



LAUREA

HOITAJA-LÄÄKÄRI TYÖPARI
Hoitotyöntekijöiden ajatuksia ja
odotuksia työparimallin toimivuudesta
vastaanottotoiminnassa



Pitkänen Satu
Surakka Iina

2009 Hyvinkää

LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hyvinkään toimipiste

HOITAJA-LÄÄKÄRI TYÖPARI
Hoitotyöntekijöiden ajatuksia ja odotuksia työparimallin
toimivuudesta vastaanottotoiminnassa

Satu Pitkänen
Iina Surakka
Hoitotyön ko
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2009

Pitkänen Satu
Surakka Iina

Hoitaja-lääkäri työpari. Hoitotyöntekijöiden ajatuksia ja odotuksia työparimallin toimivuudesta vastaanottotoiminnassa

Vuosi 2009

Sivu 41

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Hyvinkään vastaanottotoiminnassa työskentelevien hoitajien ajatuksia ja odotuksia liittyen hoitaja-lääkäri työparimalliin. Tutkimustehtävänä oli selvittää, mitä myönteistä ja mitä haasteellista työparimallissa koettiin tai odotettiin olevan. Tarkoituksena oli tuoda esiin hoitajien kokemuksia aiheesta niin, että tuloksia voidaan hyödyntää vastaanottotoiminnan kehittämisessä.

Tämä opinnäytetyö on tehty laadullisella tutkimusotteella. Laadulliseen tutkimukseen päädyimme, koska halusimme saada tutkimukseen liittyvää informaatiota suoraan ihmisiltä. Koimme tärkeäksi sen, että tutkimukseen osallistuvat voivat kertoa mielipiteitään ilman valmiita vastausvaihtoehtoja. Käytimme tutkimuksessamme merkityksellisten kokemusten tekniikkaa, joka perustuu siihen, että asia on vastaajalle tärkeä ja näin ollen mieleenpainuva. Tätä tekniikkaa käyttämällä pyritään tuomaan esille vastaajan omia kokemuksia ilman ennako-oletuksia. Tekniikkaa käyttäen suunnittelimme kyselylomakkeen, jossa pyydettiin pohtimaan yhtä työparimalliin liittyvää onnistunutta ja yhtä haasteelliseksi koettua tilannetta. Jaoimme yhteensä 28 lomaketta Hyvinkään vastaanottotoiminnan hoitajille, joista saimme takaisin kahdeksan kappaletta. Tutkimuksesta saadun aineiston analysoimme sisällönanalyysin avulla.

Vastausten perusteella hoitaja-lääkäri työparimallin mukaiseen työskentelyyn vaikuttivat positiivisesti potilaiden luottamus hoitajaan kohtaan sekä hoitajien käytössä olevat hoitopolut. Onnistumisen kokemiseen vaikutti myös se, että monet asiat pystyttiin hoitamaan puhelimen välityksellä. Hyväksi asiaksi koettiin lääkärin ja hoitajan välinen yhteistyösuhde sekä potilaan motivaatio omaa hoitoaan kohtaan. Ajanpuute ja vajaat henkilöresurssit koettiin suurimmaksi ongelmaksi vastaanottotoiminnassa. Hoitajat kokivat, että lääkäriaikoja potilaille on usein hankala saada ja yhteyden saaminen lääkäriin oli joissain tilanteissa vaikeaa. Potilaiden suunnalta tuleva epäluottamus hoitajia kohtaan sai aikaan haasteellisia tilanteita. Tässä aineistossa hoitajat pohtivat omaa työssä jaksamistaan. Osa heistä koki, ettei töiden tekemiseen aina ollut riittävästi aikaa. Myös tiedonkulku eri hoitopaikkojen välillä kaipaa vielä kehittämistä.

Hoitopolut ohjaavat hoitajien työskentelyä vastaanottotoiminnassa, joten niiden käyttöä tulisi pitää yllä ja kehittää. Puhelinohjauksen toimivuuteen vaikuttaa, että ohjaukselle varataan riittävästi aikaa. Suurin haaste Hyvinkään vastaanottotoiminnassa on ajanpuute, joten riittävän työntekijämäärän turvaaminen tulevaisuudessa on huomioon otettava asia. Riittävä työntekijöiden määrä lisää myös työssä jaksamista. Tiedonkulku eri hoitopaikkojen välillä vaatii vielä hiomista, joten sen kehittämiseen täytyy panostaa jatkossa. Väestön tiedottaminen hoitaja-lääkäri työparimallista kasvattaa asiakkaan luottamusta terveydenhuoltoon kohtaan.

Asiasanat: Tiimityöskentely, vastaanottotoiminta, hoitaja-lääkäri työparimalli

Pitkänen Satu
Surakka Iina

The nurse-doctor workpair. Ideas and expectations of the health care staff about the functioning of the workpair model at the health center's admission desk

Year 2009

Pages 41

The purpose of this thesis was to find out the opinions and expectations of the staff concerning nurse-doctor workpair model at the admission desk of Hyvinkää health center. The research task was to find out the successful experiences and the challenging issues that were felt or expected to belong to the workpair model. The purpose was to bring forth the experiences of the nurses, so that the results could be used for further development of the work.

Qualitative method was chosen in order to gather information related to the research straight from the staff. Open-ended questions were preferred to ready-made alternatives. The technique of critical incidence, which is based on the fact, that the experience is important to the respondent and thus being memorable, was chosen. Using this technique, we designed a form in which people were asked to think about one successful and one challenging situation regarding the workpair model. We sent 28 forms to the nurses working at the admission desk in Hyvinkää. Eight of them were returned. The material was analyzed by using content analysis.

The results showed that work based on the nurse-doctor workpair model was positively affected by the patients' trust towards the nurse and by the care paths available to the nurses. Many things were able to be taken care of on the telephone, which had an effect on the feeling of success. Good things mentioned were co-operation between the doctor and nurse and the patients' motivation towards their own treatment. Lack of time and shortage in personnel resources were regarded as the biggest problems. According to the nurses the doctor's appointments for the patients were often hard to obtain and in some situations establishing contact with the doctor was difficult. Distrust towards the nurses, coming from the patients, created challenging situations. The nurses thought about how they could endure in their work. Some of them felt, that there was not always enough time for work. Information flow between different care units also needed improving.

The nurses were satisfied with co-operation between the workpairs and the way the care paths worked. The telephone guidance was found to be both a good and a bad thing. The biggest challenges were the lack of time and the lack of personnel resources. The patients' distrust towards the nurses caused difficulties and some improvement was needed in the information flow between different care units. One challenge was also how the nurses endure stress in their work.

Keywords: Teamwork, reception operations, nurse-doctor workpair model

SISÄLLYS

1 TYÖN TAUSTA JA TARVE.....	<u>6</u>
2 TYÖN TOUREETTINEN PERUSTA.....	<u>7</u>
2.1 Vastaanottotoiminta.....	<u>7</u>
2.2 Omalääkäri.....	<u>9</u>
2.3 Omahoitaja ja hoitajalta edellytettävä osaaminen.....	<u>10</u>
2.4 Moniammatillinen yhteistyö.....	<u>13</u>
2.5 Työpari- ja tiimityömalli.....	<u>14</u>
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	<u>16</u>
4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA AINEISTO.....	<u>16</u>
4.1 Laadullinen tutkimus.....	<u>16</u>
4.2 Merkittävien tapahtumien tekniikka tiedonhankintamenetelmänä.....	<u>17</u>
4.3 Aineisto ja sen analyysi.....	<u>18</u>
5 TULOKSET.....	<u>20</u>
5.1 Onnistunutta ohjaustapahtumaa tukevat tekijät.....	<u>20</u>
5.2 Haasteelliseen tilanteeseen johtaneet tekijät.....	<u>21</u>
6 POHDINTA.....	<u>26</u>
6.1 Tulosten tarkastelua.....	<u>26</u>
6.2 Työn luotettavuus ja eettisyys.....	<u>28</u>
6.3 Johtopäätökset.....	<u>30</u>
6.4 Oppimisprosessi.....	<u>31</u>
LÄHTEET.....	<u>32</u>
LIITTEET.....	<u>35</u>

1 TYÖN TAUSTA JA TARVE

Lääkärit, sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset tekevät työtään itsenäisesti asiakkaan kanssa. Nykyinen terveydenhuolto on koordinoitua toimintaa ja vaatii monenlaisia taitoja ja tiimityöskentelyä. Tiimityö on vastaus terveydenhuollon uusiin haasteisiin, kuten terveyden edistämiseen ja sairauksien hoitoon. Se vaatii kaikkien tiimiin kuuluvien ideoiden ja päämäärien huomioimista. Lääkärillä on usein suurin vastuu, mutta hän ei kuitenkaan voi määrätä muiden tiimin jäsenten toimintaa, sillä hekin ovat vastuussa omasta työstään. Päämäärien pitää olla yhtenäisiä, jotta potilas saisi parasta mahdollista hoitoa. (Protchard & Pritchard 1999, 9.)

Sairaanhoitajan tehtävä on huolehtia ja auttaa ihmistä silloin, kun hänellä on ongelmia terveytensä kanssa. Oikean ja laadukkaan hoitotyön perusta on, että hoitaja hallitsee hoitotieteen tietoperustan ja osaa perustella tekemänsä ratkaisut. Laatu kärsii, jos sairaanhoitaja ei tunne ihmisen anatomiaa, fysiologiaa, sairauksien syntyä, tutkimusta, oireistoa ja sairauden ennustetta. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 7.)

Terveyden edistäminen ja ylläpitäminen on aina ollut oleellinen tavoite kaikilla eri toimintalueilla terveydenhuollossa. Tärkeää on arvioida potilaan omia voimavaroja ja mahdollisuuksia vaikuttaa omaan hoitoonsa. Työnjaon uudistaminen vaatii hoitajilta hyvää teoreettista tietoperustaa, vahvaa kliinistä ammattitaitoa sekä vankkaa käytännön kokemusta. Uuden työnjaon myötä myös lääketieteen ja hoitotyön asiantuntijuudet ovat yhdistyneet potilaan hoidossa paremmin. Lääkärien ja hoitajien yhteistyö on myös muuttunut paremmaksi. Asiaa on tutkittu esimerkiksi Riihimäen seudulla HOISA- hankkeella ja Tampereen Hervannassa on haastateltu hoitajia ja lääkäreitä tiimityön toimivuudesta. (Lauri 2007, 10; Lahti 2006, 8, 10; Lääperi 2008; Halonen & Koikkanen 2006.)

Hyvinkään terveyskeskus ottaa käyttöönsä hoitaja-lääkäri työparimallin vuonna 2009. Se vaatii paljon suunnittelua niin hoitajilta kuin lääkäreiltäkin. Tämän työn aihe, sairaanhoitajan työn ja terveydenhuollon kehittäminen, kiinnostaa meitä opinnäytetyön tekijöinä. Koemme, että on tarpeellista selvittää muutokseen liittyviä odotuksia näin uuden toiminnan alkuvaiheessa. Opinnäytetyön idea tuli lehtori Raija Tarkiaiselta, joka ehdotti työn tekemistä Hyvinkään terveyskeskukseen. Yhteyshenkilönämme toimii Hyvinkään avoterveydenhuollon osastonhoitaja Pirjo Massa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, mitä vastaanottotoiminnassa työskentelevät sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähi- ja perushoitajat ajattelevat tulevasta työparimallista ja millaisia odotuksia tai ennakko-ajatuksia hoitaja-lääkäri työparimallin

mukaiseen työmuotoon siirtyminen aiheuttaa. Työn tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää uuteen työmuotoon siirryttäessä.

2 TYÖN TEOREETTINEN PERUSTA

2.1 Vastaanottoiminta

Kunnan tulee järjestää asukkaiden sairaanhoito, johon luetaan lääkärin suorittamat tutkimukset, hoito ja lääkinnällinen kuntoutus. Henkilön asuin- ja kotikunnalla tarkoitetaan kuntaa, jonka asukas henkilö on. Kunnalla tulee olla terveyskeskus, jonka toimintoja voidaan tarpeen mukaan sijoittaa sivuvastaanotoille tai järjestää liikkuvia toimintayksiköitä. Opiskelu- ja työterveyshuollosta on myös huolehdittava. (Kansaneläkelaitos 2006.)

Vuonna 1972 säädettiin kansanterveyslaki, jonka tavoitteena oli tuoda korkeatasoiset ja kattavat terveydenhuollon palvelut kansalaisten ulottuville. Tämän lain velvoittamana Suomeen alettiin rakentaa terveyskeskusjärjestelmää. Vuosituhannen vaihteessa terveydenhuoltojärjestelmä eli edelleen murroskautta ja ongelmia ovat yhä kattava lääkäripula ja pitkät potilasjonot. Suomalainen terveydenhuolto vaatii jatkuvaa uudistamista. Kokeilut, tiedon hyväksikäyttö ja luopuminen korostuvat terveydenhuollon eri prosesseissa. (Puustinen 2002, 126-130; Korhonen & Vuoria 1997, 20.)

Potilaaksi määritellään henkilö, joka on hoidettavana hoitolaitoksessa tai on lääkärin tai muun terveyden- ja sairaanhoitotoimen harjoittajan hoidossa. Potilas on henkilö, joka on ilmaissut halunsa saada hoitoa. Suomalainen käy lääkärissä keskimäärin kolme kertaa vuodessa, toiset taas tapaavat lääkärin vain pari kertaa elämänsä aikana. Suomalaisilla on kuitenkin vakaa luottamus suomalaiseen terveydenhuoltoon ja lääkäreihin. Lääkärin ammattia arvostetaan suuresti. (Tuorila 2006, 10-11; Puustinen 2002, 11.)

Hyvinkään avoterveydenhuollossa järjestetään hoitotakuun mukaista kiireetöntä hoitoa. Hoitotakuu astui voimaan maaliskuussa 2005 ja sen säännösten mukaan terveyskeskukseen on saatava arkipäivisin virka-aikana puhelinyhteys välittömästi. Virka-ajaksi lasketaan terveyskeskuksen aukioloaika. Muuna aikana terveyskeskus järjestää päivystyksen. Kiireettömän hoidon tarve on arvioitava kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta. Hoidon tarpeen voi arvioida muikin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi usein puhelimesta arvioida vastaanotolle tulotarpeen tai sen, riittääkö hoito-ohjeiden anto puhelimen välityksellä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.)

Perusterveydenhuollossa ei voida rajata potilaita palveluiden ulkopuolelle. Potilas päättää itse hoitoon hakeutumisesta ja sen tarpeellisuudesta sekä ajankohdasta. Se tekee potilaiden ohjauksen ja neuvonnan haasteelliseksi. Ammattilaisen tehtävä on tällöin arvioida hoidontarve, kiireellisyys ja jatkotoimenpiteet. Jos asiakkaalla on akuutti hoidontarve, ohjataan hänet päivystykseen. Muissa tapauksissa asiakkaalle annetaan vastaanottoaika perusterveydenhuollosta. Arviointi on kuitenkin haastavaa ja edellyttää hoitohenkilökunnalta taitoa tehdä vaativia ratkaisuja. (Kauppinen 2009, 16.)

Vastaanottotyötä on tutkittu Riihimäen seudulla HOISA-hankkeella. Hanke lähti liikkeelle valtakunnallisista linjauksista sekä vastaanottotyön kehittämishaasteista. Hankkeeseen osallistui 65 henkilöä: lääkäreitä, sairaanhoitajia, terveyskeskusavustajia, psykiatrisia sairaanhoitajia ja heidän esimiehiään. Avoterveydenhuollon vastaanottoa toteutetaan Riihimäen seudun kuntayhtymässä viidessä eri solussa. Vuonna 2006 väestömäärä alueella oli 44 200 henkilöä. Vuosille 2005-2007 terveyskeskuksen toiminta- ja taloussuunnitelmassa tavoitteena oli jonojen lyheneminen, puhelinpalvelun parantaminen ja asiakaspalvelun kehittäminen. Vuodelle 2007 tavoitteena oli työparityön vakiinnuttaminen sekä toiminnan laajentaminen väestövastuiseksi ja moniammatilliseksi yhteistyöksi. HOISA-hankkeelle luotiin kolme laajaa tavoitetta, jotka olivat välittömän yhteydensaannin ja hoidon arvioinnin kehittäminen, sähköisen kirjaamisen kehittäminen sekä neuvonnan ja hoidon arvioinnin tasalaatuisuus kaikissa kuntayhtymän soluissa. (Halonen ym. 2006, 3-4.)

Hoitaja-lääkäri työpareja toimii jokaisessa solussa neljä tai viisi riippuen solun alueella asuvasta väestön määrästä. Väestön määrä vaihtelee eri solujen välillä 1554 asukkaasta jopa 2214 asiakkaaseen työparia kohden. HOISA-hankkeen aikana lääkärien sekä sairaanhoitajien määrää on lisätty sekä työtiloja saneerattu, jotta työparimallia voidaan toteuttaa. Vastaanottoa järjestetään maanantaista torstaihin klo 8-16 ja perjantaisin klo 8-15. Potilaan ei tarvitse käydä lääkärin vastaanotolla yhtä usein kuin aikaisemmin. Lääkäri on kokonaisvastuussa hoidosta, mutta on aina tarvittaessa sairaanhoitajan konsultoitavissa. Työpari sopii yksityiskohtaisesti käytännöistään. Omahoitaja voi toteuttaa osan esimerkiksi diabetes-, astma- ja verenpainetautiseurantakäynneistä. Omahoitajalla on lääkäriä paremmin aikaa ohjaukseen, terveysneuvontaan sekä asiakkaan asioiden selvittelyyn. He huolehtivat usein myös yhteydenpidosta potilaaseen. Potilaat ohjataan ensisijaisesti ottamaan yhteyttä omahoitajaan. Hän toteuttaa hoidon tarpeen arvioinnin ja vastaa ajanvarauksesta lääkärin tai hoitajan vastaanotolle. Omalla vastaanotollaan hoitaja muun muassa antaa injektioita, rokottaa ja tekee haavanhoitoja. (Halonen ym. 2006, 5-6.)

Hoisa-hankkeen aikana vastaanottotyön sisältö on muuttunut. Suurin osa muutoksesta on tapahtunut sairaanhoitajan tehtävänkuvassa. Toiminta on kasvanut vuosien varrella ja tällä hetkellä 40% kaikista vastaanottokäynneistä suuntautuu sairaanhoitajalle. Työparimalli asettaa sairaanhoitajalle uusia osaamisvaatimuksia. Hoitajan tulee hallita sairaanhoitajan perustaidot sekä erityistaitoja kuten kliinistä osaamista ja yhteistyöosaamista. (Halonen ym. 2006, 7.) HOISA-hankkeen tavoitteisiin päästiin varsinkin välittömän yhteydensaannin kehittämisessä. Osa asiakkaista valitti yhteydensaantia vaikeaksi, vaikka puhelinnumeroita, vastaajia ja puhelintyöhön käytettävää aikaa oli hankkeen aikana lisätty. Työntekijät ovat hakeneet jatkokoulutusta ja osallistuneet erilaisille kursseille. Onkin tärkeää, että hoitohenkilökunta osallistuu muutosprosessiin. (Halonen ym. 2006, 9-11.)

2.2 Omalääkäri

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on kattavuudeltaan yksi maailman parhaita. Suomessa on kuitenkin krooninen jono-ongelma. Jonotusongelmaa on yritetty hoitaa omalääkärijärjestelmällä. Parhaimmillaan tämä järjestely on lyhentänyt jonoja tai poistanut ne kokonaan. Kunnat ovat kuitenkin olleet haluttomia siirtymään järjestelmään, koska se saattaa lisätä kunnan kuluja terveydenhuollossa. (Puustinen 2002, 67-68.)

Tutkimusten ja hoidon jatkuvuuden kannalta onkin tärkeää, että on kehitetty omalääkärijärjestelmä. Olennaista on, että potilas voi tarvittaessa tavata saman lääkärin uudelleen. Yksi ja sama lääkäri saa paremman käsityksen potilaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta kuin alati vaihtuvat lääkärit. On kuitenkin hyvä, että potilaalla on oikeus saada toisen lääkärin mielipide hoidostaan. Jatkuva lääkärin vaihtaminen ei kuitenkaan aina oleärkevin ratkaisu. Väärin diagnoosien välttämiseksi on omalääkärijärjestelmällä keskeinen asema. Kun potilas kiertää lääkäriltä toiselle ilman johdonmukaista seuranta, on oikean diagnoosin saaminen vaikeampaa kuin jos yksi ja sama lääkäri seuraa potilaan vointia ja oireita. Toisaalta toisen lääkärin mielipide saattaa selvittää ongelmaa. Tämän takia lääkärit konsultoivat paljon keskenään. Ei ole tavatonta, että potilas käy kaksi tai jopa kolmekin kertaa päivystyksessä valittamassa flunssaansa eri lääkärille. Tilanteen pahentuessa potilas hakeutuu yksityislääkärille, joka toteaa potilaalla jälkitautina keuhkokuumeen. (Puustinen 2002, 25, 76.)

Lääkärillä on rajallisesti aikaa vastaanottotilanteessa, esimerkiksi terveyskeskuslääkärillä on yleensä 15-20 minuuttia vastaanottoaikaa potilasta kohden. Lyhyen vastaanottokäynnin aikana lääkäri ei ehdi paneutua moneen eri vaivaan. Useimpien terveydellisten ongelmien hoitaminen saattaa vaatia useita lääkärisikäyntejä. Lääkärin on annettava potilaan terveydentilasta selitys

siten, että potilas ymmärtää sen sisällön ja merkityksen. Silloin on otettava huomioon potilaan ikä, koulutus ja esimerkiksi äidinkieli. Vastaanottotilanteessa on huomioitava myös potilaan mahdollinen rajoittunut vastaanottokyky ja se, miten asiat hänelle pitää selittää. Potilas on vastakkain vieraiden ja pelottavien asioiden kanssa. Täytyy kuitenkin muistaa, että vastuu asioiden ymmärtämisestä on kuitenkin potilaalla. (Tuorila 2006, 36-44.)

Selvitysten mukaan epäonnistunut vastaanottokäynti johtuu lääkärin huonosta käytöksestä tai väärinymmärryksistä. Lääkärin ja potilaan keskustelu voi joskus päättyä umpikujaan, jolloin kumpikaan osapuoli ei ymmärrä toisiaan ja tilanne johtaa molemminpuoliseen turhautumiseen. Käytännön työssä lääkäri kohtaa useita potilaiden esittämiä murheita ja ongelmia, jotka eivät ole pelkästään tieteellisillä menetelmillä ratkaistavissa. Lääkäri joutuu usein potilasta tutkiessaan turvautumaan henkilökohtaiseen vaikutelmaan ja elämäkokemukseensa. Lääkärin tulee osata yhdistää tieto sekä taito. Haasteena on soveltaa tietoa kunkin potilaan erityiseen tilanteeseen. Lääkärin tärkeimmät tutkimusvälineet ovat potilaan kertomuksen kuunteleminen, olemuksen tarkkailu ja näiden perusteella tehtävä päättely. Kuuntelun ja keskustelun tärkeyttä ei voi vähätellä. Sen puute on yleensä potilaan antama suurin moite. (Puustinen 2002, 17-20.)

Potilaan ja lääkärin välinen suhde on muuttunut enemmän potilaan itsemääräämistä arvostavaan suuntaan. Suhdetta on muovannut erityisesti ihmisten tiedon tason nousu. Lääkäristä on tullut lääketieteen asiantuntija, joka potilaan kanssa hakee ratkaisuja terveydelliseen ongelmaan. Terveyspalveluiden käyttäjät uskaltavat pitää kiinni oikeuksistaan ja vaatia laatua terveyspalveluilta. Lääkärit ovat ymmärtäneet, että toimivassa potilas-lääkäri-suhteessa osapuolet kunnioittavat toisiaan ja toistensa asiantuntijuutta. (Tuorila 2006, 13-17.)

2.3 Omahoitaja ja hoitajalta edellytettävä osaaminen

Yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitetaan hoitajan ja potilaan välistä yhteistyösuhdetta, jossa molemmat osapuolet tekevät töitä potilaan terveyden edistämiseksi. Tässä suhteessa potilas ja hoitaja ovat tasavertaisia ja molemmat osaltaan vaikuttavat hoidon kulkuun. Hoitajan täytyy tuoda esiin henkilökohtainen ammattitaitonsa, jotta potilas voi tuntea luottamusta hoitoa kohtaan. (Munnukka & Aalto 2003, 23.)

Yksilövastuisella hoidolla ei tarkoiteta yksin työskentelyä. Omahoitajalla täytyy olla mahdollisuus vertaistukeen, jota hän saa työtovereiltaan. Hoitaja voi keskustella vaikeista ja mieltään askarruttavista asioista vertaistensa kanssa. Tällä tavalla hän saa apua ja uusia näkökulmia tekemäänsä hoitotyöhön. Yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa tiiviin yhteistyön hoitajan ja

potilaan välille, muttei tarkoita sitä, että hoitajan yksin täytyy tehdä kaikki päätökset. Tarvittaessa apua saa ja täytyy hakea kollegoilta. (Mäkisalo 1999, 130-131.) Perttula (2009) kuvaa artikkelissaan hoitajan ja potilaan välistä suhdetta hoitajien näkökulmasta. Artikkelin mukaan hoitajat ovat tyytyväisiä työparimallin toimivuudesta. Hoitajien mukaan potilaan on helppo soittaa omalle hoitajalle ja kertoa huolistaan. Omahoitaja pystyy puhelimen välityksellä päättämään paljon potilaan voinnista. Toisaalta runsas puhelinsoittojen määrä myös kuormittaa hoitajia, sillä välillä puhelimeen tartutaan liian herkästi. (Perttula 2009, 16.)

Yksilövastuinen hoitotyö tähtää hoitotyön laadukkuuteen. Se voidaan ymmärtää eräänlaisena hoitofilosofiana. Silloin painotetaan hoidon laatuvaatimuksia ja periaatteita. Niitä ovat muun muassa asiakaslähtöisyys, jatkuvuus ja kokonaisvaltaisuus. Yksilöllisyyden periaate voi toteutua ainoastaan yksilövastuisen hoitotyön avulla. (Åstedt-Kurki, Paavilainen & Pukuri 2007, 32.) Tavoitteena yksilövastuisessa hoitotyössä on, että hoitajan ja potilaan välille syntyy luottamussuhde. Parhaimmillaan hoitajan ja potilaan välinen yhteistyö on joustavaa ja toimivaa. (Mäkisalo 1999, 130-131.)

Yksilövastuisen hoitotyön työntekijästä käytetään nimitystä omahoitaja. Hän tekee yhteistyötä potilaan kanssa yksilöllisesti hänen toiveitaan kunnioittaen. Tässä yhteistyösuhteessa potilas ja omahoitaja oppivat tuntemaan toisensa. Potilaan tarpeet ja terveyden edistäminen ovat heidän yhteisiä päämääriään. Omahoitaja toimii potilaan asianajajana oman työryhmän sekä muiden hoitoon osallistuvien kesken. Potilaskeskeinen toiminta on mahdollista vain, jos omahoitaja on aidosti kiinnostunut potilaan voinnista. Omahoitajamallin tavoitteena on turvata potilaalle mahdollisimman korkeatasoinen ja hyvä hoito. (Åstedt-Kurki ym. 2007, 31-32.)

Sairaanhoitajan tulee palvella työssään yksilöitä, perheitä sekä yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänlaatuaan. Toimenkuvaan kuuluvat myös hoitotyön suunnittelu ja toteutus. Sairaanhoitajat työskentelevät itsenäisesti sekä moniammatillisissa tiimeissä. Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan velvollisuutena on edistää ja ylläpitää terveyttä, ehkäistä sairauksia, parantaa sairaita sekä lievittää kärsimyksiä. Terveydenhuollon ammattihenkilöstä säädetyn lain tavoitteena on parantaa terveydenhuollon palveluja, helpottaa ammatillista yhteistyötä sekä potilasturvallisuutta. (Sairaanhoitajaliitto 2008; Mustajoki, Maanselkä, Alila, Hyvärinen, Huttunen & Rasimus 1999, 462.) Sairaanhoitajan on opetettava ja ohjattava potilasta niin, että potilas kokee saavansa riittävästi tietoa tilanteestaan ja hoidosta sekä terveyden ylläpitämisestä ja edistämisestä. Sairaanhoitajan tulee myös tukea potilasta niin, että hän pystyy sopeutumaan tilanteeseen ja hyväksymään sen tuomat muutokset elämässä. Sairaanhoitajan ammattiin

edellytettävät osaamiset eivät muutu asiakkaan iän, terveydentilan tai hoitoympäristön mukaan. Hoitotyön menetelmät ja keinot sen sijaan vaihtelevat eri toimintaympäristöissä. (Lauri 2007, 9-10.)

Sairaanhoitajan ammatti antaa valmiudet työskennellä hoitotyön itsenäisenä asiantuntijana. Sairaanhoitajan työ elää kovassa murroksessa ja sairaanhoitajien vastuu kasvaa jatkuvasti uusien haasteiden myötä. Sairaanhoitajan on osattava soveltaa tietoa hoitotyöhön. Työssään sairaanhoitaja tekee paljon itsenäisiä päätöksiä. Päätöksenteon lisäksi sairaanhoitajalta vaaditaan stressinsietokykyä, ongelmanratkaisutaitoja sekä tarkkuutta ja huolellisuutta. Hänen on lisäksi hallittava jatkuvasti uudistuvan teknologian käyttö. Tietoja ja taitoja on päivitettävä jatkuvasti muun muassa täydennyskoulutusten kautta ammattitaidon ylläpitämiseksi. Työn toiminta-alue on laaja ja sisältö määräytyy työtehtävien mukaan. Sairaanhoitaja tarvitsee työssään muun muassa hyvää havainnointikykyä, kädentaitoja, ongelmanratkaisua sekä hyviä ohjaustaitoja. Lisäksi hän tarvitsee hyviä yhteistyö-, neuvottelu- ja vuorovaikutustaitoja ja paineensietokykyä. (Sairaanhoitajaliitto 2008; Lauri 2007, 8-9.)

Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan kliiniseen osaamiseen vastaanottotyössä kuuluvat hoidon suunnittelu, toteutus ja sen arviointi. Lisäksi työhön kuuluvat päätöksenteko sekä sairauksiin liittyvä tietämys kuten ennaltaehkäisy, hoito ja erilaiset hoitomenetelmät. Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan on tunnettava esimerkiksi aseptisuuden pääperiaatteet, infektioiden hoito, lääkehoito sekä nestehoito. Yhteistyöosaaminen on tärkeää hoitajan työssä, koska se on tärkeä osa potilaan hoidon jatkuvuutta. Yhteistyötä on tehtävä potilaan hoidon turvaamiseksi. Yhteistyön tulee olla kiinteää ja saumatonta. Tärkeää olisi, että hoito etenee vaivattomasti ja joustavasti eri hoitoyksiköiden välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001; Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 44.)

Vastaanottotyön apuna käytetään niin sanottuja potilaan hoitopolkuja, joiden kuvauksista saadaan tietoa hoidon organisoimiseksi ja parempien hoitokäytäntöjen kehittämiseksi. Niiden tavoitteena on laadukas ja saumaton palvelu. Vastaanotolla työskentelevän hoitajan on tärkeää hahmottaa kokonaisvaltaisesti potilaan hoitopolku, jotta hän voi työllään edistää potilaan hyvää hoitoa sekä hoidon jatkuvuutta. (Holmia ym. 2006, 46.) Potilaan hoitopolku on kaavio tietyn sairauden hoito- ja palvelulinjasta. Sen tavoitteena on ohjata potilasta oikeaan hoitopaikkaan, antaa hoito-ohjeita ja tärkeää informaatiota. Ohjeista löytyy sairauksiin liittyviä tietoja hoidon tueksi. (Jääskeläinen 2009.) Hoitopolkujen kehittäminen ja suunnittelu on tärkeä osa terveydenhuoltoa.

Hoitopolut ohjaavat hoitajien toimintaa vastaanottotyössä. Niiden mukaan on helppo toimia, kun kaikilla on yhteiset säännöt ja linjaukset. Hoitopolut selkeyttävät potilasohjausta ja hoidon toimivuutta. Niiden avulla pyritään vähentämään hoitajien ja lääkäreiden ylikuormittumista töissä. Hoitopolkujen tarkoituksena on yhtenäistää hoitokäytänteitä ja turvata potilaan hyvä hoito. Esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin verenpainetaudin hoitopolussa terveyskeskukset vastaavat taudin seulonnasta, diagnostiikasta, hoidosta ja seurannasta. Terveystarkastuksien yhteydessä pyritään ehkäisemään verenpainetautia kiinnittämällä huomiota muun muassa elintapoihin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008.)

Tiimiparina toimivan sairaanhoitajan on osattava pitkäaikaissairauksien ohjaus ja seuranta, joita ovat muun muassa diabetes, verenpainetauti, COPD, astma ja painonhallinta. Hänen on tunnettava esimerkiksi hengitystieinfektiot, sukupuolitaudit, aseptiikka, haavanhoidot, dementoivat sairaudet ja masennus. Tiimissä tarvitaan myös paljon erityisosaamista. Kaikki vastaanottosairaanhoitajat tarvitsevat muun muassa seuraavia taitoja: verenpaineen mittausta, verensokerinmittaus, pef-puhallus, injektiot, katetrointi, iv- kanyylin laittaminen, EKG, sairaslomien tarpeen arviointi ja periaatteet sekä tietysti oman osaamisen jaksamisen ja rajojen tunnistaminen. (Halonen ym. 2006, Liite 6.)

Hyvinkään terveyskeskuksen avoterveydenhuollossa työskentelee myös lähi- ja perushoitajia, jotka kuuluvat moniammatilliseen työryhmään. Lähihoitaja auttaa ja tukee potilasta hänen jokapäiväisissä toiminnoissaan, johon kuuluvat terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä kuntoutuksen tukemista. Työssä tarvitaan vahvaa ammatti-identiteettiä, eettistä harkintaa sekä päätöksentekoa. Lähihoitajien lupauksessa valmistuvat lähihoitajat lupaavat tehdä työtään ihmisyyttä kunnioittaen, hyvän elämän edistämiseksi sekä terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin turvaamiseksi sekä kehittää omaa ammattiaan. (Suomen lähi- ja perushoitajaliitto, 2006.)

2.4 Moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveysalalla alettiin puhua moniammatillisesta yhteistyöstä 1990-luvun puolessa välissä, kun kunnissa ryhdyttiin yhdistämään sosiaali- ja terveysalan palveluita. Tämän muutoksen tarkoituksena oli, että asiakas saisi keskeiset terveyspalvelut samasta paikasta. (Mönkkönen 2007, 127.) Kunnat huolehtivat pääosin sosiaali- ja terveydenhuollosta ja yli puolet kuntasektorin työntekijöistä työskentelee sosiaali- tai terveysalalla. Kansanterveyslaki määrää, mitä terveyspalveluita kunnan on tarjottava. Lakisääteisiä palveluja ovat terveysneuvonta, sairaanhoito ja -kuljetus, kouluterveydenhuolto, työterveyshuolto, seulonnat,

ympäristöterveydenhuolto ja hammashuolto. (Nikkilä & Paasivaara 2007, 24-25.) Puhutaan moniammatillisesta tiimistä, kun monen ammattiryhmän edustajia toimii asiantuntijuustehtävissä potilasta varten. Tiimissä kaikki ovat tasavertaisia ja jokaisen työntekijän ammattitaito otetaan huomioon. Tieto, valta ja asiantuntijuus ovat tällöin jaettua. (Lindén 1999, 119.)

Moniammatillinen työryhmä koostuu tavallisesti lääkäreistä, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, lähi- ja perushoitajista, sosiaalityöntekijöistä, fysioterapeuteista sekä laboratoriohoitajista. He yhdessä vastaavat oman alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, kuten ennaltaehkäisevästä työstä ja terveyden edistämisestä. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on potilaiden kannalta palveluiden helpompi saatavuus, parempi hoito ja hoidon turvaaminen tutun henkilökunnan turvin. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2006, 29.) Jokainen työntekijä tuo oman osaamisensa ja omat kokemuksensa työyhteisöön, jotka vaikuttavat yhteisön muotoutumiseen. Eri alojen ihmiset ovat siis toistensa työtovereita ja yhteistyötä voi olla monien eri tahojen kanssa. Moniammatillisessa työryhmässä työskentelevän täytyy olla ajan tasalla muuttuvassa yhteisössä. (Nikkilä ym. 2007, 25.)

Hoitohenkilökunnan ja esimiesten tulee estää kaaosta, jonka uusi toimintamalli tuo tullessaan. Toiminnan muuttuessa sekava vaihe on väistämätön, kaikkea kun ei osata etukäteen huomioida hyvästä etukäteissuunnittelusta huolimatta. Alkuun saattaa tuntua, että kaikki asiat ovat sekaisin, jopa ne jotka olivat aikaisemmin toimineet. Esimiesten tulee luoda hoitohenkilökunnalle uskoa toiminnan kehittämiseen ja toimimiseen sekä yhdessä henkilökunnan kanssa miettiä mahdollisiin ongelmiin ratkaisuja. Työparimalli on ratkaisu tähän ongelmaan. (Kauppinen 2009, 18.)

2.5 Työpari- ja tiimityömalli

Pirjo Lääperin (2008) artikkelissa "Tiimityö sopii terveyskeskuksiin" keuhetaan avoimesti tiimityötä terveysasemalla. Lääperin tutkimuksessa haastateltiin Hervannan terveysaseman sairaanhoitajia ja lääkäreitä tiimityön toimivuudesta. Kokeilu käynnistettiin 2005 ja vakinaistettiin 2007 alussa. Terveysasemalla yhteen tiimiin kuuluu 2-3 lääkäriä, yksi sairaanhoitaja ja yksi terveyskeskusavustaja. Aluksi sairaanhoitajat vastustivat tiimityöskentelyä, koska pelkäsivät työmäärän kasvavan. Tällä hetkellä sairaanhoitajat kuitenkin ovat tyytyväisiä tilanteeseen. Tiimityö selkeyttää toimintaa, koska kaikki asiat ovat yhden sairaanhoitajan hoidossa. Vastuu kasvaa, kun seuraa samoja potilaita jatkuvasti. Tiimityön etuna on se, että sairaanhoitaja työskentelee aina tietyn lääkärin kanssa ja oppii tuntemaan kontrolleissa käyvät potilaat. Monisairaiden potilaiden hoito on myös helpottunut, koska sairaanhoitajan on helpompi varata

aika lääkärille. Lääkärit ovat myös tyytyväisiä tiimityöskentelyyn. Aikaisemmin lääkärit ovat joutuneet kysymään asioita monilta eri sairaanhoitajilta vastauksen saamiseksi. Nyt asiat hoituvat nopeammin potilaankin kannalta. Lääkäri ja sairaanhoitaja voivat sopia työtavoista ja hoitolinjauksista yhdessä. Työtavan toimivuudessa on otettava huomioon myös henkilökemiat. (Lääperi 2008, 30-31.)

Perttula (2008) kuvaa Tehy-lehden artikkelissa tiimityöskentelyn positiivisia ja negatiivisia puolia hoitotyön näkökulmasta. Tiimi-idea rantautui artikkelin mukaan vuosituhannen vaihteessa julkiselle puolelle, kun moniammatillinen yhteistyö lisääntyi. Hyvän tiimin tunnusmerkkejä ovat yhteinen tehtävä, vetäjä ja selkeä työnjako. Jokainen tiimin henkilö tietää, mitkä ovat hänen oikeutensa ja velvollisuutensa. Tiimissä tulee olla erilaisia persoonallisuuksia, eri-ikäisiä ja mahdollisesti eri sukupuolta olevia ihmisiä. (Perttula 2008, 71- 72.)

Uusia asioita ratkaistaan potilaan parhaaksi. Usko ja luottamus työparimalliin ovat tärkeitä asioita. Työparimallin toimivuus edellyttää työntekijöiden positiivista asennoitumista, toisen työn arvostamista sekä yhteistä työn suunnittelua. Tiimityö on nykyisin tarkkaan suunniteltua ja pakon sanelemaa monissa sairaaloissa ja kuntayhtymissä. Vaikka jokaisella tiimiin kuuluvalla on oma vastuualue, on tärkeää, että on valmis hyppäämään tarvittaessa toisen tilalle.

Tiimityöskentelyssä on tärkeää ymmärtää elekieltä ja sanatonta viestintää. Moniammatillisessa työryhmässä ihmiset oppivat toisiltaan ja asiakkailtaan. He ymmärtävät omat vahvuutensa ja erityisosaamisensa. Työryhmän jäsenet oppivat myös vastaanottamaan ja antamaan palautetta. Tiimien hyväksikäyttö terveydenhuollossa tukee jatkuvaa terveydenhuollon muutosprosessia, koska niissä korostuu jaettu johtaminen ja ne muuttavat työkuultuuria edistämällä autonomisuutta ja vastuullisuutta. Työstä tulee entistä kiinnostavampaa ja haastavampaa. Ihmisten ei ole kuitenkaan helppoa luopua opituista työntekotavoista ja siirtyä uusiin toimintatapoihin. (Kauppinen 2009, 18; Perttula 2008, 73-75; Korhonen ym. 1997, 43.)

Hyvinkäällä on käytössä väestövastuinen perusterveydenhuolto eli omalääkärijärjestelmä. Järjestelmän tarkoituksena on nopeuttaa hoitoon pääsyä ja taata hoidon jatkuvuus saman lääkärin ja hoitohenkilökunnan kanssa. Vastaanotolla on tarkoitus hoitaa kiireettömät potilaat. Hyvinkäällä terveyskeskuspotilaat on jaettu viiteen ryhmään: Eteläinen, Hakala-Hyvinkäänkylä, Itäinen, Läntinen sekä Paavolan piiri. (Hyvinkää 2009.)

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Hyvinkään vastaanottotoiminnassa työskentelevien hoitajien odotuksia ja ajatuksia hoitaja-lääkäri työparimalliin siirtymisessä. Keskeisenä tutkimustehtävänä tässä työssä on selvittää, mitä myönteistä ja mitä haasteellista uudessa työparimallissa koetaan tai odotetaan olevan. Tarkoituksena on tuoda esiin hoitajien kokemuksia aiheesta niin, että tuloksia voidaan hyödyntää vastaanottotoiminnan kehittämisessä. Työn tuottaman tiedon avulla on helpompi keskittyä mahdollisiin haasteisiin, joita työparimallin ajatellaan tuovan mukanaan.

4 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ JA AINEISTO

4.1 Laadullinen tutkimus

Yksi tutkimustyön tärkeistä vaiheista on suunnittelu. Huolellinen suunnittelu ohjaa hyvään lopputulokseen. Ennen kuin voidaan alkaa tehdä tutkimusta, on tiedettävä tutkimusongelma tai tehtävä. Tutkimuksessa ei aina ole ongelmaa ratkaistavana. Aiheen rajaaminen ja tutkittavan ilmiön valitseminen tapahtuvat ennen suunnitelmaa. Tutkittava aihe tulisi miettiä tarkkaan, sillä tarkoituksena on tuottaa uutta ja käyttökelpoista tietoa, jota voidaan hyödyntää tulevaisuudessa. Tutkimusmenetelmän valinta on suoraan sidoksissa tutkimusongelmaan ja tutkimuksen tarkoitukseen. Tutkijan käsissä onkin, kumpi on parempi vaihtoehto, laadullinen vai määrällinen tutkimusote. On punnittava, tutkitaanko ongelmaa laadullisesta vai määrällisestä näkökulmasta. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998, 36-37, 224.) Laadulliseen tutkimusotteeseen päädyimme, koska halusimme saada tutkimuksen tarkoitukseen liittyvää informaatiota suoraan ihmisiltä. Pidimme tärkeänä, että tutkimukseen osallistuvat voivat kertoa mielipiteitään avoimesti ilman valmiita vastausvaihtoehtoja.

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on hankkia tietoa jostain ilmiöstä tai aiheesta. Kun tutkittava aihe on valittu, mietitään seuraavaksi, kuinka sitä pääsisi tutkimaan. Laadullisessa tutkimuksessa pääosassa ovat ihminen tai ihmisryhmä. Valittua ilmiötä pyritään tutkimaan ihmisten avulla. Tarkoituksena on, että tutkija pääsee lähelle tutkittavaa kohdetta. Tällä tavalla tutkija saa käsityksen tutkittavien näkökulmista ja heidän näkemyksistään. Tärkeää on, että tutkimukseen osallistuvat tietävät aiheesta paljon tai heillä on riittävästi kokemusta asiasta. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää rajata tutkittava ilmiö tarkasti. Tutkimusta tehdessä saattaa herkästi tarttua liian moniin asioihin, jolloin analysointi ja tulosten saaminen muuttuu entistä hankalammaksi. Kaikkea sitä, mitä tutkimuksen aikana saa kerättyä kasaan, ei kannata

sisällyttää lopulliseen versioon. Jos lähtee tutkimaan liian suurta kokonaisuutta, voi lopullisesta tutkimusraportista tulla hajanainen ja sekava. Tutkija itse rajaa aihetta ja keskittyy siihen, mitä hän alun perin on halunnut lähteä tutkimaan. (Aaltola & Valli 2001, 68, 71-72 ; Tuomi & Sarajärvi 2004, 88.) Lomakehaastattelussa ei voi esittää mitä tahansa kysymyksiä, vaan jokainen kysymys täytyy voida perustella. Kysymykset asetetaan siten, että vastauksista saatava materiaali on hyödyllistä tutkimuksen kannalta. (Tuomi ym. 2004, 77.)

Laadullinen tutkimus voi muuntua koko ajan. Kun ilmiötä ryhdytään tutkimaan, ei ennalta suljeta mitään vaihtoehtoja pois. Tiedonkeruuvaiheessa pyritään saamaan paljon materiaalia ja tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman rikas kuva. Aineistoa voidaan kerätä esimerkiksi haastattelemalla, havainnoimalla ja perehtymällä erilaisiin dokumentteihin. Aineiston analysointi tapahtuu tutkijan toimesta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan oma asenne ja ajatusmaailma saattavat vaikuttaa tutkimustuloksiin. (Hirsjärvi & Huttunen 2000, 202.) Laadullisessa tutkimuksessa ongelmaksi saattaa koitua huono vastaajaprosentti. Tämä voi johtua joko siitä, ettei tutkijalla ole riittävästi tietoa tutkittavasta ilmiöstä tai siitä, etteivät vastaajat osaa ilmaista itseään kirjallisesti. Tutkimustulosten luotettavuus kärsii, jos vastausten määrä on kovin alhainen. (Tuomi ym. 2004, 76.)

Kun aineisto on kerätty, alkaa tutkimuksen työläin vaihe. Materiaali käydään tarkasti läpi. Esimerkiksi nauhoitettu haastattelu litteroidaan, jolloin se voidaan lukea yhä uudestaan ja uudestaan. Kun materiaali käydään moneen kertaan läpi, saadaan sitä kohtaan uusia näkökulmia. Tutkijan on löydettävä materiaalista se, mitä hän on lähtenyt tutkimaan. Analysoinnin avulla pyritään löytämään tutkittavasta ilmiöstä jotain sellaista, mikä lisää ymmärrystämme aihetta kohtaan. (Hirsjärvi ym. 2000, 202.) Tässä työssä aineisto kerättiin valmiiksi kirjalliseen muotoon tallennettuna, jolloin työläs aukikirjoitusvaihe jäi pois. Vastaajat saivat itse kertoa ja kuvailla kokemuksiaan, jolloin saimme analysoitavaksi kuvailevaa tietoa.

4.2 Merkittävien tapahtumien tekniikka tiedonhankintamenetelmänä

Merkittävien tapahtumien tekniikka (Critical Incident Technique) on kehitetty jo toisen maailmansodan aikaan. Silloin tekniikkaa käytettiin sotilaslentäjien koulutuksessa. 1950-luvulla tekniikkaa alettiin käyttää erilaisten työtehtävien psykologiseen analyysiin ja 1960-luvulle siirryttäessä myös hoitotyön opiskelijoiden harjoitteluiden arviointiin. Nykyään merkittävien tapahtumien tekniikkaa käytetään muun muassa terveydenhuollon laadullisissa tutkimuksissa, hoitotyön laadun arvioinnissa, hoitotyön koulutuksessa sekä apuna kriisitilanteiden ja työstressin

hallinnassa. Tekniikkaa suositellaan käytettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaspalautteen keräämisessä. (Koponen, Perälä & Räikkönen 2000, 165.)

Merkittävien tapahtumien tekniikka perustuu siihen, että tapahtuma on vastaajalle tärkeä ja näin ollen mieleenpainuva. Tätä tekniikkaa käyttämällä pyritään tuomaan esille vastaajan omia kokemuksia ilman ennako-oletuksia. (Koponen ym. 2000, 169). Omassa työssämme tutkimmekin hoitajille merkittävää asiaa, joka tulee muuttamaan heidän työnkuvaansa huomattavasti. Tämän työn tiedonkeruuta varten suunniteltiin lomakkeet ja niitä koskeva ohjeistus (Liite 3). Hoitajaa pyydettiin kuvaamaan yksi hänelle merkityksellinen myönteinen sekä kielteinen kokemus tai tulevaisuutta koskeva käsitys hoitaja-lääkäri työparimalliin siirtymisestä. Seuraavaksi pyydettiin pohtimaan syitä, jotka olivat mukana vaikuttamassa siihen, että kokemuksesta tai ennakoajatuksesta tuli sellainen, joksi se kuvattiin. Lisäksi hoitajia pyydetään kuvaamaan työparimallin toimivuuteen liittyviä myönteisiksi ja haasteellisiksi koettuja ajatuksia.

4.3 Aineisto ja sen analyysi

Aineistonkeruun kohderyhmänä olivat Hyvinkään vastaanottotoiminnan hoitajat. Vastaanottotoiminnassa työskentelee noin 30 hoitajaa. Anoin tutkimuslupaa (Liite 1) opinnäytetyölle tammikuussa 2009. Tutkimusluvan (Liite 2) myöntämisen jälkeen olimme yhteydessä osastonhoitaja Pirjo Massaan. Hänen kanssaan sovimme opinnäytetyöhömmme liittyvästä aikataulusta. Sovimme, että tulemme ohjeistamaan hoitajia osastotunnille. Infotilaisuuden pidimme 2.3.2009, jolloin hoitajat saivat tietoa opinnäytetyömme ideasta ja tarkoituksesta. Kerroimme myös merkityksellisen kokemuksen tekniikasta lyhyesti. Paikalla oli runsaasti hoitajia kuuntelemassa esitystämme. Jaoimme paikalla oleville hoitajille saatekirjeet ja tiedonkeruulomakkeet, joissa pyydettiin kuvaamaan heille merkityksellisiä tilanteita liittyen hoitaja-lääkäri työparimalliin (Liite 3). Tarkoituksena oli saada tietoa onnistuneista ja hankalaksi koetuista tilanteista. Alun perin suunnitelmisamme oli kerätä lomakkeet infotilaisuuden jälkeen, mutta paikalla olleet hoitajat kokivat kysymykset liian laajoiksi niin lyhyellä vastausajalla.

Lomakkeita jaoimme yhteensä 28 kappaletta. Sovimme yhdessä lomakkeiden palautuspäiväksi 16.3.2009. Sovittuna palautuspäivänä saimme lomakkeita takaisin kahdeksan kappaletta. Sovimme seuraavan palautuspäivän viikon päähän, jolloin yhtään lisää palautuksia ei tullut. Olimme toivoneet suurempaa vastausprosenttia, mutta saatu aineisto oli onneksi laadukasta ja vastauksiin oli selvästi paneuduttu. Seuraavaksi aloimme tutustua saatuun aineistoon aukikirjoittamalla ja luokittelemalla sitä.

Tutkimuksen ydinasia on aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset. Vasta analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa tutkimuskysymyksiinsä. Tässä vaiheessa voi käydä niin, että tutkija ymmärtää, miten kysymykset olisi voinut asettaa paremmin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 209.) Laadullinen tutkimus tuottaa aineistoa, joka on tarkoitus analysoida. Erilaisille laadullisille tutkimuksille on yhteistä se, että pyrkimyksenä on löytää aineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaan sisällönanalyysistä, jonka avulla voidaan analysoida kerätty aineisto. Aineisto voi olla kirjallista tai suullista kommunikaatiota. Sisällönanalyysin avulla kerätty tutkimusaineisto tiivistetään niin, että tutkittu ilmiö voidaan esittää lyhyesti ja selkeästi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 21-23.)

Aineiston analysoiminen kannattaa aloittaa mahdollisimman pian aineiston keräämisen jälkeen, koska silloin aineistoa voidaan täydentää ja selventää. Tässä vaiheessa aihe on tutkijan tuoreessa mielessä ja hänellä on mielenkiintoa selvittää tutkimuskysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2004, 211-212.) Kun tutkija alkaa tehdä sisällönanalyysiä, ei hänellä ole mielessään valmiita vastauksia, jotka täytyisi löytää. Tutkija muodostaa käsitteitä laadullisesta aineistosta, jonka hän on kerännyt. Aineistoa käsitellään ennakkoluulottomasti ja siitä etsitään tutkimustehtävän mukaisia asioita. Analyysin avulla pyritään tuottamaan selkeää ja tiivistettyä tietoa tutkitusta aiheesta. Analyysin lopputuloksena voidaan tuottaa käsitejärjestelmä, käsitekartta, malli tai teoriaa. (Lauri & Kyngäs 2005, 62.) Esimerkiksi käsitekartan avulla voidaan käsittää suuri kokonaisuus yhtä aikaa. Se selkiyttää eri osien välisiä suhteita ja nostaa esiin oleelliset ja epäoleelliset asiat. (Metsämuuronen 2008, 51.)

Kun tutkimusaineisto on kerätty, järjestetään se sellaiseen muotoon, että sen perusteella tehdyt johtopäätökset voidaan siirtää yleiselle teoreettiselle tasolle. Ei siis ole tarkoitus tuoda esille yksittäisiä tapahtumia, henkilöitä tai lausumia. Ennen analyysivaihetta, on aineisto saatava sellaiseen muotoon, että analysoiminen on mahdollista. Tämä tapahtuu siten, että esimerkiksi haastattelut tai muistiinpanot kirjoitetaan puhtaaksi eli litteroidaan. (Metsämuuronen 2008, 48.) Usein tässä vaiheessa aineistosta löytyy paljon kiinnostavia asioita, jotka eivät varsinaisesti kuulu tutkimuksen tarkoitukseen. Täytyy kuitenkin muistaa, että aiheen tarkka rajaaminen on ehdotonta, jotta saadaan aikaan selkeitä tuloksia. On asetettava tarkat rajat ilmiölle, jota tutkitaan. Rajojen asettelussa auttavat tutkimustehtävä, tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelma. (Tuomi ym. 2004, 94.)

Syrjäläisen (1996,90) mukaan analyysiprosessi voidaan jakaa seuraaviin vaiheisiin:

1. Tutkijan "herkistyminen" aineistolle. Tämä vaatii aineiston perinpohjaisen tuntemisen.
2. Aineiston sisäistäminen ja teoretisointi.

3. Aineiston karkea luokittelu, keskeisimmät luokat ja teemat.
4. Tutkimustehtävän täsmennys, käsitteiden täsmennys.
5. Ilmiöiden esiintymistiheyden toteaminen, poikkeusten toteaminen, uusi luokittelu.
6. Ristiinvalidoiminen. Saatujen luokkien puoltaminen ja horjuttaminen aineiston avulla.
7. Johtopäätökset ja tulkinta. Analyysin tulos siirretään laajempaan tarkastelukehikkoon.
(Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1996.)

5 TULOKSET

Opinnäytetyömme tuloksiin vaikuttavat hoitajiin, lääkäreihin ja asiakkaisiin liittyvät tekijät. Vastauksissa tuli ilmi seuraavia tekijöitä: hoitopolut, aika- ja henkilökuntaresurssit, yhteistyö eri tahojen välillä, hoitosuhde, puhelimesta hoidettavat asiat, luottamus, epäluottamus, potilaan motivaatio, hoitajan kyky motivoida potilas hoitoon, tiedonkulku, ylikuormittuminen ja henkilökemiat. Seuraavaksi tarkastelemme lähemmin näitä tekijöitä.

5.1 Onnistunutta ohjaustapahtumaa tukevat tekijät

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista hoitajista mainitsi vastauksissaan heidän käytössään olevat hoitopolut. Ne koettiin tarpeellisiksi ja niiden mukaan oli helppo toimia. Tällä tavalla kaikilla koettiin olevan samat säännöt ja asiakkaita kohdeltiin samanarvoisesti. Hoitopolut ovat hoitajien tukena vastaanottotyössä. Ne selkeyttävät potilasohjausta ja hoidon toimivuutta. Niiden mukaan toimiminen turvaa potilaan hyvän hoidon.

”Kansansairauksien vuosikontrollikäytännöt onkin hoitopoluissa, joissa hoitajat tekevät ja ohjelmoivat paljon asioita ennen lääkäriä.”

”Sh:n vastaanotolla valmistellaan potilas hoitopolun mukaan: lab-kokeet, RR-seuranta ennen lääkärille menoa. Lähete sokerirasitukseen kohonneen verensokerin vuoksi. Potilas on tyytyväinen ja kehuu ”systeemiä järkevämmäksi kuin ennen”. Kun potilas menee lääkärin vastaanotolle, on lääkärillä käytettävissään tiedot edellisestä hoitopaikasta sekä potilaan nykyiset lab- ja verenpaine-arvot.”

Puhelimen välityksellä tapahtuva ohjaus ja neuvonta ovat tärkeä osa vastaanottotoimintaa. Monessa tapauksessa asiat hoituvat nopeammin ja helpommin puhelimen avulla. Potilaan ei välttämättä tarvitse tulla vastaanotolle saadakseen apua ongelmiinsa.

”Potilas soittaa ja haluaa ajan vastaanotolle saadakseen suuriin mielenliikutukseen lääkettä tyttären häihin huhtikuussa. Ei ole aiemmin mitään käyttänyt ja neuvon kokeilemaan etukäteen miten vaikuttaa. Kysyn omalääkäriltä joka kirjoittaa rec ja siitä ilm. potilaalle ja vastaanottoaika perutaan. Kaikki tyytyväisiä.”

”Potilaan soittaessa hoitajalle asioistaan voimme arvioida hoidon tarpeellisuuden pitkälle jo puhelimesta, tarvitseeko hoitajaa vai lääkäreitä.”

Tässä aineistossa tuli esiin potilaan motivaatio ja sen tärkeys vastaanotto toiminnassa. Onnistuneissa tilanteissa potilas on motivoitunut omaan hoitoonsa ja on kiinnostunut aiheesta. Omalla toiminnallaan hoitaja voi vielä ennestänsä edistää potilaan sitoutumista hoitoon. Potilaan motivoinnissa kysytään hoitajan ammattitaitoa ja kykyä sopeutua erilaisiin tilanteisiin. Työparimallin myötä hoitajan rooli ja vastuu ovat kasvaneet. Hoitaja osallistuu päätöksentekoon yksin ja yhdessä lääkärin kanssa.

” Onnistumisen mahdollisti: selkeät toimintatavat, hoitopolku, tiedonkulku hoitopaikkojen välillä, potilaan motivaatio hoitoon”

Yhteistyö lääkärin ja hoitajan välillä mahdollistaa potilaan hyvän hoidon. Työparin konsultointi on helpompaa, kun tuntee toisen hyvin. Tiiviin yhteistyön ansiosta hoitaja ja lääkäri oppivat tuntemaan toisensa. Lääkäri luottaa hoitajaan ja päinvastoin. Konsultointi puolin ja toisin helpottuu, kun tietää valmiiksi kenen puoleen kääntyä. Kumpikin osapuoli tuntee toistensa toimintatavat. Parhaimmillaan työparimalli selkeyttää toimintaa. On sekä potilaan että hoitaja-lääkäri työparin etujen mukaista, että osapuolet tuntevat toistensa työskentelytavat ja -taidot. Yhteistyösuhde on näin ollen helppo rakentaa. Kun potilaan tilanne on hoitaja-lääkäri työparille ennestänsä tuttu, voivat he yhdessä suunnitella potilaan hoitoa.

” Omalääkäriä konsultoidessa - lääkäriä luottamus ja tieto hoitajan taidoista ja arviointikykyistä - hoitoa saa sujuvammaksi. Hoitaja saa hoidossa askeleen eteenpäin konsultoinnin avulla. Lääkärin ja hoitajan toistensa arvostaminen, auttaminen tärkeitä asioita. ”

5.2 Haasteelliseen tilanteeseen johtaneet tekijät

Ajanpuute ja puutteelliset henkilöresurssit ovat vastausten perusteella todella suuri ongelma vastaanotto toiminnassa. Lääkäriaikojen on usein hankala saada, vaikka potilas tarvitsisi pikaista

apua. Hoitaja voi tuntea olonsa voimattomaksi, koska ei voi asialle mitään. Välillä hoitaja ei saa edes yhteyttä lääkäripariinsa. Tietyissä tilanteissa on potilas ohjattava muualle hoitoon.

”Potilas tulee HySa ea:sta saamansa labralähetteen kanssa luukulle. Lähetelaitetaan atk:lle - OK. Päivystävä lääkäri ohjannut kontr. omalle lääkärille, jolle ei ole enää aikoja jäljellä - lääkäri neuvolassa - en pääse kysymään, voisiko ottaa ylimääräisenä potilaan, jolla menee vastaanotolla aina pitkään.”

Hoitajien ja lääkäreiden määrä on vähäinen verrattuna potilasmäärään. Ajanpuute on suuri ongelma terveydenhuollossa. Hoitajasta ja potilaasta voi tuntua, ettei vastaanottoaika riitä hoidon selvittämiseen. Ajan saaminen vastaanotolle voi olla hankalaa. Hoitajalla ei ole antaa aikoja, jolloin hän ohjaa potilaan soittamaan myöhemmin uudestaan. Ajan saaminen voi venyä viikkojen päähän. Potilas saattaa luovuttaa yrittämisen, jolloin hoito jää saamatta, mikä on aina riski potilaalle. Tämä on turhauttavaa sekä potilaalle että hoitohenkilökunnalle. Kiireellisten tapausten sijoittaminen päiväohjelmaan ei onnistu helposti. On hankalaa toimia, kun kesken päivän potilas soittaa kiireellisestä asiasta, eikä aikoja lääkärille ole. Usein potilaan ohjaus on aikaa vievää ja siihen on paneuduttava huolellisesti. Ajanpuute ja kiire siis aiheuttavat hankalia tilanteita vastaanotto toiminnassa. Potilaalle ja hoitajalle on turhauttavaa, kun aikoja omalle lääkärille ei ole. Tällöin potilaan on hakeuduttava muualle hoitoon.

”Ajanpuute on suurin ongelma nykyisen suunnitelman mukaan lääkäri-hoitajatyöparimallissa.”

”Epäselvää on vielä hyvin paljon, tuntuu että palvelu huononee.”

”jääkö ylitöihin - joita ei saisi tehdä, jätänkö potilaan odottamaan 1 ½-2 viikkoa itse huonoa omaatuntoa kantaen, venynkö, opettelenko kylmästi sanomaan ei ole aikaa, perunko vähemmän kiireelliset jotka jo ovat aikaansa odottaneet ”

”Ei ole aikoja (suluissa koulutuksessa, lomalla, ajat jo annettu). Hoitajana et voi paljoa muuta kuin pyytää menemään muualle hoitoon.”

Hoidon toimivuuden kannalta olisi tärkeää, että olisi käytössä hyvä sijaisjärjestelmä. Kun vakio henkilökuntaa sairastuu, on tilalle hankalaa saada luotettavia ja osaavia hoitajia. Pahimmillaan aikoja joudutaan perumaan ja työparimalli ei toteudu oikein.

Epäluottamus hoitajan ammattitaitoa kohtaan johtaa vastausten perusteella joskus hankaliin tilanteisiin. Sairaanhoitajan ammattitaito kyseenalaistetaan. Potilas vaatii päästä suoraan lääkärin vastaanotolle, vaikka hoitopolun mukaan olisi ensin käytävä sairaanhoitajan vastaanotolla. Tällä tavalla pyritään siihen, että lääkärillä olisi tarvittavat tiedot, kun potilas tulee vastaanotolle. Sairaanhoitajan on joskus joustettava käytännöstä, jos potilas ei ymmärrä hoitopolun merkitystä. Tällöin lääkärin työmäärä lisääntyy, koska potilas saattaa käydä hänen vastaanotollaan yhden kerran sijasta kahdesti, koska tarvittavia kontroleja ei ole tehty. Toimintatapojen muuttuessa olisi tärkeää pitää väestö ajantasalla. Tällä tavalla vähennettäisiin potilaan ja hoitohenkilökunnan välisiä konflikteja.

” Tarjotaan hoitopolun mukaan ensin aikaa sh:n vastaanotolle tilanteen arviointia varten. Potilas ei suostu tähän. Arvostelee kovin sanoin tk:n järjestelmää ja kieltäytyy yhteistyöstä. Vaatii lab-lähetettä vuosikokeisiin ja aikaa lääkärin vastaanotolle.”

”Potilas sairastaa verenpainetautiä ja diabetesta viimeksi lääkärin vastaanotolla vuosi sitten. Nyt varaamassa aikaa lääkärille, kerron talon hoitopolusta molempien sairauksien kohdalla, joka kertoisi paljon potilaan nykyisestä tilasta ja voisimme keskustella nykyisistä hoitokäytännöistä. Potilas raivostui ja ei halua kuullakaan asiasta enempää, vaan haluaa lääkäriajan suoraan. ”

”RR potilas varaa aikaa vuosittaiseen kontrolliin lääkärille. Talon hoitopolun mukaan potilas haastatellaan ja ohjataan lab-kokeisiin ja RR seurantaan. Potilas kokee tämän pompotteluksi kun ei heti saa aikaa lääkärille.”

”Astmapotilas vaatii päästä lääkärille vuosikontrolliin. Meillä on hoitopolku, jossa ohjataan ensin sh:n vastaanotolle saamaan lab.lähetteen, mahdollisesti spirometria ja pef-puhallukset. Potilaan tiedoissa on, että ensin sh:lle mutta hän vaatii päästä suoraan lääkärille, esittää muitakin syitä miksi pitää nopeasti päästä lääkärille. Pitkän tivaamisen jälkeen päädyn antamaan vo-ajan ja informoin lääkäriä miksi tein näin. ”

Työn vaativuus ja kiireellisyys tulevat esiin useissa vastauksissa. Vastausten perusteella hoitajien työssä jaksaminen on usein koetuksella. Kun töitä on enemmän kuin ehtii tekemään, saattaa hoitaja ja lääkäri kuormittua liikaa. Hoitajalla voi myös olla tunne, että hän kuormittaa lääkäriä liikaa. Ajanpuute ja kiire siis aiheuttavat hankalia tilanteita vastaanottoinnassa. Potilaalle ja

hoitajalle on turhauttavaa, kun aikoja omalle lääkärille ei ole. Tällöin potilaan on hakeuduttava muualle hoitoon. Puhelinaikojen vuoksi vastaanottoajat vähenevät. Hankalaa, kun puhelin soi ja potilas on vastaanotolla.

”Omalääkärin jaksamista täytyy myös miettiä, ettei yritä painostaa liikatyöskentelyyn.”

” Kiireisenä päivänä tosin saattaa lääkärin konsultaation saaminen olla hankalaa. ”

Tiedonkulku eri hoitopaikkojen välillä saattaa aiheuttaa haasteellisia tilanteita vastaanotossa. Huono tiedonkulku eri hoitopaikkojen välillä tekee tilanteista hankalia. Potilasta siirrellään paikasta toiseen ja vastuu siirretään toiseen hoitopaikkaan. Tällaisissa tapauksissa potilaan luottamus terveydenhuoltoon kärsii ja hän ei ole tyytyväinen saamaansa hoitoon. Tilanne on myös hoitajille epämiellyttävä, koska usein juuri he saavat kuulla valitukset ja tyytymättömyyden koko terveydenhuoltoon. Hoitovastuun siirtäminen muualle täytyy aina olla perusteltua ja potilaalle on kerrottava, miksi hänen hoitoaan ei jatketa samassa paikassa. Potilasohjauksen tulisi aina olla suunnitelmallista.

”tk:n tarjoama palvelu ja potilaan tarpeet eivät kohta”

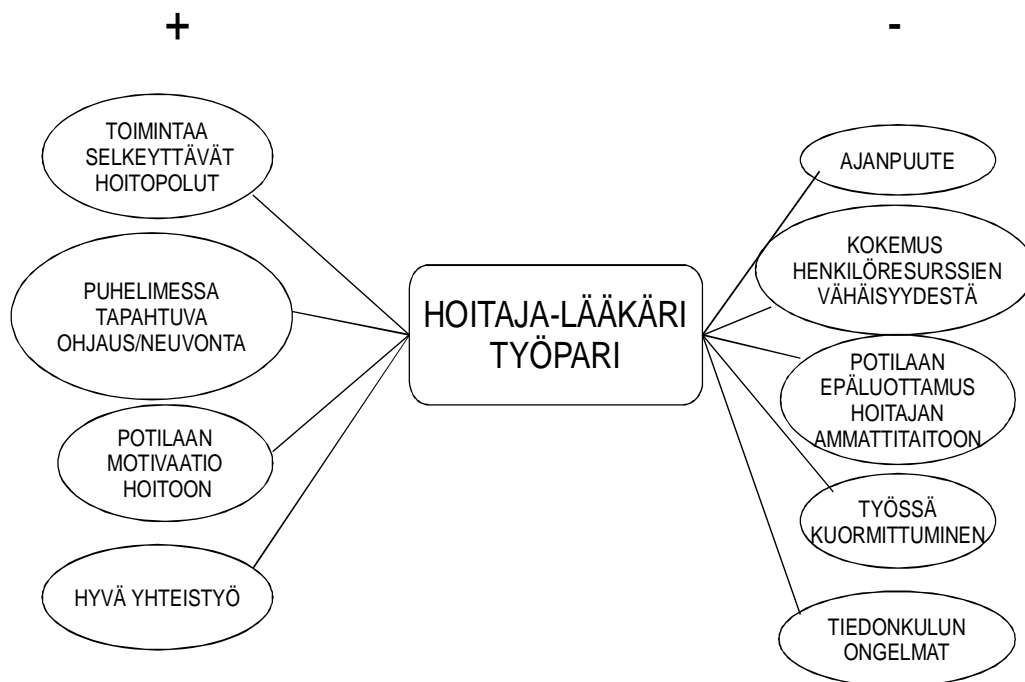
”Potilas tulee HySa ea:sta saamansa labralähetteen kanssa luukulle. Lähetelaitetaan atk:lle - OK. Päivystävä lääkäri ohjannut kontr. omalle lääkärille, jolle ei ole enää aikoja jäljellä - lääkäri neuvolassa - en pääse kysymään, voisiko ottaa ylimääräisenä potilaan, jolla menee vastaanotolla aina pitkään. Ohjaan uudelleen HySa päivystykseen, josta potilas erittäin tyytymätön, koska päivystävä lääkäri sanonut, että ”pakko päästä”. (sairaalaan päivystävä lääkäri ei määrää tk-lääkäriä!)”

5.3 Kooste tuloksista

Kyselyyn osallistui kahdeksan hoitajaa, joiden antamissa kuvauksissa kävi ilmi seuraavia asioita. Hoitaja-lääkäri työparimallin mukaiseen työskentelyyn vaikuttivat positiivisesti potilaiden luottamus hoitajaa kohtaan. Hoitajien käytössä olevat hoitopolut antoivat kehyksen selkeään työskentelyyn ja takasivat hoidon toimivuuden. Onnistumisen kokemiseen vaikutti myös se, että monet asiat pystyttiin hoitamaan puhelimen välityksellä ilman, että potilaan täytyi tulla

vastaanotolle. Hyväksi asiaksi koettiin lääkärin ja hoitajan väliset suhteet. Potilaan motivaatio omaa hoitoaan kohtaan vaikutti osaltaan onnistumiseen.

Ajanpuute ja vajaat henkilöresurssit koettiin suurimmaksi ongelmaksi vastaanottotoiminnassa. Hoitajat kokivat, että lääkäriaikoja on usein hankala saada ja kiireellisten potilaiden hoito täytyi siirtää muualle. Jopa yhteyden saaminen lääkäriin oli joissain tilanteissa vaikeaa. Potilaiden suunnalta tuleva epäluottamus hoitajia kohtaan sai aikaan haasteellisia tilanteita. Joissain tilanteissa potilas vaati päästä suoraan lääkärin vastaanotolle ilman käymistä hoitajan vastaanotolla hoitopoluista huolimatta. Työssä jaksaminen tuli ilmi vastauksissa. Töiden tekemiseen ei aina ollut riittävästi aikaa, mikä koettiin turhauttavaksi. Tiedonkulussa eri hoitopaikkojen välillä koettiin olevan aukkoja.



Kuvio 1. Hoitaja-lääkäri työparimallin toimivuuteen vaikuttavat tekijät.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Vastaanottotoiminnan toimivuuteen tarvitaan tietynlaisia valmiuksia ja resursseja. Jotta asiat sujuisivat parhaalla mahdollisella tavalla, tarvitaan riittävästi aikaa ja osaavia ammattilaisia tekemään työtä. Hoitaja-lääkäri työparimallin myötä vastaanotossa työskentelevien hoitajien vastuu on kasvanut, sillä potilas tapaa hoitajan ennen lääkäriä. Hoitajan vastuu on suuri ja hän päättää jatkohoidosta yksin tai yhdessä lääkärin kanssa. Kauppinen (2009) kirjoittaa toimivan organisaation tärkeydestä. Hänen mukaansa palveluiden saatavuus ja hoitoketjun toimivuus edellyttävät kaikkien hoitotyössä toimivien osaamisen hyödyntämistä, mikä perustuu moniammatilliseen työhön. (Kauppinen 2009, 16-18.)

Vastaanotossa toimiminen vaatii hoitajalta sitoutumista ja kiinnostusta omaa työtänsä kohtaan. Hoitajan on tunnettava käytössä olevat hoitopolut ja osattava hyödyntää niitä työssään. Tällä tavalla hoitopolut helpottavat ja nopeuttavat hoitajan ja lääkärin työtä. Hoitajan on otettava vastuu työstään ja toiminnastaan. Hänen on myös pysyttävä ajan tasalla koko ajan kehittyvässä terveydenhuollossa. Hoitotyöntekijän ammattitaitoon kuuluu hyvät vuorovaikutustaidot, itsenäinen toimiminen, vankka ammattitaito ja päättelykyky. Halosen ja Koikkasen (2006) mukaan omahoitajalla on lääkäriä paremmin aikaa ohjaukseen ja potilaan asioiden selvittelyyn, minkä vuoksi potilaita kehoitetaan ottamaan ensisijaisesti yhteyttä omahoitajaan. (Halonen ym. 2006, 16.)

Vastaanotossa toimivien hoitajien toimenkuvaan kuuluu puhelimen välityksellä tapahtuva ohjaus. Se voi toisinaan olla haastavaa, sillä hoitajan täytyy arvioida tilanne puhelimesta annettujen tietojen perusteella. Ennestään tuttujen potilaiden kohdalla tämä saattaa olla hyvin toimiva tapa, mutta uusien potilaiden hoitaminen voi koitua hankalaksi. Puhelimella ei aina saa yhteyttä, jolloin soittaja saattaa luovuttaa yrittämisen. Riihimäen seudulla tehdyssä HOISA-hankkeessa (Halonen ym. 2006, 9-11.) huomattiin samankaltaisia tuloksia. Osa asiakkaista koki yhteyden saamisen puhelimen välityksellä hankalaksi, vaikka aikaa puhelintyöhön lisättiin hankkeen aikana, toisaalta välittömään yhteydensaantiin tehtiin hankkeen aikana parannus ja yhteydensaanti helpottui. Perttula (2009) kertoo artikkelissaan tamperelaisen Pihlajalinnan lääkäriaseman toiminnasta. Siellä hoitaja pystyy hoitamaan useita asioita puhelimesta. Puhelimen välityksellä ohjataan ja neuvotaan potilasta sekä tarvittaessa varataan vastaanottoaika. Jos hoitaja on varattuna, menee soitto vastaajaan, jonka jälkeen hoitaja ottaa yhteyttä potilaaseen. (Perttula 2009, 16.)

Lääkärin ja hoitajan välinen yhteistyö on tiivistä, joten työparin kanssa tapahtuvaan kommunikaatioon on kiinnitettävä huomiota. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien vastauksissa ei käynyt ilmi, että lääkärin ja hoitajan välillä olisi ristiriitoja. Kun työskentelee saman työparin kanssa pitkään, oppii tuntemaan hänen toimintatapansa. Työparia kohtaan koettiin luottamusta ja näin ollen hänen kanssaan ilmaistiin olevan mukava työskennellä. Ongelmaksi koitui kuitenkin se, ettei työpariin aina saanut tarvittaessa yhteyttä. Lääperin (2008) artikkelissa ”Tiimityö sopii terveyskeskuksiin” pohditaan hoitajan ja lääkärin välistä yhteistyösuhdetta. Sen mukaan tiimityö mahdollistaa yhteistyösuhteen tiivistymisen ja paranemisen. Lääkäri ja hoitaja voivat keskenään sopia työtavoista ja hoitolinjauksista, kun molemmat tuntevat toistensa tavat. Työparityöskentelyssä täytyy myös huomioida henkilökemiat. (Lääperi 2008.)

Tutkimusaineistosta kävi ilmi, että hoitajat kokevat joskus epäluottamusta potilaiden taholta. Uusi hoitosuhde saattaa aiheuttaa hankalia tilanteita, kun potilas ei täysin ymmärrä käytössä olevia toimintatapoja. Hoitajan tehtävänä on selvittää potilaalle hoitoon liittyviä käytänteitä. Pitkissä hoitosuhteissa potilas voi helpommin kokea luottamusta omahoitajaansa kohtaan, sillä hän on aiemmin saanut avun hoitajalta. Lääperin (2008) mukaan tiimityö selkeyttää toimintaa. Hoitajan on helpompi hoitaa potilaita pitkissä hoitosuhteissa. Tällä tavalla hoitaja oppii tuntemaan potilaat ja tietää heidän tilanteensa jo ennestään. asiat myös hoituvat nopeammin potilaan kannalta. (Lääperi 2008, 30-31.)

Aineiston perusteella potilaan motivaatio vaikuttaa hoidon onnistumiseen. Parhaimmillaan potilas on kiinnostunut terveydestään ja haluaa vaikuttaa sen edistämiseen. Joissain tapauksissa potilas ei ole kiinnostunut hoidostaan ja laiminlyö terveystensä. Hoitaja pyrkii toiminnallaan kannustamaan potilasta oikeanlaiseen hoitoon, mutta aina se ei onnistu. Joskus ohjauksesta ja motivoinnista huolimatta hoito ei etene halutulla tavalla. Aineiston mukaan osa potilaista vaati päästä suoraan lääkärille ilman hoitajan vastaanotolla käymistä. Joissain tapauksissa potilas ei suostunut kuuntelemaan perusteluja sille, miksi hoitajan vastaanotolla käyminen on tärkeää. Kauppinen (2009) korostaa artikkelissaan väestön ja henkilökunnan luottamuksen tärkeyttä työparimallia kohtaan. Hänen mukaansa juuri luottamus takaa mallin toimimisen jatkossa. (Kauppinen 2009, 18.)

Tämän päivän terveydenhuollon ongelmaksi on koitunut jatkuva toiminnan tehostamisen vaade ja liian vähäiseksi koettu henkilökunnan määrä. Aineiston mukaan hoitajat kokivat, että työtä on enemmän kuin ehtii tehdä, mikä näkyy kasvavana jonottamisena ja lyhyinä vastaanottoaikoina. Suuret työmäärät ja ajanpuute vaikuttavat hoitohenkilökunnan jaksamiseen. Pahimmillaan työ saatetaan kokea uuvuttavana ja stressaavana.

Aineistossa kävi ilmi, että hoitajat ja lääkärit kokevat ylikuormittumista työssään. Potilasmäärät ovat suuria verrattuna hoitohenkilökunnan määrään. Jos joku henkilökunnasta sairastuu, on tilalle miltei mahdotonta saada pätevää sijaista. Tilanne on hankala sekä henkilökunnalle että sijaisina toimiville. Sijaisia ei kyetä perehdyttämään tarpeeksi nopeasti ja näin ollen he eivät täysin tunne käytössä olevia toimintatapoja, kuten hoitaja-lääkäri työparimallia.

Kauppinen (2009) mukaan erityisesti monisairailta on usein tarvetta käyttää terveystalviteita enemmän kuin pystytään tarjoamaan. Se osaltaan kuormittaa hoitohenkilökuntaa ja aiheuttaa turhautumista. Toisaalta henkilökunta on kokenut, että työparimallin mukainen työskentely on parantanut työn hallintaa ja mielekkyyttä. (Kauppinen 2009, 16-17.)

6.2 Työn luotettavuus ja eettisyys

Kvalitatiivisten tutkimusten luotettavuutta ei voida mitata yhtä tarkasti kuin kvantitatiivisten tutkimusten tuloksia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole yhtä selkeitä pelisääntöjä kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kun laadullisen tutkimuksen tekijä ryhtyy analysoimaan tuloksia, turvautuu hän suuresti omiin ennako-oletuksiinsa. Tutkimuksen aikana tutkija joutuu jatkuvasti miettimään omia ratkaisujaan ja niiden luotettavuutta. Laadullinen tutkimus ei perustu faktoihin tai numeroihin. Siinä ollaan kiinnostuneita yksittäisen ihmisen tai ihmisryhmän ainutlaatuisista kokemuksista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan etukäteen eikä sattumanvaraisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää rajata tutkittava ilmiö tarkasti. Tutkimusta tehdessä saattaa herkästi tarttua liian moniin asioihin, jolloin analysointi ja tulosten saaminen muuttuu entistä hankalammaksi. Kaikkea sitä, mitä tutkimuksen aikana saa kerättyä kasaan, ei kannata sisällyttää lopulliseen versioon. Jos lähtee tutkimaan liian suurta kokonaisuutta, voi lopullisesta tutkimusraportista tulla hajanainen ja sekava. Tutkija itse rajaa aihetta ja keskittyy siihen, mitä hän alun perin on halunnut lähteä tutkimaan. (Eskola & Suoranta 1998, 209-210.)

Tutkijan tulisi olla avoin lähtiessään tekemään laadullista tutkimusta. Tutkija on kaikkein keskeisin osa laadullisessa tutkimuksessa. Voi olla, että tutkija tulkitsee tai ymmärtää väärin keräämäänsä tietoa, jolloin tulosten luotettavuus kärsii. Laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan ole kyse oikeista tai vääristä vastauksista. Tämä onkin yksi syy, joka vaikeuttaa luotettavuuden mittaamista. (Eskola ym. 1998, 211-212.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan koko tutkimusprosessin ajan. Laadun valvonta on tutkijan käsissä, eikä siihen ole tarkkoja säädöksiä. Luotettavuuden pohtiminen alkaa 1) tutkimuskysymyksestä ja 2) tutkimusaineistosta. Seuraavat vaiheet ovat 3) analysointi ja 4) raportointi. Tutkija miettii, ovatko tutkimuskysymys ja kerätty tutkimusaineisto oikeassa suhteessa toisiinsa. On arvioitava,

onko tutkimuskysymys muovautunut niin, että siihen voidaan tuottaa ratkaisu. Laadun arvioinnissa tulee miettiä myös aineiston hankintaa. Onko kirjallinen aineisto hankittu luotettavista lähteistä ja onko tuotettava aineisto riittävää? (Krause & Kiikkala 1997, 130.)

Laadullista tutkimusta tehtäessä täytyy miettiä tutkijan ja haastateltavan välistä suhdetta. Onko haastateltavat valittu niin, että heillä on riittävästi tietoa tutkittavasta ilmiöstä? Entä osaako tutkija esittää kysymykset ymmärrettävästi ja neutraalisti? Kun aineisto on saatu kerättyä, täytyisi tutkijan analysoida sitä ilman ennako-oletuksia. Tuloksiin vaikuttavat helposti tutkijan asenteet, toiveet ja ennako-oletukset. Tutkija ei välttämättä itse huomaa omaa kriittisyyttään, mikä osaltaan vaikuttaa tuloksiin. Tutkimusaineistossa pitäytyminen voi olla hankalaa, jolloin mukaan eksyy oletuksia ja arkitietoutta. (Krause ym.1997, 131.) Tutkijan tehtävänä on pitää huoli, ettei hän väärennä tai muokkaa tuloksia oman mielensä mukaan. Koko aineisto on otettava huomioon, eikä tietynlaisia vastauksia voi ohittaa, vaikka se tuntuisikin helpolta. Tällainen toiminta saattaa muuttaa tuloksia olennaisesti. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 51.)

Laadullista tutkimusta tehdessä on huolehdittava eettisyydestä. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkijan on osoitettava luotettavuutensa ja suojattava osallistujien henkilöllisyys. Tutkija ei saa omalla toiminnallaan vahingoittaa tutkimukseen osallistujia. (Janhonen ym. 2001, 39.) Tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, eikä vastaajien henkilöllisyys paljastunut. Tulokset raportoitiin siten, etteivät yksittäisen henkilön vastaukset paljastuneet. Kun opinnäytetyö oli valmis, eikä kootulle aineistolle ollut enää käyttöä, se hävitettiin asianmukaisesti.

Kun tehdään laadullista tutkimusta, on sille oltava perustelu. Tarkoituksena on siis tuottaa luotettavaa informaatiota ja välittää sitä eteenpäin. Tuotetun tiedon tulee olla perusteltua ja tutkijan on oltava kriittinen sitä kohtaan. Ei ole tarkoitus, että vain tutkija hyötyy tuotetusta tiedosta, vaan sen välittäminen muille on olennainen osa tutkimuksen tekemistä. Jotta tutkija pystyy tuottamaan uutta tietoa, on hänen perehdyttävä aiheeseen liittyvään tutkimustietoon. Usein tutkittavasta aiheesta löytyy kasapäin informaatiota ja tutkijan tehtäväksi jää poimia ajan tasalla oleva ja luotettava materiaali. (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 58-60.) Opinnäytetyömme voi olla hyödyksi, kun perehdytetään uutta hoitajaa vastaanotto toimintaan. Tutkimusaineiston perusteella voidaan kiinnittää huomiota hoitaja-lääkäri työparimalliin liittyviin toimiviin sekä haasteellisiin asioihin.

Keräsimme vastaukset kirjallisena lomakkeille, mikä lisää työmme luotettavuutta. Pystyimme käymään aineiston läpi moneen kertaan ilman, että vastausten sisältö muuttuisi. Tutkimuksemme

kohderyhmä oli tarkkaan rajattu ja vastaajilla oli riittävästi tietoa aiheesta. Pyrimme rajaamaan tutkittavan ilmiön tarkasti ja omasta mielestämme onnistuimme siinä. Lomakkeet jaoimme info-tilaisuuden yhteydessä, jossa kohderyhmä pääsi tutustumaan aiheeseen ja meihin tekijöinä. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja lomakkeet täytettiin nimettöminä. Tässä työssä tulosten luotettavuuteen vaikutti vastaajien vähäinen määrä. Jaoimme lomakkeita 28 kpl ja saimme takaisin kahdeksan kappaletta. Tutkimukseen osallistuneista kaikki eivät vielä ole työskennelleet työparimallin mukaan, mikä saattaa osaltaan vaikuttaa vastaamatta jättämiseen. Käytimme työssämme tuoreita ja monipuolisia lähteitä. Emme valinneet sellaisia lähteitä, joiden alkuperä oli epämääräinen.

6.3 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä Hyvinkään vastaanottotoiminnan hoitajalääkäri työparimallia ja sen toimivuutta. Tutkimuksesta saatu tieto antaa esimerkkejä siitä, mitkä asiat toimivat ja missä olisi vielä kehitettävää. Seuraavien esimerkkien avulla voidaan tarkastella lähemmin niitä seikkoja, jotka saavat aikaan haasteelliseksi sekä onnistuneeksi koettuja tilanteita.

Tutkimusaineiston perusteella Hyvinkään vastaanottotoiminnan hoitajat ovat suurelta osin tyytyväisiä käytössä oleviin hoitopolkuihin. Niiden käyttö ja oma ammatillinen kasvaminen ovat ensisijaisen tärkeitä asioita. Hoitajat olivat myös osittain tyytyväisiä puhelimesta tapahtuvaan ohjaukseen, mutta toivoivat sille olevan paremmin aikaa niin, ettei soittoja tule kesken vastaanottoajan. Tulevaisuudessa olisi hyvä kehittää puhelinohjausta niin, ettei se häiritse muuta työskentelyä tai toisen potilaan hoitoa. Esimerkiksi soittoille varattu aika ja soittopyyntö voisivat helpottaa tilannetta.

Potilaiden kannalta olisi hyvä jos työparimallista ja toiminnan muuttumisesta tiedotettaisiin yleisesti, esimerkiksi lehtipalstalla. Jos potilas etukäteen jo tietää, miten vastaanotossa toimitaan, on hänen helpompi hakeutua hoitoon. Kun käytäntö on selvillä, ymmärtää potilas paremmin, miksi hänen on hyödyllistä käydä hoitajan vastaanotolla ennen lääkärille menoa. Jos potilaan hoitoa ei voida järjestää vastaanotolla, on hänelle selkeästi perusteltava, miksi hoito siirretään muualle. Eri hoito-organisaatioiden välinen tiedonkulku kaipaa myös kehittämistä.

Hoitajan ja lääkärin välistä yhteistyötä pidettiin aineiston perusteella hyvänä. Työparimallia pidettiin tärkeänä asiana, joten sen toimivuus kannattaa taata myös jatkossa. Hoitajan ja lääkärin on mukava ja selkeä työskennellä yhdessä, kun he tuntevat toistensa toimintatavat.

Työhyvinvointiin kannattaa panostaa, sillä se edistää työssä jaksamista ja parantaa ryhmähenkeä. Esimerkiksi työn ulkopuolella tapahtuva viriketoiminta ja yhdessä oleminen auttavat jaksamaan työssä. Hoitajat kokivatkin, että työ on joskus raskasta ja kuormittavaa, joten työssä jaksamiseen on panostettava.

Koska tiimityöskentely tulee lisääntymään tulevaisuudessa, on syytä tutkia sen toimivuutta ja siihen liittyviä ongelmakohtia. Työparimallin mukainen työskentely kasvattaa hoitajien vastuuta, joten olisi hyvä tutkia hoitajien näkökulmia aiheesta. Vastaavanlaisen tutkimuksen voisi suorittaa kysymällä lääkäreiden kokemuksia liittyen hoitaja-lääkäri työparimalliin. Muutaman vuoden kuluttua olisi mielenkiintoista tutkia, miten työparimallin toimivuus on muokkaantunut ajan kuluessa ja ovatko ongelmat pysyneet samoina Hyvinkään vastaanotto toiminnassa. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää, kun perehdytetään uutta hoitajaa vastaanotto työhön. Työn pohjalta saa peruskäsityksen hoitaja-lääkäri työparimallista ja siihen liittyvistä asioista.

6.4 Oppimisprosessi

Opinnäytetyöprosessi on ollut haastava mutta antoisa. Kun lähdimme tekemään opinnäytetyötä, tuntui se aluksi melko mahdottomalta tehtävältä. Aloittaminen oli hankalaa, mutta kun aihe alkoi selkiytyä, motivaatiommekin kasvoi. Yhteistyö ohjaavan opettajan ja työelämän edustajien kanssa sujui hyvin ja saimme heiltä paljon apua työhömmekin liittyen. Yhdessä työskentely sujui mutkattomasti ja aikataulujen kanssa ei ollut suurempia ongelmia.

Opinnäytetyön aikana kehityimme muun muassa tiedonhaussa, parityöskentelyssä, laadullisen tutkimuksen tekemisessä ja ongelmanratkaisussa. Sen lisäksi kehityimme ATK-taidoissa ja kokonaisuuksien hahmottamisessa. Pääsimme tutustumaan tarkemmin perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan, mikä oli mielenkiintoista. Myös hoitaja-lääkäri työpari oli meille vieras käsite ennen opinnäytetyö prosessin alkua. Nyt toimenkuva on meille selkeytynyt.

Lähdimme työstämään kyseistä opinnäytetyötä, koska meitä kumpaakin kiinnostaa sairaanhoitajan työn sekä terveydenhuollon kehittäminen. Mielestämme onnistuimme tuomaan ainakin muutamia kehittämis ehdotuksia sekä vinkkejä työparimallin toimivuuteen jatkossa Hyvinkään perusterveydenhuollossa. Olemme tyytyväisiä lopputulokseen.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2006. Sairaanhoido ja huolenpito. 3.-5. painos. Helsinki: WSOY.
- Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Halonen, A-M. & Koikkanen P. 2006. Väestölähtöisen hoidon saatavuuden turvaaminen Riihimäen seudulla (HOISA-HANKE). Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä. Väiliraportti 31.12.2006.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2008. Kohonneen verenpaineen hoitoketju. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,957,7233,16592,19173>>. (Julkaistu 22.12.2008, luettu 24.3.2009).
- Hirsjärvi, S. & Huttunen, J. 2000. Johdatus kasvatustieteeseen. 4.-7. painos. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Hyvinkää. 2009. Lääkärin/sairaanhoitajan palvelut. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hyvinkaa.fi/Terveyspalvelut/Laakarinsairaanhoitajan-palvelut-----/>>. (Päivitetty 12.3.2009, luettu 2.4.2009).
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Jääskeläinen, M. 2009. Potilaan hoitopolut- tietoa hoitoon hakeutumisesta ja omahoito-ohjeita. [WWW-dokumentti]. <<http://www.vsshp.fi/fi/potilasinfo/26168>> (Päivitetty 26.1.2009, luettu 25.3.2009).
- Kansaneläkelaitos. 2006. Kunnan kansanterveystyö. [WWW-dokumentti]. <<http://www.fpa.fi/in/internet/suomi.nsf/Docs/250901104657K%C3%85?OpenDocument>>. (Päivitetty 2.3.2006, luettu 8.12.2008).
- Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino.
- Kauppinen, T. 2009. Työparimallilla tuottavuutta ja toimivaa palvelua. Sairaanhoidaja 3, 16-18.
- Koponen, P., Perälä, M-L. & Räikkönen, O. 2000. Kriittisten tapahtumien tekniikka tutkimusmenetelmänä - metodinen tarkastelu (osa 1). Hoitotiede 4, 164-172.
- Korhonen, T. & Vuoria, P. (toim.) 1997. Potilas, lääkäri, hoitaja, terveydenhuollon pulmia ja näkymiä. Juva: WSOY.

- Krause, K. & Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Lahti, H. 2006. Sairaanhoidajat työnsä rajapinnalla. Sairaanhoidaja 4, 7-10.
- Lauri, S. 2007. Sairaanhoidajan osaaminen - mitä se on? Sairaanhoidaja 6–7, 8-10.
- Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa: WSOY.
- Lindén, M. 1999. Terveystieteiden sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Läpäperi, P. 2008. Tiimityö sopii terveystieteisiin. Sairaanhoidaja 1, 30-31.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) 2003. Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. Vantaa: Tammi.
- Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A., Hyvärinen, S., Huttunen, R. & Rasimus, M. 1999. Sairaanhoidajan käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mäkisalo, M. 1999. "Me teemme sen". Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Nikkilä, J. & Paasivaara, L. 2007. Arjen johtajuus, rutiinijohtamisesta tulkintataitoon. Sipoo: Silverprint.
- Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Perttula, M. 2008. Tiimin ihanuus ja kurjuus. Tehy 3, 71-75.
- Perttula, M. 2009. Hoitajavetoinen työparimalli takaa: Nopeasti hoitoon. Tehy 5, 14-17.
- Protchard, P. & Pritchard, J. 1999. Tiimistä toimeen terveydenhuollossa. Helsinki: Edita
- Puustinen, R. 2002. Potilaan käsikirja, johdatus lääketieteen maailmaan. Helsinki: WSOY.
- Sairaanhoidajaliitto. 2008. [WWW-dokumentti].
<http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo/>. (Luettu 13.3.2008).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Terveystieteiden palvelu paranee. Kiireettömään hoitoon määräajassa. [WWW-dokumentti].
<<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/2924/chapter3.htx>>. (Päivitetty 31.12.2004, luettu 11.3.2008).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveystieteiden ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. [WWW-dokumentti].
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.htm#5_5>. (Päivitetty 29.11.2001, luettu 9.12.2008).
- Suomen lähi- ja perushoitajaliitto, 2006. Lähihoitajan eettiset ohjeet. [PDF-dokumentti].
<http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/julkaisut/eettiset_su_net.pdf> (Luettu:
-

30.12.2008).

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. 1.-3.painos. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuorila, H. 2006. Onnistunut lääkarissäkäynti, potilaskuluttajan opas. Helsinki: Edita.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Pukuri, T. 2007. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen - kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Sairaanhoitaja 11, 31-33.

LIITTEET

Liite 1 Tutkimuslupa-anomus

Liite 2 Tutkimuslupa

Liite 3 Tiedonkeruulomake



Hyvinkään toimipiste
Uudenmaankatu 22
05800 Hyvinkää

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

15.01.2009

Satu Pitkänen
Kaarnapolku 4 b38
04440 Järvenpää
p.041-5030688
Satu.Pitkanen@laurea.fi

lina Surakka
Salonkatu 12 c 20
05800 Hyvinkää
p.040-7225768
lina.Surakka@laurea.fi

Johtava ylihoitaja
Eeva Kauppinen
Hyvinkään pääterveysasema
Sandelininkatu 1
05800 Hyvinkää

TAUSTATIEDOT

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Laurea – ammattikorkeakoulusta, Hyvinkään toimipisteestä. Valmistumme ammattiin keväällä 2009. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”hoitaja-lääkäri työparimalli”. Tarkoituksenamme on selvittää Hyvinkään vastaanottoiminnan hoitajien ajatuksia ja odotuksia tulevasta hoitaja-lääkäri työparimallista.

TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tarkoituksena on, että hoitajat kuvaavat yhden heille merkityksellisen positiivisen ja yhden kielteisen kokemuksen tai ennakkooajatukseen lääkäri-hoitajatyöparimalliin siirtymisestä. Pyydämme hoitajia myös pohtimaan syitä siihen, mitkä asiat vaikuttivat siihen, että kokemuksesta tai ennakkooajatuksista tuli sellainen, joksi se kuvattiin.

TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON KERUU

Tutkimusmenetelmänä käytämme merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa. Pyydämme kohteliaasti lupaa kerätä aineisto Hyvinkään vastaanottoiminnan hoitajilta. Aineisto kerätään lomakkeille, joiden täyttämistä tulemme ohjaamaan työyksikköön ja sovimme aineistonkeruusta tarkemmin tutkimuslupan saatuaamme. Haluamme tutkimukseen mukaan sairaanhoitajia, terveydenhoitajia sekä lähihoitajia.

EETTISYYS

Olemme kiinnostuneet tukimaan aihetta, koska se on ajan-kohtainen. Koemme tutkimusaiheen tarpeelliseksi, koska työparimallin käyttöönotto on alkuvaiheessa. Uskomme, että tutkimustuloksista on hyötyä toiminnan kehittyessä. Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja siihen vastataan nimettömänä. Lehtori Raija Tarkiainen toimii opinnäytetyömme ohjaajana. Hän on ollut yhteydessä osastonhoitaja Pirjo Massaan, joka on lupautunut toimimaan yhteyshenkilönämme työelämän puolelta.

Ohessa on liitteenä tutkimussuunnitelama. Lisätietoja antaa myös ohjaava opettajamme Raija Tarkiainen.

Lehtori Raija Tarkiainen
p.046-8567733 tai 09-88687733
Raija.Tarkiainen@laurea.fi

Kiitämme tutkimuslupa-anomuksen käsittelystä ja toivomme myönteistä päätöstä hakemuksellemme.

Yhteistyöterveisin

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Satu Pitkänen

Sairaanhoitajaopiskelija (AMK)

Iina Surakka

Opiskelijalla on opinnäytetyötä tehdessään samanlainen vaitiolovelvollisuus kuin sosiaali- ja terveysalan virkasuhteisella työntekijällä. Hän on velvollinen ehdottomasti turvaamaan opinnäytetyössään tarkastelemiensa henkilöiden intymiteetin ja anonymiteetin.

HYVINKÄÄN KAUPUNKI

Perusturvakeskus
 Terveysthuolto
 Johtava ylihoitaja

PÄÄTÖS

Liite 2

§ 2
 3.2.2009

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Laurea-ammattikorkeakoulun kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa hakee tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä vastaanottojen hoitajien kokemuksia ja ennakoajatuksia lääkäri-hoitajatyöparimalliin siirtymisessä.

Tutkimusmenetelmänä käytetään merkityksellisten tapahtumien tekniikkaa. Tutkimukseen halutaan mukaan sairaanhoitajia, terveydenhoitajia sekä lähihoitajia.

Päätös Myönnän tutkimusluvan.

Opinnäytetyön valmistuttua yksi kappale lähetetään Hyvinkään terveyskeskukseen johtavalle ylihoitajalle.

Eeva Kauppinen
 Johtava ylihoitaja

LIITTEET Tutkimulupa-anomus

TIEDOKSI Satu Pitkänen/lina Surakka
 Perusturvalautakunta
 Osastonhoitaja Pirjo Massa

Hyvä vastaaja,

Pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin. Mieti mielessäsi seuraavaksi esitettyjä tilanteita, jonka jälkeen kuvaile ja pohdi niitä. Pohdi niitä tekijöitä, jotka ovat vaikuttaneet siihen, että koet tilanteen sellaiseksi kuin kuvaat. On tärkeää, että kuvaat tilanteet juuri niin kuin ne koet.

1. Mieti mielessäsi tilanteita, joissa toimit hoitaja-lääkäri työparimallin mukaan. Valitse lähemmän tarkastelun kohteeksi yksi kokemasi tai mahdollisesti tuleva onnistunut tilanne. Kuvaile tilanne paperille ja pohdi niitä syitä, jotka vaikuttivat siihen, että tilanteesta tuli onnistunut.

Vastausta voi jatkaa kääntöpuolelle

2. Mieti mielessäsi tilanteita, joissa toimit hoitaja-lääkäri työparimallin mukaan. Valitse lähemmän tarkastelun kohteeksi yksi kokemasi tai mahdollisesti tuleva haasteellinen/epäonnistunut tilanne. Kuvaile tilanne paperille ja pohdi niitä syitä, jotka vaikuttivat siihen, että tilanteesta tuli haasteellinen/epäonnistunut.

Vastausta voi jatkaa kääntöpuolelle