun mallin mukaan käyttäytyminen ei anna takuuta parhaalle mahdolliselle hoidolle. Jokainen hoitaja, potilas ja hoitoympäristö ovat yksilöllisiä ja ainutkertaisia. Hoitotyön tilanteissa tulisi aina pyrkiä ainutkertaisuuteen ja yksilöllisyyteen, vaikkakin se on suuri haaste ja useimmiten toteutuu vasta pitkän hoitokontaktin myötä. Tärkein persoonallisuuden perusta hoitajalla onkin terve itsetunto, mikäli itsetunto on riittämätön voi henkilö kähertyä itseensä ja näin menettää vuorovaikutuskykynsä ympäristön kanssa. Tämän vuoksi henkilö ei kykene uudistumaan ja näin käyttää omat voimavaransa nopeasti loppuun. Tuolloin myös luovien voimavarojen käyttö ehtyy ja käyttäytyminen muuttuu kaavamaiseksi. Kun ihminen

omaa riittävän terveen itsetunnon hän uskaltaa altistaa itsensä muiden ihmisten kritiikin kohteeksi, kykenee sietämään epävarmuutta ja näin uskaltautuu asettamaan omat mielipiteensä ja käsityksensä kritiikille alttiiksi. (Mäkelä ym. 2001, 106-107.)

Kun kyseessä on lyhytaikainen hoitosuhde voi kokonaisvastuun pitäminen omahoitajalla estää hoidon pirstoutumisen sekä säästää aikaa. Hoitajasta voi tulla rikkonainen, mikäli vastuu jaetaan useille hoitotyöntekijöille tehtäväkeskeisesti tai jos sitä ei jaeta ollenkaan. Mikäli kenelläkään ei ole kokonaisvastuuta, on se omiaan aiheuttamaan sekaannusta ja hämmennystä niin hoitotyöntekijöille että potilaille. Hoitotyössä vastuullisuus on yhteisöllistä. Omahoitajan työtä kunnioitetaan ja hänen potilaistaan kannetaan vastuuta silloin, kun hän ei itse ole paikalla. (Munnukka ym. 2002, 155.)

Asiakaskeskeinen ammatillinen auttaminen on hoitotyön ydin, johon kuuluu hyvä yhteistyösuhde potilaan, hänen läheistensä ja hoitajan kesken. Hoitaminen perustuu yhteistoimintaan ja on vuorovaikutusta. Lähtökohtana pidetään humanistista ihmiskäsitystä, jossa molemmat yhteistyösuhteen osapuolet ovat ainutkertaisia ihmisiä ja subjekteja. Yhteistyösuhteessa potilas osallistuu aktiivisesti hoitoonsa ja näin yhteistyösuhde onkin kahden subjektin välinen suhde. Tässä suhteessa potilas ja hoitaja nähdäänkin yksilöinä omine voimavaroineen, aikomuksineen ja tahtoineen. Yhteistyösuhde onkin huolenpitosuhde. Hoitajan tulee tukea potilasta itsensä auttamisessa sekä kunnioittaa potilaan henkilökohtaisia arvoja ja näkemyksiä. Jotta vuorovaikutussuhde on myönteinen, tulee sen perustua aitouteen, luottamuksellisuuteen sekä empaattiseen ymmärtämiseen. (Holmia ym. 2004, 27.)

## 5.2 Sairaanhoitajan ammattitaito

Ammatillinen pätevyys eli kompetenssi tarkoittaa kykyä suoriutua tehtävästä hyvin niin ihmisen itsensä kuin muiden arvioimana. (Hildén 2002, 33). Sairaanhoitajaliitto määrittelee sairaanhoitajan korkeimmin koulutetuiksi hoitotyön ammattilaisiksi, jotka tekevät itsenäistä ja vastuullista työtä, toimivat sekä terveyttä ylläpitäen että edistämällä ja ehkäisevät ja hoitavat sairauksia. (Sairaanhoitajaliitto.)

Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeessa, joka toteutettiin vuosina 2000 - 2001 annettiin täsmälliset osaamisvaatimukset eri terveydenhuollon alan työntekijöille, myös sairaanhoitajille. Sairaanhoitajan terveysalaan liittyvän yhteisten osaamisen alueiden lisäksi määriteltiin myös tarkat ammatilliseen osaamiseen liittyvät asiat. Sairaanhoitaja koulutusta säätelee myös EY-direktiivit. Sairaanhoitajan ammatillisen asiantuntijuuden kymmeneksi eri osaamisen alueeksi määriteltiin seuraavat; terveyden edistäminen, kliininen hoitotyö ja lääkehoito, hoitotyöhön liittyvä päätöksenteko, ohjaami-

nen ja opettaminen, yhteistyö, toiminnan eettisyys, kehittämiseen sekä tutkimukseen liittyvä työ ja johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö sekä yhteiskunnallinen toiminta. Sairaanhoitajan koulutus kestää 3,5 vuotta. Opintopisteiden määrä tutkinnossa on 210 op, yksi opintopiste pitää sisällään keskimäärin 27 tuntia opiskelua. Opintoista 90 op on ammattitaitoa edistävää harjoittelua, tähän luetaan mukaan opinnäytetyö joka on 15 op arvoinen sekä 15 op opintoista voidaan suorittaa oppilaitoksen asianmukaisissa harjoitustiloissa. (Opetusministeriö 2006.)

Koulutuksen tavoitteena on opetuksen sisällön suunnitteleminen niin, että valmistuvalla sairaanhoitajalla on hyvä pohja itsenäiseen työskentelyyn sekä valmius elinikäisen oppimisen tielle. Keskeisimpinä periaatteina opetussuunnitelmassa myös terveydenhoidon alalla ovat valmiudet työn kehittämistä varten, tulevaisuuteen suuntautuneisuus sekä yhteiskunnallinen orientoituminen. Tämän tarkoituksena on varmistaa, että tulevat työntekijät ovat ammatillisesti päteviä toimimaan muuttuvassa, globalisoituvassa sekä modernissa yhteiskunnassa. Asiantuntijoiden kouluttaminen on ammattikorkeakoulun tehtävä, sen tulee vastata kehittämisen sekä työelämän tarpeisiin. Valmistuva opiskelija on taidoiltaan valmistuessaan vielä aloittelija ja asiantuntijaksi kehittyminen tapahtuu työkokemuksen ja lisäkoulutuksen myötä. Verkosto-, projekti- sekä tiimityö ovat osa valmistuvan sairaanhoitajan tehtäväkuvaa ja hänellä tulee olla tarvittavat taidot niistä suoriutumiseen. (Opetusministeriö 2006.)

Nykyään sairaanhoitajan työssä edellytetään vahvaa kykyä tehdä työtä asiakaslähtöisesti, itsenäisesti ja hyvällä ammattitaidolla. Hoitajalta vaaditaan myös kehittämistä, ohjausta ja opettamista, kustannustietoisuutta, kollegiaalisuutta ja vaikuttamista. Jotta tämä kaikki onnistuu, sairaanhoitajan pitää ensisijaisesti arvostaa omaa ammatiaan ja omaa työtään. Hoitotyössä tapahtuu jatkuvasti muutoksia ja kehitystä, joten oman ammattitaidon kehittäminen koko työuran ajan on erityisen tärkeää. (Hildén 2002, 54-63.)

Työntekijöiden ammattitaidon kannalta täydennyskoulutuksella on tärkeä merkitys niin tietojen ajantasaistamisessa kuin ammatillisen osaamisen kehittämisessä. Koulutukset mahdollistavat myös alueellisen yhteistyön erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä, jolloin verkostoituminen, organisaatioiden tavoitteiden toimeenpano ja moniammatillinen yhteistyö on sujuvampaa. Moniammatillisten koulutusten tulee perustua palvelu- ja hoitoketjuihin ja koulutuksia voivat järjestää niin sosiaali- ja terveydenhuolto kuin yksityinen sektori. (Sosiaali- ja terveysministeriö.)

Vastaanottotyössä sairaanhoitajan osaaminen koostuu useasta eri osa-alueen hallinnasta. On hallittava laaja teoretinen tieto, joka perustuu hoitotieteeseen ja on osattava käyttää ja soveltaa näitä tietoja. Nykypäivän sairaanhoitajakoulutus antaa valmiudet hyödyntää uusinta tutkittua tietoa ja on kyettävä hankkimaan itsenäisesti lisätietoa muista kriittisyys. Pitäessään omaa vastaanottoa työparityöskentelyssä, hoitajalla on oltava hyvät taidot suorittaa sovittuja toimenpiteitä, tarkkailla potilaan vointia tekniikan avulla ja vastata vaativammistakin lääkehoidoista. (www.metropolia.fi.)

Sairaanhoitajan hyvää ammattitaitoa voidaan myös kuvata millä tavalla hän kantaa vastuuta työstään. Vastuu tarkoittaa tietoisuutta siitä, mitä on tekemässä. Koska hoitajalla on oikeus omaan päätöksentekoon omilla vastuualueillaan, hän on vastuussa päätöksenteostaan myös juridisesti. Sairaanhoitaja on velvollinen noudattamaan sosiaali- ja terveydenhuollon asetuksia ja lakeja. (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska, Viuhunen 2002, 49.)

Klaukkalan terveysasemalla työskentelevän sairaanhoitajan tehtäväkuvaus:

Asiakastyö/ vastaanottotyö n. 85%

- sisältää mm. hoidon tarpeen arviointia, ajanvarausta, asiakasvastaanottoa, lääkehoidon toteutusta ja seurantaa, hoitotoimenpiteitä, potilasohjausta, inr-määrityksiä ja yhteistyötä omalääkärin kanssa

Yhteistyö muiden yksiköiden ja ulkopuolisten tahojen kanssa n. 5%

- yhteistyö erikoissairaanhoidon ja muiden kunnan sosiaali- ja terveystoimialan kanssa, kouluttaminen ja konsultointi, tiedottaminen ja tiedon hankinta

Kehittämistyö/ ohjaus ja neuvonta/ koulutus n. 5%

- kuntalaisten neuvonta, uusien työntekijöiden ohjaus, opiskelijaohjaus, hoitotyön kehittäminen, täydennyskoulutukset

Vastuualueet n. 5%

### 5.3 Moniammatillisuus osana sairaanhoitajan tehtäväkuvausta

Yksi näyttöön perustuvasta hoitotyön toimintatavasta on moniammatillinen hoitotyö. Hoitotyössä pystytään tällöin kehittämään ja organisoimaan asiakkaalle kokonaisvaltaisempi hoito. (Lauri, Hupli, Jokinen 2000, 2-9.)

Käsitteenä moniammatillisuus on laaja. Siinä yhdistetään tarpeellinen ja käytettävissä oleva tieto. Työntekijöiden voimavarat yhdistämällä myös säästetään yksittäisen työntekijän työn kuormittuvuutta ja kaikilla osapuolilla on yhteinen päämäärä. (Øvretveit 1995, 92-93.) Moniammatillisessa hoitotyössä eri tahot/ työntekijät pyrkivät asiakaslähtöisyyteen, eri ammattiryhmien välillä tietojen siirtoon ja yhtenäistämiseen.

seen sekä ammatilliseen vuorovaikutukseen. Yhteistyössä pyritään jokaisen asiakkaan kohdalla huomioimaan lääketieteellinen, sosiaalinen, psykologinen, hoidollinen, eettinen ja taloudellinen puoli. Isoherranen (2005) mukaan keskeisiä asioita moniammatillisuudessa ovat: asiakaslähtöisyys, vuorovaikutustaitoinen yhteistyö, roolien rajojen muutokset, verkostojen huomioiminen ja tiedon ja eri näkökulmien yhteen kokoaminen. (Isoherranen 2005 15-18).

Moniammatillisessa yhteistyössä jokainen osallistuja selvittää oman alansa erikoisosaamisen ja sen jälkeen yhdessä yhteistyötahojen kanssa rakentaa yhteisen osaamisen. Jotta yhteistyö onnistuu, tarvitaan työntekijöiltä hyviä vuorovaikutustaitoja, päätöksentekoa taitoa, motivaatiota, vastuuta ja uusiin tilanteisiin sopeutumista. Myös hoitotyössä on yhä enemmän alettu korostaa eri ammattiryhmien välistä yhteistyön merkitystä. Yhteistyöllä ja -suunnittelulla poistetaan mahdollinen päällekkäinen hoito ja kohdennetaan voimavarat tarkoituksenmukaisemmin. (Isoherranen, Rekola, Nurminen 2008. 16.)

#### 6. Tutkimustehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Klaukkalassa syksyllä 2008 käynnistyneen lääkäri-hoitaja työparimallin toimivuutta. Tutkimustehtävän keskeisempänä asiana on selvittää lääkäri-hoitaja työparimallin tämän hetkistä tilannetta, sen toimivuutta ja mahdollisesti esiin nousseita kehittämistarpeita. Tutkimukseen osallistuvat sekä sairaanhoitajat/perushoitajat sekä lääkärit. Työstä saadun tiedon avulla voidaan kehittää toimintaa Klaukkalan vastaanotolla ja auttaa Nurmijärven kirkonkylää lääkärihoitaja työparimalliin siirtymisessä.

#### 7. Kvantitatiivinen tutkimus

Määrällisellä eli kvantitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan menetelmää, jonka avulla saadaan kuva mitattavien ominaisuuksien eli muuttujien välisistä eroista ja suhteista. Kun tutkimus on objektiivinen, on tutkija puolueeton eikä hän vaikuta saatavaan tutkimustulokseen. Tutkimuksesta saatava tulos on objektiivinen sen ollessa tutkijasta riippumaton. Määrällisessä tutkimuksessa halutaan tietoa muuttujasta joka voi olla esim. jokin henkilön toiminta, ominaisuus tai häntä koskeva asia. Mittareina käytetään kysely-, havainnointi- tai haastattelulomakkeita. Kun tutkittavien määrä on pieni, alle 100 tutkimukseen osallistujaa, käytetään tavallisimmin kokonaisotantaa. Kokonaisotanta ei kuitenkaan ole varsinainen otantamenetelmä. (Vilkkä 2007, 13 - 14, 52.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan tietoa numeerisesti. Kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein, ovat kysymyksiä joihin määrällinen tutkimusmenetelmä vastaa. Tutkimuksen avulla henkilöihin liittyvien asioiden tutkiminen on mahdollista, kun tutkittava asia strukturoidaan ja operationalisoidaan. Strukturoinnissa tutkimukseen liittyvät asiat vakioidaan ennalta sellaisiksi vaihtoehtoiksi lomakkeeseen niin, että kysymyksiin vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla sekä kysymykset voidaan kysyä heiltä samalla tavalla. Operationalisoinnilla tarkoitetaan teoreettisten sekä käsitteellisten asioiden muuttamista muotoon, jossa tutkittavan arkiymmärrys riittää asioiden ymmärtämiseen. (Vilka 2007, 14 - 15.)

Tutkimusongelman määrittäminen, aiheesta aiempiin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin tutustuminen sekä teoreettiseen tietoon perehtyminen on käynnistys tutkimukselle. (Heikkilä 2008, 22). Tutkimuksen aiheena on jokin ilmiö tai seikka, joka on tutkijalle kiinnostava. Kun aihe tulee hoitotyön käytännöstä, täytyy tutkijan keskustella asiantuntijoiden kanssa tutkittavaan aiheeseen liittyvistä asioista kuten; mitä tietoa halutaan saada sekä kuinka sitä halutaan hyödyntää. Tutkittavan aiheen huolellinen rajaaminen on tärkeää. Tutkimuksesta saatava hyöty, sekä se mitä saaduilla tuloksilla aiotaan tehdä, ovat asiat jotka määrittävät tutkimuksen tarkoituksen. Tutkimuksen kautta hoitotyöhön tulevaa hyötyä voidaan arvioida siitä, kuinka sairaanhoitajat ja potilaat hyötyvät saadusta tiedosta sekä voidaanko saatuja tuloksia soveltaa johtamiseen, käytäntöön tai koulutukseen. (Krause & Kiikkala 1996, 56 - 57.)

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme kvantitatiivisen tutkimuksen, huolimatta siitä että otos on pieni, vain 13 hoitajaa ja 10 lääkäriä. Perustelemme valintamme sillä, että kvantitatiiviseen tutkimukseen vastaaminen on nopeampaa ja näin mahdollisesti saamme suuremman vastausprosentin. Tutkimuksessamme selvitämme hoitajien ja lääkäreiden kokemuksia lääkäri-hoitaja työparimallista sekä sen toimivuudesta. Tarkoituksena on käyttää saatua tietoa terveysaseman toiminnan kehittämiseen sekä antaa näkökulmia uuden kirkonkylän lääkäri-hoitaja työparimallin luomiseen. Käytämme tiedonkeruumenetelmänä informoitua kyselyä, jossa käymme itse viemässä kyselylomakkeet terveysasemalle. (Heikkilä 2008, 18.)

### 7.1 Vaihtoehdot antavat eli suljetut kysymykset

Suljetuissa eli strukturoiduissa kysymyksissä annetaan vastausvaihtoehdot valmiina. Näistä joko rastitetaan tai ympyröidään sopiva vaihtoehto. Näiden käyttö tulee kyseen silloin, kun etukäteen tiedetään selvästi rajatut, mahdolliset vastausvaihtoehdot. Kun käytetään suljettuja kysymyksiä, tarkoituksena on helpottaa vastausten käsittelemistä sekä torjua tietynlaisia virheitä. Vastaajista kaikki eivät ole välttämättä lahjakkaita

kielellisesti tai toiset eivät halua antaa esimerkiksi kritiikkiä. Valmiita vaihtoehtoja tarjoamalla, ongelmaksi eivät nouse kielelliset ongelmat ja moitteiden ja negatiivisen palautteen antaminen on helpompaa. (Heikkilä 2008, 50 - 51.)

## 7.2 Asenneasteikko eli Likertin asteikko

Mielipideväittämissä paljon käytetty asteikko on Likertin järjestysasteikko. Perusajatuksena asteikossa on, että toiseen suuntaan mentäessä samanmielisyyssuurenee ja taas toiseen suuntaan mentäessä pienenee. (Vilka 2007, 46). Vastaajan tehtävänä on valita omaa käsitystään parhaiten kuvaava vaihtoehto. Käytettäessä Likertin asteikkoa, on mietittävä tarkkaan: montako arvoa annetaan asteikolle, kuinka ne ilmaistaan sanallisesti, millä vaihtoehdolla aloitetaan ja kuinka asteikon keskikohta tulee muotoilla. (Heikkilä 2008, 53.)

## 7.3 Aineiston keruu

Kohderyhmänä aineistonkeruussa olivat Nurmijärven kunnan Klaukkalan terveysaseman hoitajat ja lääkärit. Vastaanotolla työskentelee 11 sairaanhoitajaa, 2 perushoitaja sekä 10 lääkäriä. Tutkimuslupaa anottiin Nurmijärven kunnan sosiaali- ja terveyslautakunnalta helmikuussa 2011. Syksyllä 2010 keskustelimme jo alustavasti Klaukkalan terveysaseman osastonhoitaja Arja Puputti-Rantsin kanssa siitä, kuinka tulemme kyselyn toteuttamaan keväällä 2011. Tutkimusluvan saatuaamme helmikuun lopulla 2011, otimme yhteyttä Puputti-Rantsiin ja sovimme tarkemmasta aikataulusta hänen kanssaan. Kysely suoritettiin 10.3.2011 ja kuten jo alustavasti syksyllä sovimme, suoritimme kyselyn osatunnilla. Esittelimme tutkimuksemme ja tilaisuudessa läsnä olleet sairaanhoitajat/perushoitaja täyttivät kyselylomakkeen. Mukaamme saimme 8 vastauslomaketta, poissaoleville jätimme kyselylomakkeet ja vastausaikaa oli torstaihin 24.3. saakka. Lääkäreille tarkoitettut kyselyt jätimme jokaiselle omahoitajalle ja heille annoimme mukaan myös saatekirjeen jossa kerromme tutkimuksen tarkoituksesta. Vastausajan kuluttua umpeen, puuttuvia vastauksia odotettiin 2 viikkoa. Suurin osa lääkäreiden vastauksista puuttui, joten päädyimme tekemään uuden kyselyn heille. Kysely tehtiin Kyselynetti-sivuston kautta ja lähetettiin sähköpostilla lääkäreille vastattavaksi. Tämän tehtyä, parin päivän kuluttua alkuperäiset kyselyt palautuivat ja näin nettikysely oli tarpeeton ja se tuhottiin. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitaja-lääkäri työparimallin toimintaa ja sen toimivuutta Klaukkalan terveysasemalla.



## 7.4 Aineiston analyysi

Aineisto on analysoitu käyttäen Excel-ohjelmaa, tarkemman analyysin purku tapahtui käsin. Päädyimme käyttämään Excel-ohjelmaa, koska kyseinen ohjelma on yleisesti saatavilla ja käytetty taulukkotietojen käsittelyssä. Lisäksi vastausten määrä ei vaatinut erityistä tilasto-/analysointiohjelmaa. Excel-taulukkolaskennan avulla voi muokata tiedostoja millaiseen esitysmuotoon tahansa. Sillä saadaan erilaisia graafisia käyriä ja diagrammeja, taulukon sisältämiin tietoihin voidaan liittää kaavoja ja laskea niillä sekä laskea optimiarvoja. (Oulun seudun ammattikorkeakoulu.) Kyselyiden tulokset syötimme yksi kerrallaan Excel-ohjelmaan, jolloin saimme ensin muodostetuksi vastauksista perustaulukon. Tästä taulukosta saimme ohjelman avulla lasketuksi vastausten keskiarvot ja hajonnat sekä muodostettua pylväsdiagrammit. Ohjelma olisi mahdollistanut myös ristiintaulukoinnin tai erilaisten muuttujien tarkastelun, mutta pienen otantamäärän takia emme tähän päätyneet. Tarkemmin analysoidut väittämät valittiin sen perusteella, mitkä antavat tutkimuksen tilaajalle hyödyttävää tietoa eniten toiminnan kehittämisen kannalta.

## 8. Tulokset

Kysely tehtiin 13 hoitajalle ja 10 lääkärille. Vastauksia kyselyyn saatiin hoitajilta 11 kpl ja lääkäreiltä 8, vastausprosentti 82,6.

län olimme määritelleet asteikolla 20-29, 30-39, 40-49 ja 50-. Sekä lääkäreissä että hoitajissa oli jokaisesta ikäluokasta vastaajia. Työssäoloaika terveysasemalla jakautui lääkäreillä: alle 5v työskennelleitä oli 5 kpl ja yli 5v työskennelleitä 3 kpl. Hoitajien työskentelyaika jakautui alle 5v 6 kpl ja yli 5v työskennelleitä 5 kpl. Koulutukseltaan vastaajat olivat perushoitajia, sairaanhoitajia ja lääkäreitä.

Seuraavaksi esitämme tulokset kysymyksittäin.

Kysymys 4: Koulutukseni on riittävä työtehtävään nähden

Suurin osa hoitajista koki, että heidän koulutuksensa oli riittävä.

Hoitajat ka 4,09 hajonta 2-5

Kysymys 5: Oma ammattitaitoni on riittävä omahoitajana työskentelyyn vastaanotolla

Lähes kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että heidän ammattitaitonsa on riittävä tähän työnkuvaan.

Hoitajat ka 4,18 hajonta 4-5

Kysymys 6: Koen tarvitsevani lisäkoulutusta työtehtävistä suoriutumiseen

Puolet vastaajista kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta.

Hoitajat ka 3,18 hajonta 2-4

Kysymys 7: Omahoitaja/työpari-malli parantaa potilaan saamia palveluja

Lähes kaikki vastaajista kokivat nykyisen työskentelymallin parantavan potilaan palveluita.

Lääkärit ka 4,63 hajonta 4-5

Hoitajat ka 4,00 hajonta 2-5

Kysymys 8: Työskentely samojen potilaiden kanssa on haastavaa

Hoitajista suurin osa oli sitä mieltä, että työskentely samojen potilaiden kanssa on haastavaa.

Lääkäreistä puolestaan puolet ei osannut sanoa kantaansa asiassa, kantansa ilmaisseista kuitenkin suurin osa koki työskentelyn haastavaksi.

Lääkärit ka 3,25 hajonta 2-4

Hoitajat ka 3,09 hajonta 1-4

Kysymys 9: Hoitosuhteen pysyvyys antaa mielekkyyttä työlle

Kaikki vastaajat kokivat pysyvän hoitosuhteen antavan työlle mielekkyyttä.

Lääkärit ka 4,50 hajonta 4-5

Hoitajat ka 4,64 hajonta 4-5

Kysymys 10: Kiireellisen hoidon tarpeen arvion tekemisen osaaminen on tärkeä osio myös omahoitajan roolissa

Kaikki hoitajat kokivat, että kiireellisen hoidon tarpeen arvioiminen ja sen osaaminen on tärkeää.

Hoitajat ka 4,64 hajonta 4-5

Kysymys 11: Osaamiseni on riittävä hoidon tarpeen arvion tekemiseen ja kiireellisyyden luokitukseen

Suurin osa vastanneista oli sitä mieltä että heidän osaamisensa oli riittävä hoidon tarpeen arvion tekemiseen ja kiireellisyyden arvioimiseen.

Hoitajat ka 3,82 hajonta 3-5

Kysymys 12: Rajallinen lääkkeenmäärämisoikeus helpottaa lääkäriin kohdistuvaa kuormitusta päivittäisissä potilaskontakteissa

Lääkäreistä puolet eivät osanneet ilmaista kantaansa, kantansa ilmaisseista suurin osa oli kuitenkin sitä mieltä että rajallinen lääkkeenmäärämisoikeus helpottaa lääkärin työtä. Hoitajista puolet ei osannut ilmaista kantaansa, toisaalta puolet oli sitä mieltä että lääkkeenmäärämisoikeus helpottaa lääkärin työtä päivittäisissä potilaskontakteissa.

Lääkärit ka 3,13 hajonta 1-4

Hoitajat ka 3,82 hajonta 3-5

Kysymys 13: Tehtäväsiirto motivoi sairaanhoitajaa työssään

Puolet vastanneista oli sitä mieltä ettei tehtäväsiirto motivoi sairaanhoitajaa työssään.

Hoitajat ka 3,18 hajonta 2-5

Kysymys 14: Tehtäväsiirron myötä lääkäriellä jää enemmän aikaa vaikeammille potilastapauksille

Lääkäreistä suurin osa on sitä mieltä, että tehtäväsiirron myötä lääkärielle jää enemmän aikaa paneutua haastavimpiin potilastapauksiin. Hoitajista suurin osa ei ole osannut ilmaista kantansa, kantansa ilmaiseista kuitenkin suurin osa oli samaa mieltä asiasta.

Lääkärit ka 3,63 hajonta 2-5

Hoitajat ka 3,64 hajonta 2-5

Kysymys 15: Yhteistyö on sujuvaa kunnan muiden sosiaali- ja terveystalvelujen kanssa

Lääkäreistä suurin osa on sitä mieltä, että yhteistyö on sujuvaa. Hoitajista puolet ovat samaa mieltä lääkäreiden kanssa, puolet taas ovat sitä mieltä ettei yhteistyö ole sujuvaa muiden sosiaali- ja terveystalveluiden kanssa.

Lääkärit ka 3,38 hajonta 2-4

Hoitajat ka 3,09 hajonta 2-5

Kysymys 16: Moniammatillinen yhteistyö liittyy läheisesti omahoitajan työnkuvaan

Kaikki vastanneista on sitä mieltä, että moniammatillinen yhteistyö liittyy omahoitajan työnkuvaan läheisesti.

Hoitajat ka 4,18 hajonta 4-5

Kysymys 17: Käytettävissä olevat tilat ovat toimivia

Lähes kaikki lääkäreistä oli sitä mieltä, että tilat ovat toimivia. Suurin osa hoitajista on myös sitä mieltä, että käytettävissä olevat tilat ovat toimivia.

Lääkärit ka 4,00 hajonta 3-5

Hoitajat ka 4,00 hajonta 2-5

Kysymys 18: Käytettävissä oleva aika on riittävä työtehtävien suorittamiseen

Lääkäreistä puolet on sitä mieltä ettei käytettävissä oleva aika ole riittävä. Hoitajista lähes kaikki vastanneista on sitä mieltä, että aika työtehtävistä suoriutumiseen on riittävä.

Lääkärit ka 2,75 hajonta 1-4

Hoitajat ka 3,73 hajonta 2-5

Kysymys 19: Lääkäri-hoitaja työparimallityöskentely on toimiva ratkaisu Klaukkalan terveysasemalla

Lähes kaikki vastaajista on sitä mieltä, että työparimallityöskentely on toimiva ratkaisu.

Lääkärit ka 4,75 hajonta 4-5

Hoitajat ka 4,55 hajonta 2-5

## 9. Tulosten analyysi

Tarkempaan analyysiin valitsimme väittämät, jotka palvelevat tutkimuksen tilaajaa työn kehittämisen kannalta parhaiten.

Kysymykset 4,5 ja 6 käsittelivät sairaanhoitajien koulutuksen riittävyyttä, ammattitaitoa ja lisäkoulutuksen tarvetta. Vuosina 2000 - 2001 annettiin täsmälliset vaatimukset sairaanhoitajien osaamiselle, tämä toteutui sosiaali- ja terveysministeriön hankkeena. Tuolloin määriteltiin ammatilliseen osaamiseen liittyvät kymmenen eri osa-aluetta. Vastanneista hoitajista suurin osa koki koulutuksen (ka 4,09) ja ammattitaidon (ka 4,18) olevan riittävä työtehtävistä suoriutumiseen ja omahoitajana työskentelyyn. Hildénin (2002) mukaan oman ammattitaidon kehittäminen on tärkeää koko työuran ajan, myös Sosiaali- ja terveysministeriön täydennyskoulutussuosituksen mukaan lisäkoulutus on keskeinen osa työntekijän ammatillisessa osaamisessa. Puolet vastanneista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta, kukaan vastanneista ei ollut avoimeen kysymyksen eritelty millaisen lisäkoulutuksen tarvetta olisi.

Kysymys nro 7 koski potilaan saamia palveluja ja parantaako työparimallityöskentely näitä. Lääkäreistä lähes kaikki kokivat työparimallin parantavan potilaan saamia palveluja, hajontaa ei juuri vastauksissa ollut, myös hoitajista suurin osa oli samaa mieltä lääkäreiden kanssa. Kuitenkin yksi hoitaja oli sitä mieltä, ettei työparimalli paranna potilaan palvelujen saantia. Syväoan ja Äijälän (2009) mukaan yhteinen vastuunottaminen asiakkaasta, yhteistyö sekä työnjako parantavat asiakkaan saamia palveluita. Munnukka (2002) kirjoittaa, että omahoitajuus estää hoidon pirstoutumisen, säästää aikaa ja vastuu hoidon kokonaisuudesta säilyy.

Kysymykset 10 ja 11 käsittelivät hoidon tarpeen arvioinnin osaamista. Valtioneuvoston antama asetus hoitoon pääsystä pohjautuu kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidon lakiin, jonka mukaan hoidon tarpeen arviointi edellyttää työntekijältä asianmukaista koulutusta ja työkokemusta. Myös Syväoja ja Äijälä (2009) ovat todenneet, että arvioinnin tekemiseen tarvitaan riittävä työkokemus. Hoidon tarve tulee kyetä arvioimaan myös ilman asiakkaan näkemistä tai fyysistä kontaktia, käytännössä tarkoittaen puhelinkontaktia.

Hoitajat ovat sitä mieltä, että hoidon tarpeen arvion tekeminen on tärkeä osa omahoitajan työtä (ka 4,64). Kuitenkin kysymyksen 11 perusteella on havaittavissa epävarmuutta oman osaamisen suhteen, kolme vastaajista ei osannut arvioida omaa osaamistaan.

Kysymyksessä 12 käsiteltiin rajallisen lääkkeenmääräämisoikeuden vaikutusta lääkärin työmäärään. Kaisanlahti (2010) kirjoittaa, että rajatusta lääkkeenmääräämisoikeudesta on ollut selvästi hyötyä, koska näin lääkärin osaamista on voitu suunnata vaativimpiin tehtäviin. Myös kustannukset terveydenhuollossa ovat sen myötä pienentyneet ja yhteistyö työyhteisön sisällä on parantunut.

Lääkäreiden ja hoitajien vastauksissa puolet oli sitä mieltä, että rajattu lääkkeenmääräämisoikeus helpottaa lääkäreihin kohdistuvaa kuormitusta. Toisaalta puolet lääkäreistä ja hoitajista ei osanneet sanoa mielipidettään asiassa.

Kysymys 13 koski tehtäväsiirtoa ja sen vaikutusta sairaanhoitajan motivaatioon. Syväojan ym. Mukaan perusteluna tehtävänsiirrolle ovat kustannustehokkuus, lääkärivajaus, palveluiden saatavuus ja työn sujuvuus. Haapa-aho (2009) ym. kirjoittavat, että edellä mainittujen lisäksi tehtävänsiirto parantaa henkilökunnan hyvinvointia sekä sen toivotaan lisäävän työmotivaatioita.

Vastauksissa hajonta oli laaja, kolme vastaajista oli sitä mieltä, että tehtäväsiirto motivoi sairaanhoitajaa työssään. Neljä vastaajista oli asiasta eri mieltä. He kokivat, ettei se lisäisi motivaatiota. Kaksi vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään.

Kysymyksellä 14 selvitettiin tehtäväsiirron vaikutusta lääkärin työaikaan. Tehtäväsiirrolla saavutetut hyödyt ovat Syväojan ja Äijälän (2009) mukaan mm.: toiminnan tehostuminen, parannus hoitoon pääsemisessä, lääkäripäivystyksen käytön väheneminen ja työn mielekkyyden lisääntyminen.

Suurin osa hoitajista (5 kpl) ei osannut ottaa kantaa tähän asiaan, yksittäisiä vastauksia kuitenkin oli myös puolesta ja vastaan. Lääkäreistä suurin osa oli sitä mieltä, että tehtäväsiirto antaa enemmän aikaa lääkäreille vaativimpien potilastapausten hoitamiseen. Kuitenkin myös eriävä mielipide asiaan löytyi.

Kysymyksen 19 aiheena oli työparimallityöskentelyn toimivuus terveysasemalla. Peltosen tutkimuksen mukaan (2009), työparityöskentely malli on toimivampi ratkaisu kuin tiimityömalli. Työparimallissa lääkärillä on parina aina omahoitaja ja heillä hoidettavanaan yhteinen väestövastuualue. Työparimallissa myös asiakkaan tietoisuus omasta hoitajasta ja lääkäristä luo turvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta.

Vastausten perusteella sekä lääkärit että hoitajat kokivat työparimallityöskentelyn toimivaksi työtavaksi Klaukkalan terveysasemalla. Hoitajien puolelta vain yksi vastaajista oli eri mieltä asiasta.

Kyselylomakkeessamme oli avoin kysymys, johon lääkärit ja hoitajat saivat kertoa mielipiteitään liittyen työparimallityöskentelyyn. Keskeisimpiä esille nousseita asioita olivat;

#### Positiiviset

- Työparimalli koettiin toimivaksi ratkaisuksi useammassa eri vastauksessa
- Työnjaon ja työnkuvan selkeys
- Konsultoinnin helppous
- Asiakkaille parempaa palvelua, asiakastyytyväisyys
- Oman työn suunnittelu helpompaa
- Lääkäreiden ja hoitajien yhteistyön paraneminen
- Hoitosuhteiden pysyvyys

#### Negatiiviset

- Lääkäreille annettavien aikojen vähyyys
- Pitkien poissaolojen vaikutus töiden järjestelyihin
- Puhelinliikenteen kuormitus työpäivän aikana
- Rajallinen osaaminen työtehtäviin nähden
- Tehtävänsiirron ja rajatun lääkkeenmäärämisoikeuden liiallinen korostaminen

#### Kehittämissideat

- Hoitajan vastaanotolla käyminen ennen lääkärin vastaanottoa esim. RR -mittaukset yms. taustatietojen kartoittamiset
- Väestön määrän kasvaessa tarve päivystävän sairaanhoitajien vastaanottojen lisäämiseksi kasvaa
- Lääkäreiden ja hoitajien yhteiset palaverit

### 9.1 Työn luotettavuus ja eettisyys

Kysely on validiteetti silloin, kun se mittaa sitä mitä sen on tarkoituskin. Tutkijan täytyy operationalisoida käsite, jotta se voidaan muuttaa todelliseksi muuttujiksi ja näin myös kehitellä järjestelmä sen mittaamiselle. Validiteettia arvioitaessa pilotointi nousee merkittävään asemaan, pilotointi suoritetaan tutkittavaa joukkoa vastaavalla pienemmällä joukolla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206-207.) Tulosten luotettavuutta analysoidessa on huomioitava myös mittaamisen luotettavuus. Koko tutkimuksen perustana on mittarin sisältövaliditeetti. Tuolloin mittari mittaa ilmiötä, jota sen on tarkoituskin mitata. Mittarin luotettavuuteen vaikuttaa tutkimuksen teoreettinen rakenne ja kysely on muotoiltu niin, ettei väärinymmärryksen mahdollisuutta synny. Tulosten ulkoinen validiteetti täytyy vain, mikäli saatu tulos on yleistettävissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 157-158.)

Kaikessa tutkimisessa eettisyyden huomioiminen on tärkeä osa. Perustana tutkimusetiikalle ja tutkimukselle on tutkimukseen liittyvä hyöty. Tutkimukseen osallistuvan tulee saada osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti, anonymiteetti tulee säilyä ja tutkimukseen osallistuvat ovat tasa-arvoisia. Tutkimukseen osallistuvalla on oltava mahdollisuus keskeyttää tutkimus, kieltäytyä tietojen antamisesta sekä kysymysten esittämisen mahdollisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-179.) Tutkijoiden tulee huomioida anonymisoinnissa, sitä koskevat lait: Henkilötietolaki sekä Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita etteikö kyselyssä voisi olla henkilötietoja. Laki kuitenkin säätelee kuinka tietoja hankitaan, käytetään, talletetaan sekä luovutetaan. Epäsuoriksi tunnisteiksi luokitellaan mm. ikä, ammatti ja työssäoloaika. Nämä tunnisteet tulee hävittää välittömästi aineiston käsittelyn jälkeen tai viimeistään tutkimuksen päätyttyä. (Vilkkä 2007, 95 - 96.)

## 10. Pohdinta

Tutkimukseen osallistui Klaukkalan terveysasemalta 8 lääkäriä ja 11 hoitajaa. Hoitajista osa sairaanhoitajia ja osa perushoitajia. Anonymiteetin säilymisen vuoksi käytimme tutkimuksessa vain yleisnimikettä hoitaja. Kyselyn kävimme suorittamassa hoitajien osastotunnilla, tuolloin annoimme informaatiota kyselystä ja hoitajilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä tähän liittyen. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja kaikki läsnä olleet halusivat siihen osallistua. Tilaisuuteen osallistui hoitajista 8, paikalla oli myös osastonhoitaja joka ei kuitenkaan kyselyyn osallistunut. Poissaolleille hoitajille ja lääkäreille jätettiin kyselyt saatekirjeen kera palautettaviksi kirjekuussa. Paikalla olleet palauttivat kyselylomakkeen pöydällä olleeseen kansioon vastauksensa annettuaan. Koska tutkittavien määrä oli pieni, käytettiin tutkimuksessa kokonaisotantaa ja näin ollen kaikki halukkaat saivat siihen osallistua.

Koska tutkimus kosketti vain Klaukkalan terveysasemaa ja otanta oli pieni, ei tutkimuksella saadut tulokset ole yleistettävissä. Näin ollen saadut tulokset ovat merkityksellisiä vain kyseisen terveysaseman kohdalla. Työparityöskentely on uusi toimintamalli joten tästä ei ole aiempia tutkimuksia juurikaan tehty. Tämän vuoksi käytössämme ei ole ollut vertailtavissa olevia tutkittuja tuloksia. Saamiemme vastausten perusteella voi kuitenkin päätellä, että teoreettinen tieto tukee hoitajien ja lääkärien näkemyksiä lääkäri-hoitaja työparityöskentelystä. Tutkimuksesta saatu tieto tukee Klaukkalan terveysaseman kehittämiseen liittyvää työtä ja antaa samalla myös tietoa käynnistymässä olevalle toiminnalle Nurmijärven kirkonkylän terveysasemalla.

Klaukkalan terveysaseman henkilökunnan kiinnostus kyselyä ja sen myötä kehittämistä kohtaan oli hyvin edustava. Tutkimuksessa kävi ilmi, että suurin osa vastaajista koki työparityöskentelymallin toimivaksi ja hyväksi ratkaisuksi. Sen koettiin parantavan yhteistyötä, työmoti-

vaatiota sekä asiakkaan saamia palveluita. Työajan suhteen hoitajilla aika oli riittävä työtehtävien suorittamiseen, lääkärit sen sijaan kokivat ettei aika ole riittävä. Syväoja & Äijälän (2009) mukaan tehtäväsiirron myötä lääkäreiden resursseja vapautuu ja näin hoidon saatavuus paranee. Moniin terveyskeskuksiin liittyy nykyään myös lääkärivajaus ja mm. siksi tehtäväsiirto nähdään tarkoituksenmukaisena toimintana. Myös potilaat ovat tyytyväisiä siihen, että osa lääkärinvastaanottokäynneistä voidaan korvata hoitajan vastaanottokäynnillä. Käytettävissä olevien tilat palvelivat tarkoitustaan ja niihin oltiin kaikkiaan tyytyväisiä. Moniammatillisen yhteistyön koettiin olevan toimivaa, mutta yhteistyö muiden kunnan sosiaali- ja terveystaluiden kanssa ei vastaajien mielestä toiminut riittävän hyvin. Øvretveitin (1995) mukaan moniammatillisuuden tarkoituksena on eri osapuolten yhteinen päämäärä ja yksittäiseen työntekijään kohdistuvaa kuormittuvuutta vähennetään. Hoitosuhteen pysyvyyden koettiin olevan hyvä asia ja edesauttoi asiakkaan saamaa hoitoa. Kuitenkin osa hoitajista ja lääkäreistä koki, että työskentely samojen asiakkaiden kanssa oli välillä haastavaa. Munnukka (2002) kirjoittaa, kun kokonaisvastuu asiakkaan hoidosta on työparilla se estää hoidon pirstoutumisen ja säästää näin myös aikaa. Syväoja & Äijälä ovat todenneet, että asiakkaan kannalta työparimallin etuina ovat lääkärin ja hoitajan yhteinen vastuunkantaminen. Asiakkaat on työparimallissa jaettu väestövastuullisesti, jolloin jokaiselle on nimetty omahoitaja ja lääkäri. Tämän vuoksi asiakas on tietoinen, kehen olla yhteydessä.

Halusimme kyselyssä ottaa esille myös uudistuksena tulevan rajallisen lääkkeenmääräämisoikeuden sairaanhoitajille. Asia jakoi mielipiteitä laajasti puolesta tai vastaan sekä lääkäreiden että hoitajien vastauksissa. Osa vastaajista ei osannut sanoa kantaa asiassa, kenties sen vuoksi että asia on uusi ja siitä ei ole vielä kokemusta. Peruspalveluministeri Risikon (2009) mukaan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden tulisi olla osa hoidon tarpeen arviota ja hoidon aloittamista. Rajallisen lääkkeenmääräämisoikeuteen liittyvä koulutus on alkanut vuonna 2011. Tämän koulutuksen toteuttavat tällä hetkellä vain muutamat ammattikorkeakoulut. Positiivisena asiana koimme vastausten perusteella sairaanhoitajien mielenkiinnon lisäkoulutuksen hankkimiseen, vaikka he toisaalta arvioivat kuitenkin oman ammattitaitonsa olevan riittävä nykyisistä työtehtävistä suoriutumiseen. Halukkuutta kehittymiselle ja kehittämiselle siis oli havaittavissa. Myös Hildén (2002) toteaa, että hoitajan ammattitaidon kehittäminen koko työuran ajan on tärkeää. Hoitotyössä tapahtuu jatkuvasti muutoksia ja tarve kehittymiselle on jatkuvaa. Sosiaali- ja terveysministeriö sanoo, että täydennyskoulutuksella on tärkeä merkitys tietojen ajantasaistamisessa ja ammatillisen osaamisen kehittämisessä.

Mielestämme tutkimuksemme antaa Nurmijärven kunnalle pohjan työn kehittämiselle ja auttaa uuden työparimallitoiminnan käynnistämisessä kirkonkylällä. Pääsääntöisesti vastaajat olivat tyytyväisiä nykyiseen työparimallityöskentelyyn, muutamia kehittämistarpeita kuitenkin nousi avoimessa kysymyksessä esille. Erityisesti toivottiin lääkärin ja hoitajien yhteisiä palaverieita ja päivystävien sairaanhoitajien vastaanottojen lisäämistä kasvavan väestömäärän



vuoksi. Lääkärit ja hoitajat voisivat miettiä yhdessä mahdollisen hoitajan vastaanoton hyödyntämistä ennen lääkärin vastaanottoa, esille tuli esim. RR -mittaukset ennen vastaanottoa. Tulevaisuuden haasteena ja kehittämisen kohteena voisi olla henkilökunnan pitkiin poissaoloihin liittyvän kuormituksen helpottaminen. Koska rajallinen lääkkeenmääräämisoikeus ja tehtäväsiirrot tulevat jatkossa muuttamaan työntekijöiden työnkuvaa, voisi olla mielenkiintoista tehdä laadullista tutkimusotetta käyttäen jatkotutkimus liittyen edellä mainittuihin asioihin.

Omat intressimme tutkimuksen tekemiseen juontaa juurensa jo ensimmäiselle opiskeluvuodelle. Tuolloin saimme pyynnön silloiselta ylihoitaja Vanhatalolta tutkimuksen tekemiseen. Mielenkiintomme tähän heräsi jo tuolloin, koska koimme asian tärkeäksi ja tarpeelliseksi tutkia. Haasteelliseksi tutkimuksen tekemisen teki se, ettei aiempaa tutkittua tietoa ollut käytävissä johtuen siitä, että työparimallityöskentely on edelleen uusi asia. Työparimallityöskentelyyn liittyvää suoranaista teoreettista tietoa ei myöskään juurikaan ole. Kuitenkin työparimallityöskentely perustuu mm. yksilövastuiseen hoitotyöhön, sairaanhoitajan ammattitaitoon sekä omahoitajuuteen, joista teoreettista tietoa oli saatavilla. Koska tutkimuksen tekeminen oli molemmille meille uusi asia, jouduimme perehtymään tutkimuksen eri vaiheisiin sekä etsimään tietoa eri tietolähteistä. Opinnäytetyö prosessina on opettanut meitä paljon kirjallisen työn ja tutkimuksen tekemisessä. Tulosten analysointi eritoten oli palkitsevaa ja mielenkiintoista. Yhteisenä haasteena opinnäytetyön tekemisessä koimme yhteisen ajan löytymisen, koska molemmat työssäkäyviä, opiskelevia ja perheellisiä. Tavoitteenamme oli opinnäytetyön valmistuminen toukokuussa 2011, tähän kuitenkin asetti haasteen kyselylomakkeiden palautumisen viivästyminen ja näin ollen analysoinnin pitkittyminen.

Tutkimuksen myötä omat tulevaisuuden suunnitelmat sairaanhoitajana työskentelemiseen saivat lisää erilaista näkökulmaa. Koemme molemmat olevamme halukkaita ja valmiita jossain vaiheessa työskentelemään omahoitajana työparimallityöskentelyssä.

## Lähteet

Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L., Vihunen, R. 2002. Hoitamalla hyvää oloa. 5.-6. painos. Porvoo: WS Bookwell.

Elonheimo, O & Mattila, J. toim. Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J., Viitala, J. 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. Jyväskylä: Gummerus.

Finlex. 2004. [WWW-dokumentti].  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019> (luettu 10.12.2010).

Heikkilä, T., 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima.

Hildén, R. 2002, Ammatillinen osaaminen hoitotyössä, Tampere: Tammer-paino.

Metropolia ammattikorkeakoulu. 2009. [WWW-dokumentti].  
<http://www.metropolia.fi/koulutustarjonta/sosiaali-ja-terveysala/hoitotyö/hoitotyö/>  
 (luettu: 8.9.10).

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K.2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell.

Nurmijärven kunnan kotisivut. [WWW-dokumentti].  
[http://www.nurmijarvi.fi/palvelut/terveys/fi\\_FI/omalaakari/](http://www.nurmijarvi.fi/palvelut/terveys/fi_FI/omalaakari/)(luettu 19.10.2010).

Sairaanhoidajaliitto[WWW-dokumentti].  
[www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan\\_työ\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoidajan\\_työ/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoidajan_työ/)  
 (luettu:6.7.2010).

Keistinen, T. 2011. stm. [WWW-dokumentti].  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/view/1549199#fi> (luettu 10.12.2010).

stm. 2007. [WWW-dokumentti].  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1281647> (luettu 2.4.2011).

stm. 2004. [PDF-dokumentti].  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3821.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3821.pdf) (luettu 28.4.2011).

Tehy. 2009. [PDF-dokumentti].  
<http://www.tehy.fi/@Bin/20444141/Ty%C3%B6n%20ja%20hoitotyön%20yhteistyön%20toimintasuunnitelma%202009-2011.pdf> (luettu 10.12.2010).

Terveysportti. 2011. [WWW-dokumentti].  
<http://www.terveysportti.fi/dtk/hpt/koti> (luettu 10.12.2010).

okm. 2006. [PDF-dokumentti].  
<http://www.okm.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>  
 (luettu 3.4.2011).

Peltonen, E. 2009. Vertaileva tutkimus. [PDF-dokumentti].  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1078-2/urn\\_isbn\\_978-951-27-1078-2.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1078-2/urn_isbn_978-951-27-1078-2.pdf) (Luettu 3.4.2011)

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa. WSOY.

Isoherranen, K., Rekola, L., Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä-moniammatillinen yhteistyö. Helsinki. WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro OY.

Kansanterveyslaki 28.1.1971/66

Haapa-aho, M., Koskinen, M-K. & Kuosmanen, I. 3/2009. Tehyn julkaisusarja. [WWW-dokumentti]. (luettu 2.4.2011).

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1. - 2. painos. Helsinki: Tammer-paino Oy, Tampere.

Kristoffersen N, Nortvedt F, Skaug E-A (toim), 2006, Hoitotyön perusteet, Tanska 2006. Narayana Press.

Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. 1. painos. Potilaan hoito päivystyksessä. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Lauri, S., Hupli, M., Jokinen, S.(toim) 2000. Hoitotiede-mitä, miten ja miksi?. Osa3. Näyttöön perustuva hoitotyö. Turku. Turun yliopisto.

Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. Minun hoitajani - näkökulmia omahoitajuuteen. 2. painos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Dark.

Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tummavuoren kirjapaino.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. [WWW-dokumentti] Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. (luettu 2.4.2011).

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K.1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. - 2. painos. Juva. WSOY.

Peltonen, E. 2009. Vertaileva tutkimus. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. 2007. [WWW-dokumentti] <http://www.ratol.fi/opensource/office2000/excel.html> (luettu 27.5.2011).

Sairaanhoitaja - lehti. 3/2009. Scanweb Oy. Kouvola.

Sairaanhoitaja - lehti. 4/2010. Vallimies-Patomäki, M. & Kaartamo, P. Scanweb. Kouvola.

Sairaanhoitaja - lehti. 11/2010. Kaisanlahti, A. Scanweb. Kouvola.

Sosiaali- ja terveysministeriö. [www-dokumentti]

Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Vammalan Kirjapaino.

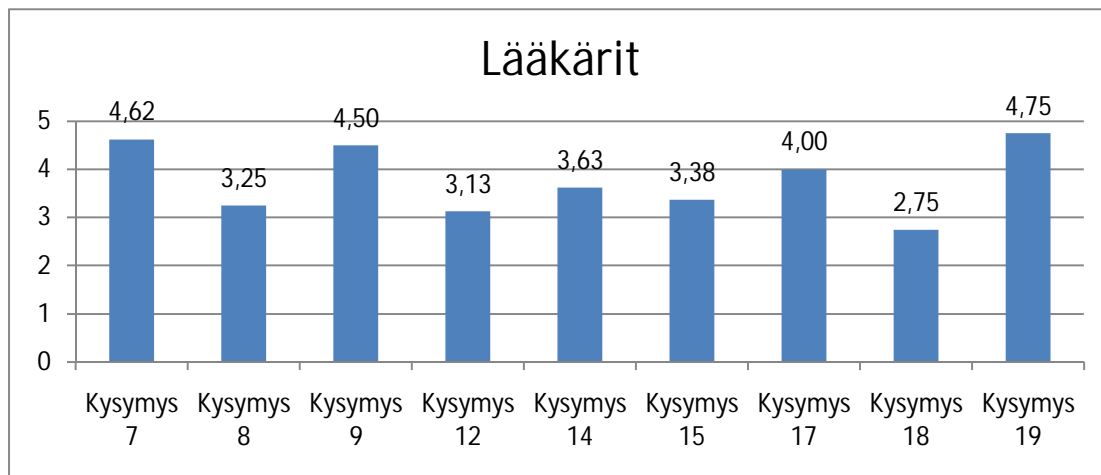
Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino.

Øvretveit, J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki. Hakapaino.

## Taulukot

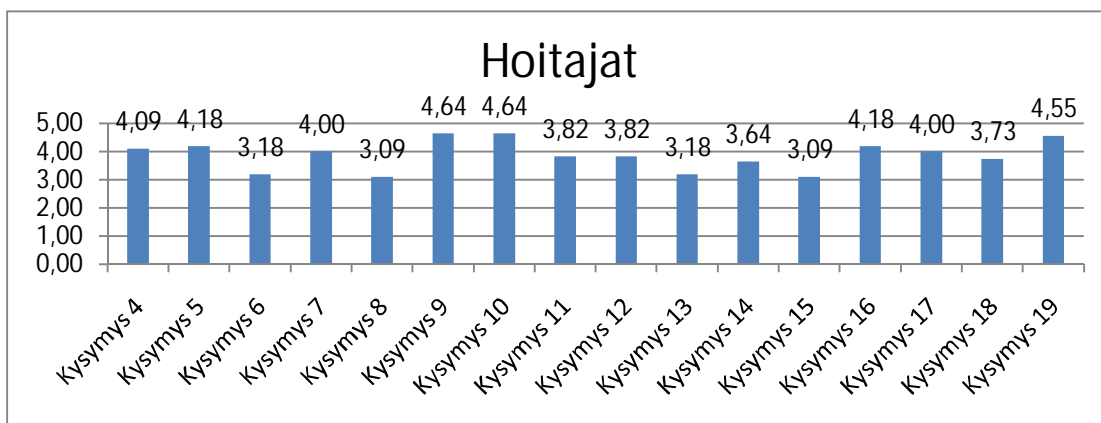
Taulukko 1

Lääkäreiden vastauksien keskiarvot



Taulukko 2

Hoitajien vastauksien keskiarvot



Kysymys 4; Koulutukseni on riittävä työtehtävään nähden

Kysymys 5; Oma ammattitaitoni on riittävä omahoitajana työskentelyyn vastaanotolla

Kysymys 6; Koen tarvitsevani lisäkoulutusta työtehtävistä suoriutumiseen

Kysymys 7; Omahoitaja/työpari-malli parantaa potilaan saamia palveluja

Kysymys 8; Työskentely samojen potilaiden kanssa on haastavaa

Kysymys 9; Hoitosuhteen pysyvyys antaa mielekkyyttä työlle

Kysymys 10; Kiireellisen hoidon tarpeen arvion tekemisen osaaminen on tärkeä osio myös omahoitajan roolissa

Kysymys 11; Osaamiseni on riittävä hoidon tarpeen arvion tekemiseen ja kiireellisyyden luokitukseen

Kysymys 12; Rajallinen lääkkeenmääräämisoikeus helpottaa lääkäriin kohdistuvaa kuormitusta päivittäisissä potilaskontakteissa

Kysymys 13; Tehtäväsiirto motivoi sairaanhoitajaa työssään

Kysymys 14; Tehtäväsiirron myötä lääkärillä jää enemmän aikaa vaikeammille potilastapauksille

Kysymys 15; Yhteistyö on sujuvaa kunnan muiden sosiaali- ja terveystalvelujen kanssa

Kysymys 16; Moniammatillinen yhteistyö liittyy läheisesti omahoitajan työnkuvaan

Kysymys 17; Käytettävissä olevat tilat ovat toimivia

Kysymys 18; Käytettävissä oleva aika on riittävä tyotehtävien suorittamiseen

Kysymys 19; Lääkäri-hoitaja työparimallityöskentely on toimiva ratkaisu Klaukkalan terveysasemalla

Liitteet

Liite 1

Tutkimuslupa päätös

1



10.2.2011

**NURMIJÄRVI**

Maaria Astikainen  
Aleksis Kiventie 25 D 36  
01900 Nurmijärvi

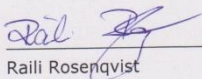
**PÄÄTÖS TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEEN**

**TUTKIMUSLUVAN AIHE: "Työparityöskentely Klaukkalan terveysasemalla"**

**TERVEYSPALVELUIDEN TULOSALUEKOKOUKSEN PÄÄTÖS:**  
Terveyspalvelualueiden tulosaluekokouksessa 9.2.2011 § 28 myönnettiin Maaria Astikaiselle ja Riitta Häsälle tutkimuslupa ko. aiheeseen.

Lisäksi edellytetään, että he toimittavat valmiin työn Nurmijärven avoterveydenhuollon päällikkö Tarja Sainiolle. Valmista työtä voidaan käyttää vapaasti toimintaan.

Nurmijärvellä 10.2.2011



Raii Rosenqvist  
toimialas sihteeri

[www.nurmijarvi.fi](http://www.nurmijarvi.fi)

Nurmijärven kunta Sosiaali- ja terveystoimen toimiala perhe- ja sosiaalipalvelut	Postiosoite PL 7 01901 Nurmijärvi	Käyntiosoite Keskustie 2 A 01900 Nurmijärvi	Puhelin (09) 250 021	Faksi (09) 2500 2218	Sähköposti etunimi.sukunimi@nurmijarvi.fi
---	---	---	-------------------------	-------------------------	--

Liite 2  
Kyselylomake

23

## KYSYMYKSET

1. Vastaajan ikä

20 - 29            30 - 39            40 - 49            50 -

2. Koulutus: \_\_\_\_\_

3. Työssäoloaika terveysasemalla: \_\_\_\_\_

4. Koulutukseni on riittävä työtehtävään nähden

5 täysin samaa mieltä

4 samaa mieltä

3 ei osaa sanoa

2 eri mieltä

1 täysin eri mieltä

5. Oma ammattitaitoni on riittävä omahoitajana työskentelyyn vastaanotolla

5 täysin samaa mieltä

4 samaa mieltä

3 ei osaa sanoa

2 eri mieltä

1 täysin eri mieltä

6. Koen tarvitsevani lisäkoulutusta työtehtävistä suoriutumiseen

5 täysin samaa mieltä

4 samaa mieltä

3 ei osaa sanoa

2 eri mieltä

1 täysin eri mieltä

7. Omahoitaja-malli parantaa potilaan saamia palveluja

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

8. Työskentely samojen potilaiden kanssa on haastavaa

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

9. Hoitosuhteen pysyvyys antaa mielekkyyttä työlle

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

10. Kiireellisen hoidon tarpeen arvion tekemisen osaaminen on tärkeä osio myös omahoitajan roolissa

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä



11. Osaamiseni on riittävä hoidon tarpeen arvion tekemiseen ja kiireellisuuden luokitukseen

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

12. Rajallinen lääkkeenmääräämisoikeus helpottaa lääkäriin kohdistuvaa kuormitusta päivittäisissä potilaskontakteissa

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

13. Tehtäväsiirto motivoi sairaanhoitajaa työssään

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

14. Tehtäväsiirron myötä lääkrillä jää enemmän aikaa vaikeammille potilastapauksille

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

15. Yhteistyö on sujuvaa kunnan muiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

16. Moniammatillinen yhteistyö liittyy läheisesti omahoitajan työnkuvaan

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

17. Käytettävissä olevat tilat ovat toimivia

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

18. Käytettävissä oleva aika on riittävä työtehtävien suorittamiseen

- 5 täysin samaa mieltä
- 4 samaa mieltä
- 3 ei osaa sanoa
- 2 eri mieltä
- 1 täysin eri mieltä

