jamk.fi

Tiimimalli terveysasemilla
Työntekijöiden kokemukset tiimimallista

Jenni Sallanne

Opinnäytetyö, ylempi AMK
Lokakuu 2021
Terveys- ja hyvinvointialat
Sairaanhoitaja (ylempi AMK), Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK
Verkostojohtaminen

Jyväskylän ammattikorkeakoulu
JAMK University of Applied Sciences

jamk.fi

Kuvailulehti

Tekijä(t)	Julkaisun laji	Päivämäärä
Sallanne, Jenni	Opinnäytetyö, ylempi AMK	Lokakuu 2021
	Sivumäärä 83	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: Kyllä

Työn nimi
Tiimimalli terveysasemilla
Työntekijöiden kokemukset tiimimallista

Tutkinto-ohjelma
Verkostojohtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK

Työn ohjaaja(t)
Sari Järvinen

Toimeksiantaja(t)
Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden Ky

Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän haasteet liittyvät peruspalveluiden saatavuuteen ja ennaltaehkäisevän työhön. Kaste-hankkeen Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelmassa keskeisenä toimenpiteenä on terveyshyötymallin kansallinen käyttöönotto. Terveyshyötymalliin pohjautuvia toimintamalleja on otettu käyttöön useissa organisaatioissa. Uusi toimintamalli painottaa peruspalveluita ja ennaltaehkäisyä ja asiakkaiden tarpeet arvioidaan kokonaisvaltaisesti tarvittavien ammattilaisten yhteistyönä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveyshyötymalliin pohjautuvan tiimimallin toimintaa vastaanottopalveluiden näkökulmasta ja henkilöstön kokemuksia sen käytöstä. Tutkimus toteutettiin organisaatiossa, jossa on viimeisen kahden vuoden aikana otettu käyttöön tiimimalli terveysasemien vastaanotoilla. Toimintamallien muutokset aiheuttavat muutoksia työntekijöiden työssä ja muutosprosesseilla on vaikutusta työtekijöiden työhyvinvointiin. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää tiimimallia osana työntekijöiden hyvinvoinnin lisäämistä. Tutkimuksessa selvitettiin terveysasemien vastaanottojen hoitohenkilöstön kokemuksia tiimimallista terveysaseman vastaanotolla. Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä eri käyttöönoton vaiheissa oleville terveysasemien vastaanotoille ja aineisto analysoitiin kvalitatiivisella sisällönanalyysillä.

Tulokset osoittivat, että hoitohenkilöstöllä on tiimimallista Siun sotessa positiivisia ja negatiivisia kokemuksia. Tuloksissa korostui toimintamallin ja työn sisällön muutoksen vaikutukset hoitohenkilöstön työhyvinvointiin, sekä käyttöönottoon valmistautumisen ja käyttöönottoon liittyvän riittävän tuen tärkeys.

Johtopäätöksinä voidaan todeta, että työhyvinvoinnin merkitys on hyvin suuri toimintamalliin liittyvissä muutoksissa ja se tulee ottaa huomioon jo muutosten suunnittelussa.

Avainsanat (asiasanat)
Chronic care model, terveyshyötymalli, tiimimalli, perusterveydenhuolto, toimintamallien muutos, työhyvinvointi

Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)

jamk.fi

Description

Author(s)	Type of publication	Date
Sallanne, Jenni	Master’s thesis	October 2021
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 83	Permission for web publication: Yes

Title of publication

Team model in health centers

Employee experiences from the team model

Degree programme

Master`s Degree Programme in Business Network Management

Supervisor(s)

Järvinen, Sari

Assigned by

Joint municipal authority for North Karelia social and health services

Abstract

The challenges of the social and health care service system are related to the availability of basic services and preventive work. A key measure in Kaste project`s Toimiva terveyskeskus-operational program is the national introduction of a health benefit model. Operating models based on the health benefit model have been introduced in many organizations. The new operating model emphasizes basic services and prevention, and customers' needs are comprehensively assessed in cooperation with the necessary professionals.

The purpose of the study was to find out the functionality of the team model based on the health benefit model from the perspective of health centers and nursing staff's experiences of using the team model. The study was conducted in an organization that has introduced a team model at health centers over the past two years. Changes in operating models cause changes in the work of employees. Additionally, changing processes have an impact on the well-being of employees at work. The aim of the study was to develop a team model as a part of increasing employee well-being. The study examined the experiences of nursing staffs from the team model at health centers. The study was done as an electronic survey in health centers which were in different stages of implementation. The material was analyzed by qualitative content analysis.

The results showed that the nursing staff has positive and negative experiences of the team model in health centers. The results highlighted the effects of the change in the operating model and the content of the work for the well-being of the nursing staff. In addition, the importance of preparation for deployment and adequate support related to the deployment was notable. In summary, changes in the operating model are very important in terms of well-being at work and must already be considered in the planning of changes.

Keywords/tags (subjects)

Chronic care model, health benefit model, team model, primary health care, change in operating models, well-being at work

Miscellaneous (Confidential information)

Sisältö

Johdanto **3**

1 Terveyshyötymalli tiimimallin taustalla **5**

1.1 Terveyshyötymalli (Chronic care model) 5

1.2 Terveyshyötymalli ja tiimimalli terveydenhuollossa 8

1.3 Terveyshyötymalli ja palveluiden integraatio työntekijöiden näkökulmasta 13

1.4 Tiimimalli Siun sotessa 15

2 Toimintamallien muutokset työntekijöiden näkökulmasta **19**

2.1 Työn muutokset 19

2.2 Muutosten toteuttaminen 22

2.3 Muutokset työntekijöiden kokemina 24

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet **25**

4 Tutkimusmenetelmät **26**

5 Opinnäytetyön toteutus **31**

5.1 Aineiston keruu ja kyselyn laadinta 32

5.2 Kyselyn toteutus 36

5.3 Aineiston analyysi 37

6 Tulokset **42**

6.1 Kokemukset tiimimallin käyttöönotosta 44

6.2 Tiimimallin käyttöönottoon liittyvä tuen tarve 46

6.3 Kokemukset tiimimallissa työskentelystä 48

7 Pohdinta 50

7.1 Luotettavuus ja eettisyys 50

7.2 Tulosten tarkastelu suhteessa teoreettiseen viitekehykseen 58

7.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset 64

Lähteet 69

Liitteet 73

Liite 1. Kyselylomake 73

Liite 2. Ote sisällönanalyysistä 77

Kuviot

Kuvio 1 Muutoksen vaiheet 22

Kuvio 2 Mielekkään muutoksen avaintekijät 24

Kuvio 3 Vastaajien sukupuolijakauma 43

Kuvio 4 Vastaajien ammattiryhmäjakauma 43

Kuvio 5 Vastaajien jakauma työkokemuksen perusteella 44

Taulukot

Taulukko 1 Analyysin luokat 41

Johdanto

Suomalaisten terveydentila on parantunut ja odotettavissa oleva elinikä noussut. Hyvinvointi- ja terveyserot sen sijaan ovat pysyneet ennallaan tai hieman kasvaneet eri väestöryhmien välillä. Erot näkyvät mm. eri ryhmien välillä sairastavuudessa ja koetussa terveydessä. Elintapoihin liittyvät sairaudet ovat lisääntymässä, ylipainoisten nuorten määrä kasvaa ja ihmiset eivät liiku terveyden kannalta riittävästi. Väestön terveyteen voidaan vaikuttaa terveyspalveluilla sekä monilla muilla tekijöillä, kuten elinolosuhteilla, koulutuksella, elintavoilla ja -ympäristöllä sekä terveyskäyttäytymisellä. (Terveydenhuolto Suomessa 2013, 8–9.)

Suomen perustuslailla säädetään, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistettävä väestön terveyttä. Valtion tuella toteutettu kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto on sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän perusta. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää ohjataan mm. lainsäädännöllä ja valvonnalla. Sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausvastuu on Sosiaali- ja terveysministeriöllä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat kunnat, jotka voivat tuottaa palvelut itse tai muodostaa kuntayhtymiä. Kunnat voivat myös ostaa palveluita muilta kunnilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Kuntien järjestettävät palvelut määritellään lainsäädännössä, mutta kunnat voivat päättää palvelujen laajuudesta, sisällöstä ja järjestämisen tavasta lainsäädännön rajoissa. Valtio tukee kuntien valtionosuuksilla palvelujen järjestämistä, valtionosuudet määräytyvät mm. asukasluvun ja sairastavuuden perusteella. (Terveydenhuolto Suomessa 2013, 10–11.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus hankkeessa tuodaan esille, että hyvinvointi- ja terveyserot ovat Suomessa merkittäviä ja suurimmat haasteet palvelujärjestelmässä liittyvät perustason palveluiden saatavuuteen, ennaltaehkäisevään työhön ja kuntoutukseen. Perusterveydenhuollon saatavuus vaihtelee maakunnittain, mikä lisää ongelmien pahenemista ja yhteispäivystysten

kuormitusta. Sosiaalipalveluihin pääsyssä on myös viivettä ja eroja palveluiden saatavuudessa ja tarjonnassa eri puolilla. Suomessa on painotettu pitkälti erikoissairaanhoidon palveluihin, jotka ovat kalliita ja varhaisen tuen palvelun painopistettä ei ole saatu siirrettyä ja niiden kattavuus ei ole hyvä. Perustason palveluihin panostaminen tukee ihmisten arkea ja kansansairauksien ennaltaehkäisyä ja niillä on iso vaikutus aikuisten terveyteen ja hyvinvointiin. Uusien toimintamallien valinnalla on mahdollista ylläpitää ihmisten toimintakykyä entistä pidempään. Sosiaali- ja terveydenhuollossa haasteina ovat mm. palveluiden laatu sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden vaihtelu alueittain. Kustannusten nousu tulee olemaan väistämätöntä tulevina vuosina ikääntymisen takia. Hallituksen visiona on, että suomalaiset saavat hoitoa oikea-aikaisesti ja yhdenvertaisesti, mutta kuitenkin kustannustehokkaasti. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 Ohjelma ja hankeopas 2020, 11–12.) Uusilla toimintamalleilla palveluiden laatua voidaan parantaa, mutta tuoda myös kustannushyötyjä ja kustannustehokkuutta, kun painotetaan palveluiden oikea-aikaisuuteen sekä peruspalveluihin ja ennaltaehkäisyyn.

Asiakkaan tulee saada palveluita helposti ja oikea-aikaisesti niin, että asiakkaan tarpeet arvioidaan kokonaisuutena sekä tarvittavat ammattilaiset toimivat yhteistyössä ja heillä on tarvittava tieto käytössään. Tällä tarkoitetaan palveluintegraatiota (Koivisto, Liukko, Tiirinki & Lyytikäinen 2020, 8). Asiakkaan tarpeiden perusteella yhdistetään asiakkaan tarvitsemia palveluja, tästä hyötyvät erityisesti paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat (Sote-palvelujen integraatio 2020). Asiakkaan ei tarvitse tietää kuka tai mikä yksikkö tuottaa mitäkin palvelua tai milloin asiakas siirtyy eri palvelun piiriin (Koivisto ym. 2020, 8). Asiakkaiden segmentoinnilla asiakkaita voidaan ryhmitellä palvelutarpeiden perusteella. Segmentointikriteerit valitaan alueen asiakkaiden tilanteen perusteella ja ne voivat olla kansallisia tai alueellisia. (Koivisto ym. 2020, 8.) Asiakkaita voidaan segmentoida palvelutarpeen perusteella, näin palvelut voidaan

kohdentaa paremmin asiakkaiden palvelutarpeeseen nähden. Palvelutarpeeseen perustuvia segmenttejä voivat olla esim. palvelujen tarpeen määrä, palvelujen tarve ja toimintakyky, terveydentila ja omatoimisuus. (Koivisto ym. 2020, 14, 16.)

1 Terveyshyötymalli tiimimallin taustalla

1.1 Terveyshyötymalli (Chronic care model)

Amerikkalainen Edward H. Wagner kehitti kumppaneidensa kanssa Chronic care model-mallin, johon terveyshyötymalli perustuu (Terveyshyötymalli - Chronic care model (CCM) 2020). Terveyshyötymalli on malli pitkäaikaissairaiden hoidon järjestämisestä. Malliin sisältyy kuuri komponenttia: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmien tehokas käyttö, palvelutuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki. Terveyshyötymalli on ajattelumalli tai viitekehys, jota sovellettaessa huomioidaan kaikki kuusi komponenttia. Terveyshyötymallissa painopiste on asiakkaissa, jotka tarvitsevat pitkäkestoista hoitoa ja malli kohdistuu pääasiassa perusterveydenhuoltoon, mutta voi sisältää myös yhteyden sosiaalihuoltoon, erikoissairaanhoitoon ja muihin toimialoihin. (Muurinen & Mäntyranta, 6.)

Chronic care modelin perustamisen lähtökohtina olivat havainnot perusterveydenhuollon kyvyttömyydestä vastata haasteeseen, joka aiheutui pitkäaikaissairauksien lisääntymisestä. Isolla osalla pitkäaikaissairaista on useita tauteja, jotka muodostavat erityishaasteita. Chronic care modelin kehittäjät huomioivat, että pitkäaikaissairauksien hoidossa käytettiin akuuttien sairauksien hoitomallia, eli sairaus- ja lääkärikeskeistä toimintaa, jossa keskeistä on antaa diagnostista tietoa. Pitkäaikaissairauksien hoidolle riskin muodostaa, jos ammattilaiset eivät kiireen vuoksi pysty huomiomaan tai ottamaan käyttöön hoitosuosituksia, hoidon koordinointi ja hoidon seuranta eivät toteudu ja potilaat eivät saa tukea omahoitoon. (Terveyshyötymalli - Chronic care model (CCM) 2020.)

Terveyshyötymallissa toimitaan potilas- ja tiimikeskeisesti. Vuorovaikutus potilaan kanssa on keskeistä. Potilaalle on tarjolla erilaisia omahoidon tukikeinoja ja potilaan hoitoon osallistuvalla tiimillä on ajantasaiset tiedot potilaasta sekä päätöksenteontukea ja valmiudet hyvän hoidon toteutukseen. Tiimin ja potilaan hyvä yhteistyö tuo potilaalle mitattavaa terveyshyötyä. Potilas määrittelee itse omat tavoitteensa ja ottaa vastuuta hoidon toteutumisesta ammattilaisen tukemana. Ammattilainen toimii valmentajana, joka yhdessä potilaan kanssa muokkaa lääkehoidon ja elämäntapamuutokset potilaalle sopiviksi. Potilaslähtöinen terveys- ja hoitosuunnitelma on keskeinen työvälinen potilaan hoidossa ja omahoidon tukemisessa. (Terveyshyötymalli - Chronic care model (CCM) 2020.) Chronic care modelin on katsottu olevan ratkaisu kroonisten sairauksien hoitoon ja komplikaatioiden ehkäisyyn. Malli yksilöi oleelliset tekijät, jotka vaikuttavat korkealaatuiseen hoitoon ja kustannustehokkuuteen. (Adams, Smith, Allan 2007.) Akuuttien jaksojen hoitamiseksi suunnitellut hoitojärjestelmät eivät palvele kroonisia sairauksia sairastavien potilaiden tarpeita. Krooniset sairaudet ovat kalleimpia sairauksia. (Tsai, Morton, Mangione, Keeler 2011.) Tutkimusten mukaan Chronic care modelin komponenttien käyttö parantaa merkittävästi kroonisia sairauksia kuten diabetesta, masennusta, astmaa tai sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden hoidon tuloksia. Chronic care modelia on edistetty kokonaisena ”pakettina”. On kuitenkin ristiriitaisia todisteita siitä, että onko kaikkien kroonisten sairauksien osalta tarpeen käyttää koko mallia vai ovatko jotkut mallin osat tehokkaampia joidenkin sairauksien yhteydessä. (Adams ym. 2007.)

Osana sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa (Kaste), on otettu käyttöön Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma. Ohjelmalla pyritään kehittämään perusterveydenhuoltoa. Mukana kehittämisessä ovat terveydenhuollon keskeiset ammattijärjestöt ja ohjelma sisältää 24 toimenpidettä, jotka otetaan terveyskeskuksissa käyttöön. Keskeisenä toimenpiteenä ohjelmassa on terveyshyötymallin (Chronic care Model) käyttöönotto kansallisesti. Terveyshyötymalli keskittyy terveyskeskusten suuriin potilasryhmiin ja sillä parannetaan pitkäaikaissairauksien hoitoa ja

ehkäisevää toimintaa sekä tuetaan potilaskeskeisyyttä. Terveyshyötymalli otetaan käyttöön Kaste-hankkeissa. (Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa, 1–2.)

Toimiva terveyskeskus-ohjelmaan on otettu kolme prioriteettia, joissa painotetaan terveyshyödyn tuottamista terveyskeskuksissa, asiakkaan ottamista keskiöön sekä henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin varmistamista. Terveyshyötymallin käyttöönotolla terveyskeskuksissa pyritään kehittämään henkilöstöä, käyttöönottamaan uusia toimintamalleja moniammatillisessa yhteistyössä ja siirtymään pitkäaikaissairauksien hoidossa kokonaisvaltaiseen, suunnitelmalliseen hoitoon. Tulevaisuudessa iäkkäiden, pitkäaikaissairaiden ja monisairaiden ihmisten määrä tulee kasvamaan. Heidän toimintakykyään voidaan tukea perusterveydenhuollossa tapahtuvalla sairauksien ennaltaehkäisyllä, hoidolla ja kuntoutuksella. Tällä voidaan välttää sairaala- ja päivystyspalvelujen käyttöä siinä vaiheessa, kun ongelmat ovat jo käsillä. Suunnitelmallinen hoito ja ennaltaehkäisy terveyskeskuksissa auttaa myös ihmisten toimintakyvyn säilymistä pitempään. (Muurinen & Mäntyranta, 4–5)

Suomessa terveyshyötymalliin liittyen on mallinnettu case manager toiminta eli asiakasvastaavatoiminta. Asiakasvastaavatoiminnassa asiakasvastaava vastaa monisairaiden tai paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidosta ja koordinoi tätä hoitoa. (Muurinen & Mäntyranta, 5–6.)

Moniammatilliset tiimit ovat tärkeä osa terveyshyötymallia. Ne kuitenkin edellyttävät merkittäviä uudistuksia nykyisistä toimintamalleista, joissa hoitoroolit ja akuuttihoidon prosessit ovat vallalla. Toimivissa tiimeissä on monipuolisia tavoitteita, tulokset ovat mitattavissa ja tehtävät ja roolit ovat selkeitä. Terveyshyötymalli on hyvin kehitetty kehys toiminnalle, siinä ei kuitenkaan ole määritetty selkeitä vaiheita, menetelmiä tai ohjaavia malleja, joten kokonaisuuden toimivuus on aina selvitettävä käyttöönotossa. (Hroscikoski, Solberg, Sperl-Hillen, Harper, McGrail, Crabtree 2006, 317–318.) Hroscikoski ym. (2006) ovat kuvanneet artikkelissaan tutkimustaan Minneapoli-

sin Minneapolis-St Paulin toteuttamaa terveyshyötymallin käyttöönottoa perusterveydenhuollossa (Hroscikoski ym. 2006, 317–318.) Artikkelissa todetaan, että muutosstrategiat vaativat aikaa, mutta prosessimuutokset eri yksiköissä erosivat toisistaan. Erot liittyivät terveyshyötymallin menetelmiin ja yksityiskohtiin, joita ei mallissa ole määritelty. Käyttöönoton onnistumiselle merkittäväksi koettiin vahva johto eri johtotasoilla sekä muutoksenhallintataidot. Artikkelissa todetaan, että perinteisten hoitomallien muutos on haastavaa ja vaatii keskittymistä ja vahvaa johtamista kaikilla tasoilla. Terveyshyötymallin käyttöönotossa haasteena oli, että malli tuo vain käsitteellisen kehyksen ei konkreettista ohjaavaa mallia. Tällöin käyttöönotto vaati paljon etukäteissuunnittelua, mitä tavoitellaan ja miten siihen päästään ja miten tulokset ovat mitattavissa. Tämän takia myös strategiat ja prosessimuutokset voivat muuttua kesken käyttöönoton. (Hroscikoski ym. 2006, 322–324.)

1.2 Terveyshyötymalli ja tiimimalli terveydenhuollossa

Terveyshyötymalli on keskeinen lähtökohta kroonisesti sairaiden asiakkaiden hoidon kehittämisessä (Syrjä, Sinervo & Tynkkynen 2016, 45). Espoon, Hämeenlinnan, Lahden ja Tampereen omilla ja ulkoistetuilla terveysasemilla sekä Orimattilan ulkoistetulla terveysasemalla on tehty tutkimusta valinnanvapauden ja integraation näkökulmista (Syrjä ym. 2016, 48). Useissa kaupungeissa on lähdetty kehittämän pitkäaikaissairaiden hoitoa mm. muodostamalla terveysasemayksiköitä, joihin on keskitetty eri ammattilaisia paljon palvelua tarvitsevien asiakkaiden hoidon kehittämiseksi. Kaupungeissa on myös otettu käyttöön ammattilaisten ja potilaan yhteistyössä laatima hoitosuunnitelma. Eteneminen on kuitenkin koettu useissa paikoissa haastavaksi mm. rekrytointivaikeuksien, henkilöstöresurssien ja pitkien jonotusaikojen vuoksi. Moniammatillista yhteistyötä on kehitetty kaikilla terveysasemilla ja keskeisenä kehittämiskohteena on ollut erityisesti hoitajan ja lääkärin työnjako. Hoitajan roolia hoidossa ja moniammatillisessa yhteistyössä on pyritty vahvistamaan ja osassa paikoista

on otettu käyttöön omatyöntekijä, joka useimmiten on ollut hoitaja tai lääkäri. Kaikilla terveysasemilla on ollut hoitajan ja lääkärin vastaanottopalveluita, ja osassa paikoista samoissa tiloissa on ollut myös erityistyöntekijöiden palveluita. Sosiaalitoimen palvelut ovat usein erillään vastaanottopalveluista ja useissa paikoissa yhteistyö sosiaalitoimen kanssa on koettu vähäiseksi. Myös mielenterveys- ja päihdepalvelut on koettu vähäiseksi. (Syrjä ym. 2016, 48–49).

Em. kaupunkien terveysasemien organisaatiomallit ovat eronneet toisistaan. Lahti ja Hämeenlinna ovat ryhmitelleet asiakkaat avun tarpeen mukaan eri terveysasemille tai eri tiimeille, karkeasti pitkäaikaissairaisiin ja satunnaisesti palveluja tarvitseviin asiakkaisiin. Näissä kaupungeissa on erilliset terveysasemayksiköt paljon palveluja tarvitseville potilaille. Espoossa ja Tampereella kaikilla terveysasemilla on palveluja molemmille em. ryhmille ja asiakassegmentointia tehtiin terveysasemien sisällä. (Syrjä ym. 2016, 50.)

Hämeenlinnassa pääterveysasema on jaettu kahteen tiimiin terveyshyötytiimiin ja episoditiimiin. Terveyshyötytiimiin valittiin pitkäaikaissairaat asiakkaat, joilla sairaus ei ollut hallinnassa tai he käyttivät paljon palveluita. Asiakkaat valittiin tiettyjen kriteerien perusteella ja tarkoituksena on ollut löytää ne asiakkaat, jotka hyötyisivät moniammatillisesta terveyshyötymallin mukaisesta palvelusta. Hämeenlinnassa asiakkaat on pyritty hoitamaan mahdollisimman kevyesti esim. sähköisillä palveluilla, puhelimitse tai hoitajan käynnillä tai raskaimmalla vaihtoehdolla lääkärikäynnillä. Puhelintyöhön on panostettu, että asiakkaita voidaan hoitaa puhelimitse ja tässä mallissa on ollut erityisen tärkeää, että hoitajalla on mahdollisuus konsultoida lääkäriä samalla. Terveyshyötytiimillä ja episoditiimillä on ollut moniammatilliset tiimit, joissa on ollut mukana mm. psykiatrisia sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, päihdehuollon ammattilaisia ja sosiaalityöntekijöitä. Ammattilaiset ovat työskennelleet samalla käytävällä. Hämeenlinnassa terveyshyötytiimissä on korostettu moniammatillisen tiimin roolia. Asiakkaille on nimetty vastuuhenkilöt, jotka koordinoivat asiakkaan hoitoa

hoitosuunnitelman mukaisesti. Asiakkaat ottavat yhteyttä suoraan vastuuhoitajaansa, jotka pystyvät hoitamaan asiakkaan asiat pitkälti itsenäisesti ja konsultoivat tarpeen vaatiessa lääkäriä. Lääkärien rooli onkin muuttunut enemmän konsultoivaksi. Asiakkaan omaa roolia on korostettu niin, että asiakas itse määrittelee tarpeensa. Episoditiimissä tavoitteena on myös hoitaa asiakas mahdollisimman kevyesti esim. sähköisillä palveluilla. Turhia käyntejä on pyritty välttämään erilaisilla uudistuksilla. Puhelinpalvelu on tärkeässä roolissa ja siinä tukena on lääkäri, jolloin tietyt asiakkaan asiat on voitu hoitaa puhelussa suoraan, esim. reseptien uusiminen. (Syrjä ym. 2016, 53–54.)

Lahdessa perusterveydenhuollossa käytetään terveyshyötyajattelun mukaista hoidon porrastamista. Pitkäaikaissairaille ja paljon palveluita tarvitseville on oma hoitopolku, joka eroaa muille asiakkaille tarjottavista palveluista. Lahdessa pääterveysasemalle keskitettiin pitkäaikaissairaiden hoito ja muut asiakkaat asioivat lähiklinikoilla. Asiakkaille määritettiin terveysasema, kun asiakkaat ottivat yhteyttä tai asioivat terveysasemalla. Kriteereinä asiakkaille olivat mm. perussairauksien diagnoosit sekä lääkäripalveluiden käyttö vuoden aikana. Pääterveysasemalla työskenteli lääkäreiden ja hoitajien lisäksi myös muita terveydenhuollon ammattilaisia kuten psykiatrisia sairaanhoitajia ja päihdehoitajia. Monilla asiakkailla on ollut asiakkuus myös sosiaalihuollossa, mutta perusterveydenhuollossa ei työskennellyt sosiaalityöntekijöitä ja sosiaalipalveluitten integrointi on ollut haasteellista. Mallin haasteena on ollut mm. lääkäreiden vaihtuvuus ja resurssivaje. Myös jonotilanne on ollut hankala ja tämän vuoksi kaikille asiakkaille ei ole voitu tehdä hoitosuunnitelmaa. Lähiklinikoilta pitkäaikaissairaudet ovat siirtyneet pääterveysasemalle uuden mallin myötä. Asiakkaiden hoidontarve on aiempaa kevyempää ja on painottunut enemmän akuuttivastaanottoon sekä lapsiperheisiin. Ammattiosaamisen kehittyminen on kapeampaa kuin aiemmin ja ammattilaiset eivät pysty välttämättä käyttämään omaa erikoisosaamistaan esim. diabeetikoiden hoidosta. (Syrjä ym. 2016, 55–59.)

Myös Espoossa vastaanotoilla on käytössä tiimimalli. Terveysaseman koon mukaan asemilla on käytössä yksi tai kaksi tiimiä, mutta organisointimalleja asemilla on useammanlaisia. Pitkäaikaissairaiden hoito on terveyshyötymallin mukaista. Pitkäaikaissairaat pyritään tunnistamaan puhelimessa, jolloin heidät pystytään ohjaamaan oikein. Haasteena myös Espoossa on ollut palveluiden integraatio muihin perusvastaanottopalveluihin. Asemilla on koettu tarvetta mm. fysioterapeutin, psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykologin palveluille. Myös integraatio sosiaalihuollon palveluihin on koettu hyvin vähäiseksi. Espoossa on käytössä myös sähköinen asiointi, Espoo on mm. johtanut Omahoito ja Digitaaliset palvelut (ODA)-hanketta, jossa kehitetään sähköisiä palvelukokonaisuuksia ja palveluprosesseja. (Syrjä ym. 2016, 62–65.)

Tampereella mielenterveystyöparitoiminta ja fysioterapiapalvelut toimivat vain isommilla terveysasemilla. Terveysasemien yhteydessä toimivat aikuisneuvolat, joissa hoidettiin sairauksien ennaltaehkäisyä ja tunnistamista ja hoidettiin aikuisväestön yleisiä sairauksia. Tampereen terveysasemilla oltiin siirtymässä omalääkärijärjestelmästä lääkäri–hoitaja työparimalliin, joka muistuttaa tiimimallia. Työparitiimeissä toimi useampi lääkäri, sairaanhoitaja ja lisäksi terveydenhoitaja. Tampere oli mukana Potku-hankkeessa, jossa kehitettiin pitkäaikaissairaiden hoitomalleja. Tampereella osalla terveysasemista oli käytössä listautumismalli, jossa pitkäaikaissairaat listautuivat omalääkärille. Käytössä oli myös valmisteltu vastaanottotoimintatapa, jossa asiakas kävi hoitajan valmistelevalla vastaanotolla. Vastaanotolla asiakkaan tilannetta kartoitettiin ja sen jälkeen lääkärin kanssa tehtiin hoitosuunnitelma. Asiakkaan roolia omassa hoidossaan pyrittiin kasvattamaan. (Syrjä ym. 2016, 66–67.)

Keskeisinä johtopäätöksinä tutkimuksessa oli tiimimalliin liittyen, että terveysasemilla on käytössä erilaisia tiimimalleja sekä lääkäri–hoitaja työparimalleja ja tiimimallia ei ole yhtenäisesti määritelty. Pitkäaikaissairaiden hoidon kehittäminen on toteutettu mukana olleissa kunnissa pääasiassa kahdella eri tavalla: keskittämällä paljon palveluja tarvitsevat potilaat yhdelle terveysasemalle tai yhteen hoitotiimiin tai jakamalla terveysaseman sisällä asiakkaat pitkäaikaissairaisiin ja satunnaisesti palveluja

käyttäviin. Pitkäaikaissairaiden hoidossa hoitajan rooli on erittäin tärkeä. Sähköiset palvelut ovat tärkeässä roolissa. (Syrjä ym. 2016, 72–73.)

Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymässä eli Keusotessa on otettu käyttöön tiimimalli Hyrylän, Kellokosken ja Jokelan terveysasemilla. Terveysasemailla on tiimihuone, jossa työskentelee 2–3 hoitajaa ja 1–3 konsultoivaa lääkäriä. Potilaita aletaan hoitaa heti ja heidät hoidetaan yleensä saman päivän aikana. Potilailla on yhteyshenkilönä sairaanhoitaja ja hoitaja voi kysyä neuvoa tiimihuoneessa konsultoivalta lääkäriltä. Lääkäri päättää hoidon toteutuksesta, eli antaa neuvoja hoitajalle, soittaa itse potilaalle tai kutsuu potilaan vastaanotolle. Konsultoiville lääkäreille on päivässä muutamia vastaanottoaikoja. Artikkeliin haastatellun lääkärin mukaan potilaskontaktien kokonaismäärä ei ole muuttunut aiemmasta, mutta kasvokkain tapahtuvien kontaktien määrä potilaiden kanssa on vähentynyt. Asioita hoidetaan nykyisin enemmän etänä. Potilaita otetaan edelleen perustellusta syystä vastaanotolle. Haastatellun lääkärin mukaan vastaanotolle tulevasta potilaasta on nykyisin enemmän tietoa ja usein potilaat ovat lääkärin itsensä vastaanotolle ottamia ja heille on jo mahdollisesti määrätty esim. laboratoriokokeita etukäteen. Lääkärin mukaan työn määrä on nykymallissa keventynyt ja työ muuttunut sosiaalisemmaksi. Tiimit kehittävät työtään itsenäisesti ja säännöllisesti ja tämä on tuonut enemmän vaikutusmahdollisuuksia työhön. (Pihlava 2019.)

Tiimimallin käyttöönotossa tukena ovat olleet ulkopuoliset konsulttilääkärit ja hoitajat. Keusotessa työn tavoitteiksi on asetettu vaikuttavuus, kustannushyöty, asiakastyytyväisyys ja henkilöstön hyvinvointi ja tiimit saavat järjestää työnsä itse tavoitteiden puitteissa. Yhdellä terveysasemalla on kolme tiimiä ja lopuilla terveysasemilla yksi tiimi. Jos tiimejä on useampi, ne on jaettu kantatiimeihin ja episoditiimeihin. Episoditiimi hoitaa potilaita, jotka eivät tarvitse valmennusta. Kantatiimiin kuuluvat potilaat, jotka ovat olleet kontaktissa terveysasemalle vuoden sisällä vähintään seitsemän kertaa, joilla on jokin perussairaus sekä seitsemästä terveysindikaattorista aina-

kin kaksi pielessä. Kantatiimissä potilaille tehdään terveys- ja hoitosuunnitelma, johon kirjataan mitä potilas haluaa tavoitella ja yhteyshenkilö on yhteydessä potilaaseen ja kannustaa potilasta tavoitteisiin pääsyssä. Tiimit hoitavat potilaiden kaikki asiat haavoista pitkäaikaissairauksiin. Potilaalla on yksi yhteyshenkilö ja häntä hoidetaan samassa tiimissä, joten erikseen esim. astmahoitajan määräaikaiskontrolleja ei ole. Kantatiimissä yhteyshenkilöillä on vähemmän potilaita kuin episoditiimissä, koska kantatiimin potilaat tarvitsevat enemmän yhteydenottoja. Tiimimalliin siirtymisen myötä positiivisen asiakaspalautteen määrä on kasvanut, negatiivisen palautteen määrä on pysynyt ennallaan. (Pihlava 2019.)

1.3 Terveyshyötymalli ja palveluiden integraatio työntekijöiden näkökulmasta

Potilaiden osallistaminen omaan hoitoonsa muuttaa asiakkaan ja ammattilaisten välistä suhdetta. Muutoksessa päätöksentekoavaltaa siirtyy ammattilaiselta asiakkaalle. Myös sähköisten palveluiden käyttö ja Internetin käyttö vahvistavat asiakkaiden omatoimisuutta ja haastavat ammattilaisten asiantuntemusta. Viimeaikaisissa muutoksissa ammattilaisten työn sisältöä ja keskinäistä työnjakoa on määritetty uudelleen. Hoitajien työnkuva ja vastuu on laajentunut, kun lääkäreiltä on siirretty toimenpiteitä ja päätöksentekoa hoitajille. Muutokset organisaatioissa ja työnsisällössä vaikuttavat ammattilaisten työhyvinvointiin. Myös palveluiden integraatio vaatii erilaisten työskentely- ja toimintatapojen yhteensovittamista. Jolangin ja Sinervon (2016) artikkelissa Valinnanvapaus ja palveluiden integraatio työntekijänäkökulmasta tarkastellaan mm. palvelujen integraatiota eri henkilöstöryhmien näkökulmasta. (Jolanki & Sinervo 2016, 76–77.)

Integraatiota voidaan tarkastella sekä terveysasemien henkilöstön yhteistyösuhteiden näkökulmasta, että terveysasemien henkilöstön ja ulkopuolisten toimijoiden suhteiden näkökulmasta. Terveysasemien henkilöstön välisen yhteistyön toimivuu-

dessa tärkeänä koettiin yhteistyö ja hyvä kommunikaatio. Näin asiakas pääsee oikealle vastaanotolle sekä välttää turhia vastaanottoja, Nämä vaikuttavat myös työntekijöiden työn organisoinnin onnistumiseen. Organisaatioissa on käytössä malleja, joissa asiakkaita voidaan ohjata suoraan esim. fysioterapeutille ajanvarauksen yhteydessä tai kirjoittaa puhelinresepti. Tämä vaatii, että käytössä on konsultoiva lääkäri. Tällaisilla toimilla asiakkaan asioita voidaan hoitaa sujuvammin ja ohjata asiakas suoraan oikealle ammattilaiselle ilman ensin tapahtuvaa hoitajan tai lääkärin vastaanottoa. Myös ajanvarausjärjestelmällä on vaikutusta potilaan hoidon jatkuvuuteen. Keskitetty ajanvaraus on koettu ongelmallisena asiakkaan hoidon jatkuvuudelle. Terveysasemilla on kokeiltu monia erilaisia malleja eri työntekijäryhmien välisen tiedonvaihdon parantamiseen. Terveyshyötymalli on koettu toimivana moniammatillisen yhteistyön toimivuuteen, jolla on vaikutusta myös työviihtyvyyteen ja työn mielekkyyteen. Hoitajien vastuun ja itsenäisen työn lisääntymisen myötä, tärkeäksi asiaksi on noussut, että hoitajilla on mahdollisuus konsultoida lääkäriä tarvittaessa. Aina konsultoinnin käytäntöjä ei ole sovittu tai ajanpuute vaikeuttaa tätä. Kuitenkin esim. pitkäaikaissairaiden asiakkaiden hoidossa hoitajilla on suuri rooli ja asiakkaan ei välttämättä tarvitse käydä lääkärin vastaanotolla. Hoitajien vastuun lisääntyminen on nostanut kuitenkin esiin huolen hoitajien jaksamisesta ja työn vaativuuden kasvamisesta. (Jolanki & Sinervo. 2016, 83–87.)

Pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla täytyy usein olla yhteydessä terveysaseman ulkopuolisiin toimijoihin. Yhteydenotto ja tietojenvaihto on koettu osissa paikoissa hankalaksi ja tästä on saattanut seurata potilaiden pompottelua palvelusta toiseen. Erityisesti huonosti toimiva yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä on korostanut asiakkaan roolia tiedonkulun ja hoidon jatkuvuuden huolehtijana. Myös mm. fysioterapian, päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden toimijoiden kanssa on tehtävä yhteistyötä asiakkaiden hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Mahdollisuudet yhteydenottoon ja yhteistyöhön ovat vaihtelevat. Yhteistyön toimivuuteen vaikuttavat mm. totutut toimintatavat. Välttämättä

samassa kiinteistössäkään sijaitseminen ei takaa yhteistyön toimivuutta. Jos asiakkaan hoitoa integroidaan terveysaseman sisällä, esim. niin että eri toimijoita työskentelee samassa tiimissä, pystyy terveysasema hallitsemaan asiakkaan hoitoprosessia. Kaikkiaan yhteistyömuodoissa ei ole selkeää säännönmukaisuutta. Usein yhteistyön toimivuus saattaa olla sen varassa tunnetko henkilökohtaisesti toisen toimijan. Vaikeimmaksi yleensä on koettu yhteistyö terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. Pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidossa yhteistyö eri toimijoiden välillä on koettu erittäin tärkeäksi. (Jolanki & Sinervo 2016, 88–91.)

Hoitajat tekevät terveysasemilla itsenäistä hoidontarpeenarviointia. Haasteita hoitajien työhön tuo, kun asioita pyritään hoitamaan kokonaan puhelimitse. Tällöin arvio täytyy tehdä puhelinkeskustelun pohjalta. (Jolanki & Sinervo 2016, 81.)

1.4 Tiimimalli Siun sotessa

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä eli Siun sote (jatkossa Siun sote) on 13 kunnan muodostama kuntayhtymä, joka järjestää julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut näiden 13 kunnan alueella. Kuntayhtymä järjestää myös ympäristöterveydenhuollon ja pelastustoimen palvelut Pohjois- Karjalassa. Kuntayhtymä on aloittanut toimintansa 1.1.2017 ja lähtökohtana kuntayhtymän perustamiseen olivat valtakunnallisen sote-uudistuksen ennakoiminen ja asukkaiden ja henkilökunnan parannusehdotukset. Kuntayhtymän alueella on noin 164 000 asukasta ja Siun sotessa noin 7860 työntekijää. (Siun sote 2021.)

Siun sotessa on otettu käyttöön viimeisen vuoden sisällä uusi toimintamalli terveysasemille. Uudesta toimintamallista puhutaan tiimimallina ja se pohjautuu terveyshyötymalliin. Siun sotessa kuten monissa muissakin kuntayhtymissä etsitään keinoja parantaa palvelujen saatavuutta.

Siun sotessa käyttöönotettu tiimimalli perustuu moniammatilliseen tiimitoimintaan, johon kuuluu eri ammattilaisia perusterveydenhuollon eri ammattiryhmistä. Tiimimallin perusajatuksena on, että eri alojen ammattilaiset työskentelevät samassa huoneessa, jolloin asiakkaan asiaa voidaan alkaa hoitaa heti ensikontaktissa ja asian hoitamiseksi voidaan konsultoida eri ammattilaisia ja miettiä ketä ammattilaisia tarvitaan asiakkaan asian hoitamiseksi. Jokainen asiakas saa ensikontaktissa yhteyshenkilön, johon jatkossa ottaa aina yhteyttä. Uudella toimintamallilla pyritään Siun sotessa turvaamaan asiakkaiden hoidon jatkuvuus, nopeuttamaan hoitoon pääsyä ja parantamaan hoidon laatua (Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä parempia palveluja 2021.) Siun sotessa tiimimallin myötä myös sähköisten palveluiden sekä etätoiminnan kehittäminen on otettu yhdeksi kehittämisen lähtökohdaksi. (Tiimimalli 2021.)

Siun soten strategiassa aiheeseen liittyen tavoitteina mainitaan mm. ihmisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, laadukkaiden sote-palvelujen turvaaminen yhdenvertaisesti, sosiaali- ja terveydenhuollon painopisteen siirtäminen peruspalveluihin ja varhaiseen ongelmien ehkäisyyn sekä hoitoon pääsyn nopeuttaminen. Strategiassa yhdeksi tavoitteeksi on asetettu myös toiminnan muutos niin, että ihmiset saavat tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskuksista avun oikea-aikaisesti ja yhden yhteydenoton kautta. (Siun soten strategia 2021–2025 2021.) Siun soten strategia ja sen opinnäytetyöhön liittyvät tavoitteet peilaavan vahvasti Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 hankkeen tavoitteisiin.

Tiimimalli on terveysasemien vastaanottotoiminnan uusi toimintamalli. Toimintamalli perustuu moniammatilliseen tiimitoimintaan. Tiimiin kuuluu hoitajien ja lääkärien lisäksi eri ammattilaisia esim. fysioterapian, sosiaalipalveluiden ja mielenterveyspalveluiden ammattilaisia. Moniammatillinen tiimi koostuu eri alojen asiantuntijoista ja työskentelee samassa tiimihuoneessa. Tiimimallilla pyritään parantamaan palveluiden saatavuutta, edistämään väestön terveyttä, parantamaan kokemuksia hoidosta, pienentämään kustannuksia ja edistämään työntekijöiden hyvinvointia. Tiimimallissa pyritään, että asiakkaan asia saataisiin ratkaistua heti ensikontaktissa. Asiakkaan

hoito tiiminä mahdollistaa, että asiakkaan hoito pystytään aloittamaan heti. Sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat vastaavat asiakkaiden yhteydenottoihin ja pyrkivät ratkaisemaan asian puhelimessa. Jos puheluun vastaaja ei pysty ratkaisemaan asiaa, hän konsultoi tiimin toista ammattilaista, joka tekee päätöksen antaako neuvoja hoitajalle, ottaako yhteyttä asiakkaaseen itse vai pyytäkö asiakkaan vastaanotolle. Tiimimallissa jokainen asiakas saa oman yhteyshenkilön ja asiakas saa yhteyshenkilönsä yhteystiedot. Asiakas on jatkossa terveyteen liittyvissä asioissa yhteydessä suoraan omaan yhteyshenkilönsä. Asiakkaiden asioita hoidetaan tiiminä ja asiakkaan hoitoa koordinoi oma yhteyshenkilö. Henkilökunnalle uuteen toimintamalliin siirtyminen on vaatinut rohkeutta ja kehitysmyönteisyyttä. Työ ja toimintakulttuuri on muuttunut ja on aiheuttanut kuormitusta aluksi. Muutokseen liittyviä haasteita on ratkaistu tiimin sisällä. Keskeistä tiimimallissa on etätoiminta. Etätoimintaa hyödynnetään, jos se on mahdollista asiakkaan oireeseen liittyen. Etätoiminnalla säästetään asiakkaan ja ammattilaisen aikaa, pienennetään infektioriskiä sekä ympäristön kuormitusta. (Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä parempaa palvelua 2020.) Tiimimallissa pyritään hoitamaan asiakkaan asia saman päivän aikana etänä ja viiveettä. Asiakas kutsutaan vastaanotolle, jos terveydenhuollon ammattilainen arvioi sen hoidon kannalta tarpeelliseksi. Fyysinen vastaanottoaika varataan yleensä samalle päivälle sopivimmalle ammattilaiselle. (Asiaa tiimimallista: mekö manipuloimme tuloksia?.)

Uuteen toimintamalliin siirtyminen on parantanut palveluiden saatavuutta. Hoitojonot ovat lyhentyneet ja valtaosalle asiakkaista on pyritty järjestämään kiireetön vastaanottoaika kolmen päivän sisällä yhteydenotosta. Samalla resurssimäärällä on tiimimallissa hoidettu 7 % enemmän asiakkaita kuin edellisenä vuonna. (Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä parempaa palvelua 2020.)

Tiimimallilla pyritään henkilökunnan osalta lisäämään kokonaisvaltaista hyvinvointia. Tiimityöskentely parantaa työilmapiiriä, auttaa jaksamaan ja jakamaan työtaakkaa. Tiimissä jaetaan tietoa, tiimin jäsenet opettavat toisiaan ja tieto siirtyy myös uusille työntekijöille. Työntekijät tekevät koko ajan yhteistyötä ja hyödyntävät toistensa

vahvuuksia, jotka vahvistavat yhteishenkeä. Tiimimallin myötä eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on parantunut ja tiivistynyt. Tiimimallissa seurataan päivittäin henkilöstön vointia ja jaksamista ja työssä onnistumisen kokemuksia. Tiimimallilla saavutetut tulokset ovat vakuuttavia ja tuovat esiin, että toimintaa ollaan kehittämässä oikeaan suuntaan. (Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä parempaa palvelua 2020.)

Siun sotessa tiimimallin käyttöönotto terveysasemilla perustuu vapaaehtoisuuteen ja toimintaa suunnitellaan yhdessä henkilökunnan kanssa. Tiimimallissa kaikilla terveysasemilla noudatetaan vakioitua toimintamallia. Toimintamalliin kuuluu, että asiakkaat segmentoidaan episoditiimiin ja terveyshyötytiimiin sovittujen kriteerien mukaisesti. Kaikille terveyshyötytiimin asiakkaille laaditaan asiakkaan kanssa yhdessä terveys- ja hoitosuunnitelma, jonka osaksi lääkäri laatii lääketieteellisen arvion. Tiimimalli terveysasemilla on vakioidut kokoukset päivittäin ja viikoittain ja käytössä on myös seurantataulut, joilla seurataan resursseja, kehittämistä ja ongelmanratkaisua sekä mittareita. (Tiimimallilla tavoitellaan parempaa palvelua.) Tiimimallin tuloksia arvioidaan nelimaalin mittareilla. Mittareita ovat asiakastyytyväisyys, vaikuttavuus, tuottavuus ja henkilökunnan työtyytyväisyys. Työtyytyväisyyttä seurataan tiimi-, terveysasema- ja palvelualuetasoilla. (Asiaa tiimimallista: mekö manipuloimme tuloksia?.)

Siun sotessa halutaan saada tietoa työntekijöiden kokemuksista tiimimallissa, miten työntekijät ovat kokeneet tiimimallin käyttöönoton ja mallin tuomat hyödyt tai haasteet. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tätä tietoa. Opinnäytetyön tekijä on työskennellyt aiemmin itse Siun soten terveysasemalla ja tuntee aiemmin käytössä olleen toimintamallin terveysasemilla. Muussa työssä tekijä on myös ollut osin mukana tiimimalliin käyttöönotossa sähköisten sotepalvelujen myötä ja kiinnostui tiimimallista ja sen taustalla olevasta terveyshyötymallista. Opinnäytetyön teon tullessa ajankohtaiseksi keskustelussa Siun soten vastaanottopalveluiden ylihoitajan kanssa esiin tuli

tutkimustarpeet tiimimalliin liittyen. Organisaatiolla on tarve saada tietoa tiimimallista työntekijöiden näkökulmasta ja tämän pohjalta sovittiin toimeksianto opinnäytetyöhön.

2 Toimintamallien muutokset työntekijöiden näkökulmasta

2.1 Työn muutokset

Suomalaisiin työorganisaatioihin heijastuu nyt ja tulevaisuudessa muuttuvan yhteiskunnan ja globaalin talouden kehitys. Suomalaiset organisaatiot ja työntekijät joutuvat kamppailemaan yllättävien muutosten kanssa myös 2030-luvulla. Todennäköisesti perinteisten ennakoivan strategisen suunnittelun ja nopean resursoinnin rinnalle tarvitaan tulevaisuudessa uusia rooleja ja rakenteita. Johtamisessa joudutaan huomioimaan jatkuvasti muuttuva toimintakenttä. Työelämässä korostuu joustava moniroolisuus, yhteistyö ja itseohjautuvuus. Organisaatioiden täytyy tulevaisuudessa vanhoihin hierarkkisiin toimintamalleihin nojautumisen sijaan huomioida toimintaympäristön muutokset. Uusissa toimintaympäristöissä ennakoimattomuuden vuoksi voi syntyä uusia toimintamalleja. Kun tulevaisuuden maailma edellyttää muutoksia, se lisää innovaatioita ja voi lisätä työn mielekkyyttä ja synnyttää uudenlaisia palveluja. (Väänänen, Smedlund, Törnroos, Kurki, Soikkanen, Panganniemi, Toppinen-Tanner 2020, 16–19.)

Toiminnan uudelleenjärjestelyt ovat osa nykyistä työelämää ja suurin osa työntekijöistä joutuu uudelleenjärjestelyihin jossain vaiheessa työuraansa (Pahkin 2015, 14). Organisaatiot elävät nykyisin jatkuvassa muutoksessa ja tähän liittyy niin mahdollisuuksia kuin haasteitakin. Organisaation ja oman työn muutokset koetaan usein kuormittavina, erityisesti jos vaikutusmahdollisuuksia omaan työhön ei juuri ole. Epävarmuus ja turvattomuuden tunteet vaikuttavat työn mielekkyyteen ja osaamisen kehittymiseen haitallisesti sekä heikentävät yksilön hyvinvointia ja työn tuloksellisuutta.

Turvallisuuden tunnetta työpaikoilla voidaan lisätä yhteistyöllä ja kaikkien organisaatiotasojen osallistumisella. (Rauramo 2013, 3–4.) Organisaation uudelleenjärjestelyillä on monia merkittäviä vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin. Uudistusten seurauksena työtovereiden tuki ja työpaikkojen turvallisuus voivat vähentyä ja näillä voi olla vaikutuksia työhön ja työpaikkaan sitoutumiseen. (Pahkin 2015, 26–27). Työssä vietetty aika ja työelämän epävakaus huomioon ottaen työntekijöiden hyvinvoinnin ja siihen vaikuttavien tekijöiden huomioon ottaminen on erittäin tärkeää (Pahkin 2015, 14–15). Muutosten läpivienti ei ole vain johdon tehtävä, vaan myös työntekijät osallistuvat muutokseen ainakin rationaalisen päätöksenteon ja muutoksen herättämien tunnereaktioiden tasolla (Pahkin, Mattila-Holappa, Nielsen, Wiezer, Widerszal-Bazyl, de Jong & Mockałło 2011, 12). Muutostilanteissa kokemukset työn epävarmuudesta lisääntyvät ja epävarmuuden kokemukset voivat säilyä vuosia koetun muutoksen jälkeen. Muutosten kielteisiä vaikutuksia voida vähentää valmistautumalla muutoksiin hyvin (Pahkin ym. 2011, 8–9).

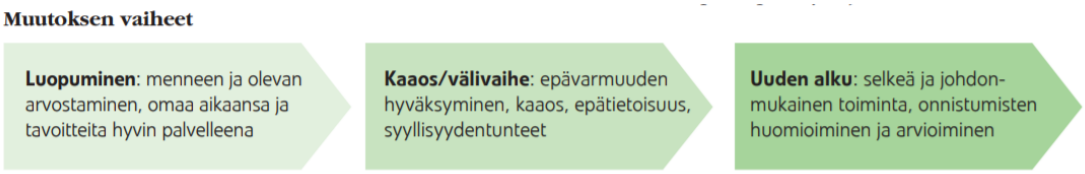
Työyhteisössä on tärkeää, että kaikki tuntevat organisaation perustehtävän, päämäärän ja tavoitteet. Lisäksi jokaisen tulisi ymmärtää oma tehtävä ja rooli tavoitteiden saavuttamiseksi. Jotta nämä voisivat toteutua, tulee työyhteisön jäsenten saada hyvä perehdytys ja kehittää omaa osaamistaan samassa suunnassa yhteisten tavoitteiden kanssa. Hyvässä työyhteisössä tärkeässä roolissa ovat oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, hyvä tiedonkulku, työtehtävien mielekkyys sekä hyvä ja kannustava työilmapiiri. Työyhteisössä tulee saada tukea esimieheltä ja ilmapiirin tulee olla luottamuksellinen ja avoin. Nämä luovat hyvän pohjan tulevaisuuden muutoksille. Muutosten ennakointi ja hallinta ovat oleellisia sujuvalle muutokselle. Työjärjestelyjen tulee olla sujuvia ja työprosessien hyvin suunniteltuja. Oikeudenmukainen työnjako ja riittävien tietojen saaminen ajoissa mitoittavat työtä. Uudistamiselle ja muutoksille tarvitaan aikaa. Ajankäytön suunnittelussa on otettava huomioon, että aikaa on oleellisiin asioihin ja niihin pystyy keskittymään, myös työn taotus ja jaksotus tulee huomioida. Oleellista

on, että työyhteisö välittää toisistaan ja huomioi kaikkien jaksamisen ja perehdytyksen. Muutoksissa on huomioitava työn laatu ja tulos, että saavutetaan asetetut tavoitteet. Myös palautteen rooli on tärkeä työyhteisössä, annetaan positiivista palautetta, huomioidaan saavutukset ja kannustetaan toisia. (Rauramo 2013, 7–9.)

Työyhteisössä vallitseva luottamus vaikuttaa työnsujuvuuteen ja kehittymiseen. Luottamuksen perusteena ovat mm. yhdenvertaisuus ja tasa-arvo sekä esimies-alaissuhde. Luottamuksen muodostumisessa tärkeää on, että työyhteisössä toimintaa kehitetään, arvioidaan ja suunnitellaan jatkuvasti. Työyhteisössä tulee olla yhteiset toimintatavat ja säännöt ja niitä tulee noudattaa. Jos ongelmia tulee, niihin pitää puuttua heti ja pyrkiä ratkaisemaan nopeasti. Työyhteisössä, erityisesti muutoksen keskellä, tulee olla avointa vuorovaikutusta ja viestintää. Työyhteisön jäsenten kokema vaikutusmahdollisuus työhön ja joustavuus oman elämän kannalta vaikuttavat myös luottamuksen rakentumiseen. Luottamuksen rakentumisessa osansa on työntekijöillä, mutta esimiehen rooli on merkittävä ja luottamuksen rakentuminen pohjautuu organisaation ja työyhteisön toimintakulttuuriin. Muutosprosessissa tarvitaan avoimuutta ja sen perusteena on luottamus. (Rauramo 2013, 11.)

Työyhteisön sisällä on erilaisia yksilöitä ja muutokseen suhtautuminen voi vaihdella eri yksilöiden kesken innostuksesta pelkoon. Muutokseen suhtautumiseen vaikuttavat myös aiemmat kokemukset muutoksista ja niiden seurauksista. Muutokset koetaan usein turvattomiksi ja koetaan, että liian paljon tapahtuu liian nopeasti. Muutosvastarinta on luonnollinen osa työyhteisön jäsenten käyttäytymistä. Muutosvastarintaa voidaan vähentää työntekijöiden osallistumisella ja vaikutusmahdollisuuksilla muutoksen toteuttamiseen. Muutoksen vastustamista vähentää myös yhteinen visio, avoin tiedottaminen ja eri ratkaisuvaihtoehtojen vaikutusten miettiminen yhdessä. Muutoksen tarve täytyy perustella. Muutoksessa nykytilanne koetaan usein turvalliseksi ja tutuksi. Muutoksessa entisestä täytyy luopua ja se voi aiheuttaa haikeutta. Monet pelkäävät muutosta, mutta se voi myös aiheuttaa odotuksia muutoksen tuo-

mista uusista mahdollisuuksista. (Rauramo 2013, 13.) Rauramo on kuvannut tekstissää muutoksen vaiheet (ks. kuvio 1). Muutoksessa esitetään olevan kolme vaihetta: luopuminen, kaaos/välivaihe ja uuden alku. Ensimmäisessä vaiheessa arvostetaan mennyttä ja koetaan sen palvelleen hyvin. Kaaoksen/välivaiheen vaiheessa koetaan kaaoksen ja epätietoisuuden tunteita ja hyväksytään epävarmuus. Viimeisessä uuden alun-vaiheessa toiminta on selkeää ja johdonmukaista ja onnistumista voidaan arvioida. (Rauramo 2013, 13.)



Kuvio 1 Muutoksen vaiheet (Rauramo 2013, 13)

Muutokseen liittyvät asiat voidaan jakaa tekijöihin, joihin yksilö pystyy itse vaikuttamaan sekä tekijöihin, jotka ovat itsestä riippumattomia. Muutoksen keskellä yksilön kannattaa keskittyä niihin tekijöihin, joihin voi itse vaikuttaa ja joilla voi vaikuttaa omaan työhyvinvointiin ja muutoksen sujuvuuteen esim. ottaa selvää omaan työyhteisöön liittyvistä asioista, käyttäytyä ystävällisesti ja asiallisesta ja opetella työssä tarvittavia taitoja. (Rauramo 2013, 13–14.)

2.2 Muutosten toteuttaminen

Muutosten toteuttamista suunnitellessa on hyvä pohtia muutosten vaikutusta työntelijöiden työhyvinvointiin. Muutoksen laatu, vaikutukset sekä aikataulu tulee ennakoida sekä suunnitella muutokseen liittyvät tukitoimet ja viestintä. Viestintä on erityisen tärkeää muutostilanteissa. Muutoksissa tulee uusia asioita, yleensä laaditaan muutosohjelmia ja malleja muutoksen tueksi ja mukana on asiantuntijoita. Muutoksessa uuden sisäistämisen lisäksi tarvitaan myös tunnetason sitoutumista. Muutosten yhteydessä täytyy perustella miksi vanha tapa ei ole enää toimiva ja pohtia, mitä

muutos merkitsee. Alun jälkeen on hyvä arvioida, miten muutos on lähtenyt käyntiin. Tällöin saadaan tietoa muutokseen sopeutumisesta sekä saavutetuista hyödystä. (Rauramo 2013, 18–19.)

Muutostilanteissa onnistumiseksi tarvitaan erityisosaamista. Työpaikalta voidaan kouluttaa muutosfasilitaattoreita tai tarvittaessa voidaan käyttää ulkopuolisten konsulttien apua. Fasilitoinnissa suunnitellaan ja toteutetaan onnistuneita ryhmäprosesseja ja luodaan edellytyksiä rakentavaan vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Työpaikoilla fasilitaattorit auttavat ryhmien organisoitumisessa, toiminnan ideoinnissa ja suunnittelussa sekä ongelmien ratkaisussa ja päätöstenteossa. Tällä toiminnalla saadaan mahdollisimman suuri joukko mukaan muutoksen toteuttamiseen. Fasilitaattorin rooli on olla neutraali asian sisältöön liittyen ja auttaa prosessissa, eli miten ihmiset työskentelevät yhdessä. (Rauramo 2013, 20–21.)

Pahkin ym. (2011) ovat kuvanneet muutosprosessin kolme avaintekijää mielekkään muutoksen toteutumiseen (ks. kuvio 2). Pahkinin ym. mukaan mielekkään muutoksen vaiheen avaintekijät ovat viestintä, osallistuminen ja tukitoimet. Muutostilanteissa viestintä on tärkeässä osassa kaikilla organisaation tasoilla ja sen tulee kohdistua koko organisaatioon. Viestinnän tulee tiedon antamisen lisäksi olla kaksisuuntaista ja mahdollisuus vuoropuheluun. Johdon tulee tiedottaa tiedettyjen asioiden lisäksi myös siitä, jos jotain ei vielä tiedetä. Työntekijöiden on pystyttävä antamaan palautetta edistymisestä sekä antaa ehdotuksia toteuttamiseen ja suunnitteluun liittyen. Osallistuminen muutokseen niin johdon kuin työntekijöiden osalta on tärkeää. Osallistuminen sisältää mahdollisuuden vaikuttaa muutoksen toteuttamiseen sekä siihen, mitä muutoksen myötä halutaan tehdä. Osallistumisen mahdollistamisella muutos voidaan tuntea omaksi. Organisaation on otettava muutosprosessissa käyttöön tukitoimia, esim. koulutukseen tai muutoksen läpikäymiseen liittyen. Valmennus yksilön tukemisen työkaluna auttaa työntekijöitä osallistumaan muutokseen aktiivisesti. Päämääränä on, että työntekijät pohtivat tämänhetkistä tilannettaan sekä sitä, mihin he tähtäävät pitemmällä aikavälillä. (Pahkin ym. 2011, 14–15, 21.)

Kuvio 2 Mielekkään muutoksen avaintekijät (Pahkin ym. 2011, 14.)

2.3 Muutokset työntekijöiden kokemina

Valtakunnallisesti on selvitetty sosiaali- ja terveysalan työoloja ja henkilöstön hyvinvointia kyselytutkimuksilla vuosina 1992, 1999, 2005 ja 2010. Tutkimuksiin on joka vuosi otettu 5000 henkilön otokset Tilastokeskuksen työssäkäyntirekisteristä. Vuoden 2010 tutkimukseen on uutena teemana otettu toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset. Edellisiin vuosiin verrattuna toimialan työpaikoilla oli tehty yleisesti organisaation rakenteeseen ja toimintaan liittyviä muutoksia ja muutokset on kuvattu suuriksi ja merkityksellisiksi. Vastaajat ovat suhtautuneet melko kriittisesti muutosprosessien läpiviennissä muutosten suunnitteluun ja henkilöstön osallistumisen mahdollisuuksiin muutoksissa. Myös tiedotusta muutoksista on toivottu enemmän. (Laine, Kokkinen, Kaarlela-Tuomaala, Valtanen, Elovainio, Keinänen, Suomi 2010, 5.)

Tutkimuksessa kaksi kolmasosaa vastaajista on vastannut, että viimeisten 1–2 vuoden aikana heidän työpaikoillaan on toteutettu muutoksia organisaation rakenteeseen ja toimintaan. Vastaajien työpaikoista 59 prosentissa muutokset ovat olleet suuria ja merkityksellisiä. Kaksi kolmasosaa vastaajista on kokenut, että muutosten suunnittelu on ollut riittämätöntä ja 60 % mielestä muutosprosessit eivät ole olleet huolella suunniteltuja. Yli puolet vastaajista on myös pitänyt osallistumismahdollisuuksia muutosten suunnitteluun riittämättöminä. Puolet tai lähes puolet vastaajista ovat pitäneet ennakkotiedotusta liian vähäisenä, tiedotus ei ole ollut tarpeeksi avointa ja rehellistä ja vastaajat ovat kokeneet saaneensa liian vähän tietoa muutosten vaikutuksista omaan työhön. 41 % vastaajista ovat kokeneet, että muutosta kritisoivat näkemykset ovat sallittuja. Muutosten perusteluiden ja tavoitteiden selkeydestä yhtä

mieltä on ollut kolmasosa vastaajista, kun taas kolmasosa on pitänyt niitä epäselvinä. 44 % vastaajista on kertonut olevansa heikosti perillä muutosprosessin etenemisestä ja 1 vastaaja viidestä on kokenut, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa muutoksen toteuttamiseen. Johdon roolista on kysytty, kuinka sitoutuneita johto ja esimiehet ovat muutokseen. 5 vastaajan kuudesta mielestä johto ja esimies ovat sitoutuneita, mutta vain 1 vastaaja viidestä koki, että johdon toimintatapa on vahvistanut muutoksen onnistumista. Muutoksen etenemisen ja onnistumisen arvioinnista 25 % on ollut sitä mieltä, että tämä on onnistunut. Ammattiryhmittäin vastauksissa on ollut jonkin verran eroja, osassa kysymyksistä erot ovat olleet suuriakin. (Laine ym. 2010, 51–62.)

Sosiaali- ja terveysalalla on raportoitu keskimääräistä useammin muutoksia tuotannossa, työmenetelmissä tai töiden järjestelyssä. Muutoksia on koettu useimmin, jos työnantajana on ollut kuntaliitto, kuntayhtymä, kunta tai valtio. Väestön ikääntyminen, sosiaali- ja terveysalan kustannuspaineet, rakenteiden uudistaminen ja palveluiden uudelleen organisointi ovat todennäköisesti suurien muutosten taustalla. Myös seudullisen yhteistyön lisäämisellä, kuntaliitoksilla ja sosiaali- ja terveystoimen yhdistymisellä on ollut vaikutusta muutosten suureen määrään. Vastaajista suuria ja merkityksellisiä muutoksia kokeneet ovat vastanneet kysymyksiin kriittisemmin kuin pienempiä muutoksia kokeneet vastaajat. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstön hyvinvointiin suurta merkitystä on muutosten toteuttamistavalla, koska suuria muutoksia on niin paljon. Tutkimuksen tulosten perusteella henkilöstön hyvinvointi on koetuksella erityisesti suurissa ja merkityksellisissä muutoksissa, joten tällaisten muutosten johtamiseen ja toteutustapaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. (Laine ym. 2010, 62–63.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää terveyshyötymalliin pohjautuvan tiimimallin toimintaa vastaanottopalveluiden näkökulmasta ja henkilöstön kokemuksia sen

käytöstä. Tiimimalli on vastoittain otettu käyttöön Siun soten terveysasemilla ja koottua tietoa työntekijöiden kokemuksista ei vielä ole.

Tutkimuksen tavoitteena on kehittää tiimimallia osana työntekijöiden hyvinvoinnin lisäämisessä.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten työntekijät ovat kokeneet tiimimallin terveysaseman vastaanotolla?
2. Mitä kehitettävää työntekijät kokevat tiimimallissa olevan?
3. Minkälaista tukea työntekijät kokevat tarvitsevansa tiimimallin käyttöönoton aloituksessa?

4 Tutkimusmenetelmät

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa halutaan ymmärtää, miten ihmiset tulkitsevat kokemuksiaan ja millainen merkitys heillä on kokemuksiaan kohtaan (Merriam & Tisdell 2015, 6). Merriam & Tisdell (2015) tuovat esiin Braunin ja Clarken (2013) näkemyksen, että kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen eron perusmääritelmä on, että kvalitatiivinen tutkimus käyttää sanoja datana ja dataa kerätään ja analysoidaan useilla tavoilla, kun taas kvantitatiivinen tutkimus käyttää datana lukuja ja analysoi niitä tilastollisilla tekniikoilla. (Merriam & Tisdell 2015, 6.)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa aihepiiriin perehdytään syvällisesti ja tutkimusaineistoa käsitellään syvällisesti aiheen perusteella syntyneen näkemyksen valossa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 161.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään tutkittavaa kohdetta. Tutkimuskohteeksi voi valita luonnollisen olemassa olevan ryhmän ja haastatella kaikki tähän ryhmään kuuluvat henkilöt. (Hirsjärvi ym. 2007, 176–177.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään saamaan tutkimuksen tulokseksi yleistettäviä päätelmiä. Tällöin tutkija määrittelee tutkimukselle perusjoukon ja poimii perusjoukosta otoksen, joka edustaa koko joukkoa. Jos ajatel-

laan, että esimerkiksi eri paikoissa asuvat samaan ryhmään kuuluvat ihmiset ajattelevat eri tavoin, otokseen valitaan tutkittavia molemmista asuinpaikoista samassa suhteessa kuin heitä on perusjoukossa. Tällaisessa otokseen perustuvassa tutkimuksessa otoksesta tehdään yleistyksiä eli päätelmiä koko perusjoukosta. (Hirsjärvi ym. 2007, 174–175.)

Laadullisia tutkimuksia tehdään usein, koska teoriasta puuttuu oleellinen tieto tai olemassa oleva teoria ei pysty selittämään tutkittavaa ilmiötä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija kerää tietoa rakentaakseen käsitteitä, hypoteeseja tai teorioita. Haastatteluista tai havainnoista saatuja tietoja kootaan ja yhdistetään kohti suurempaa kokonaisuutta (Merriam & Tisdell 2015, 17.)

Tutkimus on laadullinen tapaustutkimus. Tutkimuksessa selvitettiin kohdejoukon kokemuksia tiimimallista terveysaseman vastaanotolla. Tiimimallista ei ole juurikaan kokemuksia työntekijöiden näkökulmasta. Uusien toimintamallien käyttöönoton vaikutuksia työntekijöiden työhyvinvointiin on tutkittu ja tästä on saatavissa teoriatietoa, mutta yksittäisen mallin käyttöönotosta ja käyttöönottoon liittyvän tuen tarpeesta tietoa ei juurikaan ole saatavilla. Tutkimuksessa haluttiin selvittää tiimimallin käyttöönoton vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin ja saada työntekijöiltä tietoa perehdytyksen ja tuen tarpeesta uuden toimintamallin käyttöönotossa. Tätä tietoa pystyttiin vertaamaan aiempaan tutkimustietoon toimintamallien vaikutuksista työhyvinvointiin sekä tuottamaan organisaatiolle tietoa käyttöönoton tukemisen tarpeista sekä uuden toimintamallin haasteista ja hyödyistä. Tutkimuksessa haluttiin saada laajaa tietoa suoraan tutkittavilta ja muodostaa saadusta tiedosta kokonaisuus.

Tapaustutkimus on yksi yleisimmistä laadullisen tutkimuksen tiedonhankinnan strategioista. Tapaustutkimusta voidaan kuvata toiminnassa olevan tapahtuman tutkimiseksi. Tapaustutkimuksessa tutkitaan nykyistä tapahtumaa tai toimivaa ihmistä jossakin tietyssä ympäristössä monipuolisten tietojen avulla. Tapaus voi olla esim. yksilö, ryhmä, sairaala tms. Tapaustutkimuksessa tapauksesta pyritään saamaan moni-

puolista tietoa monin tavoin ja niiden pohjalta ymmärtää ilmiö syvällisesti. Tapaustutkimuksen etuja ovat, että se perustuu tutkittavan omiin kokemuksiin ja mahdollistaa näin yleistämisen. Tapaustutkimuksissa tuotoksina on kuvailevaa materiaalia, josta voi tehdä erilaisia tulkintoja ilmiöstä. Tapaustutkimusten lähtökohdat ovat toiminnallisia ja tulokset ovat näin sovellettavissa käytäntöön. Tapaustutkimuksessa raportointi voidaan tehdä kansantajuisesti, ilman tutkimuksille tyypillistä tutkimuskieltä ja se palvelee näin monenlaisia lukijoita. Lukija voi myös tehdä omia päätelmiä tutkimuksen tuloksista. Tapaustutkimusten ongelma on, etteivät ne välttämättä ole yleistettävissä. Tutkija saattaa kuitenkin löytää yhdistävän piirteen. (Laadullisen tutkimuksen käsikirja 2006, 90–92.)

Tutkimuksessa tutkittiin nykyistä tapahtumaa eli tiimimallia ja tietyssä ympäristössä toimivaa ihmistä, eli vastaanoton hoitohenkilökuntaa, joka toimii tiimimallissa. Tutkimuksessa tutkittiin tiimimallin vaikutuksia hoitohenkilökuntaan ja pyrittiin tiedonhankinnalla ymmärtämään syvällisesti ilmiötä ja sen vaikutuksia hoitohenkilökunnan työhyvinvointiin. Tutkimuksessa haluttiin tapaustutkimukselle tyypillisesti tuottaa monipuolista tietoa organisaatiolle toiminnallisista lähtökohdista ja tuottaa käytäntöön sovellettavissa olevaa tietoa, jota organisaatio voi käyttää tiimimallin käyttöönottoon perehdyttämisen kehittämisessä ja tiimimallin kehittämisessä työntekijöiden työhyvinvointia lisäävästi. Tutkimuksessa aineiston perusteella pyrittiin löytämään yhdistäviä piirteitä niin, että tulokset olisivat yleistettävissä ja niitä voitaisiin käyttää myös muun kuin tiimimallin ja sen käyttöönoton kehittämisessä.

Metodi on menetelmätapa, jota ohjaavat säännöt. Metodin avulla etsitään aiheeseen sopivaa tietoa ja pyritään ratkaisemaan jokin käytännön ongelma. Tutkimuksen menetelmä valitaan sen perusteella, millaista tietoa etsitään ja mistä tietoa etsitään. (Hirsjärvi ym. 2007, 178–179.)

Haastattelu on yksi käytetyimmistä tiedonkeruun muodoista. Haastattelu on joustava menetelmä ja sopii erilaisiin tutkimuksiin. Haastatteluissa korostuu haastateltava tutkimustilanteen subjektina ja haastateltava voi tuoda vapaasti esille itseään koskevia

asioita. Haastattelu sopii menetelmäksi myös, jos aihe on tuntemattomampi, eikä tutkija tiedä mihin suuntaan vastaukset lähtevät. Haastattelu ja kyselylomake erotetaan usein toisistaan, vaikkakin molemmat menetelmät kohdistuvat tietoisuuden ja ajattelun sisältöihin. Haastattelun ajatellaan olevan parempi menetelmä silloin, jos epäillään, että vastaajilla voi olla haasteita kyselylomakkeen täyttämisessä, haastateltavat tarvitsevat motivointia tai halutaan säädellä haastattelun järjestystä. Haastateltavalla on enemmän mahdollisuuksia tulkita kysymyksiä ja haastattelu on menetelmänä joustavampi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34–37.) Hirsjärvi ja Hurme (2000) tuovat myös esiin, että haastattelulla saavutetaan enemmän vastaajia kuin kyselylomakkeella, koska haastattelujen kieltäytymisprosentti on pienempi kuin kyselylomakkeissa. Kyselyissä suuri ongelma on, jos kyselylomake on huonosti laadittu ja valmiit vastausvaihtoehdot eivät tavoita vastaajan ajatusmaailmaa. Toisaalta haastattelujen tekeminen vie aikaa ja haastattelijalla on oltava taitoa haastattelun tekemisestä, jotta aineiston keruu on joustavaa. Haastatteluun liittyy myös niin haastattelijaan, kuin haastateltavaan liittyviä virhelähteitä. Kyselyissä voidaan taata vastaajan anonymiteetti paremmin kuin haastatteluissa ja kyselylomakkeessa saadaan tietoa juuri halutusta asiasta, kun taas haastatteluissa saadaan paljon epärelevanttia materiaalia. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 34–37.) Tutkimuksen menetelmäksi valittiin kysely, joka toteutettiin sähköisenä kyselynä. Sähköiseen kyselyyn päädyttiin, koska sillä voitiin tavoittaa suurempi vastaajajoukko kuin perinteisellä haastattelulla. Perinteisiin haastatteluihin kuluu aikaa enemmän, kuin sähköisen kyselyn toteutukseen ja tämän takia tutkimukseen voidaan ottaa enemmän vastaajia. Kysymykset tehtiin selkeiksi, jolloin vastaajille ei jää epätietoisuutta, mitä kysymyksellä tarkoitettiin. Kyselylomakkeella voidaan saada samaa tietoa kuin haastattelullakin, vaikkakin tällöin jää pois haastattelijan ja haastateltavan vuorovaikutustilanne. Avoimilla kysymyksillä kyselyssä saadaan laajaa tietoa ilmiöstä ja tutkittavan kokemuksista ilman valmiita vastausvaihtoehtoja, joilla saattaisi olla vaikutusta vastaamiseen, jos vastaaja ei löydä sopivia vastausvaihtoehtoja omille ajatuksilleen.

Tutkimushaastattelut eroavat toisistaan mm. strukturointiasteen perusteella, eli miten kiinteästi haastattelukysymykset on laadittu. Haastattelunimikkeitä on paljon ja hyvin erilaisista menetelmistä saatetaan puhua samoilla nimillä. Kuiteinkin strukturoitu, standardoitu lomakehaastattelu muodostaa oman luokan ja muut haastattelulajit esim. strukturoimaton haastattelu, puolistrukturoitu haastattelu ja teemahaastattelu oman luokkansa. Lomakehaastattelu on käytetyin haastattelulaji. Lomakehaastattelussa haastattelulomakkeen kysymysten muoto ja järjestys ovat kaikille haastateltaville samat. Kysymyksillä tulisi olla sama merkitys kaikille haastateltaville, ja tämä pätee parhaiten yhtenäisissä ryhmissä. Strukturoidussa haastattelussa haasteena on haastattelulomakkeen ja kysymysten muotoilu, mutta etuna helppo toteutus ja vastaamiseen käytettävä lyhyt aika. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 43–45.) Tutkimuksessa käytettiin sähköistä kyselylomaketta, joka on lomakehaastattelun muoto. Lomakehaastattelu on helppo toteuttaa isolle kohdejoukolle, jolloin tietoa ja näkemyksiä saadaan laajasti ja tietoa saadaan haastateltavilta heidän omien kokemustensa pohjalta.

Tutkimuksen kohdejoukon määrä riippuu tutkimuksen tarkoituksesta. Survey-tutkimuksen perustana ovat kyselyt ja haastattelut. Survey-tutkimuksessa valitaan otos tai näyte, joka edustaa perusjoukkoa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa puhutaan kuiteinkin otoksen sijaan harkinnanvaraisesta näytteestä, koska se kuvaa kvalitatiivisen tutkimuksen pyrkimystä, eli pyritään ymmärtämään tapahtumia syvällisesti ja halutaan saada tietoa jostakin ilmiöstä tai etsiä teoreettisia näkökulmia tapahtumiin. Yksinkertainen vastaus kohdejoukon kokoon on, että heitä tulisi olla se verran kuin on välttämätöntä, että tutkija saa tarvitsemansa tiedon. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 58–59.)

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön aihetta lähdettiin selvittämään kesällä 2020. Opinnäytetyön tekijä on työskennellyt aiemmin perusterveydenhuollossa ja nykyisessä työssään toiminut yhteistyössä perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan kanssa. Nykyisen työn kautta opinnäytetyön tekijä on seurannut myös läheltä tiimimallin käyttöönottoa organisaation terveysasemien vastaanotoilla. Tiimimalli on erittäin kiinnostava uusi toimintamalli ja sen käyttöönottoa on perusteltu hyvin. Opinnäytetyön tekijä otti yhteyttä vastaanottopalveluiden ylihoitajaan ja keskusteli organisaation tarpeista YAMK opinnäytetyölle ja ilmaisi kiinnostuksena tiimimallia kohtaan. Organisaatiossa oli selkeä tarve saada tietoa tiimimallista työntekijöiden näkökulmasta. Aihe sovittiin vastaanottopalveluiden ylihoitajan kanssa. Opinnäytetyön varsinainen teko siirtyi vuodelle 2021. Huhtikuussa opinnäytetyön tekijä otti yhteyttä vastaanottopalveluiden ylihoitajaan. Opinnäytetyön organisaation vastuuhenkilö vaihtui tässä vaiheessa. Vastaanottopalveluiden nykyisestä ylihoitajasta tuli opinnäytetyön organisaation vastuuhenkilö. Ylihoitajan kanssa käytiin keskustelu huhtikuussa, jolloin tarkennettiin opinnäytetyön tavoitetta ja tutkimuskysymyksiä. Organisaatiossa käytäntönä on kolmikantaneuvottelu organisaation vastuuhenkilön ja opinnäytetyön ohjaajan kanssa ennen toimeksiantosopimusta. Kolmikantaneuvottelu käytiin osapuolien kesken toukokuun alussa. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät valittiin ja teoriaosuus kirjoitettiin huhti- ja toukokuun aikana. Kyselylomake laadittiin touko- ja kesäkuun aikana. Tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin heinäkuussa. Kysely lähetettiin kohdejoukolle heinäkuussa tutkimusluvan saamisen jälkeen. Kyselylle annettiin vastausaikaa 2 viikkoa. Vastausaikaa jatkettiin tämän jälkeen vielä kahdella viikolla, että saatiin riittävästi vastauksia. Aineisto analysoitiin ja aineisto- ja tulososio kirjoitettiin sekä opinnäytetyö viimeisteltiin elo-, syys- ja lokakuun aikana.

5.1 Aineiston keruu ja kyselyn laadinta

Tutkimuksessa aineiston keruumenetelmänä käytettiin kyselyä ja kysely toteutettiin sähköisenä kyselynä.

Kysely on survey-tutkimuksen keskeinen menetelmä, surveyllä tarkoitetaan kyselyn, haastattelun tai havainnoinnin muotoa, jossa aineiston keruu tapahtuu standardoidusti ja tutkimuksen kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai perusjoukon näytteen. Eri aineistonkeruumenetelmissä vaihtelee, kuinka vapaasti tutkittavat henkilöt voivat tutkimustilanteessa toimia. Tutkimuksen suunnittelussa on tärkeä ottaa huomioon, milloin kannattaa käyttää strukturoidumpia menetelmiä ja milloin tutkittavat henkilöt voivat toimia vapaammin. Kyselyn etuna on, että sen avulla voidaan kerätä aineistoa laajasta tutkimusjoukosta, tutkittavia voi olla paljon ja heiltä voidaan kysyä monia asioita sekä aineisto voidaan käsitellä ja analysoida nopeasti. Myös aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida etukäteen. Kyselyn heikkouksina on, että aineisto saattaa jäädä pinnalliseksi, vastaajista ei tiedetä miten huolellisesti ja rehellisesti he ovat vastanneet, miten kyselyn vastausvaihtoehdot on ymmärretty ja miten selvillä vastaajat ovat käsitellystä aiheesta. Toisaalta hyvän ja selkeän lomakkeen tekeminen vie aikaa ja vaatii monipuolista tietoa tutkijalta ja joskus kyselyyn vastaamattomuus voi nousta ongelmaksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 188–190.)

Tutkimus toteutettiin kyselynä. Kysely toteutettiin sähköisellä kyselylomakkeella, joka lähetettiin valittujen terveysasemien osastonhoitajien kautta työntekijöille. Aineiston keruutavaksi valittiin sähköinen lomake, koska vastauksia haluttiin laajalta joukolta, jotta saadaan kattava tulos. Sähköisellä lomakkeella haluttiin myös turvata vastaajille nimettömänä vastaaminen. Tiimimallista ja sen hyödyistä ja haasteista on ollut Siun soten alueella paljon keskustelua ja myös lehdissä on ollut juttuja työntekijöiden kokemuksista. Tästä syystä ajateltiin, että nimettömänä annetuista vastauksista saataisiin kattavampaa tietoa työntekijöiden todellisista kokemuksista.

Kyselyyn valittiin terveysasemia, joilla on tiimimalli käytössä. Tekijä kävi toimeksiantajan kanssa läpi valittavat terveysasemat. Mahdollisimman laajan ja monipuolisen otannan saamiseksi tutkimuskohteiksi valittiin tiimimallin eri käyttöönottovaiheissa olevia terveysasemia. Tällä varmistettiin, että työntekijöiden kokemuksia saatiin laajasti eri käyttöönottovaiheista, jolloin voitiin muodostaa kokonaisnäkemys tuloksista. Terveysasemia tutkimukseen valittiin 4. Terveysasemat olivat henkilöstön määrän ja asukaspohja suhteen erikokoisia. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin terveysasemien vastaanottojen hoitohenkilöstö. Tämä ryhmä on selkeästi rajattava ja neljän terveysaseman hoitohenkilöstöstä koostui sopiva määrä tutkittavia. Tutkimukseen mukaan otettavien vastaajien määrää ei määritetty kyselyn alussa. Haasteena oli, kuten ennen kyselyn toteuttamista epäiltiinkin, saada riittävästi vastaajia, joten alustava suunnitelma oli, että kaikki vastaajat tullaan ottamaan mukaan ja näin myös tehtiin.

Tutkimukseen voidaan valita vastaajia satunnaisesti tai ei-satunnaisesti. Satunnaisotanta lisää tutkimuksen luotettavuutta, koska havainnot ovat tulleet mukaan sattumalta, ilman tutkijan vaikutusta. Jos tutkimuksessa tutkitaan koko perusjoukko, puhutaan otannan sijaan kokonaisjoukosta. Ei-satunnaisessa otoksessa tutkittavat on valittu tutkijan mielenkiinnon mukaan saatavuuden tai harkinnan perusteella, jolloin on haluttu tutkia oleellisia henkilöitä. Harkinnan mukaan valinta on hyödyllinen laadullista aineistoa kerätessä. (Laadullisen tutkimuksen käsikirja 2006, 45.) Jos halutaan varmistaa, että tutkimukseen saadaan kiinnostavia ryhmiä mukaan, voidaan käyttää ositettua otantaa. Ositetussa otannassa varmistetaan, että tutkimukseen saadaan mukaan myös harvinaisempia ryhmiä, jotka muutoin saattaisivat jäädä pois tutkimuksesta. (Laadullisen tutkimuksen käsikirja 2006, 47.) Riittävä aineisto perustuu ihannetapauksessa kylläisyyden käsitteeseen. Kylläisyys tarkoittaa, että tiedonkeruu ei tuota enää uutta tietoa, vaan esim. haastatteluissa tutkija huomaa, että esiin tule asioita, jotka ovat tulleet esiin jo aiemmissa haastatteluissa. Käytännössä usein saattaa tapahtua, että esim. aika ei riitä enää tiedonkeruuseen. (Merriam & Tisdell 2015, 199.)

Tutkimuksessa kyselyssä käytettiin otantaa. Tutkimusorganisaatiossa on 22 terveysasemaa. Tutkimukseen valittiin neljä terveysasemaa, jotka muodostivat otannan koko joukosta ja tämän otannan vastauksista tehtiin johtopäätöksiä, jotka koskevat koko perusjoukkoa. Tutkimuksessa käytettiin ei-satunnaista otantaa, koska haluttiin tutkia tutkimuksen aiheelle oleellisia terveysasemia, jotka ovat tiimimallin eri käyttöönottovaiheissa, jotta saadaan mahdollisimman laajaa joukkoa koskevaa tietoa. Jos tutkimukseen vastaajia olisi tullut enemmän, kuin tutkimukseen pystyttiin ottamaan, olisi käytetty ositettua otantaa, jossa poimitaan osallistujia tutkimukseen taustatietokysymysten perusteella niin, että vastaajia saadaan eri työkokemusvuosia omaavista vastaajista, sekä eri ammattiryhmistä ja eri sukupuolta edustavia vastaajia.

Tutkimuksen aiheen ohella myös kyselylomakkeen ja sen kysymysten laadinta vaikuttavat kyselyyn vastaamiseen, näillä seikoilla voidaan vaikuttaa tutkimuksen onnistumiseen. Yleisimmin kysymyksissä käytetään kolmea eri muotoa. Avoimissa kysymyksissä on kysymys ja tyhjä tila vastausta varten. Monivalintakysymyksissä tutkija laatii valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee yhden tai useamman vaihtoehdon ohjeen mukaan. Monivalintakysymykset voivat olla strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoja, jos valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen esitetään vielä avoin kysymys, esim. ”Muu, mikä?”. Tällöin mahdollistetaan vastaajalle kertoa jotain, jota tutkija ei ole tullut etukäteen ajatelleeksi. Kolmantena kysymysmuotona voidaan käyttää asteikkoihin perustuvia kysymyksiä. Näissä esitetään väittämiä, joista vastaaja valitsee, kuinka paljon hän on samaa tai eri mieltä väittämän kanssa. Asteikot ovat usein viisi tai seitsemän portaisia ja vastausvaihtoehdot muodostavan nousevan tai laskevan skaalan. Nykyisin tietoteknologian kehittäminen on johtanut siihen, että käytetään paljon strukturoituja kysymyksiä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kuitenkin suositaan paljon avoimia kysymyksiä, koska ne antavat vastaajalle mahdollisuuden vastata vapaasti, ilman valmiita vaihtoehtoja. (Hirsjärvi ym. 2007, 193–196.)

Kyselylomakkeen laadinta on haasteellista ja selkeitä sääntöjä kysymysten laadintaan ei ole. Keskeistä kyselylomakkeen laadinnassa on, että lomake ja kysymykset ovat

selkeitä ja vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavoin. Kysymysten tulee myös olla rajattuja ja lyhyitä ja niihin ei saa sisältyä kaksoismerkityksiä. Vastaajilla ei aina ole mielipidettä tai käsitystä kysyttyyn asiaan, tämän vuoksi kyselyssä kannattaa antaa vaihtoehto ”ei mielipidettä”, jolloin vastaajaa ei pakoteta valitsemaan annetuista mielipiteistä. Kysymyksissä kannattaa käyttää monivalintavaihtoehtoja ennemmin kuin samaa mieltä/eri mieltä väittämiä, koska vastaajilla on tapana tällaisissa vaihtoehdoissa valita se vaihtoehto, jonka he ajattelevat olevan suotava vaihtoehto. Kyselylomakkeen kysymysten määrää ja järjestystä kannattaa miettiä. Yleensä yleiset kysymykset kannattaa sijoittaa lomakkeen alkuun ja tarkemmat kysymykset lomakkeen loppuun. Myös kyselyyn vastaamisaikaa kannattaa miettiä, ettei kyselyn vastaamiseen mene liian pitkää aikaa. Sanojen valintaan ja käyttöön tulee kiinnittää huomiota. Johdattelevia kysymyksiä ei tule käyttää ja sanat ja termit tulee olla sellaisia, että kaikki vastaajat ymmärtävät ne. Lomakkeen valmistelussa kannattaa käyttää esitutkimusta. Tämän avulla lomaketta voidaan testata ja sen pohjalta korjata mm. kysymysten muotoilua. Kyselylomakkeelle tulee laatia lähetekirjelmä, jossa kerrotaan kyselyn tarkoituksesta, tärkeydestä, ja kyselyn merkityksestä vastaajalle. Lähetekirjelmässä tulee myös antaa ohjeet, mihin mennessä kysely on palautettava. (Hirsjärvi ym. 2007, 197–199.)

Kyselylomakkeella haluttiin selvittää mitä hyötyjä ja haasteita työntekijät kokevat tiimimallissa ja millaista perehdytystä työntekijät kokevat tarvitsevansa tiimimallin käyttöönotossa. Kyselylomakkeen alussa työntekijöiltä kysyttiin taustatietoina sukupuolta, ammattiryhmää ja työkokemusvuosia. Taustatietokysymyksillä pyrittiin selvittämään, onko eri taustatiedoilla vaikutusta erilaisiin kokemuksiin uuden mallin käyttöönotosta. Taustatietokysymykset toteutettiin monivalintakysymyksinä, koska näissä selkeillä vaihtoehdoilla voidaan saada selkeitä vastauksia. Työkokemusvuodet-kysymyksessä vastausvaihtoehdot muodostettiin viiden ja kymmenen vuoden eroilla. Ammattiryhmä- kysymyksessä vastausvaihtoehtoina oli perus-/lähihoitaja ja sairaan-

hoitaja, koska tutkimuksen kohderyhmänä oli terveysasemien vastaanottojen hoitohenkilökunta. Työntekijöiden kokemuksia selvittävissä kysymyksissä käytettiin avoimia kysymyksiä. Avoimia kysymyksiä käytettiin, koska ei haluttu rajata valmiilla vastausvaihtoehdoilla vastaajien vastauksia. Avoimilla kysymyksillä saadaan laajempia vastauksia ja vastauksista voidaan saada näkökulmia, joita tutkija ei ole tullut ajatelleeksi. Kyselyyn valittiin kolme avointa kysymystä, joilla selvitettiin työntekijöiden kokemuksia.

1. Millaisia kokemuksia sinulla on tiimimallin kehittämisestä?
2. Millaista tukea koet tarvittavan tiimimallin käyttöönotossa?
3. Millaisia kokemuksia sinulla on tiimimallissa työskentelystä

Kysely esitestattiin yhden testaajan avulla ennen kyselyn varsinaista suorittamista, jotta varmistuttiin, että kysymykset olivat selkeitä ja vastaajat ymmärtävät kysymykset. Esitestauksessa saatiin palaute, että kysymykset olivat selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä ei tarvinnut muuttaa.

5.2 Kyselyn toteutus

Kysely toteutettiin aiemmin sovituilla neljällä terveysasemalla. Kysely lähetettiin terveysasemien osastonhoitajien kautta terveysasemien hoitohenkilöstölle. Vastausaikaa kyselyyn vastaamiseen annettiin kaksi viikkoa. Kahden viikon kuluttua vastauksia oli tullut 13 kappaletta. Vastauksia pyrittiin saamaan kattavammin, joten vastausaikaa pidennettiin vielä kaksi viikkoa. Kyselyn toteutusaikataulu oli haasteellinen, koska kyseessä oli kesälomakuukausi. Tämän vuoksi vastausajan pidentämistä pidettiin perusteltuna, jotta myös lomalla olevat henkilöt pystyisivät vastaamaan kyselyyn. Vastausaikaa oli kokonaisuutena yhteensä neljä viikkoa. Vastaajamäärä koko vastausajalta oli 20 vastaajaa.

Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä, jossa vastaajille toimitettiin linkki, josta he pääsivät vastaamaan kyselyyn. Kyselylinkki toimitettiin sähköpostiviestinä. Sähköpostiviestiin liitettiin saateteksti vastaajille. Saatetekstissä kerrottiin tutkimuksen aihe ja

mitä tutkimuksella halutaan selvittää. Saatteessa kerrottiin vastausten käsittelystä ja vastausten luottamuksellisuudesta, sekä vastaajien anonymiteetin varmistamisesta.

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnin tarkoituksena on järjestää suurta aineistomäärää ja etsiä ja rakentaa siitä malleja. Aineistoa luokitellaan tiettyjen samankaltaisuuksien avulla tiettyihin ryhmiin. Kategorisoinnilla ymmärretään suuresta määrästä tietoa tiettyjä erityispiirteitä ja luokkien keskinäisiä suhteita, laadullisessa analyysissä myös tutkitaan eri luokkien välisiä vuorovaikutuksia. (Saldaña 2011, 91–92.) Tutkimuksessa saatua ainestoa voidaan käsitellä useilla tavoilla. Analyysitavat voidaan jakaa selittämiseen ja ymmärtämiseen. Selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tilastollista analyysia ja päätelmien tekoa. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. Analyysitapa valitaan sen mukaan, miten parhaiten saadaan vastauksia tutkimusongelmaan. Laadullisessa tutkimuksessa analyysitapoja on paljon ja yleisesti analyysitavan valinta koetaan laadullisessa tutkimuksessa vaikeaksi. Tyypillisiä laadullisen tutkimuksen analysointitapoja ovat teemoittelu, tyypittely, sisällönerittely, diskurssianalyysi, keskustelunanalyysi ja grounded theory-metodi. (Hirsjärvi ym. 2007, 219.)

Kvalitatiivissa tutkimuksissa aineiston analyysi koetaan usein aikaa vieväksi vaiheeksi. Analyysitapa ohjaa haastatteluja ja niiden purkamista. Aineiston analyysi tulee aloittaa mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen tai jo aineiston keruu vaiheessa. Tällöin aihe on tuore ja tarvittaessa tietoja voi vielä täydentää. Kvalitatiivisen aineiston ero kvantitatiiviseen on, että se säilyttää sanallisen muotonsa. Tutkija voi käyttää induktiivista tai abduktiivista päättelyä. Induktiivinen päättely on aineistolähtöistä, abduktiivisessa päättelyssä tutkijalla on teoreettisia johtoideoita, jotka hän pyrkii todistamaan aineiston avulla. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole standardoituja analyysitekniikoita eikä yhtä parasta analyysitapaa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 135–136.)

Sisällönanalyysi on perinteinen analyysimenetelmä laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysi on yksittäinen metodi, mutta myös teoreettinen kehys erilaisissa analyysikokonaisuuksissa. Useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat jollain tavalla sisällönanalyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.) Sisällönanalyysillä voidaan analysoida erilaisia dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysi on tekstianalyysiä ja sillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty ja yleinen kuvaus. Sisällönanalyysillä saadaan aineisto järjestykseen johtopäätösten tekoa varten. Huomioitavaa sisällönanalyysissä on, ettei tutkimuksessa esitetä ainoastaan järjestettyä ainestoa tuloksina, vaan on kyettävä tekemään aineiston perusteella johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 103–104.) Sisällönanalyysissä voidaan myös kvantifioida tutkittavaa ilmiötä, puhutaankin sisällönanalyysistä sekä sisällön erittelystä. Sisällön erittelyllä tarkoitetaan analyysia, jossa tekstin sisältöä kuvataan kvantitatiivisesti. Sisällön analyysissä sen sijaan kuvataan sisältöä sanallisesti. Sisällönanalyysiä voidaan myös jatkaa niin, että sanallisesti kuvatusta aineistosta tuotetaan määrällisiä tuloksia. Sisällönanalyysillä aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon niin, että saatu tieto säilyy. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105–108.) Saldaña (2011) esittää teoksessaan erilaisia tapoja tiedon laadulliseen analysointiin. Prosessikoodauksessa luokitellaan tiettyjä sanoja tai lauseita aineistossa yläkäsitteiden alle, yläkäsitteinä käytetään gerundeja eli ing-päätteisiä sanoja, esim. hoping. Saldaña (2011) tuo esiin, että koodit voivat vaihdella riippuen tutkijasta, koodit ovat yhden henkilön tulkinta esim. haastattelun tiedoista, jotka sitten luokitellaan yläluokkiin. Toisena tapana on In vivo-koodaus, jossa suoraan aineistosta poimitaan merkityksellisiä ilmauksia ja jaetaan ne yläluokkiin. (Saldaña 2011, 95–101.) Analyysitapoja on siis erilaisia, mutta paljolti ne perustuvat erilaiseen tiedon luokitteluun ja ylätasoihin jakamiseen.

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi. Aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja kolmannessa vaiheessa luodaan teoreettiset käsitteet. Aineiston pelkistämisessä aineistosta karsitaan tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois.

Tutkimustehtävä ohjaa pelkistämistä ja sen perusteella aineistoa litteroidaan tai koodataan olennaiset ilmaukset. Aukikirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksiä kuvaavia ilmauksia. Ilmaukset voidaan alleviivata esim. eri väreillä. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään omaksi luokaksi ja nimetään luokka kuvaavalla käsitteellä. Käsitteitä voidaan luokitella ensin alaluokkiin ja alaluokkia edelleen yläluokkiin ja pääluokkiin. Luokittelu tiivistää aineistoa ja luokittelua ja luokitusten yhdistelyä jatketaan niin kauan kuin se on mahdollista aineiston sisällön näkökulmasta. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysissä analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn ja tutkija muodostaa kuvauksen tutkimuskohteesta yleiskäsitteiden avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–112.) Sisällönanalyysissä aineisto voidaan kvantifioida luokittelun ja kategorisoinnin jälkeen ja näin jatkaa analyysiä. Kvantifioinnissa lasketaan, kuinka monta kertaa sama asia esiintyy haastatteluissa tai kuinka moni haastateltava ilmaisee saman asian. Kvantifioinnin katsotaan tuovan laadullisen aineiston tulkintaan erilaisen näkökulman. Toisaalta kvantifiointi ei välttämättä tuo lisätietoa, jos aineisto on hyvin pieni. Selvityksissä ja arvioinneissa, joissa käytetään avoimia kysymyksiä, palautetta voidaan selkiyttää kvantifioinnin avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 121–122.)

Tutkimuksen analyysitavaksi valittiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Aineistosta lähdettiin tekemään päätelmiä aineistosta nousevista asioista. Tutkimuksessa kerättiin kyselyllä ainestoa sanallisessa muodossa. Kerätyn aineiston pohjalta haluttiin muodostaa johtopäätöksiä, saada tietoa tutkimuskysymyksistä ja tuottaa tietoa tutkimuksen aiheesta. Vastauksia päädyttiin analysoimaan vastaajien ammattiryhmän sekä vastaajien työkokemusajan perusteella. Tällä valinnalla pyrittiin saamaan tietoa vaikuttaako vastaajan ammattiryhmä tai työkokemus nykyisessä työssä vastauksiin. Tutkimuksen aineistoa myös kvantifioitiin, koska haluttiin saada tietoa myös siitä,

missä ryhmissä tiettyjä piirteitä esiintyi eniten. Alustavasti tarkoituksena oli analysoida vastauksia tarkkojen ikäryhmien mukaan, mutta koska eri ammattiryhmien osalta tietyistä ikäryhmistä vastauksia tuli vain yksittäisiä ja kaikista ikäryhmistä ei ollenkaan, päädyttiin analysointi tekemään osin pelkän ammattiryhmän perusteella ja osin ammattiryhmien kahden laajennetun ikäryhmän perusteella. Sukupuolta ei analysoinnissa otettu huomioon, koska pääosa vastaajista ilmoitti sukupuolekseen naisen.

Tyypillisesti haastattelulla saatava aineisto litteroidaan, eli kirjoitetaan tekstiksi, joko puhtaaksikirjoittaen tai validoiden esim. haastateltavien puheesta tai päätelmiä tehdään suoraan tallennetusta aineistosta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138). Aineiston purkamisen jälkeen aineisto luetaan kokonaisuutena useaan kertaan. Alkuun aineisto voi tuntua vaikealta ja siitä on vaikea löytää järkeä. Aineiston lukemisella aineistosta alkaa nousta kysymyksiä ja aiheita. Aineistoa lukiessa kannattaa kiinnittää huomiota sisällöllisiin teemoihin, kuten olosuhteisiin, määrittelyihin, prosesseihin, toimintoihin ja tapahtumiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 143.)

Haastattelun merkityksiä voidaan analysoida merkitysten tiivistimisellä, merkitysten luokittelulla, narratiivisella strukturoinnilla, merkitysten tulkinnalla tai merkitysten luomisella. Merkitysten tiivistämisessä tutkija purkaa haastateltavan tuomat merkitykset lyhyempään sanalliseen muotoon. Merkitysten luokittelussa haastattelut koodataan tiettyyn luokkaan esimerkiksi ilmiön esiintymisen tai ilmiön voimakkuuden perusteella. Narratiivisessa strukturoinnissa teksti järjestetään ajallisesti ja sosiaalisesti. Merkitysten tulkinnassa tutkija etsii piirteitä tekstin takaa, joita haastateltava ei ole suoraan sanonut. Tutkijalla on tällöin tietty näkökulma, jonka perusteella hän tulkitsee haastattelua. Tutkija voi etsiä merkityksiä myös ad hoc-menetelmällä, jolloin tutkija ei käytä mitään tiettyä analyysitapaa, vaan pyrkii etsimään merkitykset parhaaksi katsomallaan tavalla. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 137–138.)

Tutkimuksen aineisto oli kyselyn vuoksi suoraan kirjallisessa muodossa, joten litterointia ei tarvinnut tehdä. Koska tutkimuksen aineisto kerättiin sähköisenä kyselynä,

vastaukset olivat jo valmiiksi melko tiiviissä muodossa. Kyselyn vastaukset ryhmiteltiin kysymyksittäin. Aineisto luettiin useita kertoja ja aineistosta nousevat ajatukset ja kysymykset kirjattiin ylös. Vastauksista kirjattiin ylös merkitykselliset ilmaukset kysymyksittäin. Ilmaukset koodattiin eri väreillä vastaajien työkokemusvuosi-ryhmän perusteella. Näin pystyttiin analysoimaan vastauksia vastaajien työkokemusvuosien perusteella. Ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja yhdistettiin samaan teemaan liittyvät ilmaukset samaan ryhmään. Ilmauksissa toistui selkeästi tietyt teemat, jotka nostettiin aineiston alaluokiksi. Alaluokkia muodostui 20 kpl.

Alaluokista muodostettiin yläluokat, jotka nousivat selkeästi alaluokkien perusteella. Yläluokkia analyysissa muodostui 8 kpl. Yläluokat jaettiin laajempiin kokonaisuuksiin, joista muodostuivat pääluokat. Pääluokkia analyysissä nousi kolme: toimintamallin muutos, työhyvinvointi ja asiakastyytyväisyys. (Taulukko 1.)

Taulukko 1 Analyysin luokat

Alaluokka	**Yläluokka**	**Pääluokka**
Toimintamalliin valmistautuminen	Toimintamallin toteutus	Toimintamallin muutos
Toimintamallin käyttöönotto		
Toimintamallin toimiminen		
Toimintamallin kehittäminen		
Koulutus		
Toimintaprosessit	Toimintakäytännöt	
Yhteistyö		
Resurssien puute	Resurssit	
Tarvittava resurssi		
Työn sisältö/Työn muutos	Työnkuvan muutos	Työhyvinvointi
Työn hallinta		
Työyhteisön tuki	Tuen saanti	
Lähiesimiehen tuki		
Valmentajien tuki		
Tuki sopeutumiseen		
Fyysinen ja henkinen kuormitus	Kuormitus	
Työtehtävien kuormitus		
Asiakkaan hoidon saanti	Asiakkaan palveluiden saatavuus	Asiakastyytyväisyys
Asiakkaan yhteydensaanti		
Asiakasnäkökulma	Asiakaskokemus	

Pelkistetyt ilmaukset analysoitiin kyselyn kysymyksittäin. Kaikkien kysymysten osalta ei noussut kaikkia alaluokkia, yläluokkia eikä pääluokkia. Liitteessä 5 on ote sisällönanalyysistä ja siinä on nähtävillä, mitkä ala-, ylä- ja pääluokat esiintyivät minkäkin kysymyksen kohdalla. Ne luokat, jotka eivät esiintyneet kysymyksen kohdalla, on yliviivattu kunkin kysymyksen analyysiotetaulukossa. (Liite 5.)

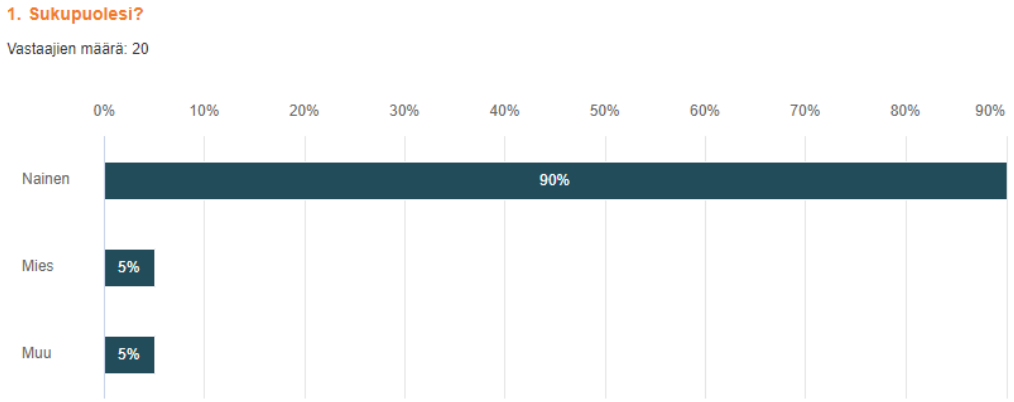
Analyysin päävaiheet ovat analyysi ja synteesi. Analyysivaiheessa ainestoa eritellään ja luokitellaan ja synteesivaiheessa luodaan kokonaiskuva ja esitetään tutkittava ilmiö uudessa perspektiivissä. Usein tutkimuksissa jäädään analyysivaiheeseen, eikä päästä synteesiin, jolloin tutkittava ilmiö tulee ymmärretyksi syvällisemmin. Kvalitatiivisen aineiston analyysi voidaan kuvata kolmivaiheisena prosessina, jonka vaiheita ovat kuvaus, luokittelu ja yhdistely. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 143–145.)

6 Tulokset

Tulososio on tutkimuksen keskeinen osa. Tulososiossa tutkija kuvaa tutkimustuloksia, joita on löytänyt aineiston pohjalta (Laadullisen tutkimuksen käsikirja 2006, 61). Analysoidut tulokset eivät riitä valmiiseen tutkimukseen. Tulokset täytyy selittää ja tulkita lukijalle. Tulosten tulkinnassa selkiytetään ja pohditaan aineiston analyysissä nousseita tuloksia ja tehdään niistä johtopäätöksiä. Tutkimukseen ja tutkimusselosteeseen liittyy monia tulkintoja. Tutkimusta ja tutkimuksen vaiheita tulkitsevat omalla tavallaan tutkijan lisäksi tutkittava ja tutkimuksen lukijat. Tulkinnassa on osuuksia, jotka ovat yhteisiä, mutta tosiasioista voi syntyä erimielisyyksiä tulkinnassa, koska havaitsemme ja tulkitsemme asioita eri tavalla. Tutkijan tulee laatia tutkimuksen tuloksista synteesejä, jotka kokoavat tutkimuksen pääasiat ja antavat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Synteesien pohjalta tutkijan tulee tehdä johtopäätöksiä, eli mitä merkitystä tuloksilla on tutkimusalueelle ja laajemmin. (Hirsjärvi ym. 2007, 224–225.)

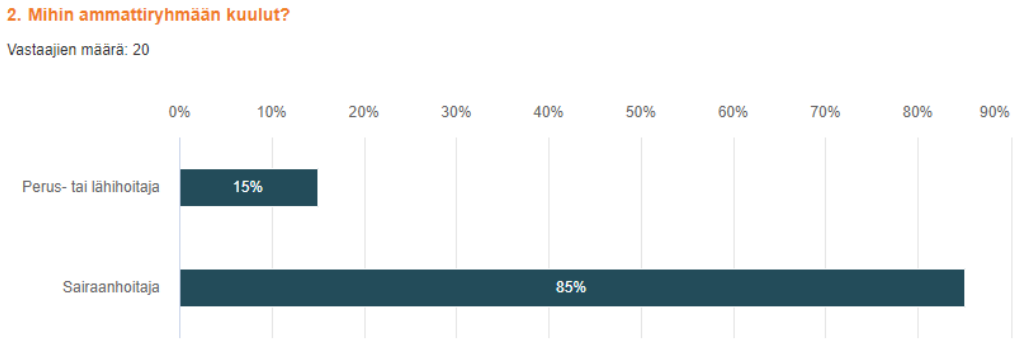
Tuloksia kyselyyn saatiin hyvin. Kyselyyn osallistui yhteensä 20 vastaajaa. Kaikki vastaajat eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Kysymyksistä ei tehty vastaajille

pakollisia vastata, ettei tämä karsisi vastaajia. Kysymykseen ”Millaisia kokemuksia sinulla on tiimimallin käyttöönotosta vastauksia?” tuli 17 kpl. Kysymykseen ”Millaista tukea koet tarvittavan tiimimallin käyttöönotossa?” vastauksia tuli 14 kpl. Kysymykseen ”Millaisia kokemuksia sinulla on tiimimallissa työskentelystä?” saatiin vastauksia 16 kpl. Tulososiossa kursivoidut tekstit ovat vastaajien alkuperäisessä muodossa olevia vastauksia. Vastaajista pääosa eli 90 % prosenttia oli naisia, 5 % miehiä ja 5 % muu sukupuoli (Kuvio 3). Vastauksia ei analysoitu sukupuolen perusteella, koska pääosa vastaajista ilmoitti sukupuolekseen naisen.



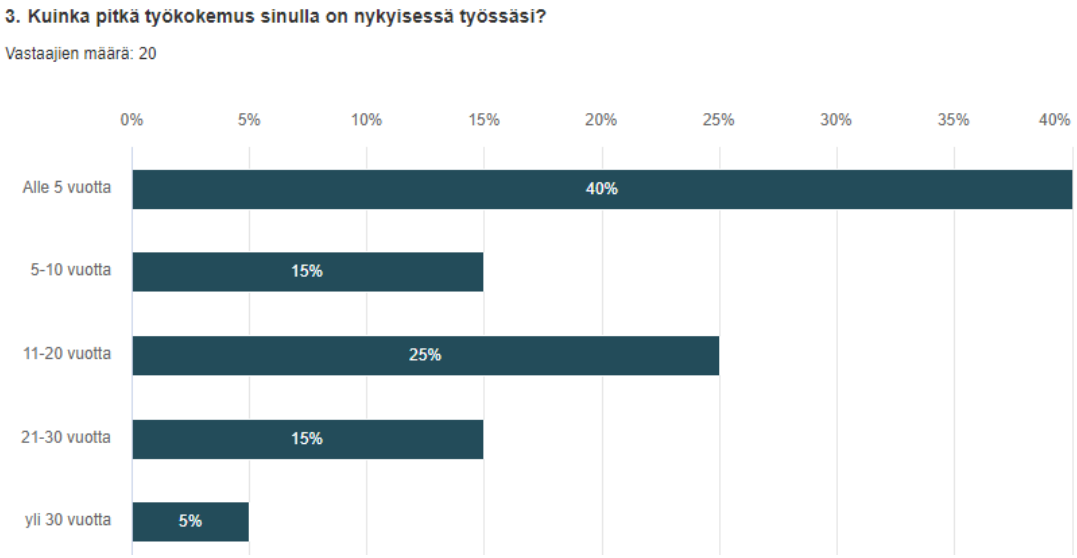
Kuvio 3 Vastaajien sukupuolijakauma

Ammattiryhmistä vahvimmin edustettuina olivat sairaanhoitajat, joita vastaajista edusti 85 %, perus- tai lähihoitajia kyselyyn vastaajista oli 15 % (Kuvio 4).



Kuvio 4 Vastaajien ammattiryhmäjakauma

Vastaajien työkokemus nykyisessä työssä oli vaihteleva, kaikkiin vastausryhmiin tuli vastauksia (Kuvio 5). Vastauksia käsiteltiin ammattiryhmän ja työkokemuksen perusteella. Lähi- ja perushoitajien osalta tuloksia käsiteltiin kokonaisuutena, ei työkokemuksen perusteella, koska vastaajia lähi- ja perushoitajien ammattiryhmästä oli vain yksittäisiä. Sairaanhoitajien osalta vastaukset käsiteltiin ammattiryhmän ja työkokemuksen perusteella.



Kuvio 5 Vastaajien jakauma työkokemuksen perusteella

6.1 Kokemukset tiimimallin käyttöönotosta

Vastauksissa nousivat esiin toimintamallin muutos, työhyvinvointi sekä asiakastyytyväisyys, joista pääasiallisina pääluokkina toimintamallin muutos ja työhyvinvointi. Toimintamalliin valmistautumisessa suunnittelu ja tietojen saanti oli liian vähäistä ja malliin valmistautuminen liian nopeaa. Käyttöönotosta oli sekä positiivisia, että negatiivisia kokemuksia. Käyttöönottoon oli sopeuduttu hyvin, mutta toisaalta osa vastaajista koki käyttöönoton sekavana ja liian nopeana. Koulutusta ei oltu saatu riittävästi

uusiin työtehtäviin ja siitä oli aiheutunut epävarmuutta työhön. Koulutus oli pääasiassa koskenut sairaanhoitajien työtä. Uuden toimintamallin toimintakäytäntöihin oltiin pääosin tyytyväisiä. Asiakkaiden asiat saatiin nopeasti hoidettua, konsultointi oli helpottunut ja lääkärin läsnäolo lähellä koettiin positiiviseksi. Toisaalta sairaanhoitajat kokivat toimivansa pääasiassa asioiden välittäjänä asiakkaan ja lääkärin välillä. Resurssien osalta oltiin yksimielisiä siitä, että resurssia on oltava riittävästi, että toimintamalli toimii odotetusti.

”Hoito ja konsultaatio nopeaa, lääkäri lähettyvillä, asiat saa heti hoidettua.”

”Työmäärä lisääntynyt, ja työnkuvaan tullut tehtäviä, joihin ei ole koulutusta ollut eikä juurikaan sitä saanut.”

Työhyvinvoinnin osalta vastauksissa nousi esille pääasiallisesti työnkuvan muutos ja työn kuormitus. Työnkuvan muutokseen liitettiin tässä tutkimuksessa työn sisältö/työn muutos ja työn hallinta. Hoitajien työnkuva oli muuttunut paljon tiimimalliin siirtymisen myötä. Sairaanhoitajien työ oli muuttunut pääasiassa puhelintyöksi ja sairaanhoitajilla oli aiempaa vähemmän vastaanottoa, jolloin kliinisten taitojen ylläpito oli vähäistä. Lähihoitajille oli siirretty tehtäviä, jotka ovat aiemmin sisältyneet sairaanhoitajan, ei lähihoitajan työhön. Työn hallinta on vähentynyt tiimimallin myötä. Työn hallintaan liittyen hoitajien asiantuntijuuden hyödyntäminen tietyiltä osa-alueilta on hyvin vähäistä. Positiivista on ollut, että tukea ja apua on ollut saatavilla työyhteisöstä nopeasti. Tiimimalliin valmennus oli ollut aluksi ylhäältäpäin tulevaa ja lähihoitajien osalta tuki oli jäänyt valmennuksen osalta vähäiseksi. Tiimimallin käyttöönotto on lisännyt työn kuormitusta. Kokemuksia on ollut sekä henkisestä, että fyysisestä kuormituksesta mm. tiimihuoneen hälyyn sekä työpäivän jälkeiseen väsymykseen liittyen. Työtehtävien kuormituksen koettiin lisääntyneen. Työmäärä on kasvanut ja toisaalta työhön on tullut paljon keskeytyksiä. Paine erilaisten tavoitteiden suhteen koettiin kovaksi, mm. puhelumäärätavoitteet. Painetta koettiin myös puheluiden kasautumisesta ja venymisestä sekä näiden myötä asioiden hoidon viivästymisestä.

”Sairaanhoitajan kliininen työ on huomattavasti vähentynyt ja pääsääntöisesti työ on tiimimallin vuoksi pelkkää puhelimessa tapahtuvaa neuvontaa sekä hoidontarpeenarviointia.”

Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä uuteen toimintamalliin. Toimintamalli on sopinut asiakkaille nopeiden asioiden hoidossa, toisaalta pitkäaikaissairauksien osalta toimintamalli ei ole toiminut asiakkaille niin hyvin.

”Asiakkaan näkökulmasta tiimimallin koen hyväksi.”

Sairaanhoitajien, joiden työkokemus nykyisessä työssä oli 10 vuotta tai alle vastauksissa nousi muita enemmän tiimimallin positiiviset puolet sekä työn sisällön muutos. Tiimimallin käyttöönotto koettiin positiivisemmaksi mm. tuen ja avun saannin, sekä hoidon nopeutumisen osalta. Toisaalta käyttöönottoon liittyen työn sisällön muuttuminen puhelintyöksi koettiin negatiivisemmaksi. Sairaanhoitajien, joiden työkokemus nykyisessä työssä oli yli 10 vuotta, vastauksissa nousi esiin muita ryhmiä enemmän kokemukset käyttöönoton nopeudesta ja sekavuudesta sekä positiiviset kokemukset asiakastyytyväisyyden osalta. Lähihoitajat kokivat, että käyttöönottoon liittyvä koulutus oli pääasiassa kohdistunut sairaanhoitajien työhön.

6.2 Tiimimallin käyttöönottoon liittyvä tuen tarve

Käyttöönottoon liittyvään tuen tarpeeseen tuli sairaanhoitajilta vastauksia kaikista ryhmistä, lähihoitajilta kahdesta ryhmästä. Pääasiallisesti kokemukset koskivat toimintamallin muutosta. Toimintamallin toteutukseen liittyen tarvitaan riittävää informaatiota sekä työntekijöiden mielipiteiden huomioon ottamista valmistautumisessa. Valmistautuessa tulisi olla tietoisia aiemmista hyvistä käytänteistä ja siitä, ettei sama malli välttämättä käy samanlaisena kaikille terveysasemille. Mallia tulisi pystyä joiltain osin muokkaamaan terveysaseman aiempiin toimintamalleihin sopivaksi. Koulutukseen liittyen tarvitaan hyvää perehdytystä ja enemmän koulutusta käyttöönot-

toon. Koulutus ei ole ollut tähän saakka riittävää käyttöönotossa, konkreettista koulutusta tarvitaan laajemmin ja myös aikaa koulutukseen enemmän. Toimintamallin käyttöönotto ja toimintamallissa työskentely vaativat onnistuakseen riittävät resurssit.

”Mahdollisuus alusta saakka muokata tiimimallia terveysaseman omiin työskentelytapoihin sopivaksi työntekijöiden mielipiteitä ja kokemuksia kuunnellen.”

Tutkimuksessa yksi työhyvinvoinnin osa-alue oli työnkuvan muutos. Työhyvinvointiin liittyi työntekijöiden osaamisalueiden parempi hyödyntäminen ja mahdollisuus paneutua enemmän oman työn tekemiseen. Tukea käyttöönotossa oli saatavilla työyhteisöstä tarvittaessa. Sen sijaan lähiesimiehen ja valmentajien tukea toivottiin enemmän käyttöönoton alkuvaiheeseen. Tukea kaivattiin enemmän työnkuvan muutokseen liittyen sekä keinoja ja työnohjausta esimerkiksi hälyn ja keskeytyksien hallintaan, että uuteen toimintamalliin sopeutuminen sujuisi helpommin. Tukea kaivattiin myös muihin kuormittaviin tekijöihin, kuten tiimihuoneessa työskentelyn sekä keskeytyksien kuormitukseen.

”Mielen hallintaa ja konsteja kestää ympäröivää hälyä.”

Vastauksissa nousivat samat osa-alueet melko tasaisesti. Jonkin verran eroavaisuutta oli eri ryhmien osalta siinä, mitkä osa-alueet nousivat vastauksissa enemmän esille. Sairaanhoitajien osalta molemmissa ryhmissä toivottiin eniten tukea käyttöönotossa koulutukseen liittyen. Sairaanhoitajien osalta niiden sairaanhoitajien vastauksissa, joiden työkokemus nykyisessä työssä oli 10 vuotta tai alle nousi muita ryhmiä enemmän esille tuen tarve toimintamallin kehittämiseen oman terveysaseman käytäntöihin sopivaksi. Sairaanhoitajien, joiden työkokemus oli yli 10 vuotta, vastauksissa nousi muita ryhmiä enemmän esille tarve tukeen työn kuormitukseen ja työnkuvan muutokseen liittyen. Lähihoitajien osalta toivottiin enemmän tukea käyttöönottoon niin koulutuksen, lähiesimiehen kuin valmentajienkin osalta.

6.3 Kokemukset tiimimallissa työskentelystä

Kokemuksiin tiimimallissa työskentelystä sairaanhoitajien osalta vastauksia tuli kaikista ryhmistä, lähihoitajien osalta kahdesta ryhmästä. Vastauksia tuli lähes yhtä paljon sekä toimintamallin muutokseen, että työhyvinvointiin liittyen. Toimintamallin muutoksen osalta kokemuksia tuli eniten toimintamallin toteutukseen liittyen. Toimintamalliin valmistautumisessa korostui työyhteisön avoimuus ja kehittämismyönteisyys. Toimintamallin toimimisesta kokemukset olivat pääosin positiivisia ja malli toimi tiimissä hyvin, toisaalta malli koettiin osin myös sekavana. Toimintamallia on pystytty sovittamaan ja kehittämään omalle asemalle ja aseman työtapoihin sopivammaksi. Toimintaprosessit ovat toimineet hyvin. Potilaan ovat ohjautuneet uudessa mallissa oikein ja potilaiden ohjaus ja etähoito on onnistunut hyvin. Tiimihuone ei kuitenkaan ole ollut riittävän rauhallinen asiakkaan etäkäyntien hoitamiseksi. Lääkärin konsultointimahdollisuuksiin oltiin tyytyväisiä. Tiimimallissa oli paremmat mahdollisuudet yhteistyölle ja yhteistyöstä toimintamallissa oli vastaajilla vain hyviä kokemuksia. Resurssien osalta koettiin, että sekä lääkäri-, että hoitajaresurssia on ollut liian vähän. Tiimimalli on koettu toimivaksi, kunhan vain resurssia on riittävästi.

”Tiimimalli toimii ja sopii meidän työtiimiin. Tiimimalli tarvitsee työyhteisön, jotka ovat valmiita joustavuudelle ja uuden kokeilulle ja kehittämiselle.”

”Lääkäriä on helppo lähestyä ja konsultoida kesken puhelun ja näin asiakas saa yhdellä puhelulla tarvitsemansa avun ja jatkohoitosuunnitelman.”

Työn sisältö oli muuttunut uuden toimintamallin osalta paljon. Työ on muuttunut pääasiallisesti puhelintyöksi ja fyysinen vastaanottotyö on vähentynyt. Asiakkaiden tapaamista on kaivattu enemmän. Sairaanhoitajien osaaminen kärsii, kun pääosa työstä tapahtuu puhelimessa. Oman työn hallinta on vähentynyt ja työpäivän sisältöön ja kulkuun ei pysty itse vaikuttamaan. Työyhteisön tuki on koettu positiiviseksi ja tukea saa nopeasti. Kuormitusta kuvaavat vastaukset liittyivät työtehtävien kuor-

mitukseen sekä fyysiseen ja henkiseen kuormitukseen. Vastaajat kokivat kuormittavana tiimihuoneessa työskentelyn, hälyn sekä työpäivien jälkeisen väsymyksen. Myös asioiden ja puheluiden kasautuminen, kiire ja resurssien puute ovat lisänneet kuormitusta. Työaika ei riitä kaikkien työtehtävien hoitoon, mm. sähköpostien lukemiseen, koulutusten suorittamiseen ja laboratoriovastausten kuittaamiseen.

”Kaipaan vastaanottotyötä asiakkaiden kanssa. Pelkkä puhelin työ ei tunnu omalta.”

”Päivä riippuu täysin puheluiden paljoudesta ja kysynnästä, omaa työtä ei voi suunnitella ollenkaan.”

Vastaajien kokemusten mukaan asiakkaiden palveluiden saatavuus oli parantunut tiimimallin myötä. Asiakkaat saivat yhteyden terveydenhuoltoon sekä hoitoa nopeammin kuin aiemmin sekä hoitoon pääsy, hoidon aloitus ja jatkohoito olivat sujuvaa. Asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä oman yhteyshenkilön saamisesta. Toisaalta puheluiden kasautumisen myötä asiakkaat eivät ole saaneet yhteydenottoa riittävän nopeasti vaan ovat ehtineet ottaa yhteyttä useampaan eri linjaan. Asiakkaiden osalta uusi toimintamallin on ollut toimiva.

”Asiakkaan näkökulmasta hyvät kokemukset. Hoito aloitetaan saman tien ensimmäisen puhelun aikana ja lääkäriajat järjestyvät todella nopeasti.”

Sairaanhoitajat, joiden työkokemus nykyisessä työssään oli 10 vuotta tai alle kokivat muita ryhmiä enemmän tiimimallissa työskentelyn positiivisena. Positiivista oli erityisesti yhteistyö työyhteisössä, kollegoilta saatu tuki sekä asiakkaiden palveluiden parempi saatavuus. Sairaanhoitajat, joiden työkokemus nykyisessä työssään oli yli 10 vuotta, vastauksissa nousi muita ryhmiä enemmän esille tiimimallissa työskentelyyn liittyen resurssien vähyys sekä resurssien tarve tiimimallin toimimiselle. Tämä ryhmä toi esille muita ryhmiä enemmän tiimimallissa työskentelyn kuormittavuuden. Sairaanhoitajat kokivat molemmissa ryhmissä työn sisällön muuttuneen paljon aiemmasta. Lähihoitajien osalta ei vastauksissa noussut mitään selkeää yhteistä teemaa lähihoitajien kokemusten osalta.

7 Pohdinta

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Eettisillä ratkaisuilla on vaikutusta niin tutkijan tekemiin ratkaisuihin tutkimuksessa kuin tutkimuksen tuloksiinkin. Tutkimuseettiset kysymykset korostuvat laadullisessa tutkimuksessa, koska aineistoa kerätään luonnollisissa olosuhteissa, tiedonhankintakeinot ovat vapaamuotoisia ja tutkittavien ääni pyritään saamaan esille. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125–128.) Tuomi ja Sarajärvi (2009) tuovat esille, että hyvän tutkimuksen kriteereinä on tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus, joka näkyy mm. sisäisessä argumentaatiossa eli miten ja mitä lähteitä tutkija käyttää. Toisena vaatimuksena Tuomi ja Sarajärvi (2009) tuovat esiin eettisen kestävyyden, joka koskee myös tutkimuksen laatua. Eettisyys on suuressa osassa myös tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereissä, jotka täytyy huomioida tarkkaan tutkijan toimesta. Etiikka ei liity pelkästään tutkimustoimintaan, kuten aineiston keräämisen ja analysoinnin menetelmien luotettavuuteen vaan kaikkiin tutkimuksessa tehtyihin valintoihin, kuten tutkimusaiheen valintaan ja siihen mitä pidetään tärkeänä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 125–128.)

Tutkimusaiheen valinnassa on pohdittava ja selkiytettävä miksi ja kenen ehdoilla aihe on valittu ja miksi tätä tutkitaan. Nämä tuodaan esiin tutkimuksen tarkoituksessa ja tutkimustehtävän muotoilussa. Tuomi ja Sarajärvi (2009) tuovat esille Manhattan-tapaukset ja Mengele-tapaukset. Manhattan-tapaukset kytkeytyvät tutkijan vastuuseen tulosten sovellutuksista ja liittyy tutkimuksiin, joissa tutkimustuloksia on sovellettu eettisesti kyseenalaisesti. Tutkimuksen merkityksiä on vaikea arvioida etukäteen. Mengele-tapaukset kytkeytyvät tiedonhankintaan ja tutkittavien suojaan. Tutkittavien suojaan liittyen tutkijan täytyy selvittää tutkittaville tutkimuksen tavoitteet ja menetelmät sekä mahdolliset riskit liittyen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen ja yhteiskunnalliseen asemaan niin, että tutkittavat ymmärtävät ne. Tutkittavien tulee suostua vapaaehtoisesti tutkimukseen osallistumiseen, tutkittavilla tulee olla oikeus

kieltäytyä osallistumisesta tai keskeyttää osallistumisensa sekä kieltää jälkikäteen itseänsä koskevan aineiston käyttäminen. Tutkijan on varmistuttava, että osallistuja tietää mistä tutkimuksessa on kyse, kun antaa suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen. Tutkijan on turvattava osallistujien oikeudet ja hyvinvointi, eikä osallistujille saa aiheutua haittaa osallistumisesta. Tutkimuksen tietojen on myös oltava luottamuksellisia, niitä ei saa luovuttaa ulkopuolisille, eikä käyttää muuhun tarkoitukseen, kuin mihin on luvattu. Osallistujien on jäätävä nimettömiksi, jos he eivät ole antaneet lupaa tietojensa paljastamiseen, luvasta huolimatta tätä ei yleensä suositella. Tutkijan on noudatettava lupauksiaan ja varmistuttava tutkimuksensa rehellisyydestä. Osallistujia ei saa johtaa tietoisesti harhaan, tällöin laadullisen tutkimuksen perustus eli luonnollinen tilanne menetetään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129–132.)

Tutkimuksen aihe valittiin toimeksiantajan tarpeen mukaan ja aihe oli tekijän kannalta mielenkiintoinen ja omaan työhön liittyvä. Tästä syystä oli mielenkiintoa paneutua aiheeseen ja selvittää aihetta laajemmin. Tekijä sekä toimeksiantaja kokivat aiheen erittäin tärkeäksi aiheeseen liittyvien toimintatapojen aiheuttaman sisäisen ja julkisen keskustelun myötä ja toimintatavan kehittämistarpeiden myötä. Tutkittavat toimipaikat valittiin toimeksiantajan kanssa yhteistyössä niin, että voitiin varmistua, että aiheesta saadaan tietoa monelta eri taholta ja erilaisista toimintakäytännöistä. Näin varmistettiin, että aiheesta ei tule vain yksipuolista tietoa.

Kysely lähetettiin valituille toimipaikoille osastonhoitajien kautta, jotka välittivät kyselyn tutkimuksessa rajatulle osallistujajoukolle. Vain toimeksiantaja sekä tutkija tiesivät kyselyyn valitut toimipaikat. Kyselyt lähetettiin jokaiselle osastonhoitajalle omissa sähköposteissaan, jotta osastonhoitajille tai työntekijöille ei välittyisi tätä kautta tieto valituista toimipaikoista. Kyselyn mukana toimitettiin saatekirje, jossa korostettiin kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuutta. Kirjeessä kerrottiin, ettei vastaajien henkilöllisyyttä kysytä kyselyssä, eikä henkilöllisyyttä pystytä selvittämään kyselyn vastausten perusteella. Kirjeessä painotettiin, että kyselyn tuloksia käsittelee vain

tutkija, joka analysoi vastaukset ja tuottaa niiden perusteella tulokset tutkimuskysymyksiin. Kerrottiin myös, että vastaajien antamista vastauksista ja valmiin tutkimuksen tuloksista ei voi tunnistaa vastaajia, ainoastaan tutkija käsittelee saatua aineistoa ja aineisto säilytetään niin, ettei sinne ole pääsyä muilla kuin tutkijalla. Tutkimuksen valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Kirjeessä tuotiin vastaajille tieto, että anonymiteetti säilyy ja vain tutkija käsittelee saatuja vastauksia ja niistä vastausten analysoinnin kautta tuotetaan tulokset tutkimukseen. Vastaaminen toteutettiin nimettömänä anonymiteetin varmistamiseksi. Edes tutkijalla ei ollut tietoa vastaajien henkilöllisyydestä. Tällä voitiin varmistaa, että anonymiteetti todella säilyy. Kirjeessä myös kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, että vastaajat saivat tiedon tutkimuksesta ja mihin kyselyllä pyritään. Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan tutkittavilla tulee olla oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai keskeyttää osallistumisensa sekä kieltää jälkikäteen itseänsä koskevan aineiston käyttäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129–132.) Tutkimuksessa tutkittavilla oli oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Kyselyn saatekirjeessä tuotiin ilmi, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkittavilta ei tullut pyyntöjä keskeyttää osallistumisensa tai kieltää itseään koskevan aineiston käyttö tutkimuksessa. Tämä ei olisi ollut edes mahdollista, koska kysely toteutettiin nimettömänä ja tutkijallakaan ei ollut tietoa vastaajien henkilöllisyydestä tai mitkä vastaukset kuuluvat kenellekin. Tässä toteutustavassa anonymiteetin ehdoton varmistaminen aiheen arkaluontoisuuden vuoksi katsottiin olevan tärkeämpää, kuin mahdollisuus jälkikäteen kieltää jonkun tietyn tutkittavan tietojen käyttö.

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut riippuvat toisistaan. Uskottavuus perustuu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Tuomi ja Sarajärvi (2009) tuovat esiin Suomen Akatemian tutkimuseettisen ohjeen hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen arvioinnissa. Tutkija soveltaa eettisesti kestäviä menetelmiä ja toteuttaa

avoimuutta tulosten julkaisemisessa sekä ottaa huomioon ja kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia. Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu myös, että tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi on toteutettu tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisesti sekä tutkijan asema, oikeudet, vastuu ja velvollisuudet, tulosten omistajuus ja aineiston säilytys on määritelty ja kirjattu. Myös rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet on raportoitava sekä noudatettava hallintokäytäntöä sekä henkilöstö- ja taloushallintoa. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta on tutkijalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.)

Tutkija on noudattanut tutkimuksen teossa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkija on ollut rehellinen, huolellinen ja tarkka tutkimustyössä. Tutkimuksen tulokset julkaistiin avoimesti Theseus-verkkoympäristössä, jossa se on kaikkien luettavissa. Muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia on kunnioitettu. Tutkimuksen teoriaosuuteen on pyritty keräämään mahdollisimman kattavasti tietoa aiheesta ja tutkimuksessa on käytetty tarkkoja lähdeviittauksia ja kaikki käytetyt lähteet on luetteloitu lähdeluetteloon. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi on tehty tarkasti ja tietoa raportoinnin vaadituista osuuksista on etsitty kattavasti eri lähteistä. Tutkijalla ei ole ollut sidonnaisuuksia tai rahoituslähteitä tutkimukseen tai sen aiheeseen liittyen. Tutkija työskenteli tutkimuksen teon aikana toimeksiantoyrityksessä, mutta tällä ei ollut vaikutusta tutkimukseen.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida ja laskea kvantitatiivisen tutkimuksen mukaisesti, vaan luotettavuus jää yleensä tutkijan arvion varaan, eikä laadullisessa tutkimuksessa voida saavuttaa objektiivista luotettavuutta. (Kananen 2017, 175.) Tuomi ja Sarajärvi (2009) ovat nostaneet esiin asiat, jotka täytyy olla kirjattuna tutkimukseen ja joiden mukaan tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan. Tutkijan on määriteltävä ja tiedettävä, mitkä ovat tutkimuksen kohde eli tutkittava ilmiö ja tutkimuksen tarkoitus. Tutkijan on osattava kertoa, miksi on lähtenyt tutkimaan kyseistä asiaa, miksi se on tärkeä, mitkä ovat olleet tutkijan alkuoletukset ja miten ajatukset ovat muuttuneet tutkimuksen myötä. Aineiston keruumenetelmä, aineiston keruu ja

siihen liittyvät erityispiirteet, ongelmat sekä muut merkittävät asiat on oltava kirjattuna raporttiin. Samoin tutkimukseen osallistujat, miten heidät on valittu, kuinka paljon heitä on, sekä varmistuminen ettei heidän henkilöllisyytensä paljastu. Tutkija-tiedonantaja suhde on huomioitava, eli miten suhde on toiminut, ovatko osallistujat lukeneet tutkimuksen ennen sen julkaisemista, ovatko he kommentoineet tuloksia ja ovatko heidän kommenttinsa muuttaneet tuloksia. Tutkimuksen aikataulu on oltava kirjattuna. Aineiston analyysitapa ja miten on päädytty tuloksiin ja johtopäätöksiin on oltava avattuna raportissa. Raportissa on myös oltava arvioituna tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys ja onko tutkimusraportti luotettava. Tutkimuksen raportointi on tehtävä yksityiskohtaisesti, että lukijat voivat arvioida tutkimuksen tuloksia. Raportissa on annettava selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.) Kananen (2017) tuo esiin samoja luotettavuuden arvioinnin kriteereitä, jotka on oltava kirjattuna ja joiden perusteella luotettavuutta arvioidaan. Kananen esittää luotettavuuskriteereiksi informantin vahvistus, vahvistettavuus, arvioitavuus/dokumentaatio, tulkinnan ristiriidattomuus, saturaatio ja aikaisemmat tutkimukset. Informantin vahvistuksella tarkoitetaan, että haastateltava lukee tutkijan tekstin ja vahvistaa tulkinnan ja tutkimustuloksen. Vahvistettavuudella Kananen tuo esiin, että tutkijan tulee kerätä tietoa eri lähteistä ja verrata saatua tietoa omaan tulkintaan. Arvioitavuudella tarkoitetaan riittävää dokumentaatiota, jolloin on mahdollista jäljittää ratkaisut ja niiden arviointi. Kanasen mukaan tutkimukseen liittyvä alkuperäinen tutkimusaineisto tulisi säilyttää, jotta sen perusteella voitaisiin todentaa tulosten ja aineiston luotettavuus. Tulkinnan ristiriidattomuudella tarkoitetaan, että laadullisessa tutkimuksessa tulkinnan tekemisestä aineistosta ei ole täsmällisiä tulkintasääntöjä ja tulkinta joudutaan tekemään useista eri lähteistä kerätystä aineistosta. Samaan tutkimusongelmaan ei kuitenkaan voida saada kovin monia tulkintoja, vaikkakin haastattelun perusteella saadun yksittäisen aineiston tulkinnassa saattaa olla eroja. Tulkinnan ristiriidattomuus voidaan varmistaa, jos kaksi tutkijaa saa saman lopputuloksen. Kananen tuo myös esiin aineiston saturaation. Laadullisessa tutkimuk-

sessa usein pohditaan, kuinka montaa henkilöä pitäisi haastatella. Laadullisessa tutkimuksessa yleisesti käytetään saturaatiota eli kyllääntymistä. Haastatteluja tai kyselyitä tehdään siis niin paljon, kunnes ne eivät enää tuota uutta tietoa tutkimukseen. Kanasen mukaan tutkija voi hakea aikaisemmista tutkimuksista vahvistusta omille tuloksilleen ja tällöin täytyy olla hyvin perehtynyt aiheen tutkimuksiin. (Kananen 2017, 176–179.)

Luotettavuuden arvioinnissa käytettävät asiat on kirjattu tutkimuksen osalta tarkasti raporttiin. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite on määritelty. Tutkimuksessa on perusteltu, miksi kyseinen aihe on valittu ja millainen merkitys tutkimuksen aiheella ja itse tutkimuksella on. Tietoa aiheesta on tutkittu useista eri lähteistä ja kirjattu raporttiin. Tietoa löytyi hyvin mm. terveyshyötymallista, sekä toimintamallien muutoksista ja niiden vaikutuksista. Myös tiimimallista terveydenhuollossa löytyi hyvin tietoa, mutta juuri vastaavaa toimintamallia kuin tässä tutkimuksessa pääosin käsiteltiin, ei muualla ole ollut, joten sen suhteen tietoa on löytynyt pääosin kyseisestä organisaatiosta. Aineiston keruumenetelmät on kirjattu raporttiin ja siihen liittyvät huomioitavat asiat on avattu raportissa. Tutkittavien valinta ja määrä on avattu ja perusteltu ja toteutetut toimenpiteet anonymiteetin varmistamiseksi on kirjattu. Luotettavuuden yksi arviointimenetelmä on Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan, että tutkimukseen osallistujat lukevat tutkimuksen ennen sen julkaisemista ja tarvittaessa kommentoivat tutkijalle tuloksia ja ovatko he samaa mieltä tuloksista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141). Tutkimuksessa tutkimusta ja sen tuloksia ei luetutettu ennen julkaisua tutkittavilla. Tutkittavien anonymiteetin vahvan suojaamisen vuoksi, tutkijakaan ei tiedä tutkittavien henkilöllisyyttä, eikä pysty yhdistämään tutkittavien vastauksia tutkittaviin. Aihe on arkaluonteinen ja ilman vakuutusta vahvasta anonymiteetista, osallistujia ei välttämättä olisi tutkimukseen saatu riittävästi. Tutkimuksen aikataulu on kirjattu raporttiin ja päivitetty aikataulun eläessä. Myös aineiston analyysi, analyysimenetelmä ja analyysin myötä muodostetut johtopäätökset on kuvattu raportissa. Tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä on arvioitu useisiin lähteisiin pohjautuen ja arviointi on

kirjattu raporttiin. Kanasen (2017) mukaan alkuperäisen tutkimusaineiston säilyttäminen on luotettavuuden kannalta tärkeää, jotta sen perusteella voidaan todentaa aineiston ja tulosten luotettavuus (Kananen 2017, 176–179). Tutkimuksessa alkuperäinen aineisto hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Aineistosta on tehty analyysi ja analyysimenetelmä ja analyysin teko on raportoitu tarkasti raporttiin, tästä syystä koettiin, ettei alkuperäisen aineiston säilyttämiselle ollut tarvetta. Tämä tehtiin myös tutkittavien anonymiteetin säilyttämisen vuoksi ja etteivät muut kuin tutkija pääse käsiksi aineistoon. Tutkimuksen kyselyn suorittamisessa käytettiin saturaatiota. Kyselyn vastausaikaa pidennettiin, jotta saatiin riittävästi vastauksia. Tämän myötä aineistossa alkoi esiintyä saturaatiota ja sama tieto alkoi toistua vastauksissa.

Yleisesti tieteellisen tutkimuksen luotettavuusmittareina käytetään reliabiliteettia ja validiteettia. Reliabiliteetti on tulosten pysyvyys ja validiteetti oikeiden asioiden tutkimista. (Kananen 2017, 175.) Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan, että mittaustulokset voidaan toistaa, eikä saada sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta mm. niin, että kaksi tutkijaa päätyvät samanlaiseen tulokseen tai yhtä ihmistä tutkitaan kahdella eri kerralla ja tulos on molemmilla kerroilla sama. Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan, että mittari tai tutkimusmenetelmä mittaa sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Kyselylomakkeessa tämä tulee esiin esimerkiksi, jos kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset eri tavoin kuin tutkija on tarkoittanut. Jos tutkija tällöin käyttää tuloksia oman alkuperäisen ajattelumallin mukaisesti, eivät tulokset ole luotettavia. Validius ja reliaabelius liitetään yleensä kvantitatiiviseen tutkimukseen ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa niillä on erilaisia tulkintoja. Tapaustutkimuksissa ja haastattelututkimuksissa on joissain tapauksissa ajateltu, että ihmistä ja kulttuuria koskevat kuvaukset ovat ainutlaatuisia, eikä kahta samanlaista tapausta ole. Laadullisessa tutkimuksessa oleellisia asioita luotettavuuden kannalta ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset ja laadullisessa tutkimuksessa voidaan ajatella, että validius liitetään kuvaukseen ja siihen liittyvien selitysten ja tulkintojen yhteensopivuuteen. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.)

Hirsjärvi ym. (2007) tuovat esiin, että laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa tärkeää on, että tutkija on selostanut tarkkaan tutkimuksen toteuttamisen. He painottavat myös, että luotettavuuden näkökulmasta on tärkeää avata tutkimuksessa tarkoin analyysiosio, miten luokittelua on lähdetty tekemään ja mitkä luokittelujen perusteet ovat. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Saldaña (2011) tuo myös esille luotettavuuden arvioinnissa tärkeäksi tarkan ja avoimen raportoinnin ja erityisesti analyysivaiheen tarkan raportoinnin, jotta lukija tietää, miten tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset ovat muodostuneet. (Saldaña 2011, 135–136.)

Kuten edellä on kuvattu, tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti ovat yleiset luotettavuusmittarit, mutta nämä liitetään yleensä kvantitatiiviseen tutkimukseen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa niitä voidaan tulkita eri tavoin. Toisaalta reliabiliteettiin eli tulosten pysyvyyteen kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan päästä, kuten edellä kuvattu tarkalla raportoinnilla, jolloin tutkimuksen olosuhteet tulevat tarkkaan ilmi ja periaatteessa näitä seuraamalla tutkimus voitaisiin toistaa ja saada samat tulokset. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen kulku on tarkkaan kuvattu, mutta kuten edellä Hirsjärvi ym. (2007) toteavat, tapaustutkimuksissa ja haastattelututkimuksissa on ajateltu, että ihmistä ja kulttuuria koskevat kuvaukset ovat ainutlaatuisia eikä niitä voida toistaa (Hirsjärvi ym. 2007, 227). Toisaalta tarkalla raportoinnilla tutkimuksen kulku on tarkkaan selvillä ja olisi toistettavissa.

Hirsjärven ym. (2007) mukaan validiteetilla tarkoitetaan, että mittari mittaa oikeaa asiaa. Tämä tulee esim. kyselylomakkeessa esille, kun varmistutaan että vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset niin kuin tutkija on tarkoittanut, ettei tutkija tee johtopäätöksiä vastauksista omien olettamustensa pohjalta. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Tämä on tutkimuksessa varmistettu esitestaamalla kysely ennen kyselyn suorittamista. Tällä varmistuttiin, että kyselylomakkeen kysymykset ovat selkeitä ja ymmärretään tarkoitetulla tavalla. Myös vastaajien vastauksista kävi ilmi, että vastaajat ovat vastanneet siihen, mitä tutkija on halunnut kysyä. Toki osassa vastauksista oli

vastattu laajemminkin. Tarkka raportointi, tutkimuksen kuvaus ja selitysten ja tulkintojen yhteensopivuus ovat validiteetin perusta laadullisessa tutkimuksessa ja toteutuvat tässä tutkimuksessa, kuten myös analyysin avaaminen, luokittelu ja luokittelujen perusteet.

7.2 Tulosten tarkastelu suhteessa teoreettiseen viitekehykseen

Tulososassa yhdistyy aiemmasta tutkimuksesta muodostetun tutkimustehtävän perusta, tehdyn tutkimuksen tuottamat tulokset sekä tutkijan erittely, arviointi ja kokonaisnäkemys. Ennen tuloksien kirjoittamista tutkijan on varmistettava, että tutkimusongelmiin on saatu vastaus. Tutkimuskysymyksiä on tarkasteltava ja jos johonkin tutkimuskysymykseen ei ole saatu varsinaista vastausta, on sekin vastaus, joka saattaa johtua esim. käytetyistä menetelmistä. Tulososassa tulokset esitetään selvästi ja yksinkertaisesti tutkimusongelmittain. (Hirsjärvi ym. 2007, 256–257.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) osana käyttöönotetun Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelman keskeinen tavoite on terveyshyötymallin kansallinen käyttöönotto. (Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa, 1–2.) Terveyshyötymallissa pyritään kehittämään henkilöstöä terveyskeskuksissa sekä ottamaan käyttöön moniammatillisia toimintamalleja (Muurinen & Mäntyranta, 4–5.) Siun sotessa terveysasemien vastaanotoilla käyttöönotetulla terveyshyötymalliin pohjautuvalla tiimimallilla on pyritty parantamaan palveluiden saatavuutta. Tiimimallissa moniammatilliset tiimit hoitavat asiakkaita. Asiakkaat saavat yhteyshenkilön, johon jatkossa ovat yhteydessä ja asiakkaan asiaa lähdetään hoitamaan jo ensikontaktissa. (Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä parempia palveluja 2021.) Toimintamallin käyttöönoton perusajatukset löytyvät strategiatasolta ja strategian tavoitteet tavoittelevat samoja asioita kuin Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 hankkeen tavoitteet.

Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää tiimimallia osana työntekijöiden hyvinvoinnin lisäämisessä. Tutkimuksen tutkimuskysymyksillä haluttiin selvittää, miten työntekijät

ovat kokeneet tiimimallin terveysaseman vastaanotolla, mitä kehitettävää työntekijät kokevat tiimimallissa olevan ja minkälaista tukea työntekijät kokevat tarvitsevansa tiimimallin käyttöönoton aloituksessa.

Terveyshyötymalli tuo vain käsitteellisen kehyksen, mutta ei anna selkeää konkreettista mallia tai selkeitä menetelmiä (Hroscikoski ym. 2006, 322–324). Tämän vuoksi terveyshyötymalliin pohjautuvat toimintamalli eroavat kunnittain toisistaan. (Syrjä ym. 2016, 50). Siun sotessa tiimimallia käyttävillä terveysasemilla toteutetaan vakioitua toimintamallia, mutta toimintaa suunnitellaan yhdessä henkilökunnan kanssa (Tiimimallilla tavoitellaan parempaa palvelua). Terveyshyötymalliin pohjautuvia malleja on käytössä useissa kunnissa ja organisaatioissa. Samoja elementtejä, kuin Siun soten tiimimallissa on myös Hämeenlinnassa ja Keusotessa käytössä olevissa malleissa.

Hämeenlinnassa, kuten myös Siun sotessa potilaat jaetaan tiettyjen kriteereiden mukaan terveyshyötytiimiin ja episoditiimiin ja pitkäaikaiset asiakkaat ja paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat on valittu terveyshyötytiimiin. Samoin Hämeenlinnassa hoidetaan paljon asiakkaita puhelimessa ja puhelintyöhön on panostettu ja panostettu hoitajien mahdollisuuksiin konsultoida lääkäriä. Hämeenlinnassa on myös asiakkaille nimetty vastuuhoitajat, joihin asiakkaat ottavat ensisijaisesti yhteyttä. (Syrjä ym. 2016, 53–54.) Keusotessa, kuten Siun soten tiimimallissakin terveysasemilla on tiimihuone, jossa työskentelee hoitajia sekä lääkäreitä. Potilaita aletaan hoitaa heti ja pyritään hoitamaan asia saman päivän aikana. Keusotessa on yhteyshenkilö toimintamalli ja hoitaja voi konsultoida lääkäriä potilaan asioissa, potilaita myös pyritään hoitamaan enemmän etänä. (Pihlava 2019.) Terveyshyötymalliin pohjautuvat mallit ovat siis usein samankaltaisia, mutta niissä on tiettyjä eroja toiminnan järjestämisessä ja toimintaprosesseissa.

Työelämän muutostilanteissa työn epävarmuuden kokemukset lisääntyvät ja ne voivat säilyä pitkään koetun muutoksen jälkeen. Muutokseen valmistautumisella voidaan vähentää muutoksen kielteisiä vaikutuksia. (Pahkin ym. 2011, 8–9.) Muutosten

yhteydessä täytyy perustella, miksi muutos on tarpeellinen ja miksi vanha tapa ei enää toimi. Muutosta suunnitellessa täytyy ennakoida muutoksen laatu, vaikutukset ja aikataulu ja suunnitella muutokseen liittyvät tukitoimet ja viestintä. (Rauramo 2013, 18–19.) Tutkimuksen tuloksissa tuli ilmi, että työntekijöillä on tiimimallista sekä positiivisia, että negatiivisia kokemuksia. Toimintamallin käyttöönottoon liittyi negatiivisia kokemuksia mm. liian vähäisen tiedonsaannin, nopean käyttöönoton ja koulutuksen vähäisyyden ja toisaalta koulutuksen vain tiettyyn ammattiryhmään kohdentumisen osalta. Toisaalta vastauksissa tuli esille, että uusi toimintamalli on koettu hyväksi ja toimivaksi ja työyhteisö on sopeutunut uuteen malliin hyvin. Toimintaprosessien koettiin olevan uudessa toimintamallissa sujuvia. Rauramon (2013) mukaan työn muutoksen onnistumiselle on tärkeää, että työjärjestelyjen tulee olla sujuvia, työprosessien hyvin suunniteltuja ja työnjaon oikeudenmukaista (Rauramo 2013, 7–9). Työntekijät kokivat tarvitsevansa tiimimallin käyttöönotossa enemmän tukea itse käyttöönottovaiheeseen liittyen sekä tiedon saamisessa uuteen toimintamalliin liittyen.

Koulutuksen tarve on ollut suuri uuteen toimintamalliin siirryttäessä. Koulutuksen tulee olla riittävää ja tapahtua riittävän ajoissa ja kohdentua kaikille ammattiryhmille, joita toimintamallin muutos koskee. Jos koulutusta ei ole riittävästi, aiheuttaa se epävarmuutta työhön. Hoitohenkilöstö koki, ettei koulutusta ennen tiimimallin käyttöönottoa ollut riittävästi.

Moniammatilliset tiimit ovat olennainen osa terveyshyötymallia (Hroscikoski ym. 2006, 317–318). Moniammatillisuutta on kehitetty terveyshyötymallia käyttävillä terveysasemilla ja erityisesti on pyritty kehittämään hoitajan ja lääkärin työnjakoa (Syrjä ym. 2016, 48–49.) Siun sotessa käytössä oleva tiimimalli perustuu moniammatilliseen tiimitoimintaan. Tiimissä toimii perusterveydenhuollon ammattilaisia eri ammattiryhmistä ja perusajatuksena on, että eri alojen ammattilaiset työskentelevät samassa huoneessa ja hoitavat asiakkaita yhteistyössä. (Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä

parempia palveluja 2021.) Moniammatillinen yhteistyö koettiin vastaajien osalta positiiviseksi ja toimivaksi osaksi tiimimallissa työskentelyä, joka sujuvoittaa henkilöstön työtä. Koko työyhteisön välinen yhteistyö koettiin positiiviseksi ja erityisesti lääkärin kanssa tehtävä yhteistyö oli helpottunut uuden toimintamallin myötä. Lääkäri oli paremmin käytettävissä mm. konsultointiin kuin aiemmin. Toisaalta resurssit koettiin tutkimuksessa liian vähäisiksi ja vastauksissa nousikin esiin, että niin hoitohenkilöstön kuin lääkäreidenkin resurssia tulisi lisätä, että tiimimalli toimisi hyvin. Riittävä resurssoinnin koettiin olevan olennainen osa tiimimallin toimivuutta. Syrjän ym. (2016) mukaan terveyshyötymallin eteneminen on useissa paikoissa ollut haastavaa mm. rekrytointivaikeuksien, henkilöstöresurssin ja pitkien jonotusaikojen mukaan (Syrjä ym. 2016, 48–49).

Pahkinin (2015) mukaan toiminnan uudelleenjärjestelyt ovat osa nykyistä työelämää ja työntekijät joutuvat jossain työuran vaiheessa osaksi uudelleenjärjestelyä (Pahkin 2015, 14). Organisaation ja oman työn muutokset koetaan usein kuormittavina ja jos omaan työhön ei juurikaan pysty vaikuttamaan, lisää se kuormitusta entisestään Työntekijän kokema turvattomuus ja epävarmuus heikentävät työhyvinvointia ja vähentävät työn mielekkyyttä. (Rauramo 2013, 3–4.) Työhyvinvointi nousi selkeästi tutkimuksentuloksissa esille. Työhyvinvointiin koettiin isolta osin vaikuttavan työn sisällön muutos ja myös työn hallinnan väheneminen. Vastaajien mukaan työn sisältö on muuttunut olennaisesti aikaisemmasta ja työn sisällön muutos oli negatiivinen osa tiimimallia. Työ on muuttunut aiemmasta fyysiseen vastaanottoon painottuvasta työstä puhelintyö painotteiseksi. Jolangin & Sinervon (2016) mukaan hoitajien työhön lisää haastetta, kun asioita pyritään hoitamaan kokonaan puhelimitse ja hoidontarpeenarviointi tehdään pelkästään puhelinkeskustelun pohjalta (Jolanki & Sinervo 2016, 88–91).

Sairaanhoitajat kokivat, että puhelintyön lisääntymisen ja fyysisen vastaanottotyön vähenemisen myötä kliinisten taitojen osaaminen on kärsinyt. Lahdessa on käytössä terveyshyötyajatteluun perustuva hoidonporrastaminen, jossa asiakkaille on erilaisia

hoitopolkuja tiettyjen kriteerien mm. palveluiden tarvitsemisen ja pitkäaikaissairauksien perusteella, joiden mukaan asiakkaille on määrätty terveysasema. Myös Lahdessa uuden toimintamallin käyttöönoton myötä on koettu, että ammattiosaamisen kehittyminen on kapeampaa ja ammattilaiset eivät pysty käyttämään omaa erikoisosaamistaan esim. diabeetikoiden hoidossa. (Syrjä ym. 2016, 55–59.)

Tiimimallin myötä työn kuormittavuuden koettiin kasvaneen. Työtehtävät ovat kasaantuneet, kiire on lisääntynyt ja toimintatavat ovat lisänneet fyysistä ja henkistä kuormittavuutta. Edellä mainitut asiat ovat kokonaisuutena lisänneet työn kuormittavuutta uudessa toimintamallissa. Pahkinin (2015) mukaan työntekijöiden hyvinvoinnin ja siihen vaikuttavien asioiden huomioon ottaminen on erittäin tärkeää, ottaen huomioon työssä vietetty aika ja työelämän epävakaus (Pahkin 2015, 14–15). Työhyvinvointiin liittyen hoitohenkilöstö koki, että hoitohenkilöstön osaamisalueita tulisi hyödyntää työssä paremmin. Työyhteisöstä saadun tuen ja avun koettiin tutkimuksessa parantavan työhyvinvointia. Kehitettävää on kuitenkin tuen tarjoamisessa hoitohenkilöstölle niin lähiesimiehen, kuin valmentajien osalta. Tukea oli saatu liian vähän työnkuvan muutokseen, työnhallinnan vähenemiseen sekä kuormittavien osaalueiden hallintaan liittyen. Tukea koettiin saatavan hyvin työyhteisöstä, mutta lähiesimiehen ja valmentajien tukea muutoksessa kaivattiin enemmän. Tukea todettiin tarvittavan työnkuvan muutokseen liittyen, sekä tukea ja työnohjausta fyysisen ja henkisen kuormituksen jaksamiseen. Toimintamallin muutokseen liittyen nousi esiin työhyvinvointia laskevia tekijöitä, sekä työhyvinvointia lisääviä tekijöitä.

Siun sotessa tiimimalliin siirtyminen on parantanut palveluiden saatavuutta, samalla resurssilla on tiimimallissa hoidettu 7 % enemmän asiakkaita kuin edellisenä vuonna (Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä parempaa palvelua 2020). Tutkimuksen tuloksissa näkyvät terveysasemien vastaanotoilla työskentelevän hoitohenkilöstön kokemukset tiimimallin hyödyistä asiakkaiden palveluiden saatavuuteen. Tutkimuksen tulokset asiakastyytyväisyyden osalta ovat samansuuntaiset kuin terveyshyötymallille

ja tiimimallille on asetettu. Asiakkaiden yhteydensaanti ja hoidon saatavuus ovat parantuneet terveysasemilla hoitohenkilöstön näkökulmasta. Hoitohenkilöstö kokee asiakkaiden olevan tyytyväisiä tiimimalliin ja sen tuomiin muutoksiin asiakkaiden osalta. Asiakkaat ohjautuvat tiimimallin myötä oikein ja vastaanottoaikaa tarvitsevat asiakkaat saavat ajan sujuvasti. Hoidon lisäksi myös jatkohoitosuunnitelmat ovat sujuvia. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskushankkeessa tavoitteena on uusien toimintamallien avulla panostaa peruspalveluiden saatavuuteen (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022 Ohjelma ja hankeopas 2020, 11–12), joten tältä osin hoitohenkilöstön kokemuksien mukaan tiimimallissa on onnistuttu.

Usein muutosten kohdalla muutokset koetaan turvattomiksi ja koetaan että liian paljon tapahtuu liian nopeasti (Rauramo 2013, 13). Muutoksen tarve täytyy aina perustella. Muutosvastarinta on luonnollista, mutta muutoksen vastustusta voidaan vähentää avoimella tiedottamisella ja ratkaisujen vaikutusten miettimisellä yhdessä. Muutoksessa nykytilanne koetaan usein turvalliseksi ja monet usein pelkäävät muutosta ja sen vaikutuksia. (Rauramo 2013, 13.) Toimintamallin muutokseen liittyen perusteellinen informointi uudesta toimintamallista ja sen toimintatavoista on erittäin tärkeää uuden toimintamallin käyttöönotossa. Osa hoitohenkilöstöstä koki, että käyttöönotto oli sekavaa ja nopeaa, eikä heillä ollut riittävästi tietoa toimintamallin tuomista muutoksista työhön ja työn sisältöön. Toimintamalliin valmistautumiseen ja käyttöönoton suunnitteluun tulee käyttää aikaa ja ottaa työntekijät mukaan jo riittävän ajoissa.

Työyhteisössä vallitseva luottamus vaikuttaa työnsujuvuuteen. Luottamuksen muodostumiselle tärkeää on, että työyhteisön toimintaa kehitetään, suunnitellaan ja arvioidaan jatkuvasti. Muutoksen keskellä työyhteisössä tulee olla avointa vuorovaikutusta, Luottamuksen rakentumiseen vaikuttaa vahvasti työyhteisön kokemat vaikutusmahdollisuudet työhön. (Rauramo 2013, 11.) Hoitohenkilöstön mukaan tiimimallissa tulisi ottaa jo käyttöönottovaiheessa ja sen suunnittelussa enemmän huomioon

työyhteisön aiemmat toimivat käytännöt ja hyödyntää niitä mahdollisuuksien mukaan uudessa toimintamallissa. Hoitohenkilöstö toi esille, että työntekijöille toivotaan osallistumisen mahdollisuuksia toimintamallin käyttöönoton suunnitteluun. Valtakunnallisesti on tutkittu, että sosiaali- ja terveysalan työntekijät suhtautuvat kriittisesti muutosprosessien läpivientiin, sekä henkilöstön osallistumismahdollisuuksiin (Laine ym. 2010, 5). Kritiikki ja muutosvastarinta voisi vähentyä, jos henkilöstö otettaisiin kunnolla mukaan muutoksen suunnitteluun ja valmistautumiseen jo ajoissa.

7.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Sosiaali- ja terveysalan työoloja ja henkilöstön hyvinvointia on selvitetty kansallisessa tutkimuksessa useina vuosina. Vuoden 2010 tutkimukseen otettiin uutena teemana toiminnalliset ja rakenteelliset muutokset. (Laine ym. 2010, 5.) Laine ym. (2010) tuo esiin, että suurella osalla tutkimukseen vastaajista on toteutettu rakenteellisia muutoksia työpaikalla viimeisten 1–2 vuoden aikana. Suurin osa vastaajista on kokenut, että muutokset ovat olleet suuria ja muutosten suunnittelu on ollut riittämätöntä, yli puolet vastaajista on myös pitänyt osallistumismahdollisuuksiaan riittämättöminä. Puolet vastaajista on kokenut, että ennakkotiedotus on ollut liian vähäistä ja he ovat saaneet liian vähän tietoa muutosten vaikutuksista omaan työhön. (Laine ym. 2010, 51–62.)

Laine ym. (2010) mukaan sosiaali- ja terveysalalla on raportoitu keskimääräistä enemmän muutoksia työmenetelmissä ja töiden järjestelyssä ja muutoksia on koettu useimmin, jos työnantajana on ollut kuntayhtymä, kunta tai valtio. Muutosten taustalla on todennäköisesti mm. väestön ikääntyminen, kustannuspaineet ja palveluiden uudelleen organisointi. Suuria muutoksia on sosiaali- ja terveysalalla paljon ja muutosten toteuttamistavalla on suuri merkitys sosiaali- ja terveysalan henkilöstön hyvinvointiin. Erityisesti suurissa ja merkityksellisissä muutoksissa henkilöstön hyvinvointi on koetuksella. (Laine ym. 2010, 62–63.)

Tutkimuksen tuloksissa nousivat esiin saman teemat kuin valtakunnallisessa tutkimuksessa. Selvästi sosiaali- ja terveysala on suurten muutosten ja uusien toimintamallien muutoksen paineessa. Muutosten perusteluissa, suunnittelussa ja toteutuksessa on haasteita kansallisesti. Muutokset ovat toiminnan tehostamiseksi sekä palveluiden saatavuuden ja kustannustehokkuuden parantamiseksi välttämättömiä. Haasteilla on kuitenkin suuri vaikutus henkilöstön työhyvinvointiin ja sitä kautta henkilöstön pysyvyyteen ja sitoutumiseen. Kokonaisuutena voidaan todeta, että toimintamallien muutoksilla on suuri vaikutus työhyvinvointiin ja siihen liittyviin tekijöihin tulee jatkossa kiinnittää enemmän huomiota jo muutoksen valmisteluvaiheessa. Näihin haasteisiin ja niiden korjaamiseen tulee panostaa tulevina vuosina. Henkilöstön työhyvinvoinnilla on suuri merkitys palveluiden toteuttamiseen.

Työhyvinvointi ja sen parantaminen nousivat selkeästi esiin tutkimuksen tuloksissa. Uuden toimintamallin käyttöönotolla on ollut suuret vaikutukset työntekijöiden työhyvinvointiin. Työntekijöiden osallistuminen jo käyttöönoton suunnittelussa on tärkeää, jotta työntekijät voivat kertoa mielipiteitään ja konkreettisesti kokea osallistuvansa työnsä uudistamiseen, tällä on vaikutusta myös työntekijöiden työhyvinvoinnin kokemuksiin.

Siun sotessa tiimimallilla pyritään lisäämään työntekijöiden kokonaisvaltaista työhyvinvointia, tiimityöskentelyn avulla pyritään parantamaan työilmapiiriä, auttamaan jaksamista ja jakamaan työtaakkaa. Tiimimalliasemilla seurataan henkilöstön hyvinvointia ja työssä jaksamista. (Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä parempaa palvelua 2020). Työhyvinvoinnilla on myös suuri vaikutus palveluiden saatavuuteen ja tasoon. Jolangin ja Sinervon (2016) mukaan palveluiden integraatiot muuttavat asiakkaan ja ammattilaisen suhdetta, ammattilaisen työnsisältöä sekä ammattilaisten keskinäistä työnjakoa. Erilaisilla muutoksilla organisaatiossa ja työn sisällössä on vaikutusta ammattilaisten työhyvinvointiin. (Jolanki & Sinervo 2016, 76–77.) Integraatio voidaan nähdä terveysasemien henkilöstön yhteistyösuhteiden sekä terveysasemien henkilöstön ja ulkopuolisten toimijoiden näkökulmasta. Asiakkaan ohjautumiseen ja

palveluiden saatavuuteen on vaikutusta molemmilla näkökulmilla ja niillä on vaikutus asiakkaan palveluiden saannin sujuvuuteen sekä hoidon jatkuvuuteen. Mm. työntekijöiden työn organisoinnilla ja työntekijöiden välisellä yhteistyöllä on vaikutus asiakkaan saamaan hoitoon. Työntekijöiden työhyvinvointi ja työssä viihtyvyys vaikuttavat myös asiakkaan saamaan hoitoon ja toisaalta asiakkaan palveluiden saanti ja hoidon onnistuminen vaikuttavat taas työhyvinvointiin ja työssä viihtymiseen. (Jolanki & Sinervo 2016, 83–87.)

Pahkinin ym. (2011) esittämät muutosprosessin avaintekijät mielekkään muutoksen toteutumiseen kannattaa ottaa huomioon muutoksia suunnitellessa. Muutosprosessin avaintekijät ovat viestintä, osallistuminen ja tukitoimet. (Pahkin ym. 2011, 14–15, 21.) Tuloksissa tuli ilmi kehitettäviä asioita liittyen näihin avaintekijöihin. Huomion kiinnittäminen muutoksen valmistelussa avaintekijöihin ja huolehtiminen, että niiden toteutuksessa on onnistuttu sujuvoittaa muutoksen toteuttamista antamalla henkilöstölle ajantasaista tietoa, osallistamalla henkilöstöä ja tukemalla heitä muutoksessa. Näiden myötä myös työhyvinvointi paranee.

Siun sote on ottanut askeleen oikeaan suuntaan ottamalla käyttöön tiimimallin asiakkaiden parempien palvelujen saatavuuden parantamiseksi. Tutkimuksen tuloksien mukaan tässä on hoitohenkilöstön mukaan onnistuttu. On kuitenkin erittäin tärkeää ottaa huomioon asiakasnäkökulman ohella myös työntekijöiden näkökulma, jossa ei tutkimuksen tuloksien mukaan ole onnistuttu yhtä hyvin.

Tutkimuksen tulosten perusteella työhyvinvointiin tiimimallissa tulee jatkossa kiinnittää selkeästi enemmän huomiota ja pyrkiä löytämään keinoja työhyvinvoinnin ja työssä jaksamisen parantamiseen. Uuden toimintamallin käyttöönottoon tulee valmistautua hyvin ajoissa ja viestiä työntekijöille muutoksesta, muutokseen valmistautumisesta ja muutoksen vaikutuksista laajasti. Muutoksen tarve tulee perustella työntekijöille ja tuoda esiin mahdolliset muutokset työn sisällössä. Henkilöstö kannattaa ottaa mukaan muutokseen valmistautumiseen ja kuunnella ja kysyä henkilöstön mielipiteitä muutokseen liittyen. Tähän saakka henkilöstö on kokenut, etteivät he

ole saaneet riittävästi tietoa muutoksesta ja moni asia on tullut yllätyksenä uudessa toimintamallissa. Henkilöstö ei ole kokenut, että heitä olisi kuunneltu tai heiltä olisi kysytty mielipidettä muutokseen liittyen tai muutoksen valmisteluun liittyen. Henkilöstölle tulee tarjota riittävästi konkreettista koulusta riittävän aikaisessa vaiheessa. Uudessa toimintamallissa kannattaa huomioida riittävä resurssointi jo heti alkuvaiheessa. Muutos aiheuttaa usein alkuun lisätyötä ja uusien toimintaprosessien oppiminen ja sisäistäminen voi alkuun viedä enemmän aikaa, kunnes toimintamalliin on sopeuduttu. Johdon on varmistuttava, että henkilöstö pystyy suorittamaan työtehtävät työajan puitteissa. Jos tähän ei pystytä, täytyy miettiä, miten asia voidaan korjata. Henkilöstölle tulisi tarjota riittävää tukea jo heti muutoksen alkuvaiheessa niin valmentajien, lähiesimiehen kuin työyhteisön tasolta. Myös työnohjaukselle on tarvetta suurissa muutoksissa. Henkilöstö kannattaa ottaa vahvasti mukaan muutoksen suunnitteluun ja valmisteluun. Kaikilla em. asioilla on vaikutusta tutkimuksen mukaan henkilöstön työhyvinvointiin. Työhyvinvointiin panostamisella jo riittävän aikaisessa vaiheessa parannetaan työntekijöiden sitoutuvuutta ja työssä viihtymistä ja sen kautta myös asiakkaiden palveluiden taso paranee.

Jatkotutkimusaiheina kannattaisi selvittää asiakkaiden kokemuksia terveysasemien tiimimallista ja miten asiakkaat kokevat tiimimalliin siirtymisen vaikuttaneen palveluiden saatavuuteen ja palveluiden laatuun. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö on kokenut, että asiakkaiden palveluiden saatavuus on parantunut tiimimallin myötä. Jolangin & Sinervon (2016) mukaan pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla täytyy usein olla yhteydessä terveysaseman ulkopuolisiin toimijoihin. Yhteydenotto ja tietojenvaihto on ollut usein hankalaa ja erityisen huonosti yhteistyö on toiminut terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. Kuitenkin pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden kohdalla yhteistyö eri toimijoiden välillä on koettu erityisen tärkeäksi. (Jolanki & Sinervo 2016, 88–91.) Tämän takia moniammatillisuuden toteutuminen tiimimallissa mm. sosiaalihuollon ja

mielenterveyspalveluiden osalta toisi kattavaa tietoa yhteistyön toimimisesta ja miten tiimimallin käyttöönotto on vaikuttanut moniammatilliseen yhteistyöhön eri toimijoiden välillä.

Lähteet

Adams, S. Smith, P. Allan, P. 2007. Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obst-ructive Pulmonary Disease Prevention and Management. Arch Intern Med. 2007;167(6):551-561. Viitattu 22.5.2021. https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/412079

Asiaa tiimimallista: Mekö manipuloimme tuloksia? Siun soten intranet. Viitattu 22.5.2021.

Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu Teemahaastattelun teoria ja käytäntö.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Hroscikoski, M. Solberg, L. Sperl-Hillen, J. Harper, P. McGrail, M. Crabtree, B. 2006. Challenges of Change: A Qualitative Study of Chronic Care Model Implementation. Annals of Family Medicine. 2006:4, 317–326. Viitattu 16.5.2021. https://www.annfammed.org/content/annalsfm/4/4/317.full.pdf

Jolanki, O. & Sinervo, T. 2016. Valinnanvapaus ja palveluiden integraatio työntekijänäkökulmasta. Julkaisussa Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Toim. Sinervo, T. Tynkkynen, L-K. Vehko, T. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos Raportti 16/2016, 76–97. Viitattu 9.4.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131276/URN_ISBN_978-952-302-732-9.pdf?sequence=1

Kananen, J. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Toim. T, Makkonen. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Koivisto, J. Liukko, E. Tiirinki, H. & Lyytikäinen, M. 2020. Palvelukokonaisuuksien ja -ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.4.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140708/URN_ISBN_978-952-343-581-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 2006. Toim. J. Metsämuuronen. International Methelp. Helsinki.

Laine, M. Kokkinen, L. Kaarlela-Tuomaala, A. Valtanen, E. Elovainio, M. Keinänen, M. Suomi, R. 2010. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010. Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Työterveyslaitos. Viitattu 14.5.2021. https://www.researchgate.net/profile/Lauri-Kokkinen-2/publication/49288122_Sosiaali-_ja_terveysalan_tyoolot_2010/links/5466265d0cf25b85d17f59b5/Sosiaali-ja-terveysalan-tyoeolot-2010.pdf

Merriam, S. Tisdell, E. 2015. Qualitative Research: A guide to design and implementation. John Wiley & Sons, Incorporated. Viitattu 3.6.2021. https://janet.finna.fi, ProQuest Ebook Central.

Muurinen, S. Mäntyranta, T. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimiva terveyskeskus Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Viitattu 6.4.2021. https://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2

Pahkin, K. 2015. Staying well in an unstable world of work – Prospective cohort study of the determinants of employee well-being. People and Work. Research Reports 107. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki. Viitattu 16.5.2021. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/153421/stayingw.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pahkin, K. Mattila-Holappa, P. Nielsen, K. Wiezer, N. Widerszal-Bazyl, M. de Jong, T. Mockałło, Z. 2011. Mielekäs muutos-Kuinka tukea työntekijöiden hyvinvointia organisaatiomuutoksen aikana? Työterveyslaitos. Helsinki. Viitattu 14.5.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131745/Mielekas_muutos.pdf?sequence=1

Pihlava, M. 2019. Terveysasema toimii ilman ajanvarausta. Tiimimalli muutti työskentelytapoja Keski-Uudellamaalla. Lääkärilehti 6.9.2019, 1930-1933. vsk 36/2019. Viitattu 14.5.2021. https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/terveysasema-toimii-ilman-ajanvarausta/

Rauramo, P. 2013. Työhyvinvointi muutostilanteissa. Työturvallisuuskeskus TTK. Viitattu 14.5.2021. https://ttk.fi/files/4678/tyohyvinvointi_muutostilanteissa.pdf

Saldaña, J. 2011. Fundamentals of qualitative research-Understanding qualitative research. Oxford University Press, Inc. New York. Viitattu 1.9.2021. https://janet.finna.fi, Ebook Central Academic Complete International Edition

Siun sote. 2021. Pohjois- Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 7.4.2021. https://www.siunsote.fi/siun-sote

Siun soten strategia 2021–2025. 2021. Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 6.4.2021. https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_strategia.pdf/abc08a5b-7c02-495c-ba6f-c830fe22d521

Sote-palvelujen integraatio. 2020. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 7.4.2021. https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio

Syrjä, V. Sinervo, T. & Tynkkynen, L-K. 2016. Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan kehittäminen ja terveysasemien organisointitavat. Julkaisussa Mitä kuuluu

perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Toim. Sinervo, T. Tynkkynen, L-K. Vehko, T. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos Raportti 16/2016, 45–75. Viitattu 7.4.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131276/URN_ISBN_978-952-302-732-9.pdf?sequence=1

Terveydenhuolto Suomessa. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2 (2013). Sosiaali- ja terveysministeriö Viitattu 7.4.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69928/URN_ISBN_978-952-00-3389-7.pdf

Terveyshyötymalli - Chronic care model (CCM). 2020. Innokylä. Viitattu 16.5.2020. https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/terveyshyotymalli-chronic-care-model-ccm

Tiimimalli. 2021. Pohjois- Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 6.4.2021. https://www.siunsote.fi/tiimimalli

Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä parempaa palvelua. 2020. Pohjois- Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Uutinen Siun soten www-sivuilla 9.12.2020. Viitattu 22.5.2021. https://www.siunsote.fi/ajankohtaista-2020/-/asset_publisher/Pd3n5XvvikRz/content/tiimimallilla-kurotetaan-kohti-entista-parempaa-palvelua?_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Pd3n5XvvikRz_redirect=https%3A%2F%2Fwww.siunsote.fi%2Fajankohtaista-2020%3Fp_p_id%3Dcom_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Pd3n5XvvikRz%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Pd3n5XvvikRz_cur%3D0%26p_r_p_resetCur%3Dfalse%26_com_liferay_asset_publisher_web_portlet_AssetPublisherPortlet_INSTANCE_Pd3n5XvvikRz_assetEntryId%3D11406549

Tiimimallilla kurotetaan kohti entistä parempia palveluja. 2021. Pohjois- Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 6.4.2021. https://www.siunsote.fi/-/tiimimallilla-kurotetaan-kohti-entista-parempaa-palvelua

Tiimimallilla tavoitellaan parempaa palvelua. Siun soten intranet. Viitattu 22.5.2021.

Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. Viitattu 7.4.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72730/URN%3ANBN%3Afife201504223471.pdf?sequence=1

Tsai, A. Morton, S. Mangione, C. Keeler, E. 2011. A Meta-Analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. Am J Manag Care. 2005 Aug; 11(8): 478–488. Viitattu 22.5.2021. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3244301/

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus 2020–2022-Ohjelma ja hankeopas. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 6.4.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162004/STM_2020_3_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009.Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

Väänänen, A. Smedlund, A. Törnroos, K. Kurki, A-L. Soikkanen, A. Panganniemi, N. Toppinen-Tanner, S. 2020. Ajattelu- ja toimintatapojen muutos. Julkaisussa Hyvinvointia työstä 2030-luvulla. Skenaarioita suomalaisen työelämän kehityksestä. Toim. L. Kokkinen. Työterveyslaitos. Helsinki. Viitattu 14.5.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140712/Hyvinvointia%20ty%c3%b6st%c3%a4%202030-luvulla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake

Tiimimalli terveysasemilla-
Työntekijöiden kokemukset tiimimallista

1. Sukupuolesi?

- ◯ Nainen
- ◯ Mies
- ◯ Muu

2. Mihin ammattiryhmään kuulut?

- ◯ Perus- tai lähihoitaja
- ◯ Sairaanhoitaja

3. Kuinka pitkä työkokemus sinulla on nykyisessä työssäsi?

- ◯ Alle 5 vuotta
- ◯ 5-10 vuotta
- ◯ 11-20 vuotta
- ◯ 21-30 vuotta
- ◯ yli 30 vuotta

Next

25% Valmis (1 / 4)

Tiimimalli terveysasemilla-
Työntekijöiden kokemukset tiimimallista

4. Millaisia kokemuksia sinulla on tiimimallin käyttöönotosta?

Previous Next

50% Valmis (2 / 4)

Tiimimalli terveysasemilla-
Työntekijöiden kokemukset tiimimallista

5. Millaista tukea koet tarvittavan tiimimallin käyttöönotossa?

Previous Next

75% Valmis (3 / 4)

Tiimimalli terveysasemilla-
Työntekijöiden kokemukset tiimimallista

6. Millaisia kokemuksia sinulla on tiimimallissa työskentelystä?

Previous Submit

100% Valmis (4 / 4)

Liite 2. Ote sisällönanalyysistä

Kysymys	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yläluokka
Millaisia kokemuksia sinulla on tiimimallin käyttöönotosta?	muutama koulutuspäivä ennen uuteen malliin siirtymistä	Toimintamalliin valmistautuminen	Toimintamallin toteutus	Toimintamallin muutos
	muutos tullut yhtäkkiä ja liian vähillä tiedoilla			
	Uuteen malliin siirtyminen sujunut helposti	Toimintamallin käyttöönotto		
	käyttöönotto ollut nopeaa			
		~~Toimintamallin toimiminen~~		
	tiimimalli vaatii jatkuvaa kehittämistä	Toimintamallin kehittäminen		
	työnkuvaan tullut tehtäviä, joihin ei koulutusta	Koulutus		
	epävarmuus työssä, kun ei koulutusta			
	hoitaja välittäjänä potilaan ja lääkärin välillä	Toimintaprosessit	Toimintakäytännöt	
	potilaiden asiat saa heti hoidettua			
	yhteistyö työkavereiden kanssa positiivista	Yhteistyö		
	positiivista moniammatillisuus ja sosiaalisuus			

	asian hoito viiväs-tyy, kun lääkäri ei konsultoitavissa	Resurssien puute	Resurssit	
	lääkärin läsnäolo edellytys onnistu-miselle	Tarvittava resurssi		
	ammattilaisia ol-tava riittävästi			
	hoitajilla vastaan-ottoa vähän	Työn sisältö/työn muutos	Työnkuvan muutos	Työhyvinvointi
	työ pääosin puhe-lintyötä ja etävas-taanottoja			
	hoitajien asiantun-tijuutta ei hyödyn-netä esim. astma, dm potilaat	Työn hallinta		
	aikaisempaa työko-kemusta ja pereh-tyneisyyttä tiettyyn osa-alueeseen ei hyödynnetä			
	saa tukea ja apua nopeasti työkave-reilta	Työyhteisön tuki	Tuen saanti	
	näkee työkavereita			
		~~Lähiesimiehen tuki~~		
	lähihoitajien tuki vähäistä	Valmentajien tuki		
	valmennus alussa määräilevää			
		~~Tuki sopeutumiseen~~		
	yhteisessä työhuo-neessa työskentely jännittänyt	Fyysinen ja henki-nen kuormitus	Kuormitus	
	häly kuormittanut aluksi			

	puheluiden venyminen	Työtehtävien kuormitus		
	pitemmällä ajalla työ kuormittavaa			
	vastaanottoa tarvitsevat asiakkaat pääsevät nopeammin hoitoon	Asiakkaan hoidon saanti	Asiakkaan palveluiden saatavuus	Asiakastyytyväisyys
	asiakkaille nopea palveluiden saanti			
	asiakkaille nopea yhteydensaanti	Asiakkaan yhteydensaanti		
	asiakkaan kannalta nopeissa asioissa hyvä	Asiakasnäkökulma	Asiakaskokemus	
	asiakkaat olleet tyytyväisiä			

Kysymys	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yläluokka
Millaista tukea koet tarvittavan tiimimallin käyttöönotossa?	etukäteen suunnittelu toimintamalliin siirtymisestä ja millaiseen malliin siirrytään	Toimintamalliin valmistautuminen	Toimintamallin toteutus	Toimintamallin muutos
	ulkoa tulevien ohjaajien ajan tasainen tieto aiemmista hyvistä käytännöistä			
	ei mitään	Toimintamallin käyttöönotto		
	uuteen toimintamalliin siirtyminen vaatii totuttelua			
		~~Toimintamallin toimiminen~~		
	tiimimallin muokkaus terveysaseman	Toimintamallin kehittäminen		

	omiin työskentelytapoihin sopivaksi			
	hyvä perehdytys	Koulutus		
	perehdytystä esim. eri hoitopoluista			
		~~Toimintaprosessit~~	~~Toimintakäytännöt~~	
		~~Yhteistyö~~		
		~~Resurssien puute~~	Resurssit	
	enemmän henkilökuntaa vastaamaan puheluihin	Tarvittava resurssi		
	enemmän lääkäreitä konsultoitavaksi			
		~~Työn sisältö/työn muutos~~	Työnkuvan muutos	Työhyvinvointi
	oman työn tekemiseen ei pysty paneutumaan	Työn hallinta		
	työntekijöiden osaamisalueiden hyödyntäminen			
	apua saatavilla tarvittaessa	Työyhteisön tuki	Tuen saanti	
	lähiesimiehen tuki	Lähiesimiehen tuki		
	tiimimalli mentoreiden tuki alkuun	Valmentajien tuki		
	mielen hallinta	Tuki sopeutumiseen		
	työnohjaus hälyn ja keskeytysten jaksamiseen			
	tiimihuoneessa työskentely kuormittavaa	Fyysinen ja henkinen kuormitus	Kuormitus	
	keskeytyksiä paljon	Työtehtävien kuormitus		
		~~Asiakkaan hoidon saanti~~	~~Asiakkaan palveluiden saatavuus~~	~~Asiakastyytyväisyys~~

		~~Asiakkaan yhteydensaanti~~		
		~~Asiakasnäkökulma~~	~~Asiakaskokemus~~	

Kysymys	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka	Yläluokka
Millaisia kokemuksia sinulla on tiimimallissa työskentelystä?	työyhteisön oltava joustava, valmis uuden kokeiluun ja kehittämiseen	Toimintamalliin valmistautuminen	Toimintamallin toteutus	Toimintamallin muutos
	oltava avointa mieltä ja keskustelutaitoja			
		~~Toimintamallin käyttöönotto~~		
	toimintamalli sopii omaan työtiimiin	Toimintamallin toimiminen		
	sekava malli			
	ymmärrettävä että töitä tehdään persoonalla ja erilaisilla tyyleillä	Toimintamallin kehittäminen		
	mallia on pystytty muokkaamaan omalle terveysasemalle sopivaksi			
		~~Koulutus~~		
	potilaiden etähoito toimii	Toimintaprosessit	Toimintakäytännöt	
	hyvää on mahdollisuus konsultoida lääkäriä			
	ei haluaisi työskennellä yksin omassa huoneessa	Yhteistyö		
	yhteistyö positiivista			
	hoitajien liian vähäinen resurssi	Resurssien puute	Resurssit	

	lääkäreiden liian vähäinen resurssi			
	jo yhden työntekijän poissaolo vaikuttaa työhön	Tarvittava resurssi		
	tiimimalli toimii, kun on riittävästi hoitajia ja lääkäreitä			
	sairaanhoitajan osaaminen menee osin hukkaan puhelimessa	Työn sisältö/työn muutos	Työnkuvan muutos	Työhyvinvointi
	haluaisi nähdä joskus asiakkaita livenä			
	päivänkulkuun ei pysty vaikuttamaan	Työn hallinta		
	päivä riippuu puheluiden määrästä ja kysynnästä			
	tukea ja apua saatavilla heti	Työyhteisön tuki	Tuen saanti	
	hyvä kollegatuki			
		~~Lähiesimiehen tuki~~		
		~~Valmentajien tuki~~		
		~~Tuki sopeutumiseen~~		
	työpäivän jälkeen väsynyt	Fyysinen ja henkinen kuormitus	Kuormitus	
	joskus pitäisi päästä pois tiimihuoneesta			
	työ painottuu hoitajille/asiakkaiden yhteyshenkilöille	Työtehtävien kuormitus		
	uusia palveluita ja yhteydenottotapoja kehitetään, ei ehdi käsitellä työajan puitteissa ja samalla resurssilla			

	lääkäriajat järjestyvät nopeasti	Asiakkaan hoidon saanti	Asiakkaan palveluiden saatavuus	Asiakastyytyväisyys
	hoitoon pääsy sujuvaa			
	asiakas ehtii soittaa uudelleen moneen linjaan	Asiakkaan yhteydensaanti		
	asiakkaat tyytyväisiä, että saavat oman yhteyshenkilön			
	asiakkaan näkökulmasta hyvät kokemukset	Asiakasnäkökulma	Asiakaskokemus	